

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA (FDS)

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA VISITA DOMICILIARIA EN EL PUERPERIO, BRINDADA POR EL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA, EN EL CENTRO DE CONVERGENCIA DE SHUPÁ, CAMOTÁN. CHIQUIMULA. GUATEMALA SEPTIEMBRE-OCTUBRE 2015.

TESIS DE GRADO

MANUEL ANTONIO PALENCIA GARCÍA
CARNET 21056-06

ZACAPA, DICIEMBRE DE 2015
CAMPUS "SAN LUIS GONZAGA, S. J" DE ZACAPA

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA (FDS)

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA VISITA DOMICILIARIA EN EL PUERPERIO, BRINDADA POR EL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA, EN EL CENTRO DE CONVERGENCIA DE SHUPÁ, CAMOTÁN. CHIQUIMULA. GUATEMALA SEPTIEMBRE-OCTUBRE 2015.

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD

POR

MANUEL ANTONIO PALENCIA GARCÍA

PREVIO A CONFERÍRSELE
EL TÍTULO Y GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

ZACAPA, DICIEMBRE DE 2015
CAMPUS "SAN LUIS GONZAGA, S. J" DE ZACAPA

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. EDUARDO VALDES BARRIA, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DECANO: DR. CLAUDIO AMANDO RAMÍREZ RODRIGUEZ
VICEDECANO: MGTR. GUSTAVO ADOLFO ESTRADA GALINDO
SECRETARIA: LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

LIC. AZUCENA MARILU MONROY RIVERA

TERNA QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

MGTR. ANA LUCRECIA SANTA LUCE BRAN DE RODRIGUEZ
LIC. MAUREEN ADILIA REYES COLINDRES DE HERRERA
LIC. MIRIAM RUBILIA VELÁSQUEZ RAMÍREZ DE OROZCO

Guatemala, 18 de noviembre de 2015

Honorable,
Comité de Tesis.
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Rafael Landívar

Por este medio informo que he revisado y aprobado el informe final de tesis titulado ***Evaluación de la calidad de la Visita Domiciliar en el Puerperio, brindada por el personal auxiliar de enfermería, en el centro de Convergencia de Shupá, Camotán, Chiquimula. Septiembre-Octubre 2015***, realizada por Manuel Antonio Palencia García, el cual asesoré.

Atentamente,


Lic. Azucena Marilú Monroy Rivera
Asesora de Tesis.
Col. EL-222



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
No. 09458-2015

Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado del estudiante MANUEL ANTONIO PALENCIA GARCÍA, Carnet 21056-06 en la carrera LICENCIATURA EN ENFERMERÍA (FDS), del Campus de Zacapa, que consta en el Acta No. 09972-2015 de fecha 27 de noviembre de 2015, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA VISITA DOMICILIARIA EN EL PUERPERIO, BRINDADA POR EL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA, EN EL CENTRO DE CONVERGENCIA DE SHUPÁ, CAMOTÁN. CHIQUIMULA. GUATEMALA SEPTIEMBRE-OCTUBRE 2015.

Previo a conferírsele el título y grado académico de LICENCIADO EN ENFERMERÍA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 9 días del mes de diciembre del año 2015.

LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN, SECRETARIA
CIENCIAS DE LA SALUD
Universidad Rafael Landívar



Dedicatoria

A mis padres: Por darme la vida y su amor incondicional en todo momento, por compartir sus buenos años de vida a mi lado.

A mi esposa: Por todo el amor y comprensión en la vida, por el apoyo brindado durante todo el proceso.

A mis hijos: Clarissa Analy y él/la, que está por nacer, por ser mi fuente de inspiración y mis ganas de vivir.

A mis Hermanos: Por todo el apoyo y cariño mostrado durante toda la vida y en el desarrollo de mis estudios.

A mis abuelas: Por todas sus bendiciones y oraciones a DIOS por mi persona.

A mi Guatemala: Por ser el país que me permite desarrollar y cumplir mis objetivos en la vida.

A todas las personas que me han apoyado incondicionalmente y han contribuido al logro de mi meta académica

Agradecimiento

A DIOS:

Por ser el padre y Ser supremo, que ilumina mi sendero, protege y guarda mi vida y la de mi familia. Gracias SEÑOR por darme la oportunidad de servirte y ser un instrumento de ti en el campo de la enfermería.

A Universidad Rafael Landívar:

Por ser mi honorable casa de estudios y a la Facultad de Ciencias de la Salud, por contribuir en el logro de la finalización de mis estudios académicos.

A mi Asesora Licenciada Azucena Marilú Monroy Rivera:

Mis más sinceros agradecimientos con toda gratitud por el apoyo y esfuerzo realizado para que mi meta haya sido una realidad

A mis Compañeros de estudio:

Por ser parte vital durante el proceso enseñanza-aprendizaje, por compartir a mi lado las experiencias de vida.

A mis Docentes:

Por compartir el pan del saber con calidad y ética, por las múltiples experiencias durante la formación en la Universidad.

Resumen

El puerperio es el período, aproximadamente de 40 días, comprendido entre el final del parto y la primera menstruación. La visita domiciliaria al recién nacido y puérpera es un servicio creado a finales de la década de los años ochenta con el objetivo de establecer una integración familiar y darles apoyo para enfrentar problemas de salud.

El presente estudio se realizó en el centro de convergencia de Shupá, Camotán, Chiquimula, cuyo objetivo fue, evaluar la calidad de la visita domiciliaria en el puerperio brindada por el personal auxiliar de enfermería, en el centro de convergencia de Shupá, Camotán, Chiquimula, realizado en septiembre y octubre de 2015. Es de tipo descriptivo-retrospectivo, se tomó el universo representado por 32 de mujeres en puerperio al momento de la visita domiciliaria en el 2014. La metodología para la recolección de datos e identificar el listado de puérperas fue a través del ingreso al sistema WEB del Ministerio de Salud Pública y censo materno del Centro de Convergencia, se utilizó una encuesta, conformada por 10 variables y 30 ítems, con respuestas de tipo dicotómicas (si-no). Los resultados enmarcan que, el personal de salud utilizó los formatos adecuados, pero no hay integración en la visita ya que, no se cumplieron los protocolos de atención a la puérpera y recién nacido, no se entregaron suplementos a todas las madres. Considerando que estas situaciones pueden tener implicaciones legales futuras se concluyó que, no hay cumplimiento de todos los componentes de calidad en la visita domiciliaria.

INDICE

I. INTRODUCCION	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
III. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	5
3.1 Programa de Extensión de Cobertura:.....	5
3.2 Muerte Materna:.....	5
3.3 Puerperio:	5
3.3.1 Atención en el Puerperio:.....	6
3.3.2 Signos y señales de Peligro en el Puerperio:.....	6
3.3.3 Indicadores de evaluación en el Puerperio:	6
3.3.4 Mortalidad Puerperal:.....	7
3.4 Atención del Recién Nacido:	7
3.4.1 Signos y señales de peligro en el recién nacido:	7
3.5 Visita Domiciliaria:.....	7
3.5.1 Integración de la Visita Domiciliar:	8
3.5.2 Tiempo de la Visita Domiciliar:	8
3.5.3 Material Didáctico en la Visita Domiciliar:	9
3.6 Servicios Básicos de Salud en el Primero Nivel de Atención:.....	9
3.6.1 Estrategia AIEPI AINM-C:.....	10
3.7 Consejería:.....	10
3.8 Proveedor de salud:.....	11
3.8.1 Comunicación del personal de salud:	11
3.9 Calidad de atención en Salud:	11
3.10 Percepción:	12
3.10.1 Percepción educativa:.....	12
3.11 Temática:	12
3.12 Lactancia Materna:.....	13
3.13 Plan de emergencia familiar:.....	13
3.14 Plan de Emergencia Comunitario:.....	14
3.15 Métodos de Planificación familiar en el Pos-parto:.....	14
IV. ANTECEDENTES.....	15

V.	Objetivos	23
6.1	General	23
6.1	Específicos.....	23
VI.	JUSTIFICACIÓN.....	24
VII.	DISEÑO DE LA INVESTIGACION	27
7.1	Tipo de Estudio	27
7.2	Sujeto de estudio	27
7.3	Contextualización Geográfica y Temporal	27
7.4	Definición de Variables.....	28
VIII.	MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS	30
8.1	Selección de los sujetos de estudio	30
8.2	Recolección de datos.....	30
IX.	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	31
9.1	Descripción del proceso de digitación.....	31
9.2	Aspectos Éticos y Legales de la Información:	31
X.	RESULTADOS.....	32
XI.	CONCLUSIONES.....	¡Error! Marcador no definido.
XII.	RECOMENDACIONES	¡Error! Marcador no definido.
XIII.	BIBLIOGRAFIA	65
XIV.	ANEXOS.....	69

I. INTRODUCCION

El puerperio es el período, aproximadamente de 40 días, comprendido entre el final del parto y la aparición de la primera menstruación. En este periodo se experimentan cambios importantes para la mujer entre los que destacan: cambios fisiológicos, responsabilidad hacia el nuevo hijo, modificación de relaciones sociales y laborales, ausencia de tiempo libre y necesidad de adaptación. La visita domiciliar al recién nacido y puérpera es un servicio creado a finales de la década de los años ochenta del siglo pasado, con objetivos muy concretos y se define como la actividad realizada por uno o más integrantes del equipo de salud en el domicilio de una familia, con el objetivo de establecer una integración con uno o más miembros y su entorno para conocer su medio ambiente y darles apoyo para enfrentar problemas de salud. (1)

La visita domiciliar está presente en países de Latinoamérica, un ejemplo claro es la estrategia de Uruguay, Chile y Paraguay quienes hacen énfasis en este componente. (2) (3)

En Guatemala la visita domiciliar tiene su importancia, ya que de acuerdo al Acuerdo Gubernativo 65-2012 publicado el 29 de marzo de 2012, establece que debe darse el cumplimiento del decreto 32-2010 “Ley de Maternidad saludable” donde el artículo 11 inciso b dice: Cumplir con la normativa en relación a la visita domiciliar para el chequeo del listado de materiales para el parto y puerperio. (4)

El presente estudio se realizó en las comunidades del centro de convergencia de Shupá, Camotán, Chiquimula donde brinda servicios de salud el distrito de Camotán.

Se tomó como base la evaluación de la calidad de la visita domiciliar a las puérperas, brindada por personal auxiliar de enfermería. Se eligió esta investigación ya que se considera importante el seguimiento del post-parto en la comunidad y dando cumplimiento a la estrategia de Atención integral del niño y la mujer en la comunidad (AINM-C) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia

Social, además de acuerdo a los antecedentes de mortalidad materna en el centro de convergencia de Shupá, una mujer muere anualmente por complicaciones en el puerperio.

El estudio es de tipo descriptivo-retrospectivo, se tomó el universo que está representado por 32 de mujeres que están en el puerperio al momento de la visita domiciliar en el 2014. Para ello se diseñó y validó un instrumento que estuvo dirigido a evaluar la calidad de la visita domiciliar en el puerperio a través de una encuesta de opinión de la calidad de la atención con respuestas de tipo dicotómicas, la cual se aplicó a las madres que fueron visitas en el puerperio en el año 2014, el instrumento consta de 10 dimensiones o variables las cuales fueron estudiadas, siendo estas: Visita domiciliaria, puerperio, comunicación del personal, conocimiento de antecedentes patológicos de la familia, tiempo de la visita, evaluación física del neonato, evaluación física de la puérpera, revisión del carné, utilización de material didáctico y cumplimiento de la técnica ACCEDA (Atender, comunicar, conversar, encaminar, demostrar y acordar) en la consejería; cada una de estas dimensiones, se subdividen en uno o más ítems, haciendo un total de 30, los cuales estuvieron plasmados en el instrumento de investigación.

El objetivo del estudio fue, evaluar la calidad de la visita domiciliaria en el puerperio brindada por el Personal auxiliar de enfermería en el centro de convergencia de Shupá, Camotán, periodo de enero-diciembre de 2014.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La visita domiciliaria al recién nacido y puérpera es un servicio creado a finales de la década de los años ochenta del siglo pasado, con objetivos muy concretos. Es una gran oportunidad de dar continuidad, tras el parto, a la labor educativa iniciada durante el seguimiento del embarazo. (5)

El puerperio es la fase que comprende el tiempo desde el parto hasta los 40 días posterior, se considera una fase latente de riesgo y su seguimiento domiciliar es una de las estrategias adecuadas para la identificación de factores negativos potenciales para la vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), recomiendan las visitas domiciliarias durante la primera semana de vida para aumentar la supervivencia de los recién nacidos y establecer la estabilidad de la madre. (6)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada día pierden la vida 1,500 mujeres en el mundo, por complicaciones de embarazo, parto y posparto, pero en los países en vías de desarrollo la razón de mortalidad es más elevada, además establece que el 15% de las embarazadas pueden experimentar un alto riesgo de complicaciones del embarazo o del parto y éstas pueden ser lo suficientemente graves para amenazar la vida. La causa de muerte que ocupa el primer lugar es la hemorragia vaginal, seguida de la septicemia después del parto. Las defunciones maternas ocurren entre el 11% y el 17% durante el parto, y entre el 50% y el 71% durante el puerperio, la primera semana es la de mayor riesgo. Aproximadamente el 45% de las defunciones maternas puerperales se producen durante las primeras 24 horas, y más de las dos terceras partes durante la primera semana. (7), (8)

En Guatemala, muchos han sido los esfuerzos y acciones que se han ejecutado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en coordinación con organizaciones extranjeras, además se han logrado procesos legales que fortalecen el desarrollo de los servicios de salud, tal es el caso de la aprobación de

la Ley de Maternidad Saludable que hace referencia al cumplimiento de la visita domiciliaria en el embarazo y puerperio. (4)

La Razón de mortalidad materna en Guatemala para el año 2007 fue de 139.7, siendo la hemorragia la primera causa de muerte. En el departamento de Chiquimula mueren 17 mujeres al año, relacionadas con el embarazo, parto y postparto, en el municipio de Camotán la totalidad de muertes maternas al año es de 4 y en el centro de convergencia de Shupá es de 1 anualmente. (7) (9)

El programa de extensión de Cobertura a nivel de país y en el departamento y municipios de Chiquimula aplica la estrategia de: Atención Integral para las Enfermedades Prevalentes del Infante(AIEPI) y la Atención Integral del Niño y la Mujer en la Comunidad (AINM-C), cuya piedra angular es la identificación de riesgos de niños y mujeres en la comunidad, en esa línea la visita domiciliaria es una de las acciones más importantes, por tal razón surgió la idea de realizar el estudio sobre la evaluación de la calidad de la visita domiciliaria en el puerperio brindada por el proveedor de salud, dicha investigación se realizó en las comunidades que pertenecen al centro de convergencia de Shupá, del municipio de Camotán, abarcando el periodo de enero a diciembre de 2014, Por las razones anteriores se hizo el siguiente planteamiento.

¿Cuál es la calidad de la visita domiciliaria en el puerperio brindada por el personal auxiliar de enfermería en el centro de convergencia de Shupá, Camotán, Chiquimula. Enero-diciembre 2014?

III. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

3.1 Programa de Extensión de Cobertura:

El modelo de extensión de cobertura creado por el Ministerio de Salud Pública Y Asistencia Social (MSPAS), amplía la cobertura de atención para el primer nivel en la prestación de servicios básicos de salud a la población postergada del área rural que no tiene acceso a los servicios tradicionales de salud. El modelo tiene su base en la participación comunitaria del personal voluntario apoyada por el médico ambulatorio y/o enfermera ambulatoria y el facilitador institucional que contratan las Organizaciones No gubernamentales, para ofertar los servicios básicos de salud con énfasis en la prevención y control de problemas prioritarios de acuerdo a la población censada por centro de convergencia de la jurisdicción. (21)

3.2 Muerte Materna:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el concepto de muerte materna como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los cuarenta y dos días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del mismo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. (22)

3.3 Puerperio:

Es el período, aproximadamente de 40 días, comprendido entre el final del parto y la aparición de la primera menstruación. Es un período con una gran vulnerabilidad biopsicosocial para la mujer por los importantes cambios que se producen: cambios fisiológicos, responsabilidad hacia el nuevo hijo, modificación de relaciones sociales y laborales, ausencia de tiempo libre, necesidad de adaptación, etc. La visita domiciliaria al recién nacido y puérpera es un servicio creado a finales de la década de los años ochenta del siglo pasado, con unos objetivos muy concretos. Es una gran oportunidad de dar continuidad, tras el parto, a la labor educativa iniciada durante el seguimiento del embarazo. (5)

3.3.1 Atención en el Puerperio:

De acuerdo a los cuadros de procedimientos de la estrategia de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes del Infante (AIEPI) y de la Atención Integral del Niño y la Mujer en la Comunidad (AINM-C), toda puérpera debe recibir una visita domiciliaria por el personal de salud, con énfasis en el primer día posparto y en un periodo máximo de 40 días posparto, registro de la madre en la ficha clínica materna, visita de seguimiento por parte de la comadrona y/o enfermero(a) o medico ambulatorio, entrega de micronutrientes: 2 tabletas de sulfato ferroso de 300mg y una tableta de ácido fólico de 5 mg cada semana, hasta concluir seis meses después del parto, entrega de alimento complementario: 3 bolsas de vitacereal cada mes a las puérperas y durante 6 meses después del parto, promoción del espaciamiento de embarazos mediante el método de lactancia materna exclusiva (MELA), información sobre otros métodos de espaciamientos de embarazo posparto y consejería y entrega de métodos de espaciamientos de embarazos. (23), (24), (25)

3.3.2 Signos y señales de Peligro en el Puerperio:

En la etapa del puerperio se dan cambios anatómicos y fisiológicos que afectan el bienestar de la madre, además se pueden alterar funciones vitales las cuales comprometen la vida en de forma repentina, entre los signos y señales de peligro resaltan: cefalea, visión borrosa, mareos o vértigos, epigastralagias, dolor abdominal, malestar general, fiebre o hipotermia, hemorragia vaginal, edema de miembros inferiores y uno de los más significativos es la elevación de la tensión arterial.

3.3.3 Indicadores de evaluación en el Puerperio:

El proveedor de salud en el momento de establecer contacto con la madre puérpera en el domicilio debe identificar: signos y síntomas de peligro entre ellos: hemorragia vaginal, dificultad para respirar, temperatura mayor de 38 grados centígrados, descartar retención de restos placentarios, involución uterina, desgarros en región perinatal, coágulos o sangrados con mal olor, dolor al orinar, hipertensión arterial y referir al servicio competente oportunamente si es necesario. (24), (25), (26)

3.3.4 Mortalidad Puerperal:

Se define como la muerte de una mujer en los 40 días después del parto por causas asociadas a esta etapa. Entre los principales diagnósticos de muerte puerperal se encuentran: hemorragia postparto, septicemia puerperal, eclampsia, etc.

