



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TEMA:

Frecuencia de visitas domiciliarias por parte del equipo de salud del centro de salud #14.

AUTORA:

Oramas Parrales, Maritza De La Cruz

**Trabajo de titulación previo a la obtención del Título de
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

TUTORA:

Lic. Muñoz Roca, Olga Argentina, Msc.

Guayaquil, Ecuador

31 de Agosto del año 2018



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

CERTIFICACIÓN

Certifico que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Oramas Parrales, Maritza de la Cruz**, como requerimiento para la obtención del Título de **Licenciada en Enfermería**.

TUTORA

f. _____

Lic. Muñoz Roca, Olga Argentina. Msc.

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

Lcda. Mendoza Vinces, Ángela Ovilla, Mgs

Guayaquil, 31 de Agosto del 2018



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Oramas Parrales, Maritza de la Cruz

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Frecuencia de visitas domiciliarias por parte del equipo de salud del Centro de salud # 14**, previo a la obtención del Título de **Licenciada en Enfermería** ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 31 de agosto del 2018

AUTORA

f. _____
Oramas Parrales, Maritza de la Cruz



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

AUTORIZACIÓN

Yo, Oramas Parrales, Maritza de la Cruz

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Frecuencia de visitas domiciliarias por parte del equipo de salud del centro de salud # 14**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 31 de agosto del 2018

AUTORA

f. _____

Oramas Parrales, Maritza de la Cruz

REPORTE DE URKUND

URKUND

Documento: **MARITZA FINAL.docx** (041485901)

Presentado: 2018-09-16 12:00 (-05:00)

Presentado por: maritzaoramas@hotmail.com

Recibido: oliga.munoz@analysis.orkund.com

Mensaje: **MARITZA ORAMAS** Mostrar el mensaje completo

de estas 25 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.

Lista de fuentes: **Bloques**

Categoría	Entero/hombre de archivo
	https://www.salud.gov.ec/boletines/imagenes/documentos/guia/MANUAL_MARIS_MSP12...
	https://docplayer.es/15741681-Modelo-de-avercion-integrada-del-sistema-nacional-de-salud-b...
	https://es.scribd.com/document/307364073/Cualidades-de-la-familia-y-la-comunidad
	http://rosario-eciferencia.blogspot.com/2016/11/una-domestica.html
	http://oscarco.uni.edu.ec/journal/trauma/1224567891011/11/Cuencas%20de%20atencion%20de%20salud...
	https://www.elfeefo.com.ec/noticia/70071/1/as-enfermedades-que-matan-a-los-ecuatoria...

UNIVERSIDAD CATOLICA DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERIA

TEMA:

Frecuencia de visitas domiciliarias por parte del equipo de salud del centro de salud #14.

AUTORA:

Oramas Parroles, Maritza De La Cruz

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de

LICENCIADA EN ENFERMERIA

TUTORA:

Lc. Muñoz Roca, Olga Argentina, Msc.

Guayaquil - Ecuador

31 de agosto del año 2018

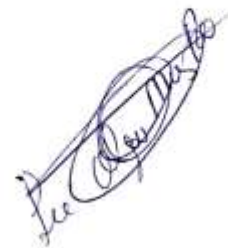
Urkund Analysis Result

Analysed Document: MARITZA FINAL.docx (D41485801)
Submitted: 9/16/2018 7:00:00 PM
Submitted By: maritzaoramas@hotmail.com
Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Maritza Oramas", is located in the lower right quadrant of the page.

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TEMA:

Frecuencia de visitas domiciliarias por parte del equipo de salud del centro de salud #14.

AUTORA:

Oramas Parrales, Maritza De La Cruz

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de

LICENCIADA EN ENFERMERIA

TUTORA:

Lic. Muñoz Roca, Olga Argentina, Msc.

Guayaquil - Ecuador

31 de agosto del año 2018

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

CERTIFICACIÓN

Certifico que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por Oramas Parrales, Maritza de la Cruz, como requerimiento para la obtención del Título de Licenciada en Enfermería.

TUTOR(A)

_____ **Lic. Muñoz Roca, Olga Argentina. Msc.**

DIRECTORA DE LA CARRERA

F. _____ **Lcda. Mendoza Vincés, Ángela Ovilla, Mgs**

Guayaquil, a los 31 del mes de agosto del año 2018

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Oramas Parrales, Maritza de la Cruz

DECLARO QUE:

El Trabajo

de Titulación, Frecuencia del cumplimiento de las visitas domiciliarias por parte del equipo sanitario del Centro de salud # 14 de una institución de I nivel de atención

previo a la obtención del Título de Licenciada en Enfermería ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría. En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 31 del mes de agosto del año 2018

AUTORA

F. _____ Oramas Parrales, Maritza de la Cruz

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

AUTORIZACIÓN

Yo, Oramas Parrales, Maritza de la Cruz

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo

de Titulación, Frecuencia del cumplimiento de las visitas domiciliarias por parte del personal sanitario del centro de salud # 14,

cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 31 del mes de agosto del año 2018

AUTORA F. _____

Oramas Parrales, Maritza de la Cruz

REPORTE DE URKUND**AGRADECIMIENTO**

Agradezco en primer lugar a Dios por darme la fuerza para seguir adelante, a mi madre por guiarme por un buen camino y que desde el cielo me está observando, a mis hijos porque son mi motor de seguir adelante, a mi esposo mi mano derecha y pilar fundamental en todo, a mis estimados y queridos docentes por compartir sus conocimientos y enseñanza y a mis compañeras que a lo largo de toda la carrera se convirtieron en mi familia, Anita Gallegos Plaza y Mildred Vera

