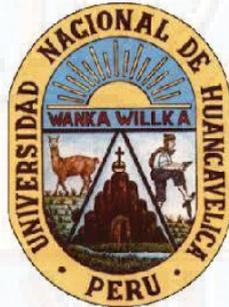


UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA

(CREADA POR LEY N° 25265)

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD**



TESIS

**CARACTERÍSTICAS DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS A
GESTANTES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN,
HUANCAMELICA 2019**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN
PROMOCIÓN DE LA SALUD**

**PRESENTADO POR:
OBSTA. CEPIDA SIMON EDITH MIRIAM**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:
SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA**

HUANCAMELICA – PERÚ

2019

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa a los 16 días del mes de octubre a las 11:00 horas del año 2019 se instaló el Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis del (la) Egresado(a): CEPIDA SIMON EDITH MIRIAN

Siendo los Jurados Evaluadores:

Presidente : Mg. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES
Secretario : Dra. ROSSIBEL JUANA MUÑOZ DE LA TORRE
Vocal : Dra. JENNY MENDOZA VILCAHUAMAN

Para calificar la Sustentación de la Tesis titulada:

CARACTERÍSTICAS DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS A GESTANTES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, HUANCAYELICA 2019

Concluida la sustentación, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° 567-2019 concluyendo a las 11:30 horas. Acto seguido, los Jurados deliberan en secreto llegando al calificativo de: APROBADO por UNANIMIDAD.

Observaciones:

Ciudad Universitaria de Paturpampa, 16 de 10 2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA

[Firma]
Mg. TULA S. GUERRA OLIVARES
DOCENTE PRINCIPAL
PRESIDENTE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
OBSTETRICIA

[Firma]
Mg. ROSSIBEL JUANA MUÑOZ DE LA TORRE
SECRETARIO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

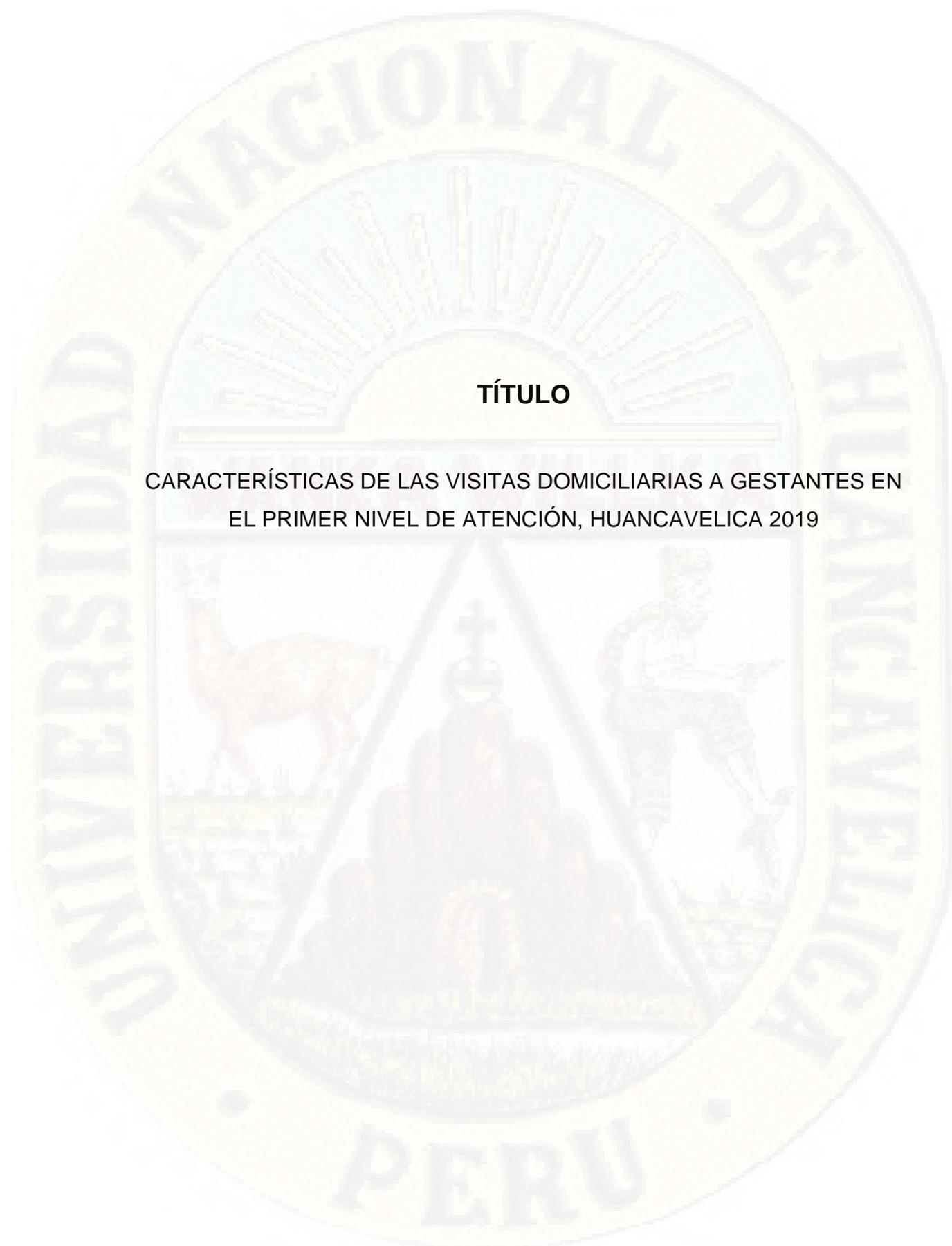
[Firma]
Mg. YENNY MENDOZA VILCAHUAMAN
VOCAL