3.4 Atención del Recién Nacido:

Periodo neonatal se extiende desde el parto hasta los 28 días. Durante este tiempo el neonato debe hacer varios ajustes a la vida extrauterina. Muchas de estas tareas de desarrollo se presentan poco después del parto y las tareas biológicas son aquellas que comprenden: 1) establecer y mantener la respiración, 2) adaptarse a los cambios circulatorios, 3) regular la temperatura, 4) ingerir, retener y digerir los nutrientes, 5) eliminar los desechos y 6) regular el peso. Todo recién nacido recibirá una visita domiciliaria por el personal de salud con énfasis en los primeros 3 días después del nacimiento y un periodo máximo de 28 días, registro en la ficha clínica del niño, visita de seguimiento por parte de la comadrona o personal de salud, aplicación de la vacuna BCG, llenado y entregado de carnet a la madre. Además detección temprana de complicaciones, manejo inicial y referencia oportuna al Centro de Atención Permanente (CAP), Centro de Atención Integral Materno Infantil (CAIMI) u hospital, aplicación de medidas básicas de sostén según normas y activar el plan de emergencia familiar y comunitaria. (23), (24), (25), (27)

3.4.1 Signos y señales de peligro en el recién nacido:

El recién nacido está vulnerable a procesos de riesgos entre los que destacan: fiebre, vómitos y diarrea, dificultad para respirar, onfalitis, distensión abdominal, estreñimientos, sangrados, problemas dermatológicos, reflujos gástricos, ictericia, bajo peso al nacer, etc., por ello es importante que el trabajador de salud identifique y contribuya a solucionar estos problemas.

3.5 Visita Domiciliaria:

Se define como la actividad realizada por uno o más integrantes del equipo de salud en el domicilio de una familia, con el objetivo de establecer una integración

con uno o más miembros y su entorno para conocer su medio ambiente y darles apoyo para enfrentar problemas bio - psicosanitarios, en el marco de una relación asistencial continua e integral, que debe ser la característica del que hacer en la atención primaria. Se podría agregar que tiene un componente centrado en las acciones de fomento, protección, recuperación y/o rehabilitación de la salud. La visita domiciliar es una táctica de comunicación interpersonal importante, para darle seguimiento al compromiso de la madre y otros miembros de la familia, para mejorar prácticas de alimentación y de salud. Se hace visitando a la familia en su hogar. Los momentos claves para realizar una visita domiciliar son: Embarazo, posparto, madre con niño menor de 5 años, madre con niño con problemas de desnutrición o enfermedad. Para preparar la visita domiciliar se debe tener en cuenta: Programar visitas en horarios oportunos, programar visitas de acuerdo a priorización y tiempo disponible, revisar información de la familia que se va a visitar, llevar material de Información, Educación y Comunicación (IEC) (láminas de consejería, recordatorios, folletos, etc.) para dar recomendaciones. Durante la visita se debe llevar a cabo los siguientes pasos: Saludar a las personas con amabilidad, presentarse ante la persona que se está visitando, explicar el motivo de la visita, preguntar por la salud y alimentación de la familia, así como por la preparación y consumo de vitacereal, en caso de que la familia es en el programa, felicitar si está preparando y consumiendo los alimentos en la forma indicada, dar consejería, hacer compromisos, entregar hoja de recordatorio y boleta de referencia cuando sea necesario. Al terminar la visita domiciliar se debe: resumir los puntos más importantes, acordar una visita de seguimiento y registrar la visita donde corresponde. (1), (23), (26), (16)

3.5.1 Integración de la Visita Domiciliar:

La integración de la visita domiciliar refleja una investigación de la situación de salud de cada integrante de la familia y a la vez se hace una inspección rápida de los medios de verificación en relación a las actividades de salud, específicamente con la observación y revisión de los carne de vacunación

3.5.2 Tiempo de la Visita Domiciliar:

Para el logro de los objetivos propuestos en la visita en el postparto y en la consejería, se establece que el tiempo de duración debe abarcar 15 minutos como

promedio y no menos, además es importante establecer que cuando esta tiene mayor duración existe el riesgo de abandonar las metas y perder la dirección de la temática. (23)

3.5.3 Material Didáctico en la Visita Domiciliar:

El personal de salud que de información, educación y comunicación, utiliza medios que favorecen el proceso enseñanza-aprendizaje, los cuales son seleccionados, de acuerdo al tiempo de duración, temática a tratar, personal al que está dirigido. Dentro de los materiales que se utilizan están: medios escritos y gráficos (hojas de trabajo, informes, periódicos, carteles, rota folios, trifoliales, libros, manuales); medios audio-visuales: (grabaciones, videos) y las demostraciones con material educativo específico, entre los que destacan: maniquís, insumos de alimentación para demostrar cómo preparar alimentos como los atoles y vitacereal.

3.6 Servicios Básicos de Salud en el Primero Nivel de Atención:

Son las acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación que el equipo básico de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social provee de manera permanente y con participación de la comunidad para mejorar la situación de salud de las personas y del ambiente en las comunidades más postergadas y difícil acceso, surgen en 1997 por iniciativa del Ministerio de Salud Pública para responder a las necesidades y expectativas de la población que no tenía acceso a los servicios de salud. (23)

Los componentes del conjunto de servicios básicos de salud son: atención integral a la mujer y recién nacido, atención integral a la niñez, atención a la demanda por morbilidad y atención del ambiente. El personal técnico está conformado por: enfermero(a) o médico ambulatorio, quien tiene la responsabilidad de dar atención integral médica a la población, educadora en salud nutricional, quien realiza actividades de información, educación y comunicación para el cambio de comportamientos en beneficio de la salud y la nutrición, facilitador institucional, que apoya y fomenta la organización comunitaria y capacita a los facilitadores y vigilantes de salud, auxiliar de enfermería, quien atiende a la madre en el embarazo, parto y puerperio así como al neonato de acuerdo a normas y protocolos de atención de servicios básicos de salud en la jurisdicción. El personal

comunitario está integrado por: facilitador comunitario, vigilantes de salud y comadrona tradicional capacitada.

3.6.1 Estrategia AIEPI AINM-C:

Es la estrategia de Atención Integral para las Enfermedades Prevalentes del Infante y la Atención Integral del Niño y de la Mujer en la Comunidad, que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala diseño, la cual es aplicada por el personal de salud en el primer nivel de atención. Con la aplicación de esta estrategia en el primer nivel de atención, la educación comunitaria en salud y nutrición ayudará a prevenir la desnutrición y las enfermedades que más se presentan en la niñez y en las mujeres en edad fértil. La estrategia Integral para las Enfermedades Prevalentes del Infante y la Atención Integral del Niño y de la Mujer en la Comunidad (AIEPI AINM-C), permite cumplir con las normas del primer nivel de atención en salud, a través de la evaluación rápida de signos de enfermedad como convulsiones, somnolencia, dificultad para beber y otros signos de peligro en niñez. Los pasos a seguir en la estrategia Atención Integral para las Enfermedades Prevalentes del Infante (AIEPI) son: observar y preguntar, clasificar, tratar, aconsejar y dar seguimiento. (23), (28), (29), (30)

3.7 Consejería:

Es una técnica de educación que está diseñada para dialogar con las personas de forma oportuna y personalizada con la finalidad de tratar aspectos importantes relacionados con la salud o prevención de enfermedades. La consejería tiene cinco pasos fundamentales que son: Felicitar a la madre, Preguntar para atender su situación, Aconsejar según la situación, Ayudar a que la madre haga un compromiso sobre lo que ella va a poner en práctica y Darle hoja de consejos o recordatorios o una boleta de referencia según el caso. La consejería de acuerdo al cuadro de procedimiento de manejo integrado de la mujer y recién nacido se debe dar en base a los pasos de ACCEDA, los cuales son: Atender a la mujer con amabilidad, conversar con confianza, comunicar claramente a la mujer los hallazgos de examen durante el puerperio, encaminar a compromisos sobre sus alimentación y Suplementación con hierro y ácido fólico, describir o demostrar cada recomendación y acordar la próxima cita. (23), (26)

3.8 Proveedor de salud:

Es el personal profesional que forma parte de los sistemas de salud y quien brinda la atención basada en conocimientos científicos, con la finalidad de contribuir a la prevención, promoción, recuperación y/o rehabilitación de la población asignada. El proveedor de salud se basa en protocolos, normas, manuales, guías, las cuales están estandarizadas para el desarrollo de las funciones, las cuales están especificadas de acuerdo al perfil y cargo que ocupe dentro de un servicio de salud. En Guatemala están establecidos los niveles de atención en el que cada uno debe contar con proveedores de salud acorde al logro de objetivos, estos niveles están nombrados como: primer nivel de atención que están dirigidos a los centros de convergencia, puestos de salud, centros comunitarios y unidades mínimas; el segundo nivel de atención que corresponde a: centros de salud, Centros de Atención Permanentes, Centros de atención integral materno infantil y centros de urgencia medicas y el tercer nivel se refiere a todos los hospitales que están en el territorio nacional en el que se da el proceso de curación y rehabilitación, de esta manera el proveedor de salud debe contar con las habilidades específicas las cuales deben ser aplicadas en cada uno de estos niveles de atención. Entre los proveedores de salud que están dentro del sistema de salud de Guatemala están: Los médicos generales y con múltiples especialidades, el personal de enfermería en cada uno de sus niveles y especialidades, anesthesiólogos, epidemiólogos, técnicos en salud rural, educadores en salud y nutrición, etc.

3.8.1 Comunicación del personal de salud:

Los trabajadores en el campo de la salud, dirigen sus acciones al bienestar y recuperación de la salud, a través de funciones técnicas, pero las relaciones interpersonales son importantes en el cumplimiento de los objetivos propuestos, por ello en este aspecto se ven implícitos valores como: la empatía, el respeto, la amabilidad y la tolerancia.

3.9 Calidad de atención en Salud:

Tomando el concepto de Myers y Slee, como el grado en que se cumplen las normas en relación con el mejor conocimiento sanitario existente, en cada momento, de acuerdo con los principios y prácticas generalmente aceptados.

Aunque la calidad es intangible, se puede aplicar una escala de medida para aproximarse a una estimación real de la misma. La calidad se concretiza en los criterios. Estos criterios se podrían definir como las normas de buena práctica que reflejan un ideal. Cada situación concreta del paciente debe ser seguida por la atención adecuada por parte de los profesionales sanitarios, y la variabilidad de las actuaciones de éstos denota una falta de calidad. Se refiere al proceso que realiza una revisión de las funciones de una organización de atención de la salud, que evalúa si cumple estándares relacionados con la función o el área de servicio elegido. Presta atención al desempeño institucional e individual, fomentando el mejoramiento continuo, fomentando la prestación de servicios de salud de calidad. (19)

3.10 Percepción:

Conocimiento y recepción de una forma por medio de las impresiones que comunican. Sensibilidad de los eventos, actividades. La percepción es la forma individual de visualizar los acontecimientos rutinarios y brinda una ventana para la toma de decisiones, un ejemplo de percepción es: como sentir o como se recibió la atención que se le brinda en determinado servicio y cuál sería su calificación, sin tener que consultar a otra personal. (31)

3.10.1 Percepción educativa:

Se refiere al grado de conocimiento que una persona tiene en relación al proceso enseñanza-aprendizaje, es decir la capacidad de adquirir la temática que se le impartió o el nivel de recepción de la información que se le proporcionó.

3.11 Temática:

Agrupación de temas u obras en determinado tiempo y espacio. En los sistemas de salud este término es muy común, ya que dentro de la técnica de información, educación y comunicación, se establecen y se seleccionan ciertos temas que la población necesita conocer y que en algunos casos necesitan urgente su implementación.

3.12 Lactancia Materna:

Es la alimentación del niño directamente del seno de la madre, la lactancia materna permite prolongar la estrecha relación que unió a la madre y al hijo durante el embarazo, constituye además un acto de amor que tiene gran repercusión en desarrollo emocional del niño y en la relación afectiva de la madre y el hijo. La lactancia materna es una de las contribuciones más importantes para la salud, el crecimiento y el desarrollo del niño. Al momento del nacimiento, si la madre a recibido poca medicación y a presentado un parto normal y el neonato está despejado y activo, este puede ponerse al pecho inmediatamente por algunos minutos en cada lado; recibirá una pequeña cantidad de calostro, líquido amarillento y de elevado contenido calórico y proteico que está presente en las mamas antes y durante los primeros días posteriores a este y que contiene linfocitos y macrófagos, el calostro también estimula la evacuación del meconio. Los beneficios de la lactancia materna comienzan dentro de la primera hora después del parto, sin haber alimentado al bebé previamente; con la lactancia se disminuyen una enormidad de problemas de salud en los recién nacidos, estos problemas incluyen: la hipotermia, la hipoglucemia, por eso es importante que en el momento de la visita domiciliaria se formalice este tema y se dé realce a fin que la madre inicie lo más pronto posible con el proceso de dar amor a través del alimento materno. (23), (27), (26)

3.13 Plan de emergencia familiar:

Es la preparación y organización de la familia con la finalidad de solventar una emergencia en situaciones impredecibles, ya sea en partos complicados o niños menores de 5 años con signos de peligro. La actividad principal de esta metodología es evitar la mortalidad en la población y facilitar a los servicios de salud el traslado de pacientes, además contribuye en el ahorro económico de las familias y la organización entre los integrante de la misma. Los hogares de las áreas rurales, con difícil acceso a servicios de salud son capacitados y visitados por el personal de salud con la finalidad de implementar esta forma de organización. (23), (24), (26),

3.14 Plan de Emergencia Comunitario:

Planeación que ejerce la comunidad a través de la participación comunitaria, en este proceso están involucrados los actores principales, entre ellos: integrantes del COCODE; (Consejo comunitario de desarrollo), integrantes de Iglesias y agrupaciones de la comunidad. El objetivo del plan de emergencia comunitario es contribuir a la reducción de la mortalidad materno-infantil.

3.15 Métodos de Planificación familiar en el Pos-parto:

Son todos los métodos que una puérpera puede tener acceso con la finalidad de retrasar o evitar un embarazo próximo, todo proveedor de salud debe incluir dentro de la visita domiciliaria y específicamente en la consejería este tema, entre los métodos que se ofertan están: anticonceptivos orales, los cuales deben ser utilizados a partir de los 6 meses después del parto, los inyectables, los de barrera, los naturales y los quirúrgicos. Cada uno de estos métodos tiene reacciones secundarias y deben ser evaluados por el personal de salud competente para su administración.

IV. ANTECEDENTES

La visita domiciliaria en el campo de la salud se ha convertido en una de las acciones que desarrolla un enfoque preventivo y educativo en los pacientes, usuarios o clientes de los servicios de salud, por otro lado es importante destacar que, la evaluación y el cumplimiento del personal de salud en relación a esta temática se dé con frecuencia a fin de identificar el desempeño de las acciones que dan como resultado la de calidad de atención.

En diferentes partes del mundo uno de los objetivos establecidos en los sistemas de salud es reducir y evitar la mortalidad materna-neonatal y una de las acciones que se han incluido ha sido la visita en el domicilio en la etapa del puerperio a fin de dar seguimiento a la madre y al recién nacido.

4.1 A nivel mundial no se conocen estudios específicos a la evaluación de la visita domiciliaria en el puerperio brindada por el proveedor de salud, pero hay temas que permiten hacer comparaciones y análisis que hacen referencia a situaciones similares, entre ellos se encuentra el de: Mendoza Cárdenas en el 2001, en Lima, Perú con la investigación denominada: “Capacitación y Seguimiento domiciliario sobre lactancia materna exclusiva a puérperas del Hospital Santa Rosa, periodo de septiembre a noviembre de 2001”, teniendo como objetivo general conocer el efecto de la capacitación personalizada en lactancia materna exclusiva y el efecto del apoyo permanente a través de visitas domiciliarias. La población estuvo constituida por 799 puérperas, cuyos partos eutócicos fueron atendidos en el Hospital de Santa Rosa, durante septiembre a noviembre de 2001 y la muestra la representaron 100 mujeres en el posparto, el diseño de la investigación agrupó a 2 poblaciones, la primera fue el objeto de estudio y la segunda, el grupo control, quien no recibió consejería personalizada en sus cacas, las variables independientes fueron la capacitación y el seguimiento domiciliar. En este estudio se elaboró como instrumento una guía sobre lactancia materna exclusiva, que cumple con los 10 pasos de una lactancia natural y feliz, propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), además se elaboró un cuestionario dirigido a las madres que

comprendía las siguientes áreas: datos referente a la madre, a la lactancia materna exclusiva y a la capacitación. Entre los resultados sobre sale que, el porcentaje de lactancia materna en el grupo de estudio fue de 78.7% durante el primero y segundo mes y fue aumentando en el tercer mes, mientras que en el grupo control solo fue del 33%. En las conclusiones se observó que la capacitación personalizada y el apoyo permanente en las madres lactantes, aumenta el porcentaje de niños alimentados exclusivamente durante los primeros 3 meses de vida. Además se estableció que los problemas de pezones cortos y planos no significan ningún problema en el logro de la lactancia materna exclusiva. (11)

4.2 Casallas en el año 2006 en Colombia realizó la “Caracterización de La Visita Domiciliaria Como técnica de Intervención de Trabajo Social en Instituciones de Salud, empresas y Comisarías de familia”, teniendo como objetivo caracterizar la Visita Domiciliaria como técnica de intervención de Trabajo Social en las instituciones de salud, empresas y comisarías de familia de Bogotá DC, utilizando la metodología exploratoria descriptiva con enfoque cualitativo. La población a investigar fueron los Profesionales de Trabajo Social y otros que ejercen en Instituciones de Salud, ámbito laboral y comisarías de familia y, que parte de su quehacer profesional incluye la realización de visitas domiciliarias. El tipo de muestra de esta investigación es no aleatoria, ya que no es posible tener el número exacto de la población a investigar, es decir el total de profesionales que realizan visita domiciliaria, por lo tanto se determinó por el grupo investigador. El instrumento de recolección de información fue una entrevista semiestructurada, a 20 profesionales de trabajo social y 4 profesionales de otras disciplinas. La entrevista es concebida según el grado de estructuración y directividad, teniendo en cuenta el criterio de una entrevista abierta y semiestructurada, ya que permitió llevar un hilo conductor de la información que se necesitaba recolectar y no alejarse de los objetivos de la investigación. Los resultados de este estudio establecieron que en la actualidad la visita domiciliaria es más integral y que permite identificar diagnósticos oportunos, por lo tanto el profesional que fue

estudiado caracterizo la visita como una estrategia de intervención educacional y favorable. (12)