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios por darme la fuerza para seguir adelante, a mi madre por guiarme por un buen camino y que desde el cielo me está observando, a mis hijos porque son mi motor de seguir adelante, a mi esposo mi mano derecha y pilar fundamental en todo, a mis estimados y queridos docentes por compartir sus conocimientos y enseñanza y a mis compañeras que a lo largo de toda la carrera se convirtieron en mi familia, Anita Gallegos Plaza y Mildred Vera

Maritza de la Cruz Oramas Parrales

DEDICATORIA

A mi Padre Celestial Jehová de los ejércitos

A mi adorada e inolvidable madre Matilde Parrales Castro

A mis hijos: Israel López Oramas, Isaac López Oramas y Heidi López Oramas

A mi Esposo Alfredo López Villamar

A mí querida Licenciada: Olga Muñoz

A mis amigas y a todas las personas que me ayudaron en el proceso de la culminación de estudios.

Maritza de la Cruz Oramas Parrales



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Lic. ÁNGELA OVILDA, MENDOZA VINCES, MGS
DIRECTORA DE CARRERA

f. _____

LIC.MARTHA LORENA, HOLGUIN JIMENEZ, MGS
COORDINADOR DE UNIDAD DE TITULACION ESPECIAL

f. _____

LIC. MUÑOZ ROCA, OLGA ARGENTINA. MSC.
TUTORA

f. _____

LIC. NORMA ESPERANZA, SILVA LIMA, Msc
OPONENTE

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO

CERTIFICACIÓN.....	II	
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD.....	III	
AUTORIZACIÓN.....	IV	
AGRADECIMIENTO.....	II	
DEDICATORIA.....	III	
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN.....	IV	
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	VII	
ÍNDICE DE TABLAS.....	VIII	
RESUMEN.....	IX	
ABSTRACT.....	X	
INTRODUCCIÓN.....	2	
CAPÍTULO I		
1.1. Planteamiento del problema	5	
1.2. Preguntas de investigación.....	9	
1.3 Justificación.....	10	
1.4. OBJETIVOS		
1.4.1. Objetivo General.....	11	
1.4.2. Objetivo Especificos.....	11	
CAPITULO II.....		12
2.1 Fundamentación Conceptual.....		12
2.1.1. Marco Referencial.....		12
2.2. Marco Conceptual.....		16
2.2.1.-Definición de Visitas Domiciliarias.....		16
2.2.2-Propósito de las Visitas Domiciliarias.....		14
2.2.3-Actividades de las Visitas Domiciliarias.....		17

2.2.4-Familias de riesgo Social-Sanitario -.....	16
2.2.5.-Grupos Programaticos de las Visitas Domiciliarias:	20
2.2.6.-Principios de las Visitas Domiciliarias:.....	21
2.2.7.-Criterios de Priorización	23
2.2.8.-Etapas de las Visitas Domiciliarias	26
2.2.9.-Pasos Visitas Domiciliarias.....	27
2.2.10.-Requisitos /Visitas Domiciliarias:.....	28
2.3.-MARCO LEGAL.....	29
CAPITULO III.....	30
3.1 Diseño de la Investigación o Materiales y MetodosS	
3.1.1 Población en estudio	30
3.1.2 Instrumento de recolección de información.....	30
3.1.3 Procedimiento para la recolección información.....	30
3.1.4 Plan de tabulación de datos.....	30
3.2. VARIABLES GENERALES Y OPERACIONALIZACIÓN.....	31
DISCUSIÓN.....	40
CONCLUSIONES.....	43
RECOMENDACIONES.....	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47
ANEXOS.....	41

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Número gráfico	Tema	Pág
Gráfico N° 1	Cumplimiento las visitas domiciliarias	29
Gráfico N° 2	Frecuencia de las visitas por parte del	30
Gráfico N° 3	equipo de salud	
Gráfico N° 4	Cargo que desempeña el equipo de salud	31
Gráfico N° 5	Grupos prioritarios para las visitas	32
Gráfico N° 6	Dificultades para realizar las visitas	33
	domiciliarias	
Gráfico N° 7	Procedimientos más utilizados	34

ÍNDICE DE TABLAS

Número de tabla	Tema	Pág
Tabla N° 1	Frecuencia de las visitas por parte del	28

RESUMEN

La atención domiciliaria es aquella programada para cuidados a personas de grupos vulnerables. **Objetivo:** Determinar la frecuencia del cumplimiento de las visitas domiciliarias por parte del equipo de salud. **Metodología:** Estudio descriptivo, método cuantitativo, Prospectivo. Diseño: Transversal, **Universo:** conformado por 10 miembros del equipo de salud: médicos, Profesionales de enfermería, obstetras, auxiliares de enfermería. Instrumento de recolección de información que se utilizó un cuestionario con 5 preguntas. **Técnica:** observación indirecta. Plan de tabulación y análisis de los resultados en la hoja de cálculo Excel. Fue necesario medir la frecuencia en sus diferentes parámetros. **Resultados.-** En un 50% del personal realiza 1 visita diaria, el 40% que realizan 2 visitas diarias, y un tercer lugar el 10% que equivale a que solo una persona realiza tres visitas al día. Quienes realizan las visitas el 25% lo realiza los médicos, Obstetras y auxiliares de Enfermería, 10% rurales de Enfermería: Prioridad el 39% pacientes con tuberculosis, el 31% con VIH, 15% con diabetes mellitus y discapacidad. Limitaciones para la frecuencia del cumplimiento: es la carencia de recursos humanos, movilización y falta de equipos e insumos en un 25%, la difícil accesibilidad o temor de los miembros del equipo 25%. Con respecto a las intervenciones más frecuentes que se realizan son el control de los parámetros vitales, curaciones en un 35%, y educación en un 30%. **Conclusiones:** El personal cumple entre 1 a 3 visitas diarias, por tal razón es difícil alcanzar los resultados esperados de mejores estilos de vida de la población.