[Firma]
VºBº DECANATA SUSANA GUERRA OLIVARES
DECANA

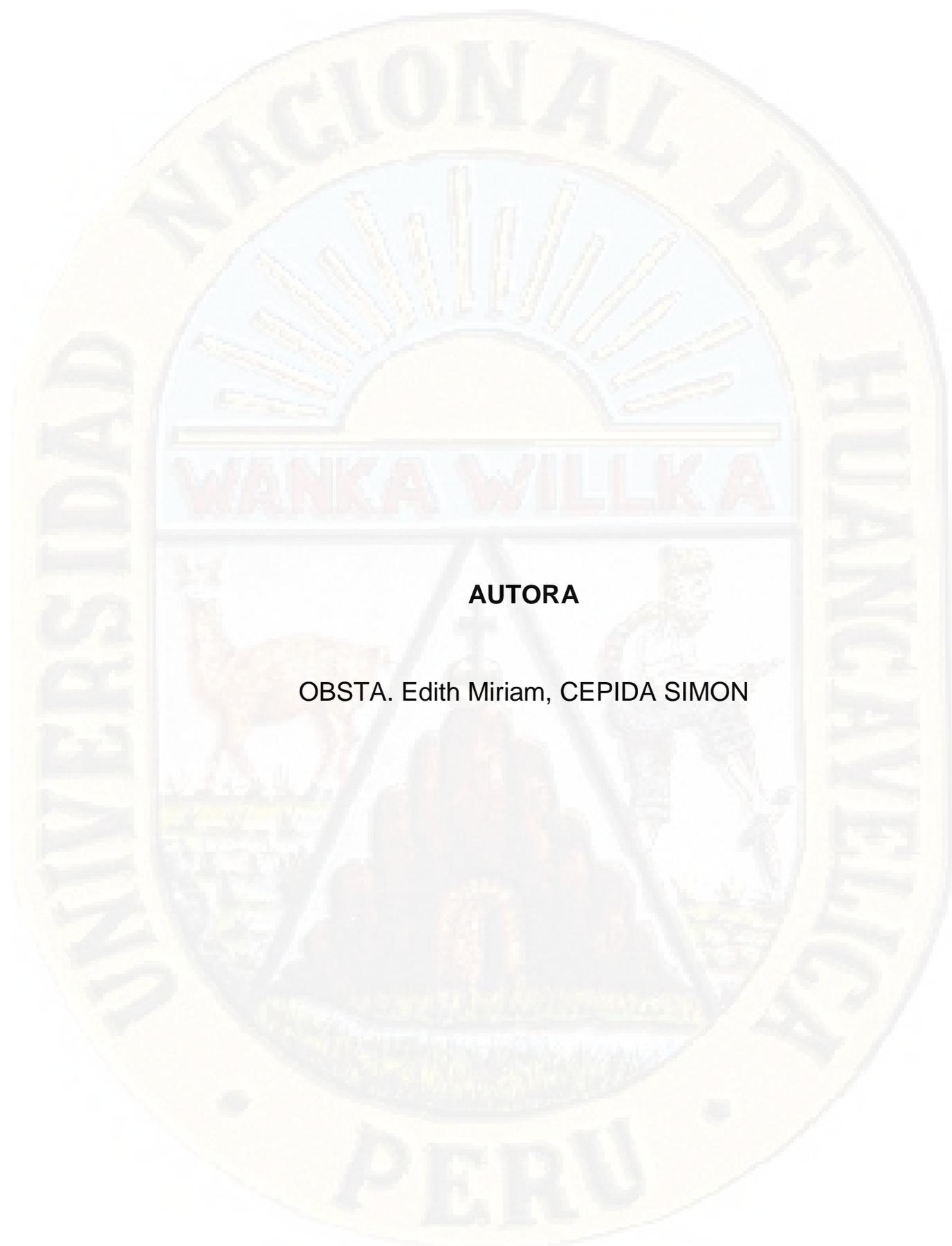


[Firma]
Kelly Y. Riveros Laurente
OBSTETRA
SECRETARIA DOC
8759



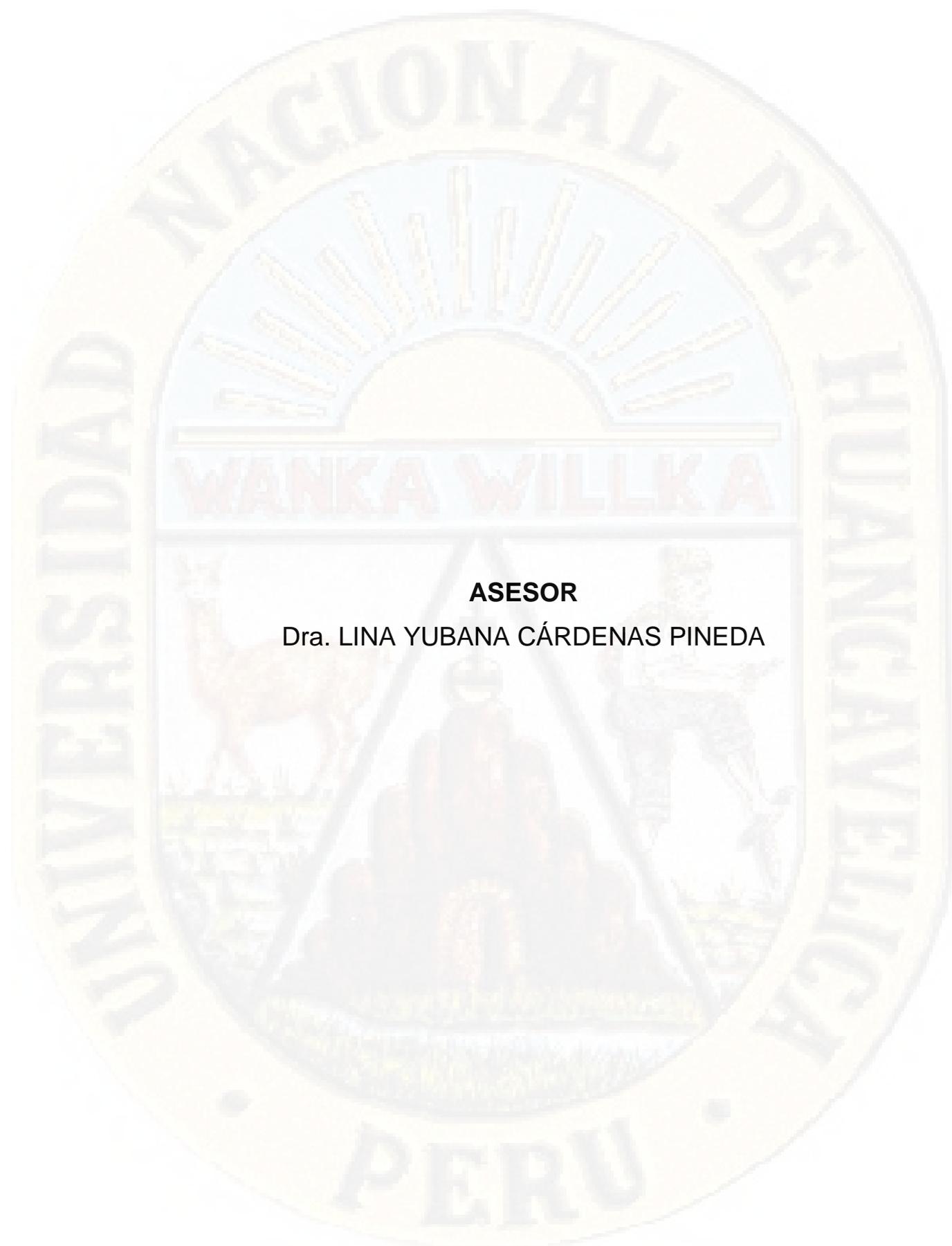
TÍTULO

CARACTERÍSTICAS DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS A GESTANTES EN
EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, HUANCAVELICA 2019



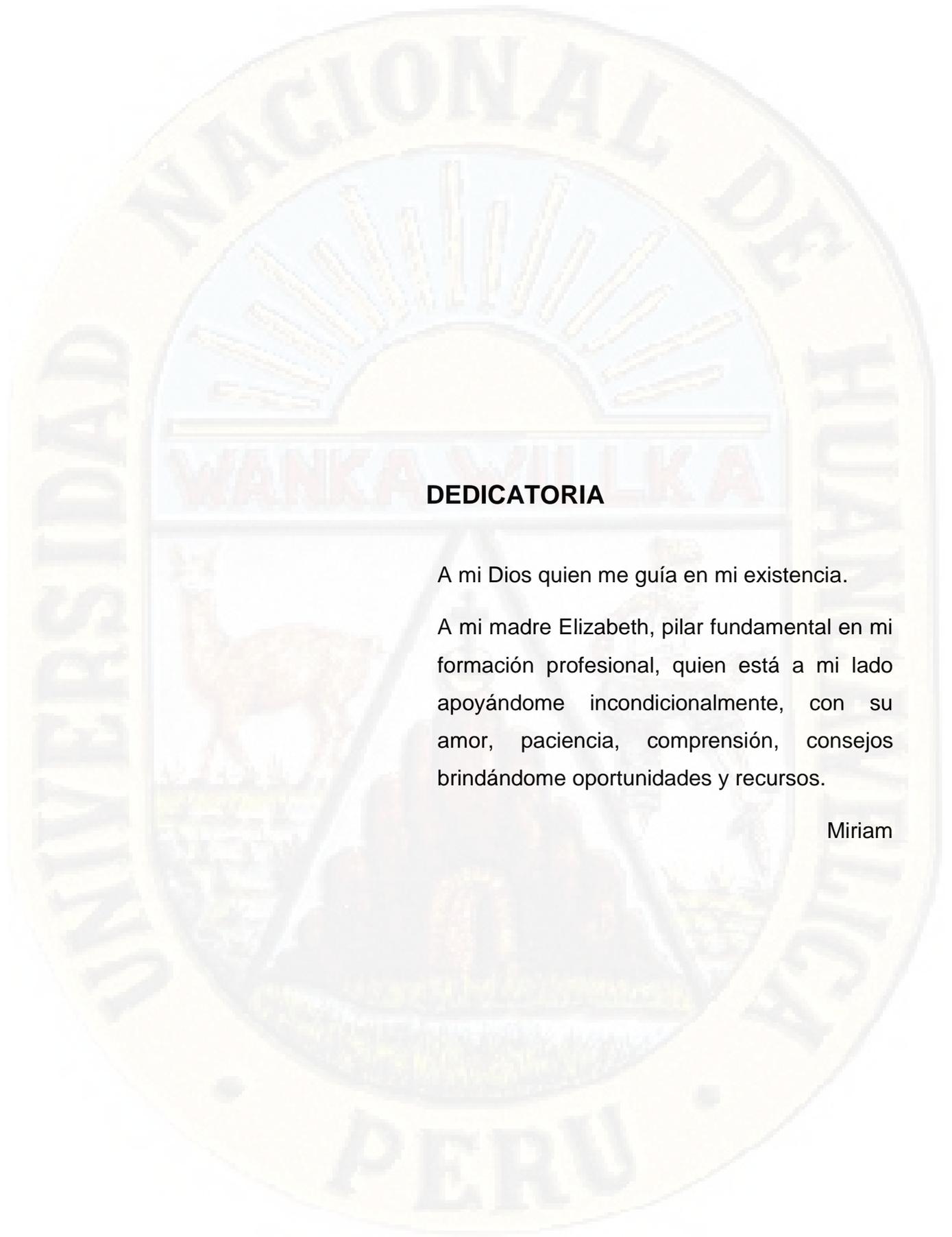
AUTORA

OBSTA. Edith Miriam, CEPIDA SIMON



ASESOR

Dra. LINA YUBANA CÁRDENAS PINEDA



DEDICATORIA

A mi Dios quien me guía en mi existencia.

A mi madre Elizabeth, pilar fundamental en mi formación profesional, quien está a mi lado apoyándome incondicionalmente, con su amor, paciencia, comprensión, consejos brindándome oportunidades y recursos.

Miriam

AGRADECIMIENTO

A Dios, quien en todo momento guía nuestros pasos y nos ayuda a superar las pruebas que encontramos en nuestro camino.

A los trabajadores del Centro de Salud de San Cristóbal, que nos apoyaron para el análisis documentario.

A mi madre Elizabeth por su contribución económica y moral para el desarrollo de esta tesis.

A mi asesora Dra. Lina Cárdenas por brindar su apoyo incondicional, orientándome y fortaleciendo los conocimientos adquiridos durante mi formación.

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características de las visitas domiciliarias a gestantes realizadas de enero a julio del 2019 en un establecimiento de salud del primer nivel de atención en Huancavelica. **Metodología:** el tipo de investigación fue observacional, retrospectivo de corte longitudinal, se revisaron 88 historias clínicas de gestantes cuyo embarazo terminó ≥ 37 semanas. se empleó la técnica de revisión documentaria, haciendo uso de la ficha de análisis, los datos se estimaron con la estadística descriptiva, haciendo uso de Microsoft Excel. **Resultados:** las principales características identificadas en las gestantes fueron, el 68.2% se encuentran en edad reproductiva adecuada, 21.6% son adolescentes, 50% tiene educación secundaria, 38.7% alcanzaron una carrera técnica, 76.1% conviven o están casados, 23.9% son solteras, el 60.2% se dedican a su casa y el 23.9% estudian; el 92% recibió la primera visita y solo el 11.4% recibió las cuatro visitas; se tuvo 15.2% de visitas inefectivas de un total de 244, por no encontrarse en su domicilio en el momento de la visita; durante las visitas se identificó tres problemas: de orden familiar, proteinuria, hinchazón de pies y manos; el 98.9% inició la planificación del parto y solo el 29.5% concluyó. **Conclusión,** las visitas domiciliarias a gestantes tienen un buen inicio, sin embargo, no es continuo, un porcentaje mínimo alcanza los propósitos de identificar y abordar los riesgos, haciéndose necesario fortalecer las visitas domiciliarias.

Palabras clave: gestante, visita domiciliaria, atención primaria en salud

ABSTRACT

Objective: To determine the characteristics of home visits to pregnant women from January to July 2019 in a health facility of the first level of care in Huancavelica. **Methodology:** the type of research was observational, retrospective of longitudinal section, 88 clinical records of pregnant women whose pregnancy ended ≥ 37 weeks were reviewed. The documentary review technique was used, using the analysis sheet, the data were estimated with the descriptive statistics, using Microsoft Excel. **Results:** the main characteristics identified in pregnant women were, 68.2% are of adequate reproductive age, 21.6% are adolescents, 50% have a secondary education, 38.7% have a technical degree, 76.1% live or are married, 23.9% are single, the 60.2% are dedicated to their home and 23.9% study; 92% received the first visit, only 11.4% received the four visits; there were 15.2% of ineffective visits out of a total of 244, because they were not at home at the time of the visit; During the visits three problems were identified: family order, proteinuria, swelling of the feet and hands; 98.9% started the planning of labor and only 29.5% concluded. **Conclusion,** home visits to pregnant women have a good start, however, it is not continuous, a minimum percentage reaches the purposes of identifying and addressing risks, making it necessary to strengthen home visits.

Keywords: Pregnancy, House Calls, Primary Health Care.

ÍNDICE

PORTADA.....	i
ASESOR.....	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
ÍNDICE.....	ix
ÍNDICE DE TABLAS	xi
INTRODUCCIÓN	xii

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	14
1.2. FORMULACIÓN DE PROBLEMAS.....	15
1.3. OBJETIVOS	15
1.4. JUSTIFICACIÓN	16
1.5. LIMITACIONES	16

CAPÍTULO II

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES	18
2.2. BASES TEÓRICAS	20
2.3. BASES CONCEPTUALES	22
2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	29

2.5. HIPÓTESIS	29
2.6. VARIABLE	29
2.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE.....	29

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. ÁMBITO TEMPORAL Y ESPACIAL	31
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN	32
3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	32
3.4. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO	32
3.5. INSTRUMENTO Y TÉCNICA PARA RECOLECCIÓN DE DATOS	33
3.6. TÉCNICAS Y PROCESAMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS	33

CAPITULO IV

RESULTADOS

DISCUSIÓN	40
CONCLUSIÓN	43
RECOMENDACIONES.....	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45
APÉNDICES	48

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Características de las gestantes atendidas en el Centro de Salud San Cristóbal enero – julio 2019.	35
Tabla 2	Cumplimiento del servicio de visitas domiciliarias a gestantes atendidas en el Centro de Salud de San Cristóbal enero – julio 2019.	36
Tabla 3	Visitas domiciliarias no efectivas en gestantes atendidas en el Centro de Salud de San Cristóbal enero – julio 2019.	37
Tabla 4	Problemas identificados en las visitas domiciliarias causas y tratamiento en gestantes atendidas en el Centro de Salud de San Cristóbal enero – julio 2019.	38
Tabla 5	Planificación del parto desarrollado en las visitas domiciliarias en gestantes atendidas en el Centro de Salud de San Cristóbal enero – julio 2019.	39

INTRODUCCIÓN

La promoción y prevención de la salud, es fundamental en la atención integral de la gestante, dentro de ello, se cumple diversas acciones como por ejemplo las visitas domiciliarias que son necesarias para realizar algunas actividades propias que debe participar la pareja y la familia, entre ellas sensibilización a la familia y la pareja para que puedan acudir a los controles prenatales oportunamente, participación activa en el cuidado de la gestante y planificación del parto en el que están comprometido la pareja, familia, comunidad y profesionales de la salud. El objetivo de realizar este trabajo mancomunado, es controlar los riesgos que circundan el embarazo, parto y puerperio.