4.3 En España en el año 2010, Salazar Olivares, realizó un estudio sobre: “Influencia de la Visita Puerperal Temprana en la Detección y Evolución de la Depresión Posparto”, cuyo objetivo fue determinar y valorar la influencia de la visita puerperal temprana domiciliaria en la disminución de la incidencia de depresión posparto. La investigación tiene una metodología aleatoria prospectiva y estuvo representada por Cuatrocientos treinta pacientes con embarazo y partos sin complicaciones que se aleatorizan en dos grupos homogéneos, uno con visita puerperal temprana y el otro como grupo control. Se utilizó la hospital anxiety and depression scale para valorar la depresión posparto a los 7 y 30 días. Los resultados que se observaron evidenciaron un score positivo para depresión puerperal a los 7 días del parto en un 10,2%. En el grupo de visita puerperal temprana se observó una disminución de incidencia de la depresión puerperal (0,9%) frente al grupo control (3,7%). Por lo que se concluyó que la visita puerperal temprana parece ser útil en la detección de patología psiquiátrica y disminuye la evolución de los síntomas. (13)

4.4 Bustos Pedraza, en Colombia en el año 2010, plasmó un estudio nombrado “Seguimiento al hogar para madres en puerperio con antecedente de enfermedad hipertensiva de la gestación”, teniendo como objetivo realizar el seguimiento al hogar a las madres en periodo de puerperio con antecedente de enfermedad hipertensiva de la gestación para prevenir complicaciones y promover su salud, teniendo en cuenta la familia como grupo de apoyo y sustentado en los cinco procesos básicos de la teoría de Kristen Swanson, entre los pasos metodológicos se realizó el seguimiento a seis puérperas con diagnóstico de enfermedad hipertensiva de la gestación egresadas de la Unidad de Cuidado Obstétrico de la Clínica Materno Infantil de Saludcoop captadas entre el 27 de Agosto y el 10 de septiembre de 2010, estas madres fueron incluidas en un proceso de seguimiento que duró seis semanas, la población estudio fueron Puérperas con diagnóstico de hipertensión inducida por la gestación que se encuentran hospitalizadas en la

Unidad de Cuidado Obstétrico (UCO) de la Clínica Materno Infantil de Saludcoop y la muestra estuvo representada por puérperas con diagnóstico de hipertensión inducida por la gestación egresadas de la Unidad de Cuidado Obstétrico de la Clínica Materno Infantil de Saludcoop hospitalizadas durante el periodo comprendido entre el 26 de Agosto hasta el 9 Septiembre de 2010. Para este estudio se utilizaron 2 instrumentos de recolección de datos, el primero fue la historia clínica de la puérpera y su evolución en relación a los signos vitales y el segundo fue un formato de percepción del cuidado de enfermería brindado a la puérpera. Entre las conclusiones resaltan que, toda mujer con antecedente de hipertensión arterial deben continuar con el tratamiento farmacológico y evaluar su tensión arterial de forma diaria durante un periodo de tiempo después del parto por personal calificado. (14)

4.5 En el año 2011 en México, Neciosup Montenegro realizó el estudio sobre “Nivel de cumplimiento del componente de proceso de atención a puérperas en el primer nivel de atención, Cuernavaca, Morelos”, utilizando una metodología de estudio transversal, descriptivo cuya unidad de análisis fueron 3 establecimientos de salud del primer nivel de atención de Secretaria de Salud del Municipio de Cuernavaca. El análisis de procesos se realizó a partir de un flujo-grama identificando nudos críticos con base en entrevistas y aplicación de una lista de chequeo a profesionales que atendieron puérperas. El objetivo fue Evaluar el nivel de cumplimiento del componente de atención a puérperas en el primer nivel de atención, los resultados enmarcaron que de acuerdo con el análisis de procesos en la atención a puérperas no se cumplieron las actividades mínimas establecidas en la toma de signos vitales. Se identificaron 4 nudos críticos: el primero; la deficiente consejería a la gestante en el primer nivel de atención y la referencia al hospital a las 32 semanas para la atención de parto; el segundo en el egreso hospitalario con ineficiente consejería en cuidados del puerperio, recién nacido, lactancia materna y planificación familiar, e inadecuada contra referencia; el tercero, la falta de seguimiento ante la inasistencia de puérperas a los 7 días posparto y el cuarto, la deficiente evaluación clínica a la puérpera en el primer nivel, por lo tanto Se encontró que el nivel de cumplimiento de los profesionales

que atienden a las puérperas en los CS del estudio es bajo, dado el escaso conocimiento que se tiene de ésta. Igualmente los resultados refuerzan la necesidad de ofrecer capacitación, supervisión y comunicación entre autoridades para dar cumplimiento en los diferentes niveles de atención. (15)

4.6 En Valencia, España en el 2011, Paterna, realizó un estudio el cual se nombró “Estudio comparativo y aleatorizado de la visita puerperal en el domicilio de la madre y en el centro de salud”, donde se estableció como objetivo evaluar la efectividad, en cuanto a evolución clínica y satisfacción materna de la visita puerperal en el domicilio y compararla con la realizada en el centro de salud, se aplicó la metodología de ensayo de intervención, multicéntrico y aleatorizado, donde se comparó un grupo experimental formado por 100 mujeres que recibieron la primera asistencia posparto en el domicilio con un grupo control de 100 mujeres que tuvieron la primera visita posparto en la consulta del centro de salud. Entre los resultados se puede describir que La visita puerperal domiciliaria se asocio de manera independiente a un alto grado de satisfacción materna con la asistencia recibida y a un menor grado de abandono precoz de la lactancia materna que fue 6 veces inferior respecto al grupo con visita puerperal en el centro de salud. El grupo de la visita puerperal domiciliaria refirió un mayor grado de información sobre sexualidad y anticoncepción, por lo tanto las conclusiones informan que comparada con la visita puerperal en el centro de salud, la visita domiciliaria se asoció a un mayor grado de satisfacción y adquisición de conocimientos de la madre. (16)

4.7 Ghodsbin, en el año 2012 en Colombia, con la investigación denominada “Efecto de la visita domiciliaria en las seis primeras semanas de postparto en la calidad de vida de las mujeres primíparas”, cuyo objetivo fue: evaluar el efecto de la visita domiciliaria en la seis primeras semanas de postparto en la calidad de vida de las mujeres primíparas, donde se utilizó una metodología de ensayo clínico controlado, Se aplicó un instrumento que incluía información demográfica y la escala Specific Postnatal Quality of Life -SPQOL- (30 ítems con opciones de respuesta tipo Lickert que van de 0 a 4, a mayor puntaje mayor calidad de vida). La intervención fue realizada durante las primeras seis semanas de posparto, la

cual consistió en un programa educativo desarrollado en cuatro sesiones, de 30 minutos a una hora, en el que se trataron los temas de nutrición, apoyo físico, forma de tener una apropiada relación con su cónyuge y ejercicios para el posparto. En las semanas 0 y 6 se aplicó la SPQOF en los dos grupos de estudio. Los resultados identificaron que ambos grupos fueron similares con respecto a las variables socio-demográficas. La diferencia entre los puntajes de SPQOL de la primera y segunda evaluación fue 39.6 en el grupo de intervención versus 6.2 en el grupo control ($p < 0.001$), los resultados de este estudio indican que el programa de visita domiciliaria se relacionó con la mejoría en la calidad de vida de las mujeres primíparas en las primeras seis semanas de posparto. (17)

4.8 En Perú, 2013 Gómez Marcelo, realizó la investigación titulada “Cuidado brindado por la enfermera SERUMS durante el puerperio mediato”, tuvo como objetivos caracterizar y analizar el cuidado brindado por la enfermera SERUMS durante el puerperio mediato en el Puestos de Salud: Olmos y Salas. El marco teórico fue sustentado por la teoría de Jean Watson. Es una investigación cualitativa con diseño de estudio de caso, los sujetos de estudio fueron 8 enfermeras serumistas que se encontraban a cargo de los Puestos de salud Olmos y Salas. Para la presente investigación se utilizó la entrevista semiestructurada enfocado en preguntas de respuesta abierta las cuales se aplicaron a las enfermeras del estudio, entre las conclusiones destacan que el cuidado que brinda las enfermeras serumistas se centra en el cuidado integral y tomando como base la promoción y prevención de la salud de la puérpera y su familia., además una de las estrategias que realiza la enfermera SERUMS para el seguimiento del control puerperal son las actividades intra y extramurales, siendo actividad esencial para ayudar a las puérperas a mejorar su salud y, por ende, su calidad de vida. (18)

4.9 En Guatemala no existen estudios relacionados con la evaluación de la visita domiciliaria en el puerperio, pero se identificó un tema que tiene relevancia para esta investigación, el cual se realizó en el año 2002 por Piló Poz nombrado “Evaluación del desempeño en la atención materno neonatal esencial de los centros de salud del departamento de Sololá”, cuyo objetivo fue evaluar el

desempeño en la Atención Materno-neonatal Esencial (AMNE), que presentan los centros de salud del departamento de Sololá, utilizando una metodología de tipo descriptivo observacional, siendo los objetos de estudio Los proveedores de servicios de salud (médicos, enfermeras graduadas y auxiliares), personal administrativo, infraestructura e instalaciones de los centros de salud del Departamento de Sololá, entre las variables que destacaron están: el desempeño materno-neonatal, atención en las complicaciones post-parto, bioseguridad, la educación, comunicación e información, recursos humanos, físicos y sistemas de información gerencial. El Programa de Salud Materna Neonatal elaboró el instrumento y guías para implementar el proceso de reconocimiento y acreditación, fundamentados en normas nacionales, en estándares de atención internacionales para la atención basados en las evidencias y en investigación participativa con los/as usuarios/as y los proveedores, los criterios de calidad incluyen tanto los servicios clínicos como las preferencias de los/as usuarios/as, respecto a la prestación de los servicios. Entre los resultados que resalta esta que El nivel de desempeño continúa siendo insatisfactorio, alcanzando únicamente el 50% de criterios en promedio para los 8 centros de salud evaluados, que los ubica en un nivel de Desempeño Regular a pesar de las intervenciones ya implementadas, lo cual no permite la acreditación para ser servicio de calidad. (19)

4.10 Paz Santisteban en 2015 en Guatemala realizó el estudio sobre “Evaluación De La Calidad De Atención De La Estrategia “Ventana De Los Mil Días” En El Segundo Nivel De Atención En Salud Del Departamento De Quetzaltenango. Guatemala 2014” con el objetivo evaluar la calidad de atención científico-técnica de la estrategia Ventana de los mil días en el segundo nivel de atención en salud de ocho municipios priorizados por el Pacto Hambre Cero en el departamento de Quetzaltenango, Guatemala, realizado en el período de octubre a noviembre de 2014. Se evaluó la calidad del conocimiento del personal, equipo antropométrico, abastecimiento de insumos e infraestructura. El estudio fue de tipo descriptivo y transversal, siendo la unidad de análisis y población de estudio, 8 servicios de salud del departamento de Quetzaltenango y el personal a cargo de las intervenciones de la estrategia “Ventana de los mil días” de cada servicio de salud, siendo 1 médico General, 1 Nutricionista, 1 enfermera Profesional y 3

auxiliares de enfermería, respectivamente. La metodología empleada para la recolección de datos fue a través de entrevistas, por observación y por revisión de registros. Se determinó que los conocimientos del personal son adecuados, el equipo antropométrico e infraestructura de los establecimientos no cumple con todos los criterios de calidad y se evidenció el desabastecimiento de medicamentos, micronutrientes y vacunas. Se concluyó en que no hay cumplimiento de todos los componentes de calidad de atención científico-técnica en el segundo nivel de atención de los ocho establecimientos de salud evaluados.

(30)

V. Objetivos

6.1 General

Evaluar la calidad de la visita domiciliaria en el puerperio brindada por el personal auxiliar de enfermería en el centro de convergencia de Shupá, Camotán, Chiquimula enero-diciembre de 2014

6.1 Específicos

1. Verificar el cumplimiento de la normativa de la visita domiciliaria en el puerperio.
2. Identificar la aplicación de la técnica de visita domiciliaria.

VI. JUSTIFICACIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la atención postnatal debe ser realizada por personal sanitario competente. Además, este personal es el mejor preparado para la realización de visitas domiciliarias de atención al recién nacido, establece que cada año muere en el mundo alrededor de 3,7 millones de recién nacidos durante las cuatro primeras semanas de vida y la mayoría de las muertes suceden en el hogar, en países en desarrollo. (3)

En el mundo cada minuto que pasa ocurre una muerte materna y en los países en vías de desarrollo siguen ocurriendo el mayor número de muertes que constituye el 99% de total. La muerte puerperal ocurre con mayor magnitud en la primera semana y su riesgo disminuye con el transcurso del tiempo. (7), (8)

En los países de Centro América y específicamente en Guatemala la mortalidad materna sigue siendo una amenaza para la sociedad en general, ya que la falta de la figura materna tiene como consecuencia procesos que terminan en la desintegración familiar, drogadicción, violencia infantil. Además en el departamento de Chiquimula la mortalidad materna sigue siendo palpable en las comunidades rurales y en los territorios con difícil acceso, entre los que destacan los municipios de Jocotán y Camotán, quienes presentan una gran cantidad de mujeres embarazadas que tienen riesgo en el momento del parto.

Las intervenciones que se basan en la atención domiciliaria al recién nacido pueden prevenir entre el 30 y el 60 por ciento de las defunciones neonatales en entornos donde la mortalidad es elevada, en situaciones de bajo control. Así pues, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomiendan las visitas domiciliarias durante la primera semana de vida para aumentar la supervivencia de los recién nacidos y de la madre. (6)

El presente estudio tiene su fundamento en que, parte de las acciones del personal de salud que labora en el centro de convergencia de Shupá del municipio de Camotán realizan visitas de seguimiento a puérperas, con la finalidad

de identificar y apoyar en ámbitos integrales de salud. A través de este estudio se lograran beneficios en materia de: cumplimiento de la normativa, evaluación del recurso humano y aportes para la toma de decisiones del distrito de salud, además evaluar la calidad de la visita domiciliaria, darle seguimiento al plan educativo en la etapa posparto y de esta manera fortalecer los procesos a través de capacitaciones en los servicios de salud.

El estudio está dirigido al grupo de población que lo conforman todas las puérperas de los meses de enero a diciembre de 2014 siendo un total de 32, que fueron visitadas por el personal de salud en sus domicilios, de esta manera se evaluó la calidad de la visita domiciliaria brindada por el personal auxiliar de enfermería a fin que los resultados sean útiles para identificar el grado de cumplimiento de la normativa en relación a la visita domiciliaria, conocer el cumplimiento de funciones del personal de salud en el primer nivel de atención y apoyar al personal en el proceso educativo a través de capacitaciones. Este estudio es valioso, ya que la visita domiciliaria es parte del cumplimiento de la estrategia de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes del Infante (AIEPI) y de las Atención Integral del Niño y de la Mujer en la Comunidad (AINM-C) que declara el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, temática que es monitoreada y supervisada por las autoridades de las direcciones de área de salud de forma periódica y socializada a nivel local.

Es importante destacar que con la investigación se tiene un acercamiento personalizado con la usuaria en la comunidad y de esta manera poder constatar el nivel de comprensión en el momento de la consejería, la cual fue brindada por el personal de salud, esto se logró a través de preguntas rápidas y concretas las cuales están relacionadas al proceso de la visita domiciliaria y a las acciones que el personal de salud debió aplicar de forma clara y concretizada.

Con la aplicación del estudio y trabajo se logró identificar hallazgos positivos y negativos que necesitan intervención oportuna, de esta manera brindar las posibles soluciones y presentar a los servicios de salud para darle seguimiento y trabajar con actividades de capacitación, retroalimentación o información. También

es relevante el proceso de investigación para dar cumplimiento de esta manera al desempeño del área investigativa en la ciencia de la enfermería.

Por otra parte, la propuesta de seguimiento a este grupo poblacional constituye un aporte al logro del quinto objetivo del milenio “Mejorar la salud materna”, ofreciendo un servicio de alta calidad, con una serie de intervenciones coordinadas y basadas en la evidencia científica que aseguren que la mujer sigue un camino positivo hacia el disfrute de su maternidad a través de la visita domiciliaria.

VII. DISEÑO DE LA INVESTIGACION

7.1 Tipo de Estudio: El estudio es de tipo descriptivo-retrospectivo de corte transversal, para evaluar la calidad de la visita domiciliaria en el puerperio brindada por el personal auxiliar de enfermería.