Palabras clave: Frecuencia, cumplimiento, visitas domiciliarias, equipo de salud.

ABSTRACT

Home care is scheduled for care of people from vulnerable groups. Objective: To determine the frequency of compliance with home visits by the health team. Methodology: Descriptive study, quantitative method, Prospective. Design: Transversal, Universe: conformed by 10 members of the health team: doctors, nursing professionals, obstetricians, nursing assistants. Information collection instrument that used a questionnaire with 5 questions. Technique: indirect observation. Tabulation plan and analysis of the results in the Excel spreadsheet. It was necessary to measure the frequency in its different parameters. Results.- 50% of the staff make 1 daily visit, 40% make 2 daily visits, and a third place 10%, which means that only one person makes three visits per day. Who make the visits 25% is performed by doctors, obstetricians and auxiliary nursing, 10% rural nursing: Priority 39% patients with tuberculosis, 31% with HIV, 15% with diabetes mellitus and disability. Limitations for the frequency of compliance: lack of human resources, mobilization and lack of equipment and supplies by 25%, difficult accessibility or fear of team members 25% .Concerning the most frequent interventions carried out are the control of the vital parameters, cures in a 35%, and education in a 30%. Conclusions: The staff meets between 1 to 3 visits per day, for this reason it is difficult to achieve the expected results of better lifestyles of the population.

Keywords: Frequency, compliance, home visits, health team.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de titulación se encuentra dentro del campo de atención primaria. Según la OMS, la visita domiciliaria se constituye en la principal estrategia de atención primaria al acercar los servicios de salud a los domicilios y lugares de trabajo de las personas, lo cual permite conocer de primera mano las necesidades de la población. En la visita domiciliaria participan un médico, odontólogo, enfermera y los Técnicos de Atención Primaria en Salud (TAPS) en el domicilio del paciente, con el objetivo de conocer su entorno y brindar apoyo médico continuo e integral no solo al paciente sino a toda la familia, en caso de que lo requiera ^(1,2)

En la actualidad, los avances en las ciencias de la salud con respecto a técnicas diagnósticas y de tratamiento ha dado lugar a que los hospitales se encarguen de la mayoría de los problemas de salud, dejando en segundo plano a la atención domiciliaria. Sin embargo, en los últimos años se ha despertado nuevamente el interés por la atención domiciliaria, siendo los principales motivos los económicos y el incremento de las enfermedades crónicas ⁽³⁾.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la atención domiciliaria es aquella modalidad de asistencia programada que lleva al domicilio del paciente, los cuidados y atenciones biopsicosociales y espirituales. La atención a domicilio, es un recurso que permite proveer asistencia sanitaria para la resolución en el domicilio del paciente, problemas de salud, que por su situación de incapacidad física no puede desplazarse a un centro de salud, entendiéndose que el nivel de complejidad de los problemas de salud a resolver, no requiere la hospitalización del paciente, la realiza el equipo de atención primaria, y tiene características que la definen y la diferencian de la hospitalización en domicilio. ⁽⁴⁾

En la visita domiciliaria participan un médico, odontólogo, enfermera y los Técnicos de Atención Primaria en Salud (TAPS) en el domicilio del paciente, con el objetivo de conocer su entorno y brindar apoyo médico continuo e integral no solo al paciente sino a toda la familia, en caso de que lo requiera.

No debemos olvidar que el domicilio es el hábitat natural de las personas, se ubica el núcleo familiar, es el sitio de referencia del paciente y llega a constituir la parte más importante de su historia personal. El domicilio se constituye en el espacio de calidez, intimidad, de acompañamiento, de comprensión permanente e incondicional, aspecto que cobra mayor importancia en el caso de pacientes con enfermedades crónicas y/o terminales, cuya carga emocional y espiritual se intensifica en los últimos momentos de su vida.

Las visitas domiciliarias de atención prenatal y neonatal, junto con las actividades comunitarias de movilización, están relacionadas con la disminución de la mortalidad neonatal y de la muerte fetal en áreas de Asia meridional con elevada mortalidad neonatal y un acceso deficiente a los consultorios de asistencia sanitaria. En Ecuador se realiza más 257.509 visitas domiciliarias al año según el INEC ⁽¹⁾.

La atención domiciliaria tiene como objetivo acercar los profesionales de salud hacia el individuo con necesidades de salud, con la finalidad de detección temprana de diagnósticos y la posterior intervención para gestionar el recurso más adecuado para satisfacer las necesidades en salud que presenta esa persona ⁽⁴⁾.

El presente estudio se realiza con el objetivo de determinar el cumplimiento de las visitas domiciliarias por parte del personal sanitario del centro de Salud #14, consiste en una investigación descriptiva, transversal , retrospectiva .