Las visitas domiciliarias, es una herramienta muy poderosa, usado en diversos países y en muchos sectores, con el objetivo de prevenir o cambiar estilos de riesgo, enfatizando en las familias vulnerables, permitiendo que los afectados sean conscientes de los riesgos que atraviesan (1).

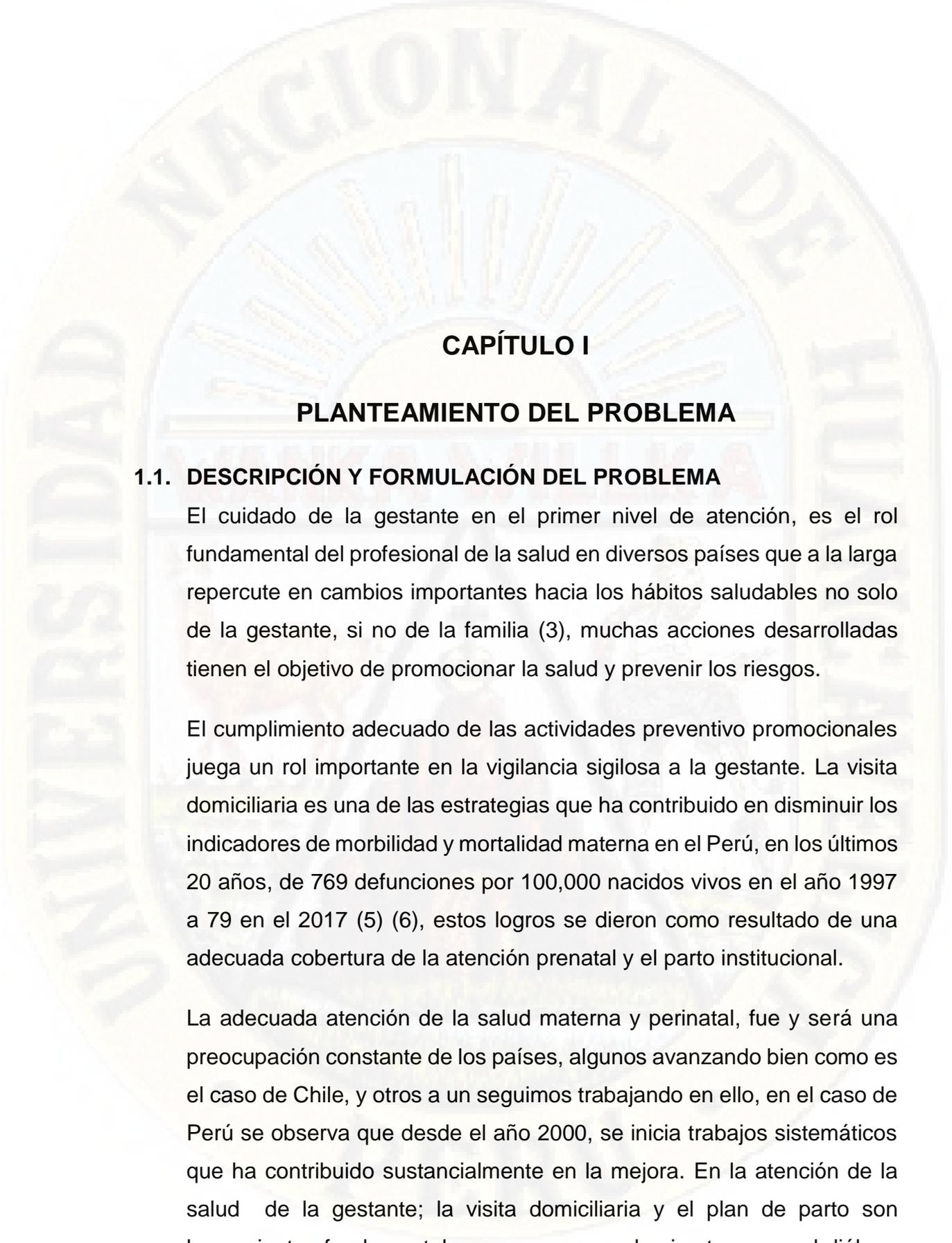
Dentro de la norma técnica de atención materna se considera como una actividad extramural que el profesional de la salud debe de desarrollar dentro de los cuidados a la gestante (2), siendo responsabilidad de los profesionales obstetras.

Las investigaciones revisadas en diferentes departamentos y de otros países dan cuenta más de las visitas domiciliarias integrales a la familia, y las visitas a gestantes con factores de riesgo social o clínico (3) (4), sin embargo debe tenerse en cuenta que la visita domiciliaria es una acción de promoción y prevención que se debe de hacer a todas las gestantes. Conocedores de que no se ha evidenciado la valoración de la actividad en mención como cumplimiento del programa de atención materna estipulado en la norma técnica, se hace necesario observar las visitas domiciliarias que se viene haciendo a las gestantes en un establecimiento del primer nivel de atención,

en este caso el estudio se llevó a cabo en el Centro de Salud de San Cristóbal establecimiento de nivel I – 3, del distrito de Huancavelica.

El presente informe consta de cuatro capítulos, seccionados de acuerdo al reglamento único de grados y títulos de la universidad, el que presentamos en el siguiente orden: planteamiento del problema, marco teórico, metodología de la investigación por último presentamos los resultados, esperando que sea un insumo de reflexión de la práctica y sirva para tomar decisiones informadas y generar estrategias.

La autora



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El cuidado de la gestante en el primer nivel de atención, es el rol fundamental del profesional de la salud en diversos países que a la larga repercute en cambios importantes hacia los hábitos saludables no solo de la gestante, si no de la familia (3), muchas acciones desarrolladas tienen el objetivo de promocionar la salud y prevenir los riesgos.

El cumplimiento adecuado de las actividades preventivo promocionales juega un rol importante en la vigilancia sigilosa a la gestante. La visita domiciliaria es una de las estrategias que ha contribuido en disminuir los indicadores de morbilidad y mortalidad materna en el Perú, en los últimos 20 años, de 769 defunciones por 100,000 nacidos vivos en el año 1997 a 79 en el 2017 (5) (6), estos logros se dieron como resultado de una adecuada cobertura de la atención prenatal y el parto institucional.

La adecuada atención de la salud materna y perinatal, fue y será una preocupación constante de los países, algunos avanzando bien como es el caso de Chile, y otros a un seguimos trabajando en ello, en el caso de Perú se observa que desde el año 2000, se inicia trabajos sistemáticos que ha contribuido sustancialmente en la mejora. En la atención de la salud de la gestante; la visita domiciliaria y el plan de parto son herramientas fundamentales y como no usarla si este apoya el diálogo

entre el personal de salud y la usuaria del servicio de salud, su pareja, familia y la comunidad, que en cuenta final cuando este es positivo se transforma en la satisfacción de las mujeres frente al servicio de atención prenatal y el parto, condición esencial para “sentar las bases para una maternidad saludable” (7)

La visita domiciliaria permite evaluar mejor los riesgos del entorno, de la familia y la gestante. Actividad recomendada por la OMS; que inicia con el embarazo, prosigue para cumplir con los objetivos de la niñez, el adolescente, el adulto mayor (8). Es una estrategia que permite el diagnóstico adecuado de los riesgos y control oportuno. Se aplica en países vecinos como Colombia, Chile (9) (10). En el Perú se encuentra reglamentado dentro de la norma técnica de atención de la salud materna, dándonos pautas sobre el momento y actividades a realizar en cada visita (2). Acciones que requieren revisar cómo se va desarrollando en el primer nivel de atención.

Caracterizar las visitas domiciliarias, nos permitió conocer como viene desarrollándose en el primer nivel en el cuidado de la gestante.

Por ello nos planteamos la siguiente pregunta:

1.2. FORMULACIÓN DE PROBLEMAS

¿Cuáles son las características de las visitas domiciliarias a gestantes realizadas de enero a julio en un establecimiento de salud del primer nivel de Huancavelica 2019?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo general

- Determinar las características de las visitas domiciliarias a gestantes realizadas de enero a julio del 2019 en un establecimiento de salud del primer nivel de Huancavelica.

1.3.2. Objetivos específicos

- a) Caracterizar a las gestantes atendidas en un establecimiento

de salud del primer nivel de atención en Huancavelica de enero a julio del 2019.

- b) Evaluar el cumplimiento de las visitas domiciliarias a gestantes por el personal de salud, en un establecimiento del primer nivel de atención en Huancavelica de enero a julio del 2019.
- c) Caracterizar las visitas domiciliarias no efectivas. Realizadas por el personal de salud en un establecimiento de salud del primer nivel de atención en Huancavelica de enero a julio del 2019.
- d) Determinar los problemas sus causas y el tratamiento que se brindó en las visitas domiciliarias realizadas en un establecimiento de salud del primer nivel de atención en Huancavelica de enero a julio del 2019.
- e) Evaluar el cumplimiento de la planificación del parto en un establecimiento de salud del primer nivel de atención en Huancavelica de enero a julio del 2019.