7.2 Sujeto de estudio: Mujeres en periodo de post-parto antes de los 40 días que fueron visitadas en los meses de enero a diciembre de 2014

- **Universo:** Se tomó en cuenta el total de las madres puérperas que fueron visitadas por el personal de salud en el año 2014 haciendo un total de 32 Mujeres

7.3 Contextualización Geográfica y Temporal: El estudio se realizó en el Centro de Convergencia de la comunidad de Shupá, municipio de Camotán, Chiquimula, en septiembre de 2015, evaluando el periodo de enero a diciembre de 2014

7.4 Definición de Variables

Nombre de la Variable	Definición Conceptual	Definición operativa	Indicador	Escala de Medición	Ítem
Visita domiciliaria	Actividad que el personal de salud realiza en el domicilio con la finalidad de tratar asuntos en relación a la salud de la familia	Visita que se le realiza a toda mujer post-parto antes de los 42 días en la comunidad.	- Cumplimiento de la visita puerperal	Nominal	1
Puerperio	Período aproximadamente de 40 días, comprendido entre el final del parto y la aparición de la primera menstruación	Etapas en la que el personal de salud realiza una visita de seguimiento.	- Visita a mujer post-parto antes de los 42 días.	Nominal	1
Comunicación del personal	Expresión oral que utiliza el personal de salud, para dirigirse a la persona que visita, logrando un espacio de confianza y respeto.	Personal de salud se dirige con respeto, amabilidad.	- Amabilidad - Respeto - Empatía	Nominal	2,3 y 4
Conocimiento de antecedentes patológicos de la familia.	Proceso que permite identificar factores de riesgo de todos los integrantes de la familia	Personal de salud pregunta por antecedentes patológicos y actuales dentro de la familia.	- Enfermedades - Alergias - Desnutrición	Nominal	5 y 6
Tiempo de la visita	Duración de la visita domiciliaria desde el momento que inicia la conversación en el domicilio hasta que el momento que se retira el personal de salud del domicilio.	Medición de tiempo que el personal de salud permaneció en la vivienda.	- < 15 minutos - >15 minutos	Razón	7
Evaluación física del Neonato	Examen físico del neonato, para identificación de signos y señales de peligro de forma oportuna	Evaluación física al neonato, que madre observó durante la visita.	- Examen físico - Solo observación - No hubo evaluación	Nominal	8 al 14

Nombre de la Variable	Definición Conceptual	Definición operativa	Indicador	Escala de Medición	Ítem
Evaluación física de puérpera	Examen física que se realiza en el puerperio para identificar signos y señales de peligro de forma oportuna.	Evaluación física realizada a puérpera por personal de salud.	<ul style="list-style-type: none"> - Examen físico - Solo observación - Solo preguntas - No hubo evaluación. 	Nominal	15 al 21
Revisión de carnet de puérpera.	Revisión del carnet de la mujer para evaluar seguimiento y proceso de embarazo, parto y puerperio y sus acciones.	Se verificara preguntando a puérpera si se le solicito el carnet para revisarlo por parte del personal de salud.	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de carnet. - No hubo revisión de carnet. 	Nominal	22 y 23
Utilización de material didáctico	Es un instrumento que facilita la enseñanza-aprendizaje, se caracteriza por despertar el interés del participante adaptándose a sus características, por facilitar la labor docente y, por ser sencillo, consistente y adecuado a los contenidos.	Utilización de material, audio-visual y escrito para dar la consejería.	<ul style="list-style-type: none"> - Rota folios. - Periódicos. - Revistas. - Grabaciones de audio. - Videos. 	Nominal	24
Cumplimiento de técnica ACCEDA en la consejería	Cumplimiento de la educación personalizada a la madre, sobre temas importantes durante la etapa del puerperio	Cumplimiento de los pasos de la consejería	<ul style="list-style-type: none"> - Atender - Conversar - Comunicar - Encaminar - Describir - Acordar 	Nominal	25 al 30

VIII. METODOS Y PROCEDIMIENTOS

8.1 Selección de los sujetos de estudio

- **Criterios de Inclusión:**
Puérperas que fueron visitadas por el personal auxiliar de enfermería en los meses de enero a diciembre de 2014
Puérperas que están de acuerdo a participar en el estudio.
- **Criterios de Exclusión:** Puérperas que migraron después del parto.

8.2 Recolección de datos

- **Procedimiento para la Recolección de datos:** Para identificar a la población objeto de estudio, se accedió a la base de datos del sistema WEB del Ministerio de Salud Pública y Asistencia social en la sección de atención al puerperio, además se verificó en el listado de censo materno del centro de convergencia de Shupá y al consolidado de todas las visitas domiciliarias brindadas por el proveedor de salud a las madres puérperas de ese centro de convergencia.
- **Instrumento de recolección de datos.**
Se utilizó una encuesta, conformada por 10 variables y 30 ítems, con respuestas de tipo dicotómicas (si-no) las cuales fueron contestadas de forma verbal por la población estudio
- **Validación del Instrumento:**
El instrumento fue validado con 5 madres que fueron puérperas en el año 2014 y que fueron visitadas por el personal de salud en comunidades de Jocotán, Chiquimula, ya que estas áreas tienen las mismas características culturales y geográficas. La validación del instrumento constituye un 16% en relación al total de entrevistas que se aplicaran en el estudio.

IX. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

9.1 Descripción del proceso de digitación

La información se recolectó de forma escrita a través del instrumento (encuesta a puérperas.) luego se registrararon en una base de datos, posteriormente se procesaron a través del programa Microsoft Excel y de esta manera realizaron estadísticas que se basan en razones y proporciones, además se realizó el análisis de cada una de las variables y preguntas de acuerdo a los resultados obtenidos por el instrumento y posteriormente se describen las conclusiones y recomendaciones que contribuyen al cumplimiento y monitoreo de la visita domiciliaria como parte fundamental en la atención primaria en salud.

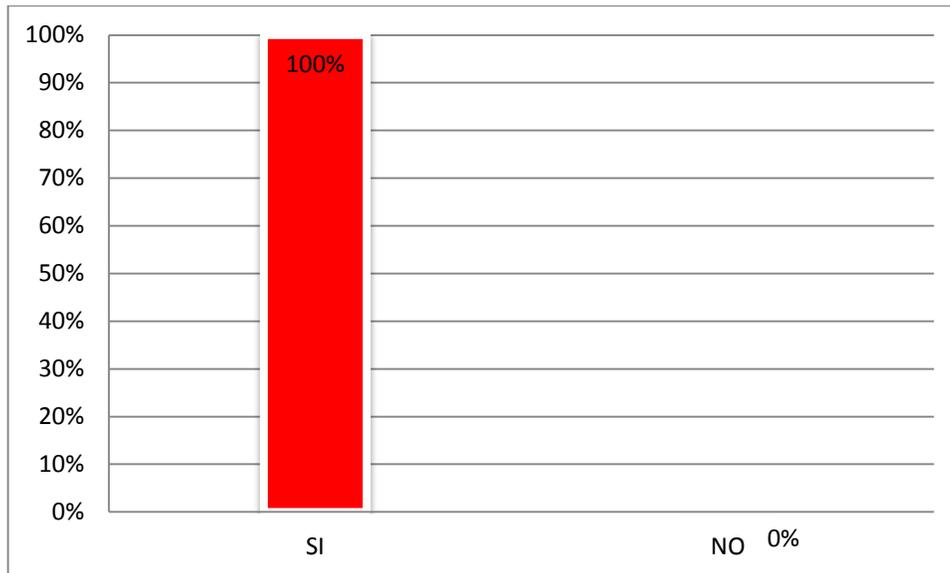
9.2 Aspectos Éticos y Legales de la Información:

Como parte del proceso de la investigación se consideraron los siguientes principios éticos: respeto, dignidad, confidencialidad, transparencia, responsabilidad y autonomía para que las personas involucradas en el estudio tengan toda la información y conozcan sus derechos.

X. RESULTADOS

Gráfica 1

El personal de salud, la visitó cuando usted estaba en el post-parto

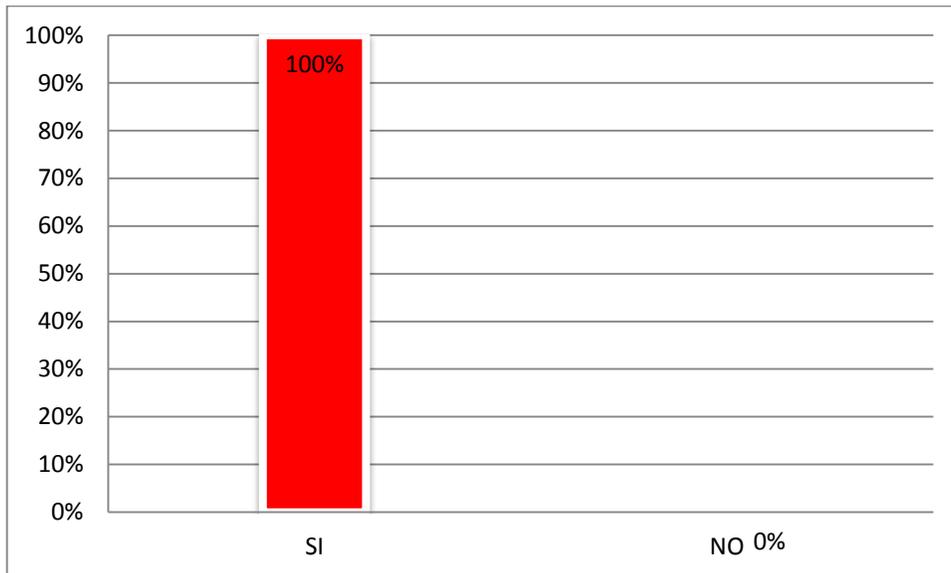


Fuente: Encuesta Evaluación de la calidad de la visita domiciliaria en el puerperio Shupá, Camotán, Chiquimula 2015

La gráfica evidencia que el 100% de las mujeres entrevistadas manifestaron que el personal de salud le visitó en el período de puerperio para darle seguimiento a través de la visita domiciliaria, esta acción favorece a la identificación de los riesgos maternos y neonatales, como parte de la atención oportuna de los servicios de salud, ya que la normativa establece que debe tener visita domiciliaria toda mujer en post-parto en los primeros 42 días y en el neonato los primeros 28 días.

Gráfica 2

El personal que le visitó, le trato con respeto al momento de hablar con usted

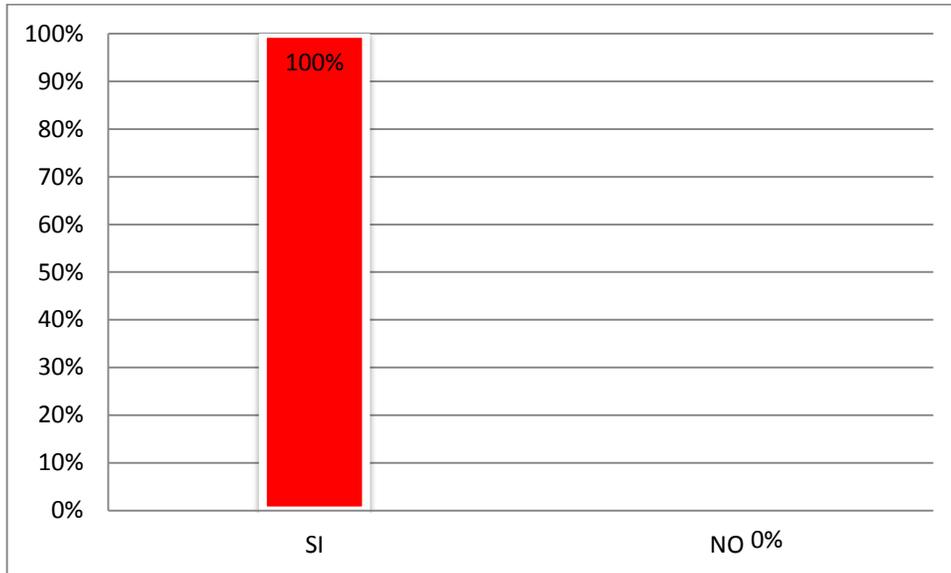


Fuente: Encuesta Evaluación de la calidad de la visita domiciliaria en el puerperio Shupá, Camotán, Chiquimula 2015

El total de la población que fue objeto de estudio respondió que el personal de salud que le visitó le trató con respeto al momento de establecer contacto y comunicación, esta acción permite establecer un vínculo de confianza entre la persona visitada y el proveedor de salud, además contribuye a la identificación de hallazgos de forma rápida y oportuna.

Gráfica 3

El personal que le visitó tenía interés por su estado de salud.

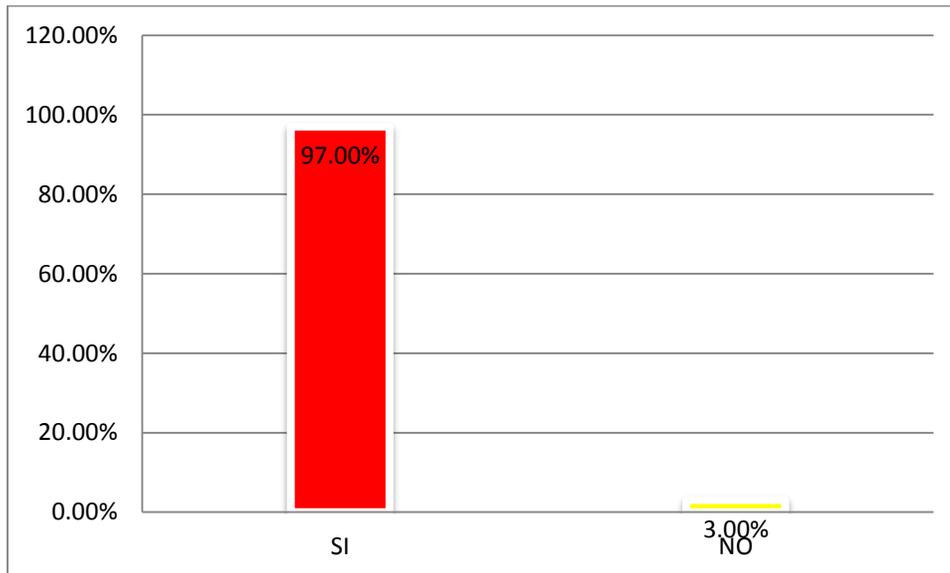


Fuente: Encuesta Evaluación de la calidad de la visita domiciliaria en el puerperio Shupá, Camotán, Chiquimula 2015

El 100% de las mujeres que fueron entrevistadas comunicaron que el personal de salud que le visitó mostró interés por su estado de salud en todo momento, por lo tanto esta acción favorece a darle una apertura de confianza a la usuaria y fomentar una comunicación asertiva y mejora la percepción de la atención brindada por el personal de salud.

Gráfica 4

Le hablaron amablemente y por su nombre

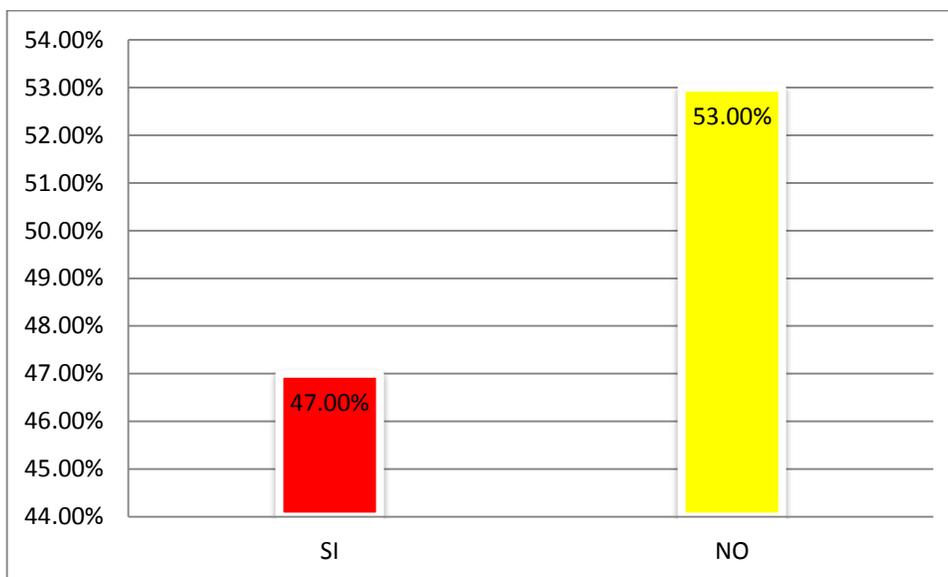


Fuente: Encuesta Evaluación de la calidad de la visita domiciliaria en el puerperio Shupá, Camotán, Chiquimula 2015

Los resultados enmarcan que una mínima cantidad de puérperas que visitaron no fueron tratadas por su nombre y de forma amable, esta población representa un 3%, por otra parte la mayoría si está de acuerdo en que se le atendió con amabilidad representado por un 97%, es importante resaltar que la amabilidad hacia las personas favorece a un clima de seguridad y confianza.

Gráfica 5

Le preguntaron por la salud de sus familiares:(esposo e hijos)

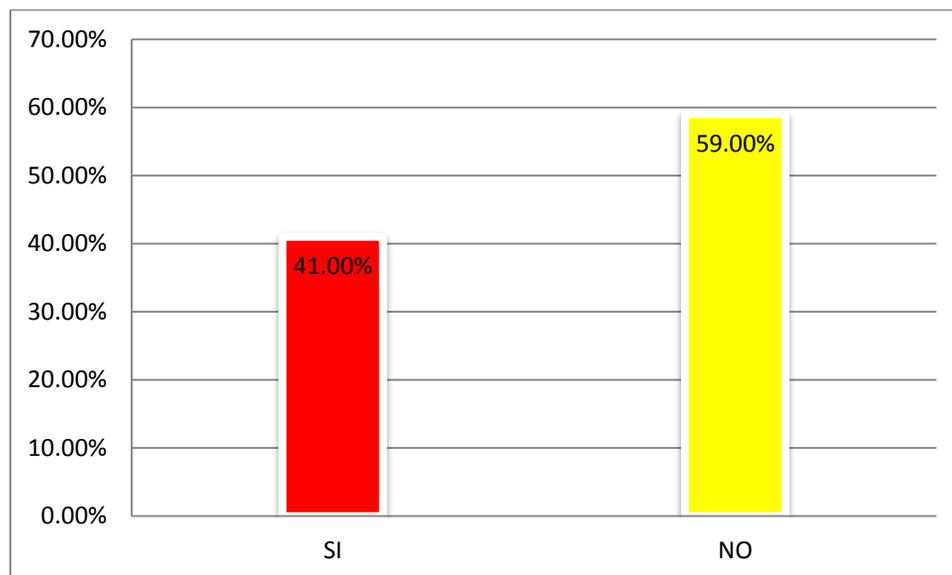


Fuente: Encuesta Evaluación de la calidad de la visita domiciliaria en el puerperio Shupá, Camotán, Chiquimula 2015

Mediante los resultados obtenidos resalta que el 53% de las personas entrevistadas manifestaron que el personal de salud que le visitó no le preguntó por el estado de salud del resto de su familia en este caso, su esposo e hijos. El 47% afirmó que si se le hizo esta interrogante. A través de este hallazgo se percibe que el personal de salud solo atendió los problemas reales o actuales de la puérpera, pero no visualizó el entorno familiar y poder tener una panorámica de forma integral.