CAPÍTULO I

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El presente trabajo se encuentra bajo la línea de investigación Salud y bienestar humano y emerge de la sub-línea de salud pública con el tema Formación de talentos en la comunidad: promotores y otros. Conocimientos, actitudes y prácticas en personal de salud, pacientes y sociedad.

Según el Inec el Ecuador reporta Enfermedades vasculares cardíacas y cerebrales. “El 80% de estas muertes es evitable con una dieta saludable y ejercicio físico, pero predomina el sedentarismo y los malos hábitos alimenticios”.^(2,5)

Según Vicuña, la prevención no empieza a los 50 o 60 años de edad, sino en la juventud, cuando es posible mantener una dieta equilibrada y saludable. “Es preocupante que el 40% de la población en Ecuador tenga sobrepeso”.

Con esta cifra concuerda el cardiólogo Fernando Montenegro, quien asegura, además, que entre el 10% y el 15% de los ecuatorianos tienen obesidad, un factor de riesgo que conlleva a la enfermedad cardíaca.⁽⁶⁾

Entre otras causas que predisponen a sufrir problemas del corazón se destacan la hipertensión arterial, la diabetes, el alto colesterol, el consumo de tabaco y la inactividad física. Paola Jervis Solines, endocrinóloga, indica que “la diabetes tipo 2, hace unos años, solo era atribuible a los adultos mayores; hoy son también los jóvenes quienes la padecen”.

En el país, la diabetes tiene mayor prevalencia que la hipertensión, aunque la una se relaciona con la otra. Esta enfermedad, según la OMS, es considerada la epidemia del siglo XXI, a tal punto que a escala mundial hay más de 422 millones de personas con diabetes y las previsiones son de casi 600 millones para el 2035. “Más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios”, registra la OMS. Si esta dolencia se tratara de un país y las personas con diabetes fueran sus ciudadanos, se hablaría de la tercera nación más poblada del mundo después de China y la India. ⁽⁷⁾

Sin embargo, el cardiólogo Fernando Montenegro dice que” las enfermedades cardiovasculares lideran la lista de causas de muerte en Ecuador. “Cuando se reúnen todas las causas, como infarto cardíaco, muerte súbita, enfermedades hipertensivas, falla cardíaca, tendríamos como primera responsable de mortalidad en el país a las patologías cardiovasculares”. Las infecciones respiratorias también constan entre las principales dolencias que provocan la muerte de los ecuatorianos. ^(4,9)

“El neumólogo Fausto Noboa Izurieta indica que las infecciones son un factor importante de deceso, sobre todo, en los extremos de la vida: en en los extremos de la vida: en los niños y en los ancianos”.⁽⁶⁾

Por otra parte las cifras del INEC, el cáncer es hoy en día la segunda causa de muerte en Ecuador, una enfermedad que, al parecer, se ha extendido y que afecta a diferentes grupos etarios: niños, jóvenes y adultos. Según Édgar Rodríguez P., especialista, el diagnóstico de cáncer aumentó, manifiesta *“porque la gente se preocupa más por realizarse chequeos médicos periódicos y así prevenir esta enfermedad considerada catastrófica. Según el oncólogo, el cáncer más frecuente entre los hombres es el de próstata, estómago y colon, mientras que en las mujeres, es el cáncer de mama y del cuello uterino, pero en los últimos años, también se han incrementado los casos de cáncer de tiroides. Según los estudios*

efectuados, los cánceres que más mortalidad provocan son el de estómago y de colon, porque son más agresivos”.(5)

Con respecto a las enfermedades infectocontagiosas tenemos el VIH El 70% de los infectados es de 15 a 35 años, en Guayas. Datos del Ministerio de Salud Pública muestran que es la provincia donde hay más pacientes con VIH. En Guayaquil existe el 80%, le sigue Durán, Milagro y Playas.(8,9)

Con respecto a los accidentes de tránsito 26. 391 accidentes en el año 2017 los accidentes de tránsito que dejan como secuelas diferentes tipos de incapacidad.

Por toda información antes descrita en Ecuador se realizan aproximadamente 254.435 visitas domiciliarias en las que participan en equipo de salud según los reportes del INEC (2017). EL MSP de Ecuador también entregó, en 2015, 18.016 ayudas técnicas y 1.209 órtesis y prótesis a personas con discapacidad.

El número de visitas que realizan no siempre es el deseado, puesto que en ocasiones no se cuenta con los medios necesarios para poder ejecutar este tipo de atención, por lo tanto, los grupos vulnerables y de riesgo no son cubiertos por esta estrategia en salud integral, esto trae como consecuencia complicaciones en la salud de los ciudadanos y la insatisfacción de las necesidades básicas de la persona, grupo o comunidad ⁽¹⁰⁾.

Los resultados de las visitas domiciliarias son la consecuencia del trabajo del equipo de salud que constantemente evalúan y monitorean aspectos cuantitativos acerca de cantidad y edad de las personas atendidas, cantidad de vacunas aplicadas, entre otras, sin embargo, no debe dejarse de lado el aspecto cualitativo que verifica el alcance de las intervenciones del personal de salud y sobre todo de enfermería, además de reportar las dificultades que presenta cumplir a cabalidad con las visitas requeridas ante la posibilidad de agresiones delincuenciales que alteren su estabilidad sanitaria y generan temor permanente, sumado a esto las inadecuadas condiciones geográficas y ambientales ⁽¹⁾.