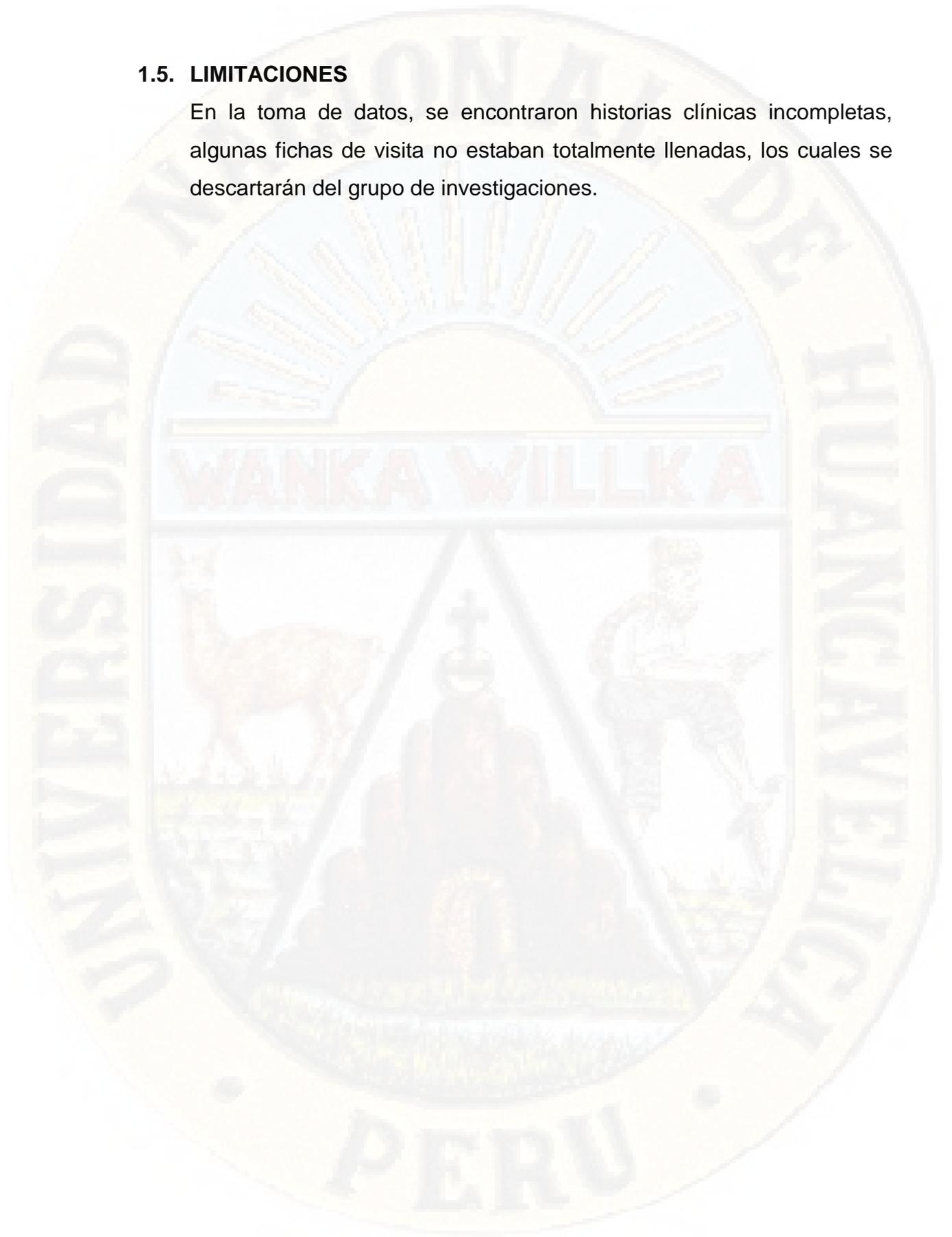
1.4. JUSTIFICACIÓN

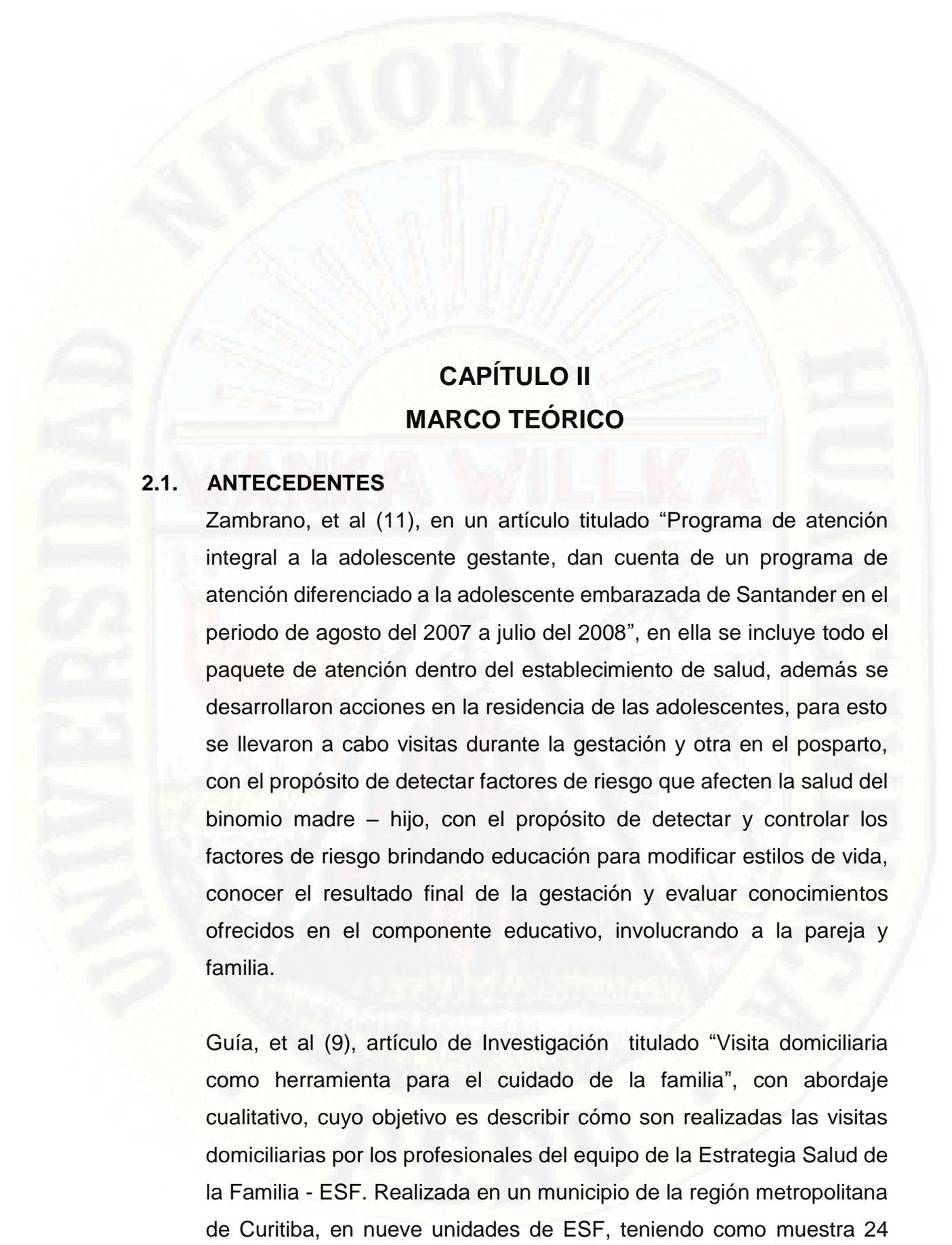
El presente estudio, se realizó porque la visita domiciliaria constituye una de las actividades fundamentales de la prevención y promoción en el proceso reproductivo de la mujer, actividad inherente al primer nivel de atención, que a la fecha no se ha realizado una revisión exhaustiva al respecto; este estudio nos permitió conocer, lo que se está haciendo bien, y las deficiencias que deben ser corregidas, para cumplir con la responsabilidad social ante nuestros usuarios quienes reciben visitas domiciliarias.

Los resultados de esta investigación es un insumo fundamental para la toma de decisiones y base para proponer mejoras, que fortalezcan la actividad y pueda desarrollarse con efectividad; en el ámbito académico servirá para realizar estudios de mayor nivel.

1.5. LIMITACIONES

En la toma de datos, se encontraron historias clínicas incompletas, algunas fichas de visita no estaban totalmente llenadas, los cuales se descartarán del grupo de investigaciones.





CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

Zambrano, et al (11), en un artículo titulado “Programa de atención integral a la adolescente gestante, dan cuenta de un programa de atención diferenciado a la adolescente embarazada de Santander en el periodo de agosto del 2007 a julio del 2008”, en ella se incluye todo el paquete de atención dentro del establecimiento de salud, además se desarrollaron acciones en la residencia de las adolescentes, para esto se llevaron a cabo visitas durante la gestación y otra en el posparto, con el propósito de detectar factores de riesgo que afecten la salud del binomio madre – hijo, con el propósito de detectar y controlar los factores de riesgo brindando educación para modificar estilos de vida, conocer el resultado final de la gestación y evaluar conocimientos ofrecidos en el componente educativo, involucrando a la pareja y familia.

Guía, et al (9), artículo de Investigación titulado “Visita domiciliaria como herramienta para el cuidado de la familia”, con abordaje cualitativo, cuyo objetivo es describir cómo son realizadas las visitas domiciliarias por los profesionales del equipo de la Estrategia Salud de la Familia - ESF. Realizada en un municipio de la región metropolitana de Curitiba, en nueve unidades de ESF, teniendo como muestra 24

profesionales del equipo de salud. La recolección de datos ocurrió por medio de entrevista semiestructurada. Como resultado encontraron que la visita domiciliaria permitió percibir el acceso facilitado de los individuos al sistema de salud, fortalecer el cuidado familiar, creación de vínculo de los profesionales con la comunidad, cuidado más humanizado.

Iglesias (12), en un artículo “Revisión sistemática sobre la efectividad de la visita posparto en el domicilio frente a otros tipos de seguimiento posparto”, en el que evaluó la efectividad de las visitas domiciliarias posparto en países desarrollados y compararla con las visitas realizadas en el centro de salud, con el seguimiento telefónico o con la ausencia de seguimiento posparto. Usando como método: Revisión sistemática de las guías de práctica clínica basadas en la evidencia, las revisiones sistemáticas y los ensayos clínicos aleatorizados y controlados. Llegó a la conclusión de que las visitas domiciliarias son una alternativa segura y efectiva como modelo de cuidado y seguimiento posparto, aunque conllevan un mayor costo.

Atalah, et al (13), en su artículo “Monitoreo de la implementación del programa Chile Crece Contigo en el embarazo: 2008 – 2011”, se evaluó el grado de implementación de las actividades de Chile Crece Contigo en el embarazo y parto en los 29 Servicios de Salud del país, a través del análisis de bases de datos del Ministerio de Salud 2008 y 2011 por Servicios de Salud. Se analizó mediana y percentiles de gestantes en riesgo psicosocial, visitas domiciliarias integrales, participación de madres en talleres educativos, parto acompañado y apego precoz y el cambio de cada uno de ellos en el período estudiado. “Concluyendo que ha habido esfuerzo para modernizar el Programa de la Mujer y mejorar el control prenatal, parto y puerperio, aunque no se ha reflejado en los indicadores de salud”.

Ferdinanda, et al (14) en un artículo titulado “Visitas domiciliarias innovadoras (VDI) y salud materna e infantil” evaluaron un programa de visita domiciliaria innovadora entre 2015 y 2016 “basado en una guía de orientación, conocimientos y prácticas de la salud de las madres en relación con el cuidado del niño y durante los períodos de pre / post-natal”, fue un estudio transversal y analítico en 195 madres, en dos grupos grupo 1 recibe visita domiciliaria innovadora y el grupo dos visita domiciliaria convencional. Arribaron a la conclusión de VDI puede ayudar a mejorar los indicadores de salud de la madre y el niño y los conocimientos y prácticas de la salud de las madres relacionados con el cuidado infantil y el embarazo.

Cortes (15), en su resumen de un tema libre “Impacto del cuidado de enfermería en la diada madre hijo: un aporte desde la visita domiciliaria”, presentado en el XXXI Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología en mayo del 2018, en la ciudad de Cartagena; da cuenta de la cátedra de la atención domiciliaria, en el que describe la importancia de la atención domiciliaria a las puérperas y recién nacido, se encontró la necesidad de educación en lactancia materna y planificación familiar. Arribaron a la siguiente conclusión. “La atención domiciliaria, aporta al cuidado un lado más humano, integra la familia con la madre y el niño, permite dar educación de forma personalizada, de acuerdo con el diagnóstico realizado”.

2.2. BASES TEÓRICAS

Estamos en un mundo, que desde hace décadas trata de perfeccionar procesos, procedimientos y porque no actividades, la única forma de llegar a ello es revisando lo que se hace, de ahí surgió la necesidad de generar métodos, enfoques y estrategias de acuerdo al objetivo que se persigue en la evaluación.

En este caso nos basaremos en el método de **Evaluación Descriptiva**, que tiene como función describir “características, factores que intervienen y las relaciones de asociación” entre ellas, para llevar a cabo se emplea la técnica de “análisis de información descriptiva tanto cuantitativas y cualitativas” (16).