Gráfica 6

Revisaron el carné de vacunación de todos sus hijos

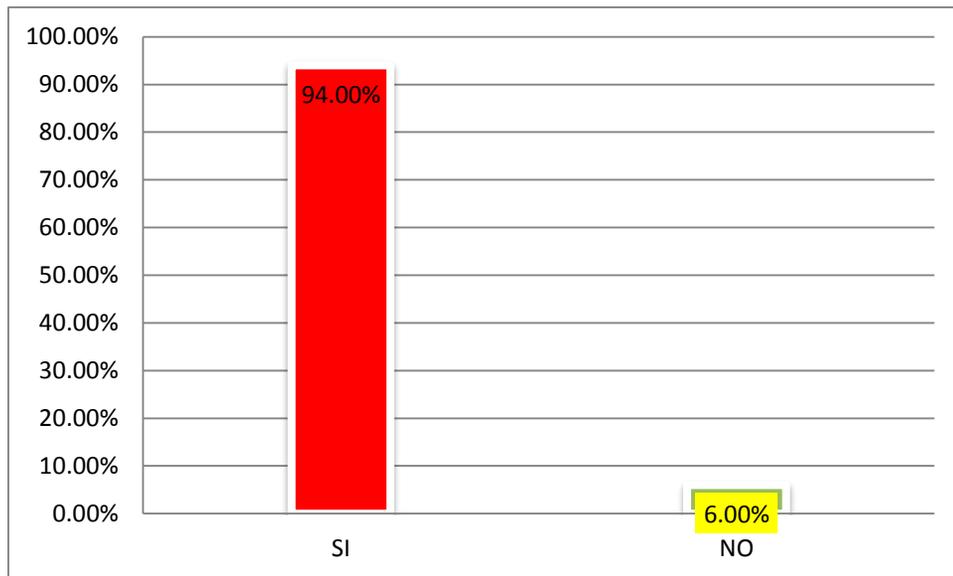


Fuente: Encuesta Evaluación de la calidad de la visita domiciliaria en el puerperio Shupá, Camotán, Chiquimula 2015

El 59% de la población estudio refirió que el personal de salud que le visitó no le revisó el carné de vacunación de sus otros hijos y un 41% manifestó que si se realizo esta actividad. Es importante destacar que la revisión del carné contribuye a identificar el esquema de vacunación y la cobertura de suplementación, además facilita verificar el estado nutricional del niño, además esta medida contribuye a mejorar la calidad de la visita y a prever riesgos en la salud del resto de la familia.

Gráfica 7

La visita que le hicieron, duró más de 15 minutos

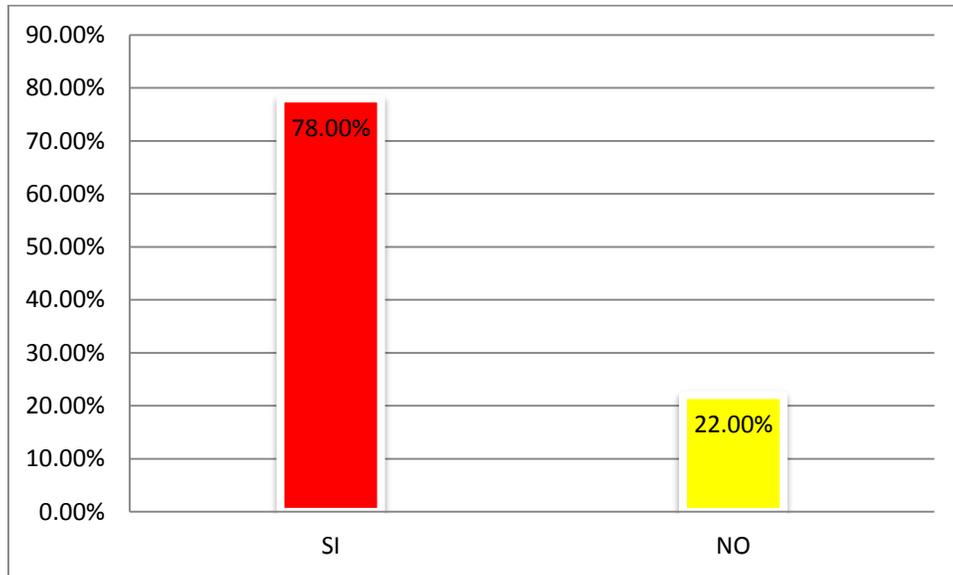


Fuente: Encuesta Evaluación de la calidad de la visita domiciliaria en el puerperio Shupá, Camotán, Chiquimula 2015

De acuerdo a la información obtenida en relación a la duración de tiempo que el personal de salud utilizó en la visita domiciliaria, los resultados que destacan son, que, el 94% de la población refirió que el personal de salud duró más de 15 minutos en su vivienda en el momento de la visita puerperal y un 6% manifestó que el tiempo de duración fue menor de 15 minutos. Este resultado es parte del cumplimiento de la normativa de la visita domiciliaria, teniendo en cuenta que la consejería no puede pasar desapercibida y de forma rápida, ya que en esta actividad se resuelven dudas de la púerpera en relación al cuidado del recién nacido.

Gráfica 8

Le preguntaron si a su recién nacido le dan ataques

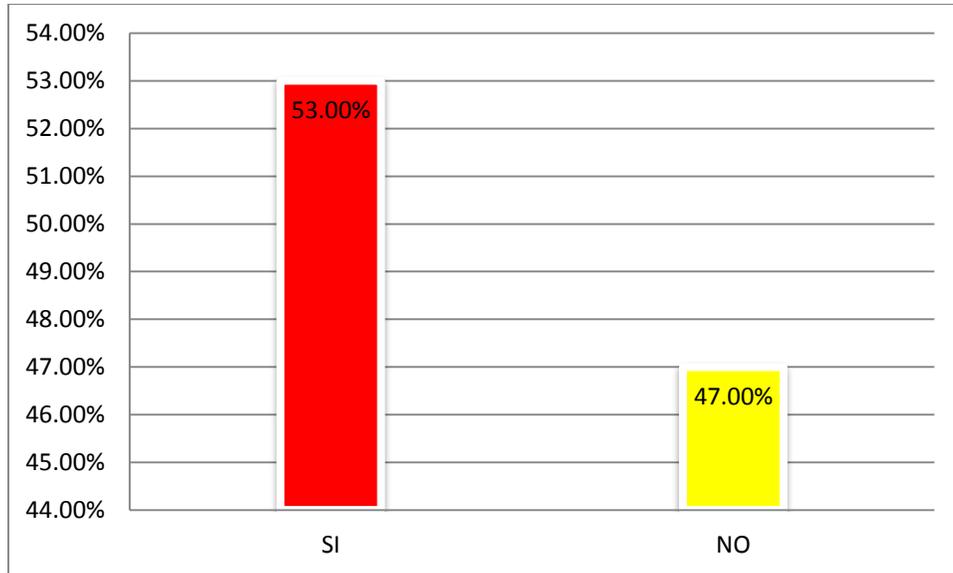


Fuente: Encuesta Evaluación de la calidad de la visita domiciliaria en el puerperio Shupá, Camotán, Chiquimula 2015

El 78% de la población que fue entrevistada respondió que si se le preguntó si su hijo estaba presentando ataques o convulsiones y un 22% manifestó que no se le hizo este tipo de interrogante, los resultados demuestran que el personal de salud indagó sobre signos y señales de peligro en el neonato y de esta manera realizar intervenciones oportunas., pero esta acción debe ser fortalecida o mejorada ya que este tipo de interrogantes son clave en la evaluación neonatal temprana, favoreciendo de esta manera a la identificación de condicionantes o factores de riesgos que pongan en peligro la vida del nuevo ser.

Gráfica 9

El personal que le visitó pesó a su hijo

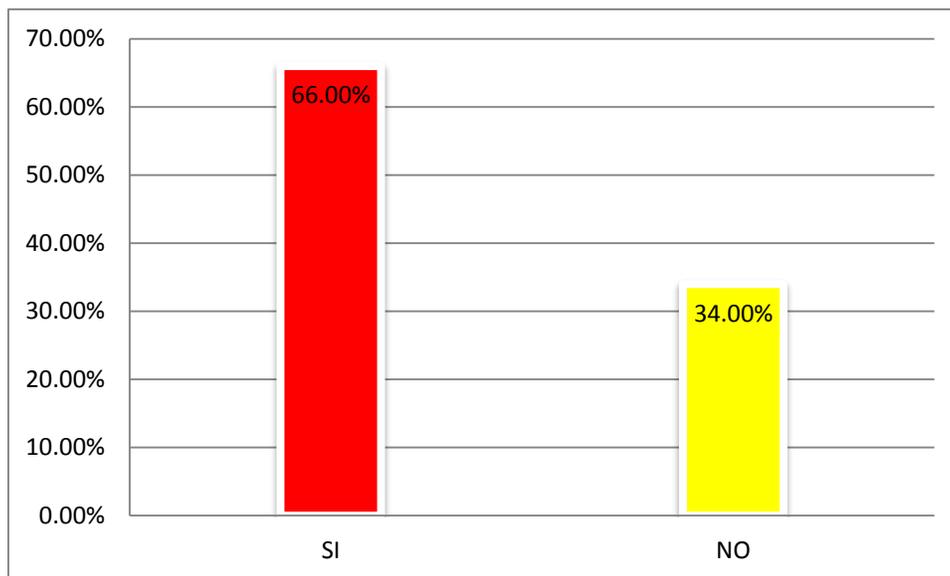


Fuente: Encuesta Evaluación de la calidad de la visita domiciliar en el puerperio Shupá, Camotán, Chiquimula 2015

Según gráfica se evidencia que más del 50% de la población entrevistada respondió que el personal de salud que le visitó si le pesó a su hijo(a), en el momento de la evaluación física, por otra parte un 47% refirió que no se le pesó a su hijo(a), ya que el personal de salud no contaba con pesa en el momento de la visita. El hallazgo demostrado en la gráfica revela que si hay cumplimiento en la normativa en relación a la evaluación neonatal, pero hay deficiencias que deben ser retomadas, considerando que la cuantificación del peso en un recién nacido es una de las acciones de primera línea que debe realizar el persona de salud para establecer el estado nutricional actual y tomar decisiones oportunas en conjunto con la madre.

Gráfica 10

Le tomaron la temperatura a su hijo

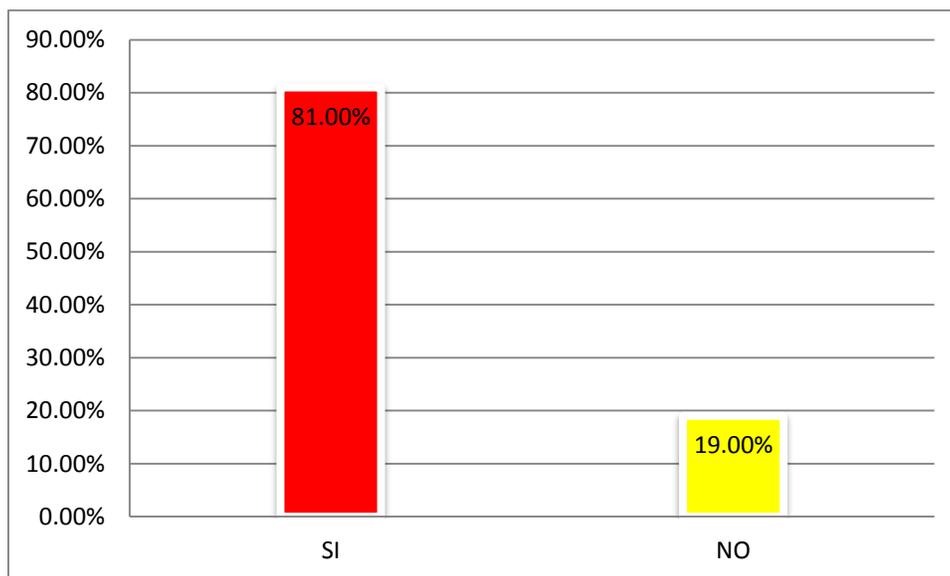


Fuente: Encuesta Evaluación de la calidad de la visita domiciliaria en el puerperio Shupá, Camotán, Chiquimula 2015

Los resultados evidencian que el 66% de la población objeto de estudio respondió que el personal de salud que le visitó si le cuantificó la temperatura a su hijo(a) y un 34% manifestaron lo contrario. Esta acción es uno de los pilares en la evaluación neonatal, de lo contrario se pueden dar situaciones como infecciones que quedan desapercibidas y que tiene una consecuencia fatal.

Gráfica 11

Le preguntaron si su hijo estaba mamando adecuadamente

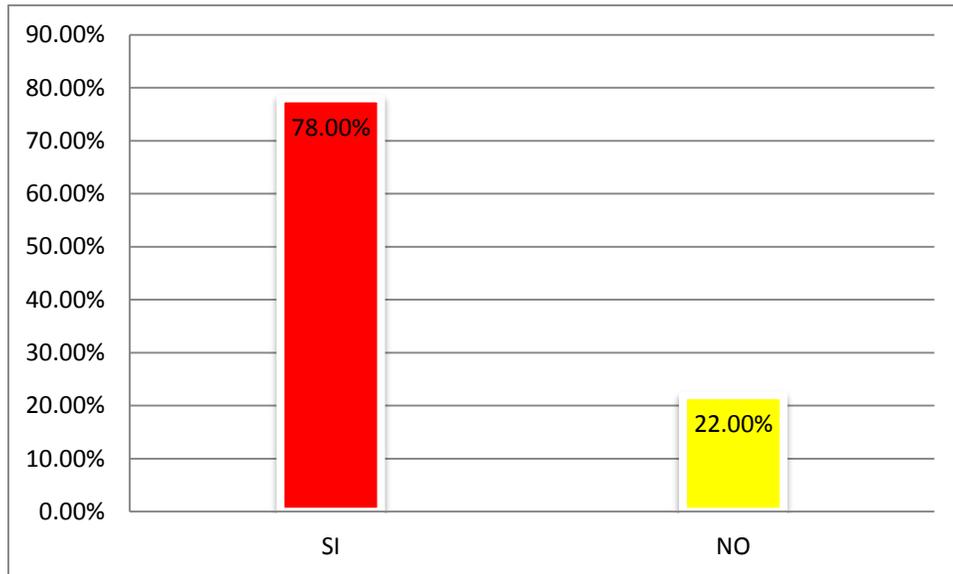


Fuente: Encuesta Evaluación de la calidad de la visita domiciliaria en el puerperio Shupá, Camotán, Chiquimula 2015

Del total de las mujeres que se les entrevistó el 81% refirió que si se le hizo la interrogante relacionada con el amamantamiento del niño o niña y un porcentaje mínimo constituido por el 19% manifestó que no se le realizó esta pregunta. A través de esta variable el personal de salud pretender identificar el adecuado reflejo de succión del recién nacido y la producción de leche de la madre, por ello es importante resaltar que esta es una acción positiva que se visualiza en la gráfica de resultados.

Gráfica 12

Le preguntaron si su hijo estaba vomitando

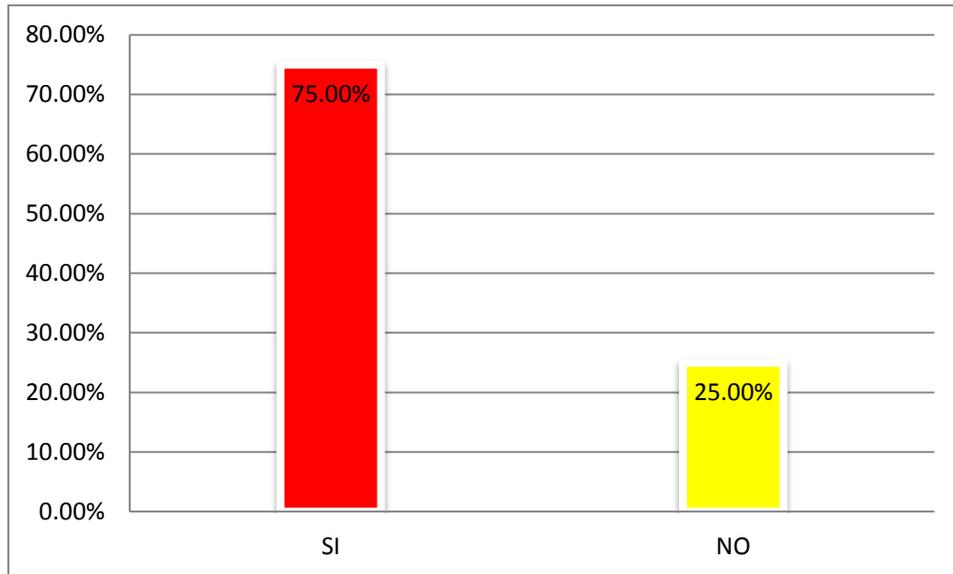


Fuente: Encuesta Evaluación de la calidad de la visita domiciliaria en el puerperio Shupá, Camotán, Chiquimula 2015

Los resultados obtenidos resaltan que la población a la que se le preguntó sobre el estado de tolerancia de ingesta de lactancia materna, específicamente si había presencia de vómitos, está constituida por un 78% siendo esta una representación válida y por otra parte un 22% quien respondió que no se le hizo esta pregunta. Todo recién nacido debe ser evaluado en relación a su grado de tolerancia de lactancia materna, por ello es importante describir que un porcentaje de población estudiada no fue atendida adecuadamente, ya que se establece el riesgo de no identificar posibles problemas gastrointestinales como reflujo gastroesofágico, cólico infantil y la intolerancia a la lactosa.

Gráfica 13

Le preguntaron si su hijo estaba orinando y defecando

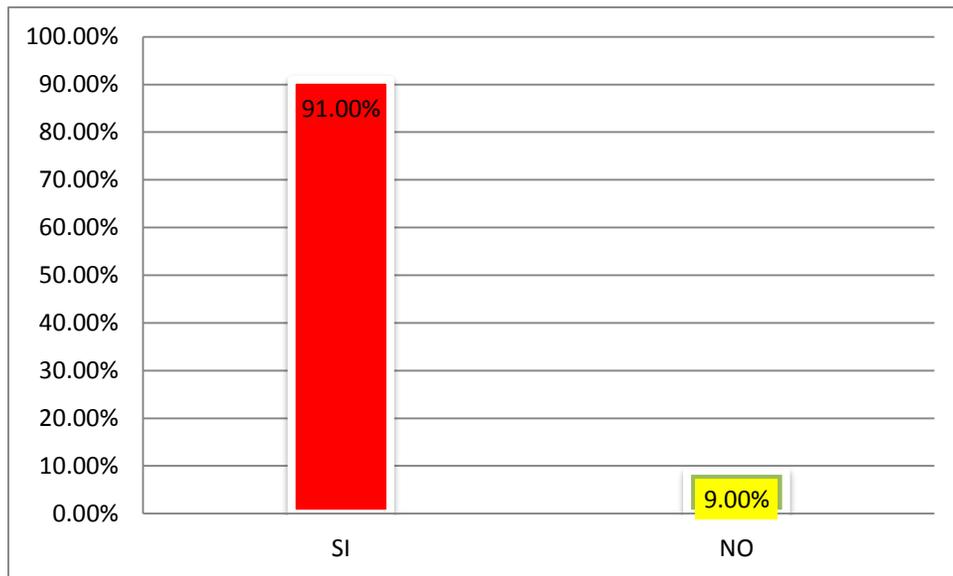


Fuente: Encuesta Evaluación de la calidad de la visita domiciliaria en el puerperio Shupá, Camotán, Chiquimula 2015

El 75% de las entrevistadas manifestaron que si se les preguntó si su hijo o hija esta orinando y defecando, además se resalta que un 25% refirió que no se le hizo esta interrogante en el momento de la visita puerperal, el resultado es positivo, pero hay una cuarta parte de la población que no se le realizo esta pregunta la cual es de importancia ante la identificación de patologías actuales o potenciales en el recién nacido como una obstrucción intestinal, ano imperforado y/o una alteración de las vías urinarias.