Por lo expuesto en líneas anteriores se presenta esta investigación en el centro de salud # 14 que busca describir la problemática que presentan los integrantes del equipo de salud para poder llegar a los domicilios de las personas más necesitadas, teniendo que atravesar diversas dificultades, ya sean estas de transporte. Para direccionar la investigación se realiza la siguiente pregunta ¿De qué manera se cumple con las visitas domiciliarias por parte del equipo de salud del centro de salud #14 ?

1.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1. Cuáles son los miembros del equipo que realizan la ejecución de las visitas domiciliarias que presenta el personal sanitario del centro de salud #14?
2. Cuáles son los grupos programáticos dentro de la prioridad para realizar las visitas domiciliarias?
3. Cuál es la disponibilidad de recursos para el cumplimiento de las visitas domiciliarias?

1.3 JUSTIFICACIÓN

El presente estudio se justifica en base a los datos estadísticos reportados en la ciudad de Guayaquil sobre las diversas patologías y accidentes de tránsito que dejan a las personas adultos y niños a tener algún grado de discapacidad en especial física la misma que limita su accesibilidad a dirigirse a los diferentes centros de atención con los que cuenta el país ya sean estos públicos o privados.

Guayaquil reporta en el año 2017 81.090 personas con discapacidad entre ellos 1.200 niños y adolescentes con doce terapias físicas y psicológicas por otra parte el creciente envejecimiento de la población, patologías crónicas degenerativas son parte de la cifra antes mencionada y que los ciudadanos de escasos recursos se ven limitados a llevar a sus familiares a centros de atención aunque sean estos gratuitos, debido a que no cuentan con recursos económicos para trasladarlos en transporte privado ya que en el transporte urbano es imposible.^(2,11)

El Centro de Salud N° 14 en su área de influencia reporta 65 pacientes con enfermedades infecto-contagiosas y discapacidad de los cuales 25 se encuentran con tuberculosis y 5 no desean continuar con el tratamiento, 20 pacientes con VIH, 10 con diabetes mellitus y 10 con discapacidad física.⁽⁹⁾

He aquí la importancia del cumplimiento de las visitas domiciliarias por parte del personal sanitario, que resulta imprescindible que los profesionales estén involucrados en esta estrategia en salud, ya que la visita domiciliaria permite captar controlar y monitorear el estado de salud de los pacientes entorno ambiental y salubre que permita prevenir complicaciones y mejorar o estabilizar su estado de salud.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia del cumplimiento de las visitas domiciliarias del equipo sanitario en un Centro de salud de la ciudad de Guayaquil.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el cargo del equipo de salud que realiza las visitas domiciliarias del centro de salud #14.
- Describir los grupos programáticos dentro de la prioridad para realizar las visitas domiciliarias.
- Indicar la disponibilidad de recursos para el cumplimiento de las visitas domiciliarias.

CAPITULO II

2.1 FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

2.1.1. MARCO REFERENCIAL

2.1.2.-DETERMINANTES DEL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS EN ESPAÑA

Objetivo.-Identificar los factores asociados al cumplimiento terapéutico en varones y mujeres hipertensos conocidos. Material y métodos.-Estudio poblacional de 4.009 sujetos a partir de los datos del estudio «Hipertensión arterial y otros factores de riesgo en la población de 60 años y más de España ». Entrevista en el domicilio que recoge información sobre cumplimiento terapéutico, variables sociodemográficas, estilo de vida, uso de servicios de salud y calidad de vida relacionada con la salud. Resultados

En varones el cumplimiento terapéutico según las zonas estudiadas (odds ratio [OR] área rural = 3,9 frente a OR litoral cantábrico = 1,9) y con respecto a la salud general (OR = 1,01). En mujeres, las cumplidoras con nivel escolar bajo (OR = 1,8), la calidad de vida en el componente físico (OR = 1,02) y visitas mensuales al domicilio (OR = 3,0). Las no cumplidoras autorreportan 2 enfermedades crónicas (OR = 0,6).Conclusiones.-El cumplimiento terapéutico se relaciona con diferencias de género, regionales, educacionales y en la calidad de vida. Es recomendable diseñar estrategias diferenciadas por las anteriores variables a fin de incrementar el cumplimiento terapéutico.

2.1.3.-Ensayo clínico aleatorizado para evaluar la efectividad de una intervención domiciliaria en pacientes con insuficiencia cardiaca: estudio IC-DOM, Introducción y objetivos.-El objetivo de este estudio es evaluar si una intervención domiciliaria reduce la mortalidad y los reingresos

hospitalarios de pacientes con insuficiencia cardiaca y mejora su calidad de vida. Métodos.-Ensayo clínico aleatorizado, realizado desde enero de 2004 a octubre de 2006. Se aleatorizó a 283 pacientes, diagnosticados de insuficiencia cardiaca e ingresados en el hospital, al grupo de atención domiciliaria (grupo intervención) o al grupo de atención habitual (grupo control). La variable principal de resultado se midió al año de seguimiento y fue la combinación de la mortalidad por todas las causas y los reingresos hospitalarios debido al empeoramiento de la insuficiencia cardiaca.

Resultados.-La variable principal se observó en el 41,7% de los pacientes del grupo intervención y en el 54,3% del grupo control. La razón de riesgos (HR) fue 0,70 (intervalo de confianza [IC] del 95%, 0,55-0,99). Incluyendo variables clínicas relevantes, la razón de riesgos disminuyó ligeramente (HR = 0,62; IC del 95%, 0,50-0,87). Al final del estudio, los pacientes del grupo intervención tenían una mejor calidad de vida que los pacientes del grupo control (18,57 frente a 31,11; $p < 0,001$). Conclusiones.- Una intervención basada en la atención domiciliaria en pacientes con insuficiencia cardiaca reduce el conjunto de mortalidad y reingresos hospitalarios y mejora la calidad de vida.