Existen diversos enfoques o escuelas de evaluación, en este caso analizamos la clasificación hecha por Restrepo (1974), quien identifica dos escuelas, una de ellas se preocupa en medir el alcance de los resultados y la congruencia de ellos con los objetivos, denominado **EVALUACIÓN DE PRODUCTOS**, y la que evalúa el contexto, los insumos, los procesos y los productos se denomina **EVALUACIÓN GLOBALIZADORA**.” (17)

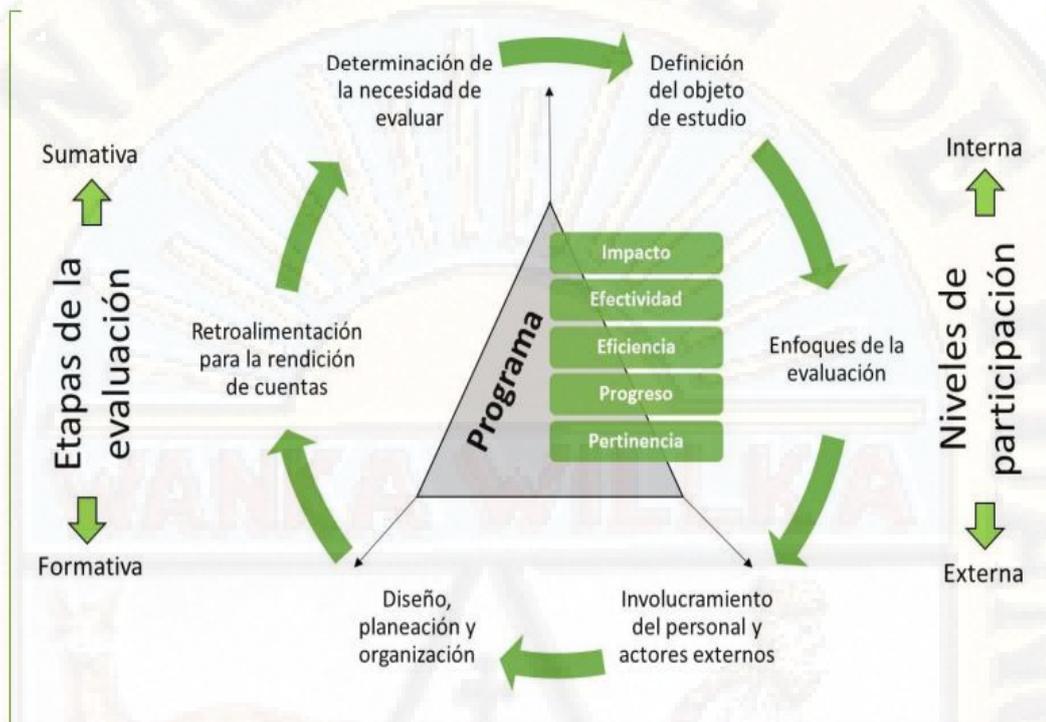
El enfoque global “apunta a evaluaciones integrales y emplea preferentemente métodos cualitativos” aunque frecuentemente se combinan los enfoques y procedimientos de ambos modelos, lo que nos invita a estructurar nuestro propio modelo de acuerdo al requerimiento de lo que va a evaluarse (16).

Se cuenta con otro tipo de clasificaciones como las que persiguen la mejora continua, y buscan medir el impacto en la población que ha recibido el servicio (16), como los enfoques **formativa** y **sumativa**. Que debe realizarse regularmente para guiar y corregir, el desempeño de un programa.

El enfoque **formativo** busca la mejora continua del programa, servicio, o proceso. La **sumativa** busca medir el impacto en la población que ha sido favorecida (16).

A continuación, presentamos el modelo de evaluación de los servicios de salud del estado de Colima de México, que fue construido teniendo en cuenta los enfoques y su propio contexto.

Figura 1. Modelo Integral para la evaluación de programas de salud



Fuente: Modelo de evaluación de programas de salud del estado de Colima - México

En la presente investigación usaremos el tipo de evaluación descriptiva, con enfoque global con respecto a la caracterización de las visitas domiciliarias.

2.3. BASES CONCEPTUALES

2.3.1. Visita Domiciliaria

Es una herramienta de diagnóstico, seguimiento, educación caracterizada por ingresar a la intimidad familiar; y desde ahí construir intervenciones de acuerdo a su necesidad de cada familia su fin es generar hábitos y comportamientos saludables en cada uno de sus miembros. Es realizado por los profesionales de salud que sirven de instructores, guía, acompañantes en el proceso de transformación (1)

2.3.2. Visita domiciliaria a gestante

“Actividad extramural ejecutada por personal de salud con el objetivo de desarrollar acciones de captación, acompañamiento y seguimiento”, en el cumplimiento de medidas preventivas, como cambio de hábitos y conductas de riesgo, consumo adecuado de sulfato ferroso para evitar la anemia y es un medio que ayuda a la planificación del parto con participación de la pareja y familia; siendo el objetivo en términos generales controlar los posibles riesgos. El seguimiento a las gestantes que no acuden a su cita, debe realizarse dentro de las 72 horas de vencida la cita (2).

Según la norma técnica, pueden 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. (2)

Visita domiciliaria no efectiva, cuando no se encuentra a la gestante o puérpera en su domicilio (2). Se pueden considerar las siguientes causas:

- Está fuera de su domicilio.
- Domicilio falso
- Ha migrado a otra comunidad
- Se encuentra en su domicilio y no permite la atención.

Indicaciones en el que debe de realizarse visita domiciliaria:

En algunos países como ya manifestamos líneas arriba, la visita domiciliaria va dirigido solo a gestantes de alto riesgo, sin embargo, en el Perú, está dirigido a todas las gestantes (2) (18), a pesar de ello queremos transcribir lo encontrado en la Directiva Regional de Huancavelica en la que hace algunas puntuaciones

- Gestantes que no acuden oportunamente a su Atención Prenatal, con el objetivo de sensibilizar a la familia sobre 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 en un máximo de diez días de 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 prevista.
- Gestante que no acude a su cita en el tercer trimestre de gestación se realizará la visita en un máximo de 48 horas de pasada la cita prevista.
- La puérpera que no acude a su control de los siete días después del parto, la visita deberá efectuarse dentro de las de las siguientes 24 horas.
- La segunda visita de seguimiento se realizará priorizando casos identificados de riesgo o riesgo potencial.
- En el caso de parto domiciliario, la visita deberá efectuarse inmediatamente que se comunica el caso y en coordinación con el profesional/equipo de atención neonatal. Debiendo trasladar a la puérpera y al recién nacido/a al establecimiento de salud.
- Para el llenado del plan de parto se requiere de dos visitas domiciliarias. (18)

Paquete de actividades en la visita domiciliaria a la gestante

1. Educación en auto cuidado de la salud dirigida a la gestante y familia, identificación de signos de alarma,

verificar la preparación de pezones, percepción y control de los movimientos fetales.

2. Informar a la gestante y familia, sobre la importancia de la atención prenatal y de la toma de análisis de laboratorio.
3. Verificar la toma de sulfato ferroso más ácido fólico y de medicamentos indicados en caso de alguna patología.
4. Verificar vacunas y resultados de exámenes de laboratorio en el carnet prenatal. Coordinar con inmunizaciones del establecimiento de salud en el caso no se haya vacunado. Si no tiene resultados para VIH/SIDA y Sífilis se realizará la prueba rápida previa orientación/consejería.
5. Identificación de Violencia Basada en Género y Depresión.
6. Segunda y tercera entrevista del plan de parto.
7. Firma de compromiso para acudir a su atención prenatal.

Paquete de actividades en la visita domiciliaria a la puerpera

1. Brindar educación en higiene, alimentación para la madre.
2. Brindar educación en el cuidado al Recién Nacido.
3. Identificar los casos de Depresión, Psicosis puerperal, desequilibrio de salud mental.
4. Identificar los casos de Violencia Basada en Género (VBG).
5. Informar sobre la importancia de la planificación familiar.
6. Informar sobre el reconocimiento de los signos de alarma en la madre Verificar la toma de sulfato ferroso más ácido fólico.
7. Verificar si ha sido registrado en el sistema en línea o cuenta con el certificado de nacimiento, e informar los

pasos a seguir para la obtención del DNI del recién nacido.

8. Obtener la firma de compromiso para acudir al control de puerperio (2).

2.3.3. Esquema de visita domiciliaria que debe de recibir la gestante

GESTANTE		
Nº DE VISITA	MOMENTO	OBJETIVO
Primera visita	Dentro de la primera semana del primer control	Identificación de domicilio y actividades preventivas
Segunda visita	Entre la 20 y 22ss	2 ^{do} plan de parto
Tercera visita	Entre la 30 y 32ss	3 ^{er} plan de parto
Cuarta visita	Entre la 36 y 38ss	Seguimiento estricto a la gestante, hasta el parto debiendo realizarse más visitas de ser necesario.

Fuente: Directiva sanitaria de procedimientos para la estandarización de seguimiento, monitoreo y análisis en el ciudadano de la salud materna – perinatal – neonatal en la región Huancavelica. (18)

2.3.4. Plan de parto

Es un instrumento valioso por su efectividad, gracias a ello podemos detallar, organizar y movilizar los recursos institucionales, familiares y comunitarios para la atención oportuna a la gestante en el momento del parto. Su aplicación es obligatoria en todos los niveles de atención (2).

En el primer nivel de atención se debe realizar siguiendo las siguientes pautas:

- Primera Entrevista: se elabora la ficha de plan de parto en la primera atención prenatal, entregándole una copia a la gestante para que la socialice con su familia y decidan todas

las opciones concernientes a la atención del parto; así mismo fijen la fecha para que el personal de salud acuda a su domicilio para la segunda y tercera entrevista.

- Segunda entrevista: se realiza en el domicilio de la gestante antes de la segunda atención prenatal, según la fecha acordada para comprometer a la pareja y a la familia.
- Tercera entrevista: se realiza en el domicilio de la gestante con la participación del agente comunitario o líder comunitario según la fecha acordada para asegurar el apoyo con el transporte en caso de emergencia, entre otras cosas.
- En caso sea atendida la gestante en un hospital, las entrevistas del plan de parto serán realizadas en dicho establecimiento de salud (2).

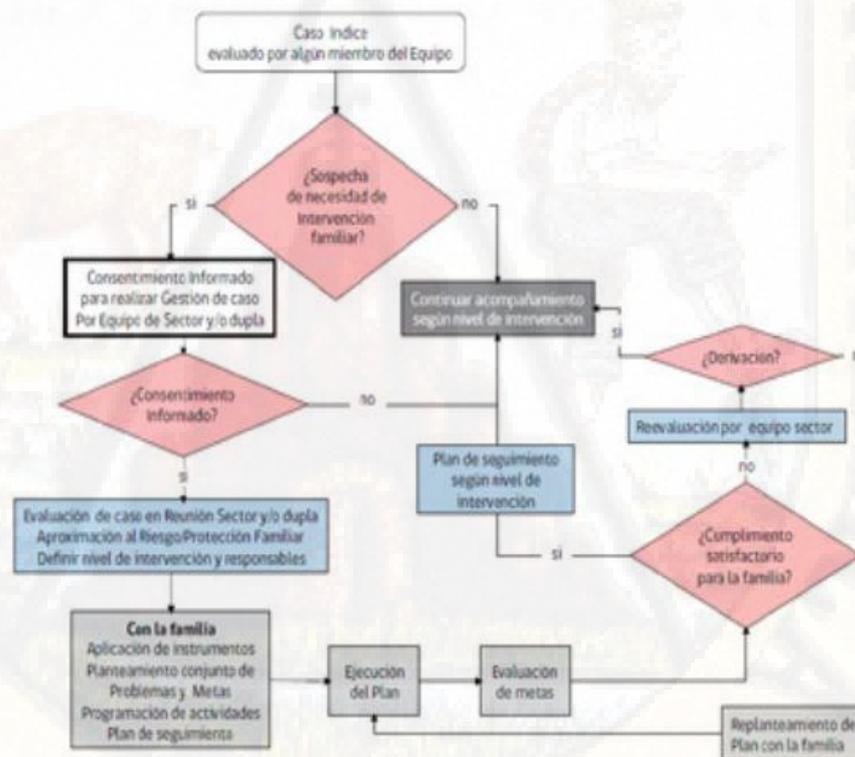
2.3.5. Visitas domiciliarias a gestantes con riesgo

La clasificación de gestantes según su riesgo en nuestro contexto es utópica, al menos en la región de Huancavelica todas las gestantes se consideran de Alto riesgo, por ello requieren ser tratados como tal, con todos los cuidados de acuerdo a las normas y directivas vigentes. Queremos decir no hay diferencia alguna.