Gráfica 14

Le revisaron el ombligo a su niño

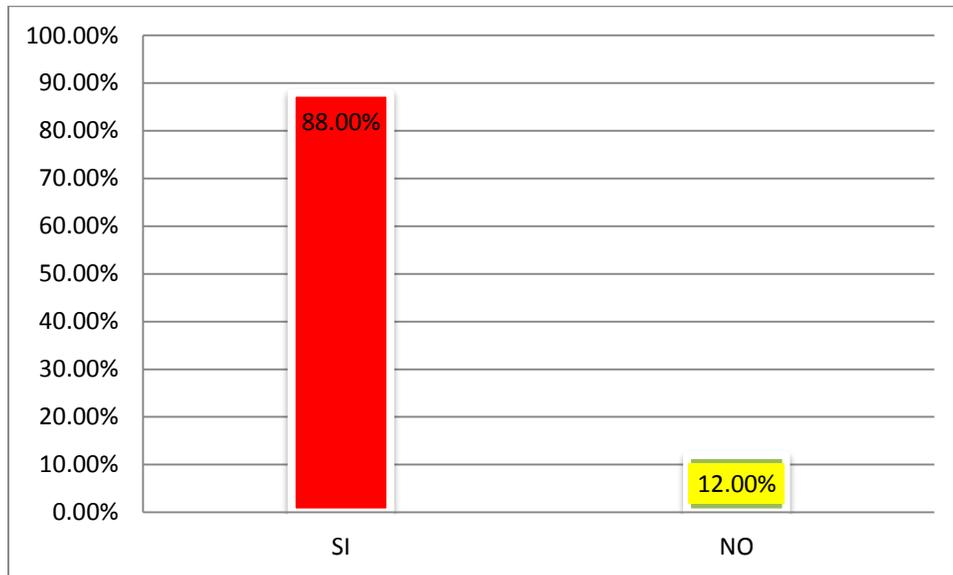


Fuente: Encuesta Evaluación de la calidad de la visita domiciliaria en el puerperio Shupá, Camotán, Chiquimula 2015

La gráfica demuestra que la mayoría de la población visitada en su puerperio manifestaron que el personal de salud si le examinaron el ombligo a su hijo(a), esta población está constituida por el 91% y una minoría del 9% refirió que no se le reviso el cordón umbilical a su niño(a), con esto se demuestra que el personal de salud investigó posibles alteraciones y específicamente indagó la presencia de onfalitis neonatal que sigue siendo una de las primera causas de consulta del recién nacido en las comunidades rurales.

Gráfica 15

Le preguntaron si usted tenía señales de peligro (dolor de cabeza, dolor de estomago, fiebre, sangrado vaginal)

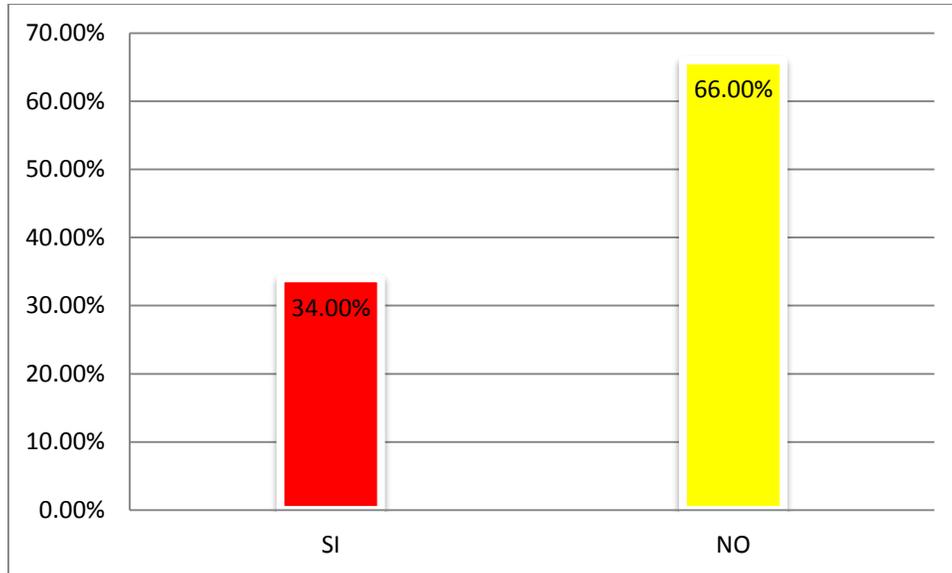


Fuente: Encuesta Evaluación de la calidad de la visita domiciliaria en el puerperio Shupá, Camotán, Chiquimula 2015

Del total de la población que fue entrevistada, el 88% respondió que el personal de salud que le visitó si le interrogó sobre si tenía presencia de señales de peligro en el puerperio y un 12% manifestó que esta pregunta no fue formulada por el personal que le visito en su post-parto. El resultado enmarca que el personal cumplió con la búsqueda de signos y señales de peligro, pero debe prestársele atención al 12%, ya que esta es la población que se ubica en un esquema vulnerable y con riesgo a complicaciones potenciales en la etapa del puerperio.

Gráfica 16

La examinaron para ver si tenía sangrado vaginal

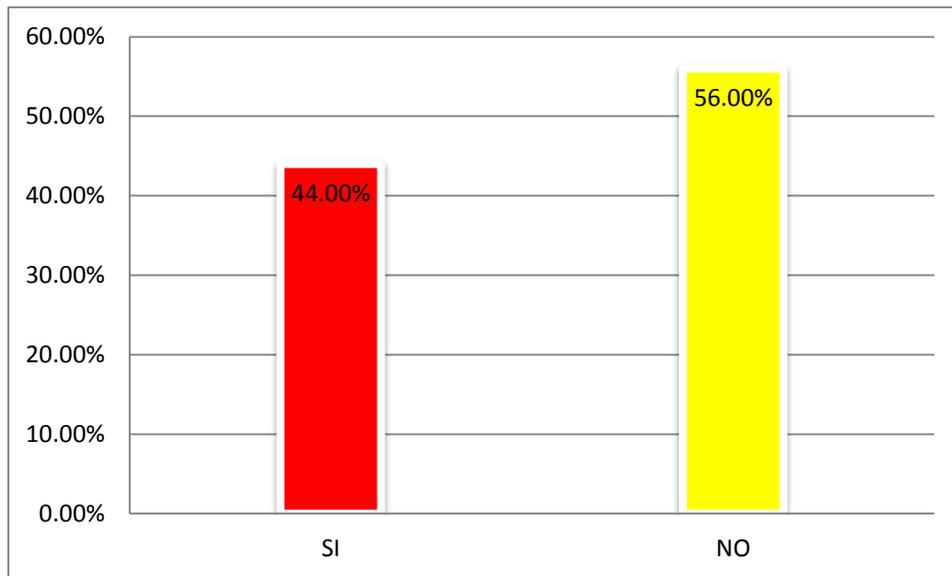


Fuente: Encuesta Evaluación de la calidad de la visita domiciliaria en el puerperio Shupá, Camotán, Chiquimula 2015

La población que fue entrevistada respondió en un 66% que el personal de salud no le examinó para verificar la presencia de sangrado o hemorragia vaginal y un 34% manifestó que si se le realizó este examen, la gráfica refleja una clara deficiencia e incumplimiento de la normativa y aplicación de la técnica de la visita domiciliaria en el puerperio, ya que uno de los puntos fundamentales en la es la evaluación puerperal inmediata con la finalidad de hacer intervenciones oportunas, considerando que la hemorragia post-parto es la primera causa de mortalidad materna en Guatemala y a la que debe prestársele la atención debida e inmediata.

Gráfica 17

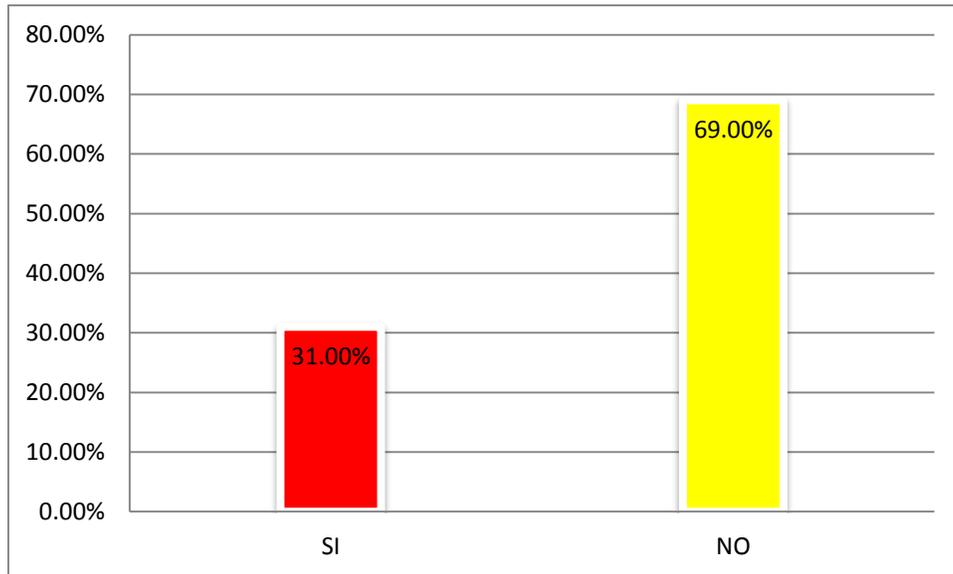
El personal que le visitó le tomó la temperatura



Fuente: Encuesta Evaluación de la calidad de la visita domiciliaria en el puerperio Shupá, Camotán, Chiquimula 2015

Los resultados que muestra la gráfica evidencia que el 44% de las personas que fueron visitadas por el proveedor de salud si le cuantificó la temperatura, pero la mayoría de las encuestadas representadas por el 56% respondieron que no se les realizo este tipo de acción durante la visita en el post-parto, esto puede dar como resultado procesos de riesgo y se puede calificar como negligencia médica, ya que es una de las acciones de suma importancia en el control puerperal y establecido en los protocolos y manuales de evaluación puerperal.

Gráfica 18
Examinaron su abdomen

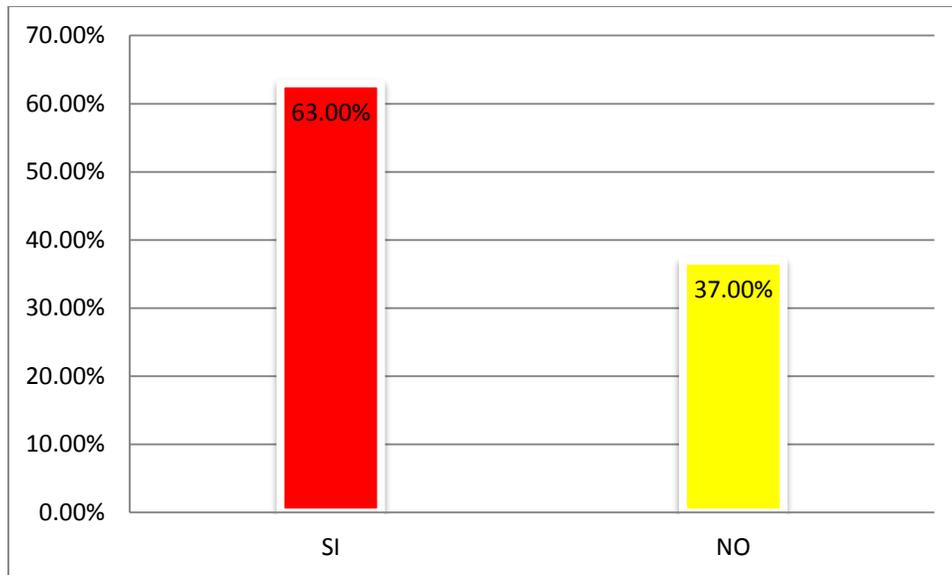


Fuente: Encuesta Evaluación de la calidad de la visita domiciliaria en el puerperio Shupá, Camotán, Chiquimula 2015

La mayor parte de la población constituida por el 69% contestó que el personal de salud que le visitó no le evaluaron el abdomen para verificar anomalías en esta etapa, por otra parte un 31% manifestó que si se le realizó este examen. La evaluación abdominal busca identificar signos de alarma en madres que fueron atendidas por cesáreas, búsqueda de hernias abdominales y la identificación de dolor a la palpación acompañado o no de abdomen agudo. El incumplimiento de este examen puede desencadenar problemas futuros para la madre y el recién nacido.

Gráfica 19

Le tomaron la presión arterial

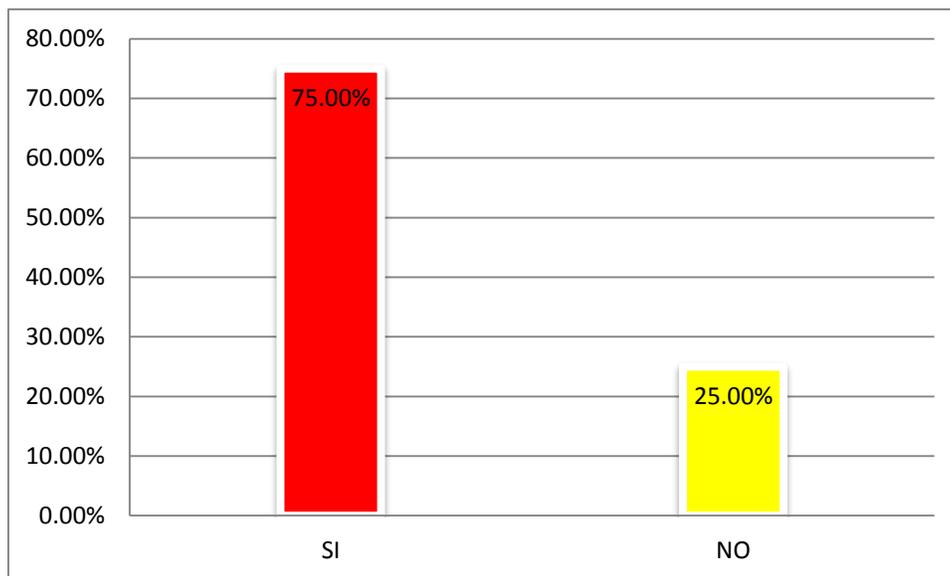


Fuente: Encuesta Evaluación de la calidad de la visita domiciliaria en el puerperio Shupá, Camotán, Chiquimula 2015

La gráfica muestra que la mayoría de la población representada por el 63% manifestó que el personal de salud que le visitó en el momento del puerperio si le cuantificó la presión arterial y le explicó el resultado, además resalta que hay una población que no comunicó de igual manera este aspecto y refirió que a ellas no se les realizó este examen, esta población está representada por el 37%. La presión arterial de las madres púerperas debe ser monitoreada por el personal de salud con la finalidad de identificar riesgos maternos o darle seguimiento a las patologías de base pre-existentes a la gestación como la hipertensión arterial.

Gráfica 20

Le preguntaron si tenía dolor al orinar

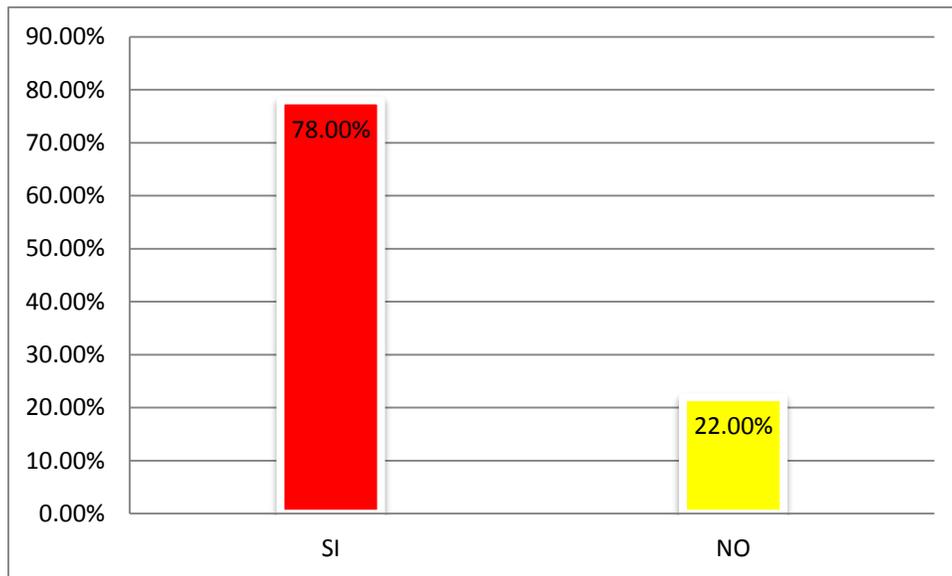


Fuente: Encuesta Evaluación de la calidad de la visita domiciliaria en el puerperio Shupá, Camotán, Chiquimula 2015

Esta interrogante está relacionada a la identificación de presencia de infección del tracto urinario en el puerperio, donde los resultados demuestran que al 75% de la población si se les interrogó sobre si había presencia de dolor al momento de orinar, por otra parte el 25% refirió que no se le hizo esta pregunta en el momento de la visita.