2.1.4.-BENEFICIO DE LA VISITA DOMICILIARIA PARA LOS ADULTOS MAYORES

Chile ha estado experimentando progresivamente el envejecimiento de la población, lo que se traduce en aumento de adultos mayores y con ello aumento de problemas como el deterioro funcional y enfermedades crónicas. Esto plantea la necesidad de incorporar estrategias promocionales y preventivas que contribuyan a la mantención y recuperación de la salud en esta etapa como la visita domiciliaria. El presente estudio bibliográfico tiene por objetivo conocer el impacto de la visita domiciliaria en distintas poblaciones de adultos mayores (sanos, frágiles y con enfermedades crónicas). A partir de la evidencia revisada se

puede concluir que en los adultos mayores sanos la visita domiciliaria, como estrategia preventiva, permite disminuir la mortalidad, mantener su capacidad funcional y de autocuidado. En los adultos mayores frágiles y con enfermedades crónicas contribuye a mejorar la capacidad para realizar actividades instrumentales y de la vida diaria, disminuir los accidentes por caídas, mantener la autonomía y mejorar la evolución del cuadro clínico. Además, deben considerarse los beneficios relacionados con la satisfacción usuaria y la disminución de costos en salud. Palabras clave: Atención domiciliaria, visita domiciliaria, adulto mayor, enfermedad crónica, capacidad funcional.

2.1.5.-UTILIDAD DE LA VISITA A DOMICILIO EN EL CONTROL Y VALORACIÓN DEL USO APROPIADO DE LA OXIGENOTERAPIA CONTINUA DOMICILIARIA

El objetivo de este estudio ha sido determinar la utilidad de la visita domiciliaria en el seguimiento y valoración del uso apropiado de la oxigenoterapia domiciliaria, considerando éste como la concurrencia de todas las circunstancias (indicación correcta, corrección de hipoxemia y cumplimiento de la prescripción) necesarias para esperar beneficios de la oxigenoterapia domiciliaria. Se incluyen todos los pacientes residentes en L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona) que, en junio de 2014, disponen de oxigenoterapia domiciliaria, a los que se realiza una visita domiciliaria durante la que se lleva a cabo una entrevista, espirometría, determinación de CO en aire espirado y pulsioximetría. En caso de que tras la visita domiciliaria la indicación de oxigenoterapia domiciliaria no se considere correcta, el paciente es remitido a la consulta hospitalaria para revalorar la indicación. Se han visitado en el domicilio 128 pacientes (un 74% de varones) con una edad media de 68 años, comprobando un uso adecuado de la oxigenoterapia domiciliaria sólo en el 26% de los pacientes. La indicación de oxigenoterapia domiciliaria se consideró estrictamente correcta en 73 casos (49%), en 13 se comprueba la persistencia del hábito tabáquico; de los 60 restantes, se observa una corrección de la hipoxemia con la oxigenoterapia en 46 y de éstos sólo 33 cumplen correctamente la

prescripción. Respecto al seguimiento de la oxigenoterapia domiciliaria, la visita domiciliaria combinada con el control hospitalario ha permitido suprimir la oxigenoterapia en 20 pacientes en los que la indicación era incorrecta así como introducir cambios en las fuentes de suministro de oxígeno en 16 pacientes portadores de bombona: 14 inician concentrador y dos oxígeno líquido. Las revisiones periódicas son imprescindibles para optimizar el tratamiento con oxigenoterapia domiciliaria. La visita domiciliaria es un buen instrumento para mejorar el seguimiento, ya que permite realizar una valoración del paciente en la situación real de uso del tratamiento y es un método de control muy bien aceptado por el paciente.

2.2. MARCO CONCEPTUAL

2.2.1.-DEFINICIÓN DE VISITA DOMICILIARIA

“Es el encuentro o acercamiento del equipo de salud al domicilio del usuario, familia y/o Comunidad; suele responder a una necesidad identificada por un miembro del Equipo de Salud, que tras la valoración del usuario, decide un plan de intervención a seguir en el domicilio y la periodicidad de los mismos, sobre aspectos de salud y detección de problemas que rodean a la familia: biológico, psicológico, social y ambiental, dando opción al descubrimiento de factores de riesgo y a la corrección de los mismos” ⁽⁴⁾.

Esta definición es muy clara y precisa, la visita domiciliaria es una estrategia muy valiosa e imprescindible dentro del sistema de salud ya que su cumplimiento es necesario en el control, tratamiento y rehabilitación de los pacientes a fin de llevarlos a un mejor estado de salud biopsico-social. Es la oportunidad del equipo de salud para intervenir a través de la educación, intervención de ciertos procedimientos de acuerdo a la necesidad de cada individuo ^(12,13) .

2.2.2-PROPÓSITOS DE LA VISITA DOMICILIARIA

La presencia de enfermedades van disminuyendo la calidad de vida y la sociedad tiene la obligación de poner soluciones inmediatas, las cuales se pueden sustentar en la práctica de visitas domiciliarias, las que cumplen propósitos importantes que son:

- Comodidad y seguridad del paciente,
- Facilidad para conocer la dinámica y estructura familiar, entre otras.