2.3.6. Visita domiciliaria a gestantes en otros países:

Cada país tiene su propia forma de abordar esta herramienta como un potencial para hacer un diagnóstico de riesgos y corregir hábitos que puedan perjudicar la salud de la población en todas ellas se incorpora el embarazo como una situación que hace obligatoria la intervención. En Chile, las visitas domiciliarias son integrales conducentes a acompañar al individuo desde el embarazo, fortaleciendo factores de protección en salud y desarrollo para que pueda alcanzar sus potencialidades, y tiene cinco etapas: Priorización a quiénes realiza la Intervención,

diagnóstico de la familia, identificación de problemas o situaciones a intervenir, propuesta de diseños a intervenir y monitoreo, la intervención se inicia en el embarazo, y la actividad es consecutiva para redireccionar situaciones de riesgo, en el desarrollo de la familia y el niño, considerado como una herramienta de la atención integral en el primer nivel. Vale la pena conocer el flujograma de atención a través de la visita domiciliaria en el sistema de atención de Chile, lo presentamos extraído de un documento denominado “Visita Domiciliaria Integral Orientaciones Técnicas en el Marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria” (4)



Fuente: Ministerio de Salud Chile: Visita Domiciliaria Integral Orientaciones Técnicas en el Marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.

2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Visita domiciliaria. – actividad extramural realizada por personal de salud con el objetivo de realizar captación, acompañamiento, educación y seguimiento de la evolución del embarazo y cumplir con la planificación del parto conjuntamente con la familia.

2.5. HIPÓTESIS

La presente investigación no requiere de hipótesis

2.6. VARIABLE

Visitas domiciliarias a gestantes

2.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	ITEM	VALOR	Tipo de variable
Visita domiciliaria a gestantes	Actividad extramural ejecutada por personal de salud con el objetivo de desarrollar acciones de captación, acompañamiento y seguimiento, en el cumplimiento de medidas preventivas, como cambio de hábitos y conductas de riesgo, consumo adecuado de sulfato ferroso y es un medio que ayuda a la planificación del parto, con la participación de la pareja y la familia	Actividad extramural realizada por personal de salud con el objetivo de realizar captación, acompañamiento, y seguimiento (plan de parto) dirigido a la gestante.	Número de visitas domiciliarias efectivas.	Cuántas visitas domiciliarias efectivas tiene registrado.	Numérico	Numérico discreta
			Número de visitas domiciliarias no efectivas.	Cuántas visitas domiciliarias no efectivas registra en su historia clínica.	Numérico	Numérico discreta
			Motivo de la visita no efectiva	¿Por qué la visita fue inefectiva?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Está fuera de su domicilio 2. Domicilio falso 3. Ha migrado a otra comunidad 4. Se encuentra en su domicilio y no permite la atención. 	Catagórica nominal
			Problemas identificados	Cuáles son los problemas identificados en la visita domiciliaria integral	Catagórico	Catagórica nominal
			Causa de los problemas identificados en la visita domiciliaria	Cuáles fueron las causas de los problemas identificados	Catagórico	Catagórica nominal
			Manejo de los problemas identificados	Que manejo se dio a cada problemas	Catagórico	Catagórica nominal
			Cumplimiento de la planificación del parto	En que avance se encuentra el llenado del plan de parto	<ol style="list-style-type: none"> 1. No se hizo plan de parto 2. Avance de la primera parte 3. Avance en la segunda visita 4. Tiene plan de parto culminado 	Catagórico ordinal



CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. ÁMBITO TEMPORAL Y ESPACIAL

El Centro de Salud San Cristobal se encuentra ubicado en uno de los cuatro barrios del distrito, provincia y región de Huancavelica, se encuentra a 3700 msnm, limita por el sur con el rio Ichu, por el Norte con el cerro Potoccichi, por el oeste con el distrito de Ascensión, por el Este con la comunidad de Puyhuan Grande. Se encuentra ubicado en el Jr. Mariano Cataño teniendo como referencia a la plaza de San Cristóbal.

La población asignada a su cargo es de 11877 habitantes de ellas 6137 son mujeres y se espera atender 328 gestantes durante el año 2019. (19).

Es accesible por vía terrestre desde el centro de la ciudad de Huancavelica, en un recorrido aproximado de 2 km, en 5 minutos en carro la línea 10 y 4, caminando 15 minutos. Es un establecimiento de categoría 1-3, que cuenta con todo el paquete de atención primaria, en el ámbito de salud materno perinatal, presta servicios de atención prenatal, psicoprofilaxis obstétrica, estimulación prenatal, programa de inmunizaciones, laboratorio, el establecimiento de salud cuenta con las unidades prestadoras de salud de medicina, Obstetricia, Odontología, Enfermería, Psicología, Nutrición, Farmacia y Triage. La población que

se atiende es de recursos económicos precarios (tercer y cuarto quintil), mayormente son beneficiarios del seguro integral de salud.

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es de tipo observacional, porque se recogió los datos tal como se presenta, es retrospectivo debido a que se recabó la información de fuentes secundarias, en este caso las historias clínicas de las gestantes, y es longitudinal por que se revisó cada una de las visitas domiciliarias que la gestante recibió durante su embarazo (20).

3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Es descriptivo, porque nos limitamos a caracterizar el servicio de las visitas domiciliarias brindadas a las gestantes, para poder conocer más de cerca el desarrollo de esta estrategia en el cuidado de la gestante y a la vez analizar como se viene prestando este servicio. (20).

3.4. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

Población: Para tener un análisis completo se trabajó con gestantes que terminaron en parto a término entre enero a julio y que tienen la condición de ser población adscrita al establecimiento de salud donde se realiza la investigación. Siendo un total de 88. no se consideró a las gestantes cuyo embarazo terminaron antes de las 38 semanas porque ello influiría en el no cumplimiento de este servicio.

Muestra de estudio o tamaño muestra: se ha realizado el análisis documentario de toda la población de gestantes con las características señaladas, del periodo de estudio.

3.5. INSTRUMENTO Y TÉCNICA PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

Para caracterizar las visitas domiciliarias se revisó los registros de seguimiento de gestantes, historias clínicas de las gestantes cuyos partos fueron a términos. se usó como instrumento la ficha de revisión documentaria, y la técnica de análisis documentaria, La información se recolectó previa solicitud de permiso por la jefatura del establecimiento de salud.

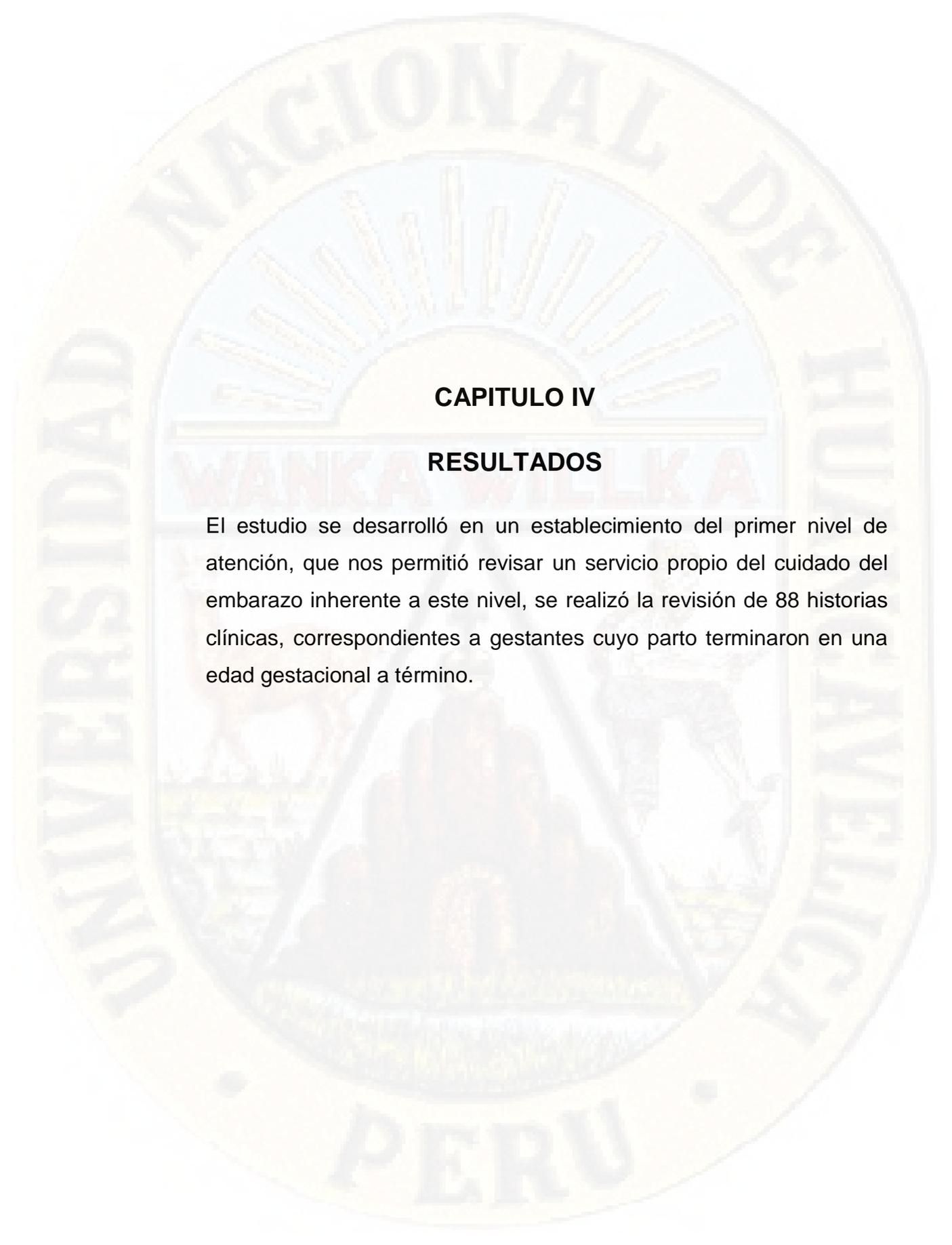
Cada ficha pasó por un control de calidad, antes de ingresar la información a una base de datos.

3.6. TÉCNICAS Y PROCESAMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS

Los datos recabados, se ordenaron en una base de datos, haciendo uso de una hoja de cálculo Microsoft Excel.

Para el análisis estadístico se usó la hoja de cálculo de Microsoft Excel 2010.

Los resultados se organizaron haciendo uso de la estadística descriptiva, presentando los datos en tablas de una y dos entradas con distribuciones de frecuencia absoluta y porcentual.



CAPITULO IV

RESULTADOS

El estudio se desarrolló en un establecimiento del primer nivel de atención, que nos permitió revisar un servicio propio del cuidado del embarazo inherente a este nivel, se realizó la revisión de 88 historias clínicas, correspondientes a gestantes cuyo parto terminaron en una edad gestacional a término.

Tabla 01: Características de las gestantes atendidas en el Centro de Salud San Cristóbal enero – julio 2019.

Características	Gestantes	
	N=88	%
Edad		
≤ de 15 años	1	1.1
16 a 19 años	18	20.5
20 a 34 años	60	68.2
≥ 35 años	9	10.2
Nivel de Instrucción		
Iletrada	0	0.0
Primaria	1	1.1
Secundaria	44	50.0
Superior técnico	34	38.7
Superior Universitario	9	10.2
Estado civil		
Soltera	21	23.9
Conviviente/ casada	67	76.1
Ocupación		
Estudiante	21	23.9
Ama de casa	53	60.2
Independiente	8	9.1
Empleado público	6	6.8

Fuente: Ficha de recolección de datos de la investigación “características de las visitas domiciliarias a gestantes en el primer nivel de atención Huancavelica – 2019.