Gráfica 21

El personal que le visitó le dio sus vitaminas y le explicó cómo tomarlas

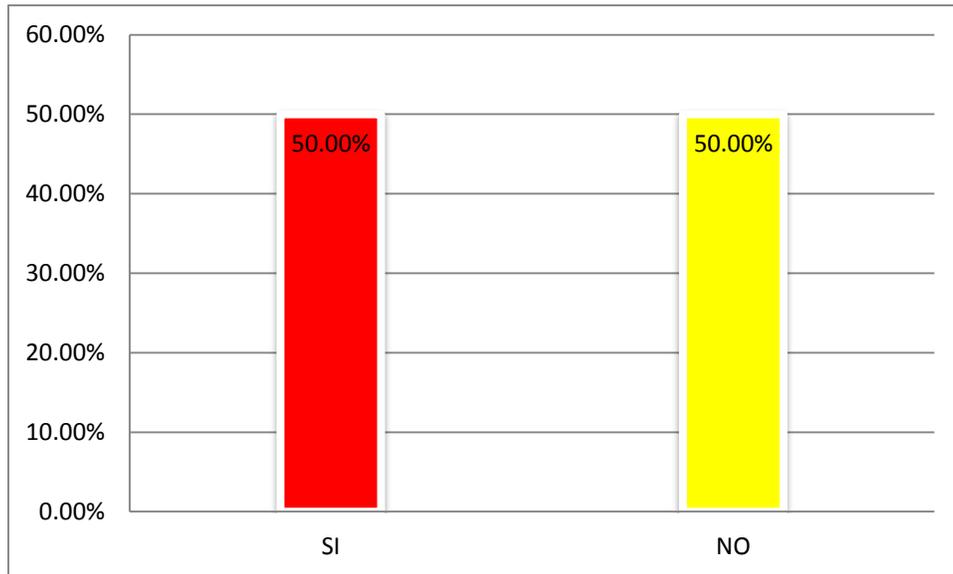


Fuente: Encuesta Evaluación de la calidad de la visita domiciliaria en el puerperio Shupá, Camotán, Chiquimula 2015

Del total de las madres que fueron entrevistadas, el 78% afirmó que el personal de salud le proporcionó suplementos vitamínicos siendo este sulfato ferroso y ácido fólico y que además se les explicó la forma de tomarlas, por otra parte se evidencia que al 22% de las puérperas visitadas no se les entregó sus vitaminas, ni tampoco la orientación, este es un hallazgo relevante, ya que la suplementación en las madres puérperas no debe ser interrumpido, además debe estar acompañada de un plan educacional enfocado en orientar a la madre sobre la importancia y a la forma correcta de tomarlas. Es importante describir que el servicio de salud si tuvo el abastecimiento de estos suplementos durante todo el año dos mil catorce.

Gráfica 22

El personal que le visitó le revisó el carné de la mujer



Fuente: Encuesta Evaluación de la calidad de la visita domiciliaria en el puerperio Shupá, Camotán, Chiquimula 2015

Del total de la población objeto de estudio el 50% manifiesta que si se le solicitó y revisó el carné de la mujer y la otra proporción igual respondió que no, las anotaciones de las acciones en el carné establecen un proceso de seguimiento con la usuaria, en relación a verificar esquemas de Td completas, entrega de micronutrientes y evaluación de exámenes importantes como la toma de Papanicolaou y la utilización de métodos de planificación familiar, toda la información descrita anterior puede ser utilizada para análisis previo a la toma de decisiones en relación a sus situación de salud actual.

Gráfica 23

Le anotaron en su carné las vitaminas que le dieron en el momento de la visita

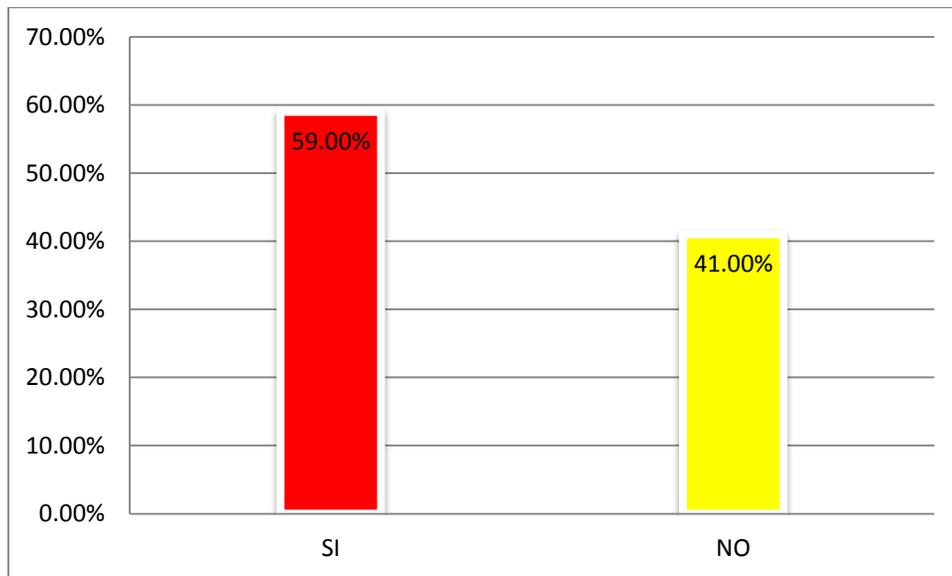


Fuente: Encuesta Evaluación de la calidad de la visita domiciliaria en el puerperio Shupá, Camotán, Chiquimula 2015

Los resultados demuestran que más del 50% de puérperas que fueron visitadas no se les hizo las anotaciones respectivas en el carné sobre las vitaminas entregadas y un 47% manifiesta que si le realizo esta acción, esto evidencia que las acciones que se realizan no son reflejadas en los instrumentos de registro y que además dificulta el seguimiento de las usuarias por parte del personal de salud. Es importante resaltar que esta medida debe fortalecerse, tomando en consideración que los datos por escritos son los que tienen valor legal.

Gráfica 24

Cuando hablaron con usted el personal de salud, le enseñó carteles, rotafolios, hojas, dibujos, videos para que usted entendiera mejor

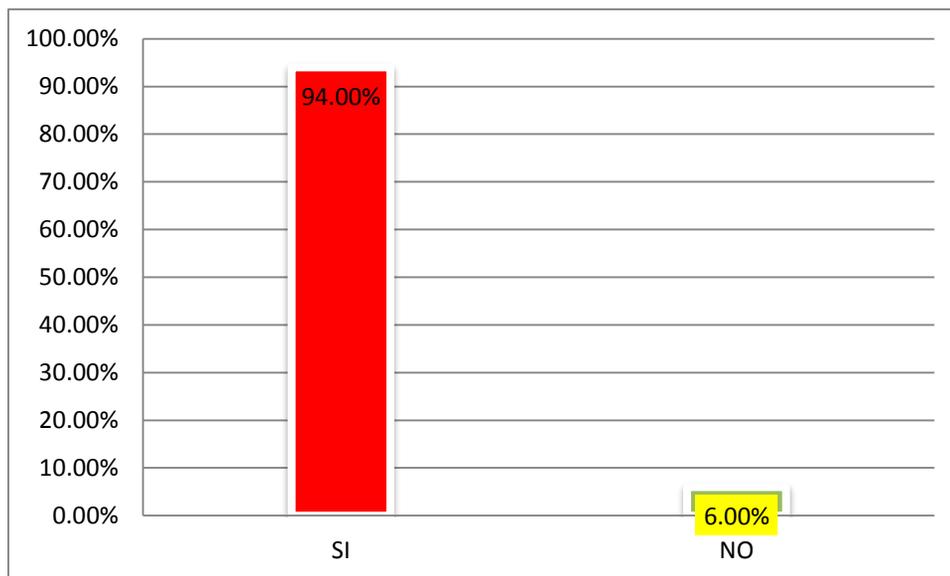


Fuente: Encuesta Evaluación de la calidad de la visita domiciliaria en el puerperio Shupá, Camotán, Chiquimula 2015

De acuerdo a la gráfica es evidente que el personal de salud, si ha utilizado el material didáctico y de promoción, ya que el 59% manifestó que si se les mostraron carteles, hojas, dibujos y rotafolios, además es importante enmarcar que hay una población que refiere que no se le brindó este tipo de material en el momento de la visita puerperal. Cabe subrayar que el material didáctico siempre ayuda a que las personas tengan una mejor comprensión del tema que se les está enseñando

Gráfica 25

El personal la atendió con respeto y amabilidad

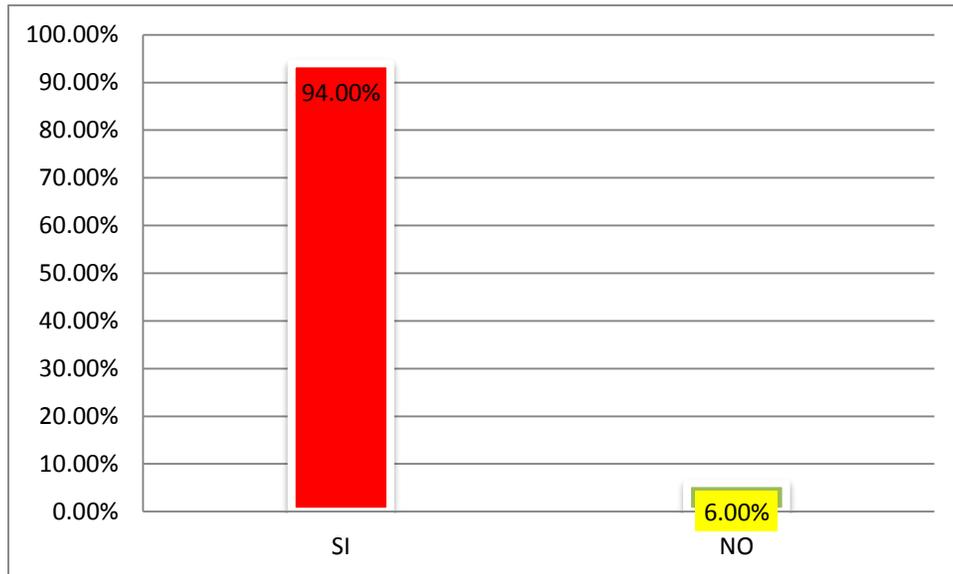


Fuente: Encuesta Evaluación de la calidad de la visita domiciliaria en el puerperio Shupá, Camotán, Chiquimula 2015

Las personas que fueron entrevistadas en su mayoría manifiestan que el personal de salud le atendió con respeto y amabilidad en el momento de realizársele la visita de post-parto, esta población está representada por el 94%.

Gráfica 26

Conversó con usted brindándole confianza

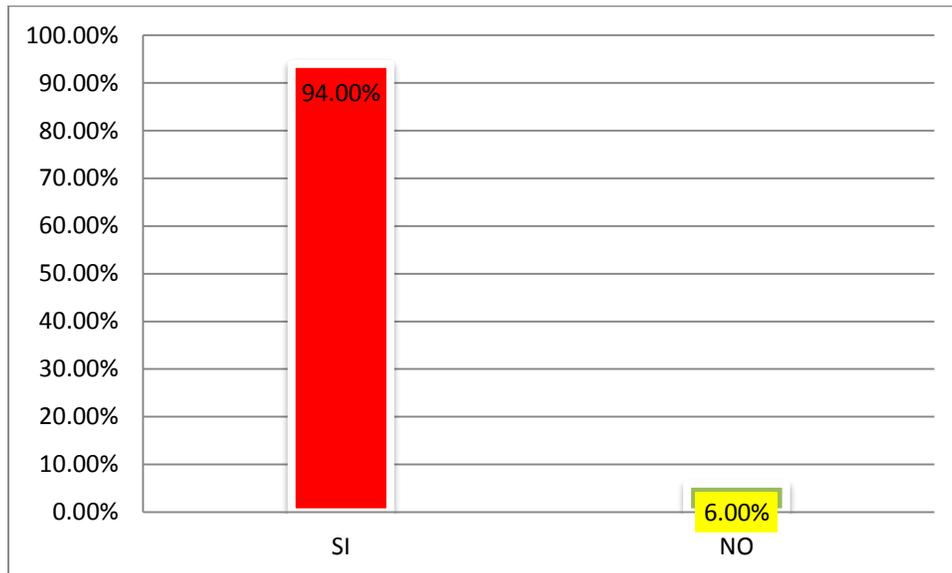


Fuente: Encuesta Evaluación de la calidad de la visita domiciliaria en el puerperio Shupá, Camotán, Chiquimula 2015

El 94% de la población objeto de estudio respondió que el personal de salud que le visitó le brindó confianza al momento de establecer comunicación en su domicilio, además se evidencia un 6% quien manifiesta que el personal que le visitó no le brindó la confianza total, esta refleja que el proveedor de salud que realizó la visita brindó vínculos de confianza y de esta manera mejora y facilita la consejería.

Gráfica 27

Le comunicó claramente todo lo que encontró después del examen de usted y de su hijo, dándole recomendaciones.

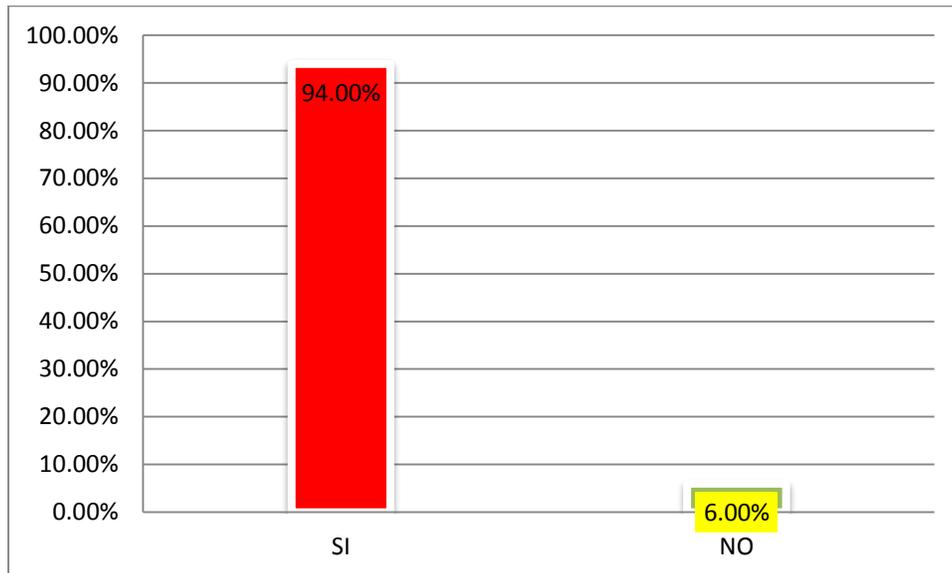


Fuente: Encuesta Evaluación de la calidad de la visita domiciliaria en el puerperio Shupá, Camotán, Chiquimula 2015

El 94% refirió que si se le comunicó claramente los hallazgos identificados después del examen puerperal y del neonato, además que se le brindaron recomendaciones generales, por otra parte un 6% respondió que el personal de salud no le hizo referencia de su estado de salud después del examen, por lo tanto se considera aceptable que más de la mitad de la población estudiada si tuvo la percepción y la atención adecuada en relación a esta interrogante, pero hay una población a quien no se explicó los hallazgos y pudieron haber quedado dudas durante la visita domiciliaria.

Gráfica 28

El personal hizo compromisos con usted, sobre su alimentación y su suplementación con vitaminas

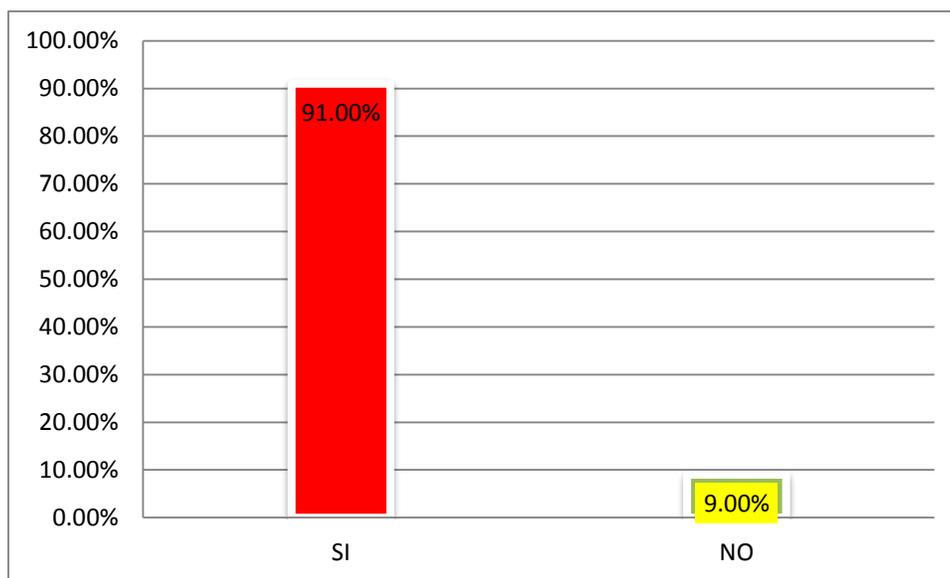


Fuente: Encuesta Evaluación de la calidad de la visita domiciliaria en el puerperio Shupá, Camotán, Chiquimula 2015

La gráfica resalta que el 94% de las madres que fueron visitadas por el proveedor de salud en su etapa de puerperio si estableció compromisos en relación a su alimentación y su suplementación, además un 6% manifestó que esta acción no la realizó el personal que le visitó en su vivienda. Los compromisos deben establecerse en común acuerdo y no darse de forma obligatoria con la madre puérpera. Los resultados ofrecen una panorámica positiva y válida considerando que la mayoría de las personas entrevistadas manifestaron que se hicieron los compromisos respectivos.

Gráfica 29

El personal le hizo demostraciones sobre las recomendaciones que le brindó

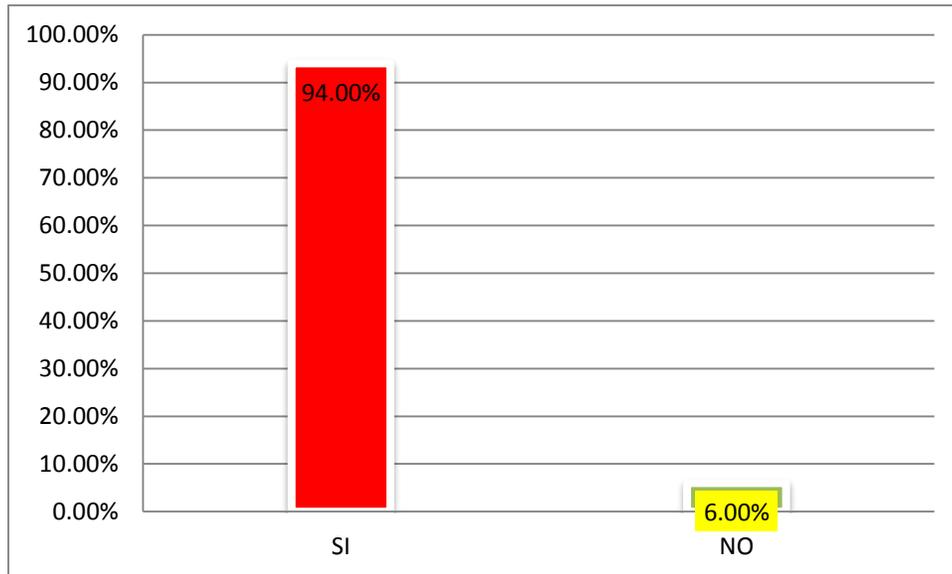


Fuente: Encuesta Evaluación de la calidad de la visita domiciliaria en el puerperio Shupá, Camotán, Chiquimula 2015

Del total de la población que se entrevistó, el 91% respondió que el personal que le visitó si le hizo demostraciones sobre las recomendaciones que se le brindaron como por ejemplo: posición adecuada para dar lactancia materna, cuidados del recién nacido. Por otra parte un 9% informó que no se dio esta actividad por parte del proveedor de salud. Es importante enmarcar que las personas del área rural y en etapa adulta aprende con mayor facilidad cuando se practican las actividades y utilizando la andrología.