Una visita domiciliaria es la atención médica ambulatoria más antigua e interpersonal descrita, donde el equipo de salud se traslada al domicilio del paciente, interesado en conocer sus requerimientos propios, entorno familiar y comunitario, y debe ser coordinada con la familia o cuidador, y desarrollarse en su presencia ⁽³⁾.

2.2.3-ACTIVIDADES DEL EQUIPO DE SALUD

- Diagnosticar los riesgos para la salud.
- Planificar actividades terapéuticas, los cuidados y la rehabilitación.
- Transferir lo clínico a lo psicosocial.
- Estudiar los riesgos en el contexto familiar, analizando las repercusiones sobre la familia, evaluando de forma especial las repercusiones sobre la organización y función familiar.
- Evaluar los apoyos informales y la necesidad de utilizar los recursos formales de la comunidad.
- Realizar el diagnóstico, decidir la intervención y planificar el seguimiento del proceso clínico-familiar y de las visitas domiciliarias programadas.
- Realizar una evaluación dinámica, organizada y continua del estado de salud de las personas en una comunidad determinada, y supone su registro, diagnóstico, intervención y seguimiento con el propósito de influir

en la mejoría de su estado de salud, mediante la planificación y desarrollo de intervenciones que contribuyan a ello.^(13,14)

Evaluar con un examen integral de cada persona independiente de su estado de salud con un abordaje al individuo biológico, psicológica y socialmente, lo que posibilita clasificarlo en diferentes categorías: aparentemente sano, con factores de riesgo, con patologías crónicas, y con deficiencias/discapacidades.⁽¹⁵⁾

Intervenir con medidas al individuo para promover salud, evitar daños, tratando de modificar positivamente o eliminar cualquier condición que pueda favorecer la enfermedad. A su vez completa la aplicación de procedimientos y acciones educativas o terapéuticas en las cuales estar o no presente la prescripción de medicamentos.

Seguimiento: La evaluación de los sujetos pertenecientes al (grupo **I**), en consulta o terreno, incluye un interrogatorio y un examen físico minuciosos, incluso la indicación de exámenes complementarios (si así se considera), en busca de características de riesgo o daño. Al mismo tiempo este encuentro debe aprovecharse para orientar o reforzar hábitos y conductas que favorezcan un estilo de vida saludable.⁽¹⁴⁾

Las personas con riesgo de enfermar (**grupo II**) deben ser evaluadas según el tipo y la magnitud del riesgo presente, y la confluencia o no de múltiples factores que puedan constituir una amenaza para su salud. En modo alguno deben aplicarse esquemas de seguimiento preestablecidos que desconozcan esta condición.

En ese sentido se recomienda seguir una estrategia basada en el enfoque de riesgo y partiendo de la mejor evidencia científica disponible. Para ello, se debe contemplar la estratificación del grupo, en personas con riesgo alto o bajo de acuerdo con la evaluación integral realizada. Por ejemplo, no serán iguales la frecuencia de evaluación, ni las medidas de intervención las que deberán proyectarse ante un sujeto de 40 años, obeso, sedentario y fumador de más de 20 cigarrillos diarios, que ante una persona de 28 años, fumador ocasional y que realiza ejercicios físicos regularmente, aunque los 2 estén clasificados en el mismo grupo. (13)

Los sujetos clasificados en el **(grupo III)**, pueden estar sometidos a mayores variaciones en las estrategias y la frecuencia de evaluación y seguimiento, teniendo en cuenta la amplia variedad de posibilidades o situaciones que pueden presentarse a partir de criterios de magnitud y severidad, número de problemas confluentes en un mismo paciente, el tiempo de evolución del problema, etcétera.

En los pacientes del **grupo IV**, será necesario considerar también múltiples factores en el momento de establecer la frecuencia de evaluaciones. Obviamente, el seguimiento no será el mismo en una persona que padece una limitación motora por un trauma desde pequeño y que no ha visto afectado su desempeño profesional ni social, que en un sujeto con una discapacidad reciente e invalidante y que, independientemente de su edad, se percibe una afectación irreversible en su desempeño ante la familia y la sociedad.

En general se sugiere, que por lo complejo de este estado de discapacidad, secuela o invalidez en los individuos, la frecuencia de las consultas de evaluación y la propia intervención, se realice en estrecha coordinación con el especialista en rehabilitación.

2.2.4-FAMILIAS DE RIESGO SOCIO-SANITARIO.-

Son aquellas, en la que por el tipo de problema de salud, y de forma especial por la presencia problemas en la función y organización de la familia o por la existencia de problemas socioeconómicos, requiere una intervención sanitaria, socio-sanitaria o social de emergencia. El descubrimiento de una familia de riesgo socio-sanitario, obligará a una reunión urgente del equipo de salud, para evaluar el caso y decidir la intervención pertinente.⁽¹⁴⁾

2.2.5.-GRUPOS PRIORITARIOS PARA LA PROGRAMACIÓN DE VISITAS DOMICILIARIAS.

- Grupo Materno Infantil (adolescentes)
- Enfermedades de impacto como: las enfermedades transmisibles (TB, ETS, IRA, EDA, VIH/SIDA entre otras), las enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles (HTA, Asma bronquial, Diabetes Mellitus, artritis reumatoide, Cardiopatía isquémica entre otras) y las enfermedades de notificación inmediata y obligatoria.^(9,16)
- Adultos en riesgo
- Adulto Mayor
- Personas con discapacidad.
- Personas que tengan dificultad para ir a una unidad de salud.^(13,17)

Aparentemente sano: Personas que no manifiestan ninguna condición patológica o de riesgo individual y no se constatan, mediante el interrogatorio o la exploración alteraciones que modifiquen ese criterio.