En la tabla de características sociales se observa que el 68.2% se encuentran en edad reproductiva adecuada, seguida por los adolescentes con un 21.6%; es necesario precisar que se tuvo una gestante de 13 años, el 10.2% de las gestantes se encuentra en edad de riesgo superior. No se encontró gestante iletrada, la mitad cuenta con estudios secundarios 50%, y más de la tercera parte 38.7% tiene una carrera técnica, el 23.9% son solteras, el 60.9% es ama de casa, el 23.9% se encuentra estudiando, y solo el 15.9% está trabajando, de ellos como independiente el 9.1% y el 6.8% es empleado público.

Tabla 02: Cumplimiento del servicio de visitas domiciliarias a gestantes atendidas en el Centro de Salud de San Cristóbal enero – julio 2019.

Visitas efectivas	Gestantes N=88					
	oportunas	%	destiempo	%	total	%
1º visita (sem. del CPN)	81	92.0	0	0.0	81	92.0
2º visita (20 - 22ss)	42	47.7	32	36.4	74	84.1
3º visita (30 - 32ss)	17	19.3	23	26.1	40	45.5
4º visita (36 - 38ss)	10	11.4	2	2.3	12	13.6

Fuente: Ficha de recolección de datos de la investigación “características de las visitas domiciliarias a gestantes en el primer nivel de atención Huancavelica – 2019.

Del total de gestantes atendidas (88), el 92% recibió la primera visita dentro de la semana en el que se realizó la atención pre natal, la segunda visita se brindó oportunamente al 47.7% y pasado el periodo señalado se realizó al 36.4%, recibiendo la segunda visita el 84.1%, la tercera visita oportuna fue al 19.3% y a destiempo al 26.1%, en total se brindó la tercera visita al 45.5%, y la cuarta visita se realizó oportunamente al 11.4% y a destiempo en un 2.3%, alcanzando en total al 13.7% de la población. Asimismo, se observa un descenso en la cobertura de la visita teniendo en cuenta de la primera a la cuarta visita.

Tabla 03: Visitas domiciliarias no efectivas en gestantes atendidas en el Centro de Salud de San Cristóbal enero – julio 2019.

Visitas no efectivas	TOTAL VISITAS	
	N= 244	
	N	%
Visitas no efectivas	37	15.2
Motivos		
Fuera de su domicilio	36	97.3
Domicilio falso	1	2.7

Fuente: Ficha de recolección de datos de la investigación “características de las visitas domiciliarias a gestantes en el primer nivel de atención Huancavelica – 2019.

De las 244 visitas que se realizó hasta julio del 2019, 37 fueron no efectivas correspondiendo al 15.2% del total de las visitas, en su mayoría 97.3% se debió a que la gestante no se encontraba en su domicilio, solo en un caso proporcionó domicilio falso.

Tabla 04: Problemas identificados en las visitas domiciliarias causas y tratamiento en gestantes atendidas en el Centro de Salud de San Cristóbal enero – julio 2019.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS	CAUSA	TTRATAMIENTO
Hinchazón de manos y pies	No consigna	Medidas generales
Proteinuria	No consigna	Control de P/A en domicilio
Familiares	Embarazo no deseado	Terapia psicologica

Fuente: Ficha de recolección de datos de la investigación “características de las visitas domiciliarias a gestantes en el primer nivel de atención Huancavelica – 2019.

De las 244 fichas de visita domiciliaria revisadas se identificó tres problemas, y una de las causas fue embarazo no deseado, gestante que fue derivada a terapia psicológica.

Tabla 05: Planificación del parto desarrollado en las visitas domiciliarias en gestantes atendidas en el Centro de Salud de San Cristóbal enero – julio 2019.

Plan de parto	GESTANTES	
	N= 88	
	N	%
No tiene	1	1.1
Avance de la primera parte	87	98.9
Avance de la segunda parte	67	76.1
plan de parto culminado	26	29.5

Fuente: Ficha de recolección de datos de la investigación “características de las visitas domiciliarias a gestantes en el primer nivel de atención Huancavelica – 2019.

El plan de parto debe iniciarse en la primera consulta prenatal, y las dos siguientes debe de hacerse en el domicilio con la participación de la familia, el 98.9% de las gestantes inició su plan de parto, y concluyeron el 29.5% de las gestantes.

DISCUSIÓN

La visita domiciliaria es una estrategia poderosa en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que funciona en diversos países como una actividad medular en el primer nivel de atención, se ha encontrado evidencias que contribuyen al logro de indicadores en el área materno infantil (13). Por ello se viene usando esta estrategia con mayor énfasis en los grupos de riesgo como el reportado por Zambrano, et al (11) que se empleó en la atención integral a gestantes adolescentes, con el objetivo de identificar y controlar riesgo, brindar educación sanitaria a la pareja y la familia, fortalecer el cuidado familiar a la gestante; durante el proceso se creó un vínculo positivo entre los profesionales de la salud y la comunidad, situación que generó acceso facilitado de los usuarios al sistema de salud y sensibilizó a los prestadores haciendo que brinden servicios humanizados (9), esta estrategia no solo sirve para hacer seguimiento durante el embarazo sino también en el puerperio, lactancia materna y planificación familiar (15), aunque todo lo mencionado no se ve reflejado en indicadores, son acciones que suman a otros, como cumplimiento de la atención prenatal, parto institucional, disminución de la morbilidad y mortalidad materna, por ello debe de intensificarse en gestantes con riesgo psicosocial (13) .

A pesar de las intervenciones sociales Huancavelica sigue siendo la región con el peor índice económico del país, el 83% de la población se encuentran en pobreza extrema (21), lo que se refleja en nuestro estudio donde encontramos que solo el 15.9% de las gestantes se encontraban trabajando, de ellos el 6.8% es empleado público y el 9.1% trabaja en forma independiente, en su mayoría (60.9%) son amas de casa, o estudiantes (23.9%) estudiando; pobreza que se arrastra desde el siglo XVIII cuando se agota el recurso mineral, después de una sobre explotación ambicioso e inhumana (22). En cuanto a la edad, la mayoría (68.2%) se encuentra en edad reproductiva optima de 20 – 34 años, el

21,6% son adolescentes de 13 a 19 años; es necesario precisar que se tuvo una gestante de 13 años, el 10.2% de las gestantes se encuentra en edad de riesgo. No se encontró gestante iletrada, a pesar de que en la sierra del Perú se reporta 4.2% de analfabetismo, la mitad cuenta con estudios secundarios 50%, similar al reportado por el ENDES del año 2014 (23) y más de la tercera parte 38.7% tiene una carrera técnica, en cuanto al estado civil se encuentra que la cuarta parte de las gestantes son solteras (23,9%). Como se puede apreciar un porcentaje importante tiene características de riesgo psicosocial, el cual nos llama fuertemente la atención que solo se haya encontrado tres problemas en 244 visitas domiciliarias (tabla 04).

En cuanto a las visitas oportunas o cumplidas de acuerdo al esquema presentado en la directiva regional de cuidado de la salud materna (18), el 92% recibió la primera visita dentro de la semana en el que se realizó la primera atención pre natal, de ahí fue disminuyendo tanto la cantidad de visitas realizadas como también el cumplimiento dentro de las fechas establecidas, llegando a coberturar solo al 11.4% de las gestantes en forma oportuna y completa; llamándonos la atención la brecha identificada con respecto al primero, aún más teniendo en cuenta que las características sociodemográficas de las gestantes del establecimiento son de riesgo, no se ha encontrado estadísticas de la cobertura de este servicio a nivel de la región y el país. Sin embargo, creemos que es fundamental monitorizar y evaluar un servicio que contribuye de sobremanera al logro de una maternidad saludable y segura.

Al revisar la efectividad de las 244 visitas que se realizó hasta julio del 2019, el 15.2% del total de las visitas resultaron inefectivas, en su mayoría por no encontrar a la gestante en su domicilio; hallazgo que nos invita a analizar los horarios de visita efectiva e indagar más sobre el itinerario de las gestantes en la primera atención prenatal.

Dentro de las visitas se han identificados solo tres problemas, cuando el fin principal es determinar riesgos del entorno familiar y social (9) (11) (14); hallazgo que se contradice con las características sociales de las gestantes.

La planificación del parto, es una estrategia que nos ayudó a la institucionalización y a disminuir riesgos en el momento mismo del parto y puerperio, contribuyendo a la reducción de las muertes maternas, acción en la que no debemos de bajar la guardia, por otro lado, el cumplimiento con las visitas domiciliarias nos lleva a concluir la planificación del parto. En el estudio encontramos que solo la tercera parte (29.5%) de las gestantes tuvieron el parto planificado.

CONCLUSIÓN

1. La mayoría de las gestantes se encuentran en edad reproductiva óptima (20 – 34 años), cuenta con grado de instrucción de secundaria a superior, son conviviente o casadas y se dedican a su casa y a estudiar.
2. Solo el 11.4% de las gestantes cumplieron con las visitas domiciliarias completas y oportunas, a pesar de que el 92% recibió la primera visita.
3. El 15.2% de las visitas fueron no efectivas de 244, la causa fue que no se encontraban en su domicilio.
4. Se reportó tres problemas: hinchazón de manos y pies, proteinuria y problemas familiares.
5. El 29.5% de las gestantes tuvieron plan de parto culminado, a pesar de que el 98.9% inició.

RECOMENDACIONES

Al Centro de Salud de San Cristóbal del Distrito de Huancavelica:

Intensificar las actividades extramurales como la visita domiciliaria de acuerdo a la Directiva Regional de visita domiciliaria.

Innovar las estrategias para alcanzar las metas y el propósito de las historias clínicas.

A la Red de Salud de Huancavelica

Debe brindarse la capacitación y consideración pertinente al personal del primer nivel de atención, en las actividades extramurales como las visitas domiciliarias y darles la importancia del caso.

Valorar como un tiempo invertido y considerar dentro de las metas a cumplir en personal que se encuentra en el primer nivel de atención.

A LA DIRESA HUANCAVELICA

Monitorizar y supervisar el cumplimiento de la Directiva de Visitas domiciliarias a través de las Redes de Salud.