Gráfica 30

Le dejaron cita próxima en el servicio de salud



Fuente: Encuesta Evaluación de la calidad de la visita domiciliaria en el puerperio Shupá, Camotán, Chiquimula 2015

La gráfica demuestra que, el personal de salud estableció y acordó seguimiento a través del servicio de salud, ya que el 94% de las madres entrevistadas respondieron que si le dejaron fecha para la próxima cita, por otra parte un 6% refirió que no se le estableció cita de seguimiento. La continuidad de la atención a través de una fecha establecida con la usuaria, facilita al personal a ubicar e identificar las acciones que se han realizado durante la atención y conocer los avances y evolución.

XI. CONCLUSIONES.

1. La visita puerperal por parte del proveedor de salud en las comunidades del centro de convergencia de Shupá, Camotán, Chiquimula evidencia deficiencias en aspectos importantes, entre los que resaltan: la falta de atención integral a la familia en la visita, ya que las acciones están más dirigidas a la madre puérpera y no sobre todo el entorno familiar, asimismo más del 50% de los sujetos manifestó que no hubo evaluación física para verificar sangrado u otras anormalidades; así mismo un porcentaje representativo manifestó que no se le tomó signos vitales, tampoco revisaron ni anotaron en el carné los micronutrientes que fueron entregados, estas situaciones tienen implicaciones graves y delicadas para la madre y el recién nacido, ya que pueden presentarse complicaciones como hemorragias post-parto, septicemias, y alteraciones de la presión arterial que pueden pasar desapercibidos durante la visita. Por otro lado el la falta de atención integral a la familia dificulta la atención oportuna y las acciones de promoción y prevención. Por todo lo anterior se concluye que la visita domiciliaria carece de calidad.
2. En relación a la normativa es importante resaltar que, se pudo verificar que el total de puérperas correspondiente al 2014 fueron visitadas por el proveedor de salud antes de los 40 días, también es relevante describir que más del 50% de la población manifestó que durante la consejería se utilizó la técnica ACCEDA (atender, comunicar, conversar, encaminar, demostrar y acordar), pero hay una notable situación desfavorable en relación a la normativa, ya que no se les proporcionó al 100% de puérperas los micronutrientes orales, los cuales son de importancia en el proceso de embarazo, y puerperio, la falta de cumplimiento de estas acciones pueden desencadenar complicaciones para las madres ya que pueden tener déficit de hierro, presentar anemia u otros problemas asociados a la deficiencia de

micronutrientes. Una madre enferma no presta la misma atención al recién nacido lo que lo coloca en situación de vulnerabilidad.

3. Durante el estudio se pudo identificar que el personal de salud utilizó los formatos que establece el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y que además cumplieron con el tiempo establecido de visita, también se verificó que cuentan con todos los registros y documentos de las visitas realizadas, esto permite evidenciar las acciones que se ejecutan a fin de tener el respaldo legal.

XII. RECOMENDACIONES

1. Es necesario que el personal del distrito de salud de Camotán, Chiquimula establezca acciones de monitoreo y supervisión del personal que realiza las visitas domiciliarias en el puerperio, con el propósito de identificar necesidades de capacitación y retroalimentación en el recurso humano. De esta manera se fomentará una visita de calidad, la identificación de necesidades en las familias, atención oportuna, promoción de la salud y prevención de enfermedades. Además se sugiere que todo personal de salud registre las observaciones necesarias en el expediente y formato de visita ya que todo expediente constituye un documento legal que respalda las acciones del personal de salud.
2. Para mejorar el cumplimiento de la normativa de la visita domiciliaria, es recomendable: capacitar al recurso humano nuevo y retroalimentar la técnica en el recurso humano antiguo, todo ello apoyado de la supervisión periódica por parte del personal del distrito
3. Se recomienda al proveedor de salud que cumpla con el llenado completo de los formatos establecidos por el Ministerio de Salud; archivar todos los documentos y registros realizados con el fin de respaldar las acciones. Así mismo se deben elaborar los instrumentos necesarios para el seguimiento, supervisión y evaluación de la visita domiciliaria en el puerperio.

XIII. BIBLIOGRAFIA

1. **X., Cubillos.** www.mednet.cl/link.cgi/medwave//congresos/medfamiliar20006/6/6/949.
www.mednet.cl/link.cgi/medwave//congresos/medfamiliar20006/6/6/949. [En línea] 2007.
[Citado el: 13 de 04 de 2013.]
2. **OMS-UNESCO.** www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_fch_cah_09_02.
www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_fch_cah_09_02. [En línea] 2009.
[Citado el: 20 de 04 de 2013.]
3. **Social, Ministerio de Salud Pública y Asistencia.** www.comunicacionparaelcambio.org/c-change/files/file/evaluacion.
www.comunicacionparaelcambio.org/c-change/files/file/evaluacion. [En línea] 2007. [Citado el: 12 de 12 de 2013.]
4. **Guatemala, Presidencia de la República de.**
www.osarguatemala.org/userfiles/acuerdo%20gubernativo%20.
www.osarguatemala.org/userfiles/acuerdo%20gubernativo%20. [En línea] 2012. [Citado el: 20 de 04 de 2013.]
5. **Felipe, R. y otros.** www.jano.es/.../1.../1v0n1649a13101876pdf001.pd.
www.jano.es/.../1.../1v0n1649a13101876pdf001.pd. [En línea] 2007. [Citado el: 28 de 04 de 2013.]
6. **Salud, Organizacion Mundial de la y UNICEF.**
www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_fch_cah_09_02/.
www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_fch_cah_09_02/. [En línea] 2009.
[Citado el: 20 de 04 de 2013.]
7. **Social, Ministerio de Salud Publica y Asitencia.** Código Rojo. Primera Edición. Guatemala : M.S.P.A.S., 2013.
8. **Social, Ministerio de Salud Pública y Asistencia.** Vigilancia de la embarazada y de la muerte de mujeres en edad fértil para identificación de las muertes maternas. segunda edición. Guatemala : Centro Nacional de Epidemiología, 2013.
9. —. V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009. Guatemala : s.n., 2009.
10. **Social, Mnisterio de salud Publica y Asistencia.** Modelo de Extensión Cobertura en el Primer Nivel de Atención. Guatemala : SIAS, 2007.
11. **Portal Vásquez, Rocio Elizabeth.** CONSECUENCIAS SOCIALES Y FAMILIARES DE LA MUERTE. Perú : Universidad San Pedro. Escuela Postgrado, 2009.
12. **Social, Ministerio de Salud Pública y Asistencia.** Manual de la Educadora Comunitaria en salud y Nutrición. Guatemala : PRODEUSA, 2008.

13. **Social, FUNCAFE Y Ministerio de Salud Pública y Asistencia.** Manejo Integrado del Embarazo, parto, parto , puerperio y emergencias obstétricas. Guatemala : s.n., 2011.
14. **Social, Ministeria de Salud Pública y Asistencia.** Normas de Atencion en Salud Integral para el primero y segundo nivel. Guatemala : Departamento de Regulación de los programas de atencion a las personas, 2010.
15. **Social, Ministerio de Salud Publica y Asistencia.** Estrategia AIEPI AINM-C . Rotafolio de Consejria en el Manjeo Integrado de la Mujer y el Recien Nacido/a. Guatemala : Direccción General de Regulación Vigilancia y Control de Salud. Direccion General de SIAS, 2004.
16. **Bobak, Lowdermilk Perry.** Enfermeria Materno Infantil. Espana : OCEANO, 1999. Vol. I.
17. Estudio comparativo y aleatorizado de la Visita Puerperal en el domicilio de la madre y en el centro de salud. **Paterna, Ester Furnieles.** 12, España : Matronas prof, 2011, Vol. 3.
18. **Social., Ministerio de Salud Pública y Asistencia.** Estrategia AIEPI AINM.C Componente Comunitario Manejo Inetegrado de la Niñez. Protocolo para el Facilitador Institucional, Auxiliar de Enfermermeria y Facilitador Comunitario. Guatemala : Grupo Técnico Interinstitucional de I.E.C., 2004.
19. **Social, Ministerio de salud Pública y Asistencia.** Estrategia EIEPI AINM-C Componete Comunitario Cuadro de Procedimientos para el Vigilante de Salud. Guatemala : Grupo Técnico Interinstitucional de I.E.C, 2004.
20. **Social, Ministerio de Salud Pública y Asistencia.** Proyecto de Salud y Nutrición Maternoinfantil. Guatemala : MSPAS, 2006.
21. **Piló Poz, Lilian Jesusita.** EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO EN LA ATENCION MATERNO NEONATAL ESENCIAL DE LOS CENTROS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SOLOLÁ. Guatemal : USAC, 2002. 1.
22. **ESPAÑOLA, REAL ACADEMIA.** Diccionario de la lengua española. veinte y dos edición. España : s.n., 2012.
23. **Mendoza Cárdenas, Kenia Mirtha.** Capacitación y seguimiento domiciliario sobre lactancia materna exclusiva a puerperas del Hospital Santa Rosa, periodo septiembre-noviembre 2001. Perú : s.n., 2001.
24. **Casallas Contreras, María Angelica.** Caracterizacion de la Visita domiciliaria como técnica de intervención de trabajos social en las instituciones de salud, empresas y comisarias de familia Bogota D.C. Colombia : s.n., 2006.
25. **Salazar Olivares, Ingacio.** Influencia de la visita puerperal temprana en la deteccio y evolución de la depresión posparto. España : Servicio de Obstetricia y Ginecologí'a, Hospital Universitario de Valme, 2010.

26. **Bustos Pedraza, Andre del Pilar, Montenegro Soler, Ingrid Adriana y Vacca Campos, Magda Edith.** SEGUIMIENTO AL HOGAR PARA MADRES EN PUERPERIO CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DE LA GESTACION. Colombia : Universidad de Colombia. Facultad de Enfermería, 2010.
27. **Neciosup Montenegro, Lourdes del Rocío.** Nivel de cumplimiento del componente de proceso de atención a puérperas en el primer nivel de atención, Cuernavaca, Morelos. México : Lourdes del Rocio Neciosup Montenegro, 2011.
28. **Ghodsbin, Fariba.** Efecto de la visita domiciliaria en las seis primeras semanas del postparto en calidad de vida en mujeres primíparas. Colombia : Investigacion y educacion en Enfermeria, 2012.
29. **Gómez Marcelo, Elsa María.** Cuidado Brindado por la Enfermera en el Puerperio Mediato Puesto de Salud Los Olmos OLMOS Y Salas -2013. Perú : s.n., 2013.
30. **Paz Santisteban, Michelle María.** Evaluación de la Calidad de la Atención de la Estrategia Ventana de los Mil días en el segundo Nivel de Atención en Saud, en el departamento de Quetzaltenango, Guatemala 2014. Guatemala : Universidad Rafael Lánfivar, 2015.
31. **R., Fernández.** www.matronasasturias.es/documentos/parto_puerperio_cataluna.pdf. www.matronasasturias.es/documentos/parto_puerperio_cataluna.pdf. [En línea] 2006. [Citado el: 25 de 05 de 2013.]
32. **otros, Minoletti. A y.** www.crececontigo.gob.cl/.../visita-domiciliaria-integr. www.crececontigo.gob.cl/.../visita-domiciliaria-integr. [En línea] 2007. [Citado el: 12 de 04 de 2013.]
33. **Torres Olivera, Antonio.** Embarazo, parto y puerperio. segunda edición. España : Consejería de Salud, 2005.
34. **UNICEF.** Estrategia de UNICEF EN America Latina y el Caribe para la reducción de la morbilidad materna, neonatal e infantil. Estados Unidos : UNICEF, 2011.
35. **Martínez Galiano, Juan Miguel.** Impacto del Programa de educación Maternal sobre la madre y recién nacido. Granada : Universidad de Granada, 2102. ISBN.
36. Adopción de Prácticas Saludables en Puerperas Adolescentes. **Parada Rico, Doris Amparo.** 1, Colombia : Revista Cuidarte, 2013, Vol. 4.
37. **García, Rosa Angelica.** Plan Técnico Jurisdicción 1 ADICCA Camotan, Chiquimula. Guatemala : ADICCA, 2014.
38. **Kroeger, Axel y Luna, Rolando.** Atención Primaria en Salud Principios y métodos. segunda edición. Ecuador : OPS, 1992.
39. **Nufio, Evelin y Arriola Monasterio, Carlos.** Manual de la Comadrona. Guatemala : s.n., 2004.

40. **Social, Ministerio de Salud Pública y Asistencia.** Guía para la implementación de la Atención Integral Materna y Neonatal. Segunda Edición. Guatemala : M.S.P.A.S, 2011.
41. **Quiñones Orozco, Mirella Leonela.** Incidencia de fiebre puerperal, determinantes de causas en el parto normal en el hospital Enrique C. Sotomayor de septiembre de 2012 a febrero de 2013. Ecuador : Universidad de Guayaquil, 2013.
42. **Social, Ministerio de Salud Pública y Asistencia.** Manual para la intervención corta en la capacitación a comadronas tradicionales. Guatemala : s.n., 2006.
43. **Serradell Cabra, Armando y Cateura López, Pablo.** Enfermería en Urgencias. España : Lexus, 2007. 84-95275-85-6.
44. **Sebadúa García, Jesús.** Complicaciones en el puerperio inmediato posparto en el hospital de Veracruz. México : universidad de Veracruz, 2005.
45. **Pazán Gercés, Santiago Fernando.** Factores de Riesgo de patologías puerperales. Hospital José María Velasco Ibarra 2010. Ecuador : Escuela superior politécnica, 2010.
46. **Muñoz Mazariegos, Ana Isabel.** Cumplimiento de la Guía para la implementación de la atención integral Materno y neonatal. Guatemala : s.n., 2013.

XIV. ANEXOS.

ANEXO I



Fecha: _____ código: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

He sido invitada a participar en el estudio sobre: La evaluación de la calidad de la visita domiciliaria en el puerperio brindada por el proveedor de salud en el centro de convergencia de Shupá del municipio de Camotán, se me informa que el proceso será estrictamente confidencial y mi nombre no será necesario. La participación en el estudio no afectará en mi vida personal y es de forma voluntaria, tengo el derecho de retirarme en cualquier momento. El estudio no conlleva ningún riesgo ni recibiré ningún beneficio o compensación económica. Se me informa que contestaré voluntariamente una serie de preguntas a mi criterio.

Por lo tanto doy **mi consentimiento** para participar en el estudio y **autorizo** para que utilicen la información de acuerdo a las necesidades de la investigación.

f. Entrevistada.

f. Investigador.



Entrevista.

Evaluación de la calidad de la visita domiciliaria en el puerperio brindada por el proveedor de salud en el centro de convergencia de Shupá, Camotán, Chiquimula.

Instrucciones: A continuación se presenta una serie de preguntas, las cuales deberá responder con toda confianza, cada interrogante cuenta con 2 opciones a indicar (si o no), de acuerdo a la atención que le brindó el personal de salud.

No	Ítems.	Si	No	Observaciones
VISITA PUERPERAL				
1	El personal de salud, la visitó cuando usted estaba en el post-parto			
COMUNICACIÓN DEL PERSONAL				
2	El personal que la visitó, le trató con respeto al momento de hablar con usted			
3	El personal que le visitó tenía interés por su estado de salud.			
4	Le hablaron amablemente y por su nombre			
INTEGRACION DE LA VISITA				
5	Le preguntaron por la salud de sus familiares: (esposo e hijos)			
6	Revisaron el carné de vacunación de todos sus hijos			
TIEMPO DE LA VISITA				
7	La visita que le hicieron, duró más de 15 minutos			
EVALUACION FISICA DEL NEONATO				
8	Le preguntaron si a su hijo le dan ataques			
9	El personal que le visitó pesó a su niño			
10	Le tomaron la temperatura a su hijo			
11	Le preguntaron si su hijo estaba mamando adecuadamente			
12	Le preguntaron si su hijo estaba vomitando			
13	Le preguntaron si su hijo estaba orinando y defecando			
14	Le revisaron el ombligo a su niño			
EVALUACION FISICA PUERPERAL				
15	Le preguntaron si usted tenía señales de peligro (dolor de cabeza, dolor de estómago, fiebre, sangrado vaginal)			
16	La examinaron para ver si tenía sangrado vaginal			
17	El personal que la visitó le tomó la temperatura			
18	Examinaron su estomago			
19	Le tomaron la presión arterial			
20	Le preguntaron si tenía dolor al orinar			
21	El personal que le visitó le dio sus vitaminas y le explicó cómo tomarlas			

No	Ítems.	si	no	Observaciones
REVISION DE CARNET DE PUERPERA				
22	El personal que le visitó le revisó el carné de la mujer			
23	Le anotaron en su carné las vitaminas que le dieron en el momento de la visita			
UTILIZACION DE MATERIAL DIDACTICO				
24	Cuando hablaron con usted el personal de salud, le enseñó carteles, rota folios, hojas, dibujos, videos para que usted entendiera mejor			
TÉCNICA ACCEDA DE LA CONSEJERIA				
25	El personal la atendió con respeto y amabilidad			
26	Conversó con usted brindándole confianza			
27	Le comunicó claramente todo lo que encontró después del examen de usted y de su hijo, dándole recomendaciones			
28	El personal hizo compromisos con usted, sobre su alimentación y su Suplementación con vitaminas			
29	El personal le hizo demostraciones sobre las recomendaciones que le brindó			
30	Le dejaron cita próxima en el servicio de salud			