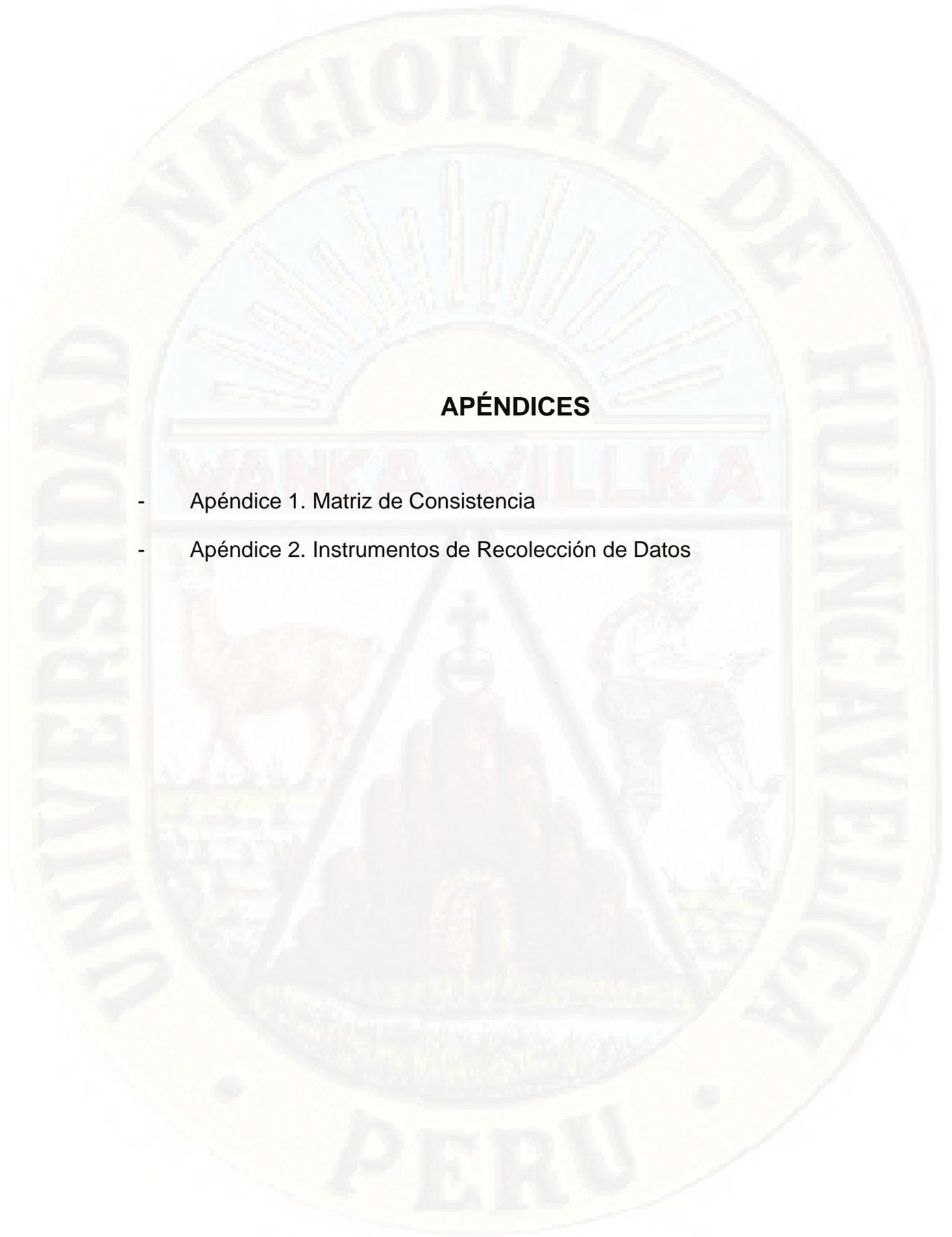
Medir las estrategias como parte de la evaluación de los programas de salud, por los aportes que brinda la visita domiciliaria bien llevada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MIDIS. Manual de visitas domiciliarias. Primera ed. Domínguez RC, editor. Lima: Publimagen ABC sac; 2014.
2. MINSA. NTS 105-MINSA/DGSP,V.01. Técnico Normativo. Lima: Ministerio de Salud del Perú, Dirección General de Salud de las Personas; 2013. Report No.: <http://www.unfpa.org.pe/Legislacion/PDF/20131224-MINSA-NT-Atencion-Salud-Materna.pdf>.
3. Bailón E. Seguimiento del embarazo en atención primaria. Science Direct. 2000; XXVI(11).
4. MINSAL. Visita Domiciliaria Integral Orientaciones Técnicas en el Marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Técnico Normativo. Campos, M.S. & Bedregal,P. (2011). Evaluación de la efectividad de programas de visitas domiciliarias para madres adolescentes y sus hijos/as. Revista Médica de Chile, 139., 60.: Ministerio de Salud Chile, División de Atención Primaria - Departamento Modelo Atención Primaria; 2018.
5. Ministerio de trabajo y promoción del empleo. Resultado de encuesta de hogares. <http://www.mintra.gob.pe/archivos/files/estadísticas/peel/publicacion>. Lima: Ministerio del trabajo y empleo, Lima; 2008.
6. Wayca.pe. <https://wayka.pe/mortalidad-materna-en-peru/>. [Online].; 2017 [cited 2018 mayo 15].
7. OMS. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal. Técnico. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Salud reproductiva; 2016.
8. Kotliarenco MA, Gómez E, Muñoz MM, Aracena M. Características, efectividad y desafíos de la visita domiciliaria en programas de intervención temprana. Salud Pública. 2010; XXII(2).

9. Guía A, Cosvoski AM, Izumi F, Acevedo F. La visita domiciliar como herramienta para el cuidado familiar. *Cogitare Enfermagem*. 2009 diciembre; VIV(4).
10. Arcos A, Muñoz LA, Sanchez X, Vollrath A, Latorre C, Bonatti C, et al. Vulnerabilidad social en mujeres embarazadas de una comuna de la Región Metropolitana. *Revista médica de Chile*. 2011 Junio; CXXXIX(6).
11. Zambrano GE, Gayon GJ, Mojica DC, Cañyzares DF. Programa de atención integral a la adolescentes gestantes. *Ciencia y cuidados*. 2017 abril; V(1).
12. Iglesias SM. Revisión sistemática sobre la efectividad de la visita domiciliaria frente a otro tipo de partos. *Matronas Profesión*. 2015; XVI(2).
13. Atalah E, Cordero M, Quezada S, Carrasco X, Romo M, Guerra ME. Monitoreo de la implementación del programa Chile Crece Contigo en el embarazo: 2008 - 2011. *Rev. chil. obstet. ginecol*. 2013; LXXVIII(4).
14. Ferdinanda MP, Melo LT, Tamburlini VF. Visitas domiciliarias innovadoras y salud materna e infantil. *Rev. bras. promoç. saúde*. 2018 octubre; XXXI(3).
15. Cortes MM, Correa GM. Impacto del cuidado de enfermería en la diada madre hijo: un aporte desde la visita domiciliaria. In *Resúmenes de Trabajos Libres*; 2018; Cartagena.
16. Álvarez CH, Lara A, Torres C, Covarrubias LC, Covarrubias LC, Guillermo E, et al. Modelo de evaluación de programas de salud. Técnico. Colima: Secretaría de Salud y Bienestar Social del Estado de Colima, Secretaría de Salud y Bienestar Social del Estado de Colima; 2014. Report No.: <http://www.saludcolima.gob.mx/images/documentos/ModeloDeEvaluacionDeProgramasDeSalud.pdf>.

17. Puerta A, Correa S, Restrepo B. Investigación evaluativa. 1996. manual que se encuentra en la hemeroteca de la Universidad Carlos Lleras Restrepo.
18. DIRESA - HUANCVELICA. Directiva sanitaria de procedimientos para la estandarización de seguimiento, monitoreo y análisis en el ciudadano de la salud materna – perinatal – neonatal en la región Huancavelica. Directiva. Huancavelica: DIRESA - HUANCVELICA, Estrategia Sanitaria Materno - Neonatal; 2010.
19. DIRESA - HUANCVELICA. Población estimada por edades. Técnico. Huancavelica: Dirección Regional de Salud, Estadística; 2019. Report No.: <https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1tcgL9vWxlXJYBDeIXhIjcZtqvGNDH4q>.
20. Supo J. Seminario de Investigación Científica - metodología de la Investigación para las Ciencias de la Salud. 2nd ed. EIRL B, editor. Arequipa: Bioestadístico EIRL; 2014.
21. CPI. Perú Población 2017. Técnico. Lima : Compañía Peruana de Estudios de Mercado y Opinión Pública, Estadística CPI; 2017. Report No.: N° 7.
22. Wikipedia. Wikipedia. [Online].; 2019 [cited 2019 setiembre 14. Available from: https://es.wikipedia.org/wiki/Departamento_de_Huancavelica.
23. INEI. Encuesta demográfica de salud familiar ENDES 2014. Técnico. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática, Estadística; 2015. Report No.: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf.



APÉNDICES

- Apéndice 1. Matriz de Consistencia
- Apéndice 2. Instrumentos de Recolección de Datos

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variables	Indicadores	Metodología
¿Cuáles son las características de las visitas domiciliarias a gestantes realizadas de enero a julio en un establecimiento de salud del primer nivel de Huancavelica 2019?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar la frecuencia de visitas domiciliarias recibidas por las gestantes de enero a julio del 2019 en un establecimiento de salud del primer nivel de Huancavelica. 2. Determinar los problemas y sus causas identificadas en las visitas domiciliarias realizadas de enero a julio del 2019 en un establecimiento de salud del primer nivel de Huancavelica. 3. Detallar el manejo que se prestó a los problemas priorizados en las visitas domiciliarias de enero a julio del 2019 en un establecimiento de salud del primer nivel de Huancavelica. 4. Describir la planificación del parto que se realizó en las visitas domiciliarias realizadas de enero a julio del 2019 en un establecimiento de salud del primer nivel de Huancavelica. 	No se plantea	Visitas domiciliarias a gestantes	<ul style="list-style-type: none"> - Número de visitas domiciliarias efectivas. - Número de visitas domiciliarias no efectivas. - Problemas identificados - Causa de los problemas identificados en la visita domiciliaria - Manejo de los problemas identificados - Cumplimiento de la planificación del parto 	<p>Tipo de investigación. Observacional, retrospectivo.</p> <p>Nivel de investigación: descriptiva.</p> <p>Población. 130 partos de enero – julio del 2019.</p> <p>Muestra. Se trabajará con toda la población.</p> <p>Técnicas e instrumentos de recolección de datos. Técnica de revisión documental y de instrumento la ficha de revisión documental.</p> <p>Análisis de datos. Estadística descriptiva con el uso de Microsoft Excel 2010.</p>

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La ficha, tiene por finalidad obtener información requerida para la investigación “**CARACTERÍSTICAS DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS A GESTANTES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN HUANCVELICA 2019**”, para el cual se analizará los registros de atención y las historias clínicas de las gestantes.

INSTRUCCIÓN: revise, los registros de seguimiento y atención a la gestante, las historias clínicas y la ficha de atención extramural de todas las gestantes que terminaron en parto a término de enero a julio del 2019.

Código de Reg. _____ N° de Historia Clínica.....

FECHA DE PARTO/...../.....

1. Lugar de procedencia

- a) Rural (1)
- b) Urbano (2)

2. Edad: Años

- a) ≤ de 15 años (1)
- b) 16 a 19 años (2)
- c) 20 a 34 años (3)
- d) ≥ 35 años (4)

3. Nivel educativo

- a) Ninguno (1)
- b) Primaria (2)
- c) Secundaria (3)
- d) Superior técnico (4)
- e) Superior universitario (5)

4. Estado civil

- a) Soltera (1)
- b) Casada/conviviente (2)

c) Separada/divorciada (3)

d) Viuda (5)

5. Ocupación:

a) ama de casa (1)

b) trabajo en chacra (2)

c) independiente (3)

d) empleada pública (4)

e) Otro: (5)

6. Semanas de embarazo en que se produjo el parto _____ss

7. Número de visitas domiciliarias efectivas

Nº DE VISITA	Cumplió con las Fechas	
	si	no
Primera visita		
Segunda visita		
Tercera visita		
Cuarta visita		
Quinta visita		
Sexta visita		
Más de 6 visitas		

8. Número de visitas domiciliarias no efectivas _____

9. Causas de la visita no efectiva

a) Está fuera de su domicilio

b) Domicilio falso

c) Ha migrado a otra comunidad

d) Se encuentra en su domicilio y no permite la atención

10. Problemas priorizados y causas identificados en las visitas domiciliarias

(ver ficha de visitas domiciliarias, anote el problema y la causa registrada.)

PROBLEMA	CAUSA

11. Manejo que se dio a los problemas priorizados

PROBLEMA	MANEJO

12. Se cumplió con las siguientes actividades del plan de parto

- a) No se hizo plan de parto
- b) Avance de la primera parte
- c) Avance en la segunda visita
- d) Tiene plan de parto culminado