Con Riesgo: Personas en las que se comprueba o refieren padecer de alguna condición anormal que representa un riesgo potencial para su salud a mediano o a largo plazo. En este caso se refiere a hábitos tóxicos como el tabaquismo, el sedentarismo, el consumo anormal de bebidas alcohólicas, el uso inadecuado de medicamentos o sustancias psicoactivas, los riesgos sociales de adquirir enfermedades de transmisión sexual por conducta inadecuada, el intento suicida, el riesgo pre-

concepcional, así como también los riesgos en el medio escolar o laboral, entre otros.⁽⁹⁾

Con Patologías: Todo individuo portador de una condición patológica, así como trastornos orgánicos o psicológicos que afecten su capacidad para desempeñarse normalmente en su vida. En este grupo se incluye cualquier entidad nosológica de evolución crónica, infecciosa o no. Entre las enfermedades de mayor importancia sobresalen las enfermedades no transmisibles de larga evolución como la HTA, DM, Cardiopatía isquémica, obesidad, epilepsia, y muchas otras.^(13,14)

Con deficiencia, discapacidad o secuela: alguna alteración temporal o definitiva de sus capacidades motoras, funcionales, sensoriales o psíquicas.

“La discapacidad es un fenómeno de incidencia cada vez mayor y de alta vulnerabilidad en la población general y se vislumbra como uno de los principales problemas del futuro al cual se le ha estado dando cada vez mayor atención. Se recomienda tener en cuenta los criterios actuales de la OMS para la clasificación internacional de discapacidades, que establece 3 categorías: ^(13,18)

2.2.6.-PRINCIPIOS DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS:

1 Profiláctico: Constituye un principio cardinal, porque favorece la planificación de acciones de promoción de salud, de prevención primaria, secundaria o terciaria.

2. Dinámico: Rasgo esencial que está determinado por la permanente susceptibilidad de cambio de enfoque de atención a los sujetos clasificados de acuerdo con la variabilidad en su estado de salud y la necesidad de ajustes en las medidas terapéuticas y de atención general.

3. Continuo: Por la necesidad de su aplicación de forma ininterrumpida desde que se evalúa y registra al individuo.

4. Individualizado: Porque se establece una estrategia de atención en cada individuo según sus características personales y el problema de salud, riesgo o daño que presente.

La frecuencia de evaluaciones puede variar de una persona a otra e incluso dentro de un mismo sujeto, en dependencia del tipo de problema que se presente y su evolución en el tiempo.

5. Integral: Es también un principio básico que implica el abordaje del individuo atendiendo a sus características biológicas, psicológicas y sociales, su interacción con la familia, otros individuos y su comunidad, así como en su medio laboral o escolar.

6. Universal: Por el alcance global que implica abarcar la totalidad de la población atendida por el Equipo de Atención Integral de Salud, desde los recién nacidos hasta los ancianos, sin descuidar su relación con el entorno.

7. Atención en equipo: Se refiere a la atención que brinda el Equipo de Atención Integral de Salud: Médico y Enfermera de Familia, TAPS, en estrecha relación con los especialistas del nivel secundario y terciario. (19)

2.2.7.-CRITERIOS DE PRIORIZACION PARA LAS VISITAS DOMICILIARIAS:

Los criterios de selección para la priorización de la visita domiciliaria, deben establecerse con base a los criterios de adscripción de la familia al MAIS FCI.

Criterio socioeconómico: se le confiere prioridad a los grupos familiares clasificados dentro de los estratos de mayor pobreza y pobreza extrema (quintiles 1 y 2).

Criterio epidemiológico: se clasifica a la familia con base a los riesgos de salud, considerando aspectos del ciclo de vida familiar, factores endémicos y epidémicos de las enfermedades infectocontagiosas, factores de discapacidad e invalidez, enfermedades ocupacionales, necesidades de atención del enfermo terminal y seguimiento en el hogar de pacientes que no requieren hospitalización. ⁽¹⁶⁾

Criterio demográfico: se considera a los distintos grupos poblacionales. Los menores de 5 años son los más vulnerables, y entre este grupo, los menores de 1 año, siendo aún más susceptibles a enfermar los menores de 1 mes. Los adultos mayores en situación de dependencia, sola o abandonada.

Criterio administrativo: está relacionado con los recursos disponibles (técnicos, humanos, materiales y financieros), que redundan en todo caso, con el aumento de la cobertura según la demanda real del servicio de salud, con base a las necesidades y riesgos del grupo familiar.

Criterios de selección de las familias:

En este sentido, el criterio epidemiológico es el que prevalece por encima de los restantes para la selección de la familia para la visita domiciliaria. Se considera la magnitud del daño en cuanto a la morbilidad, mortalidad y discapacidad o invalidez; el riesgo de exposición del individuo; la vulnerabilidad y el grado de dependencia o capacidad para enfrentar o resolver las necesidades de salud.

Criterio socioeconómico: se considera igualmente, los estratos socioeconómicos.

Criterio demográfico: está relacionado con la estabilidad del domicilio de las familias, es decir, aquellas que hayan permanecido entre tres y cinco años en un mismo sector. Acá se consideran la distribución de la familia en un área determinada, la accesibilidad geográfica, el desplazamiento y la distancia que media entre la vivienda y el servicio de salud, además de la estructura etérea y la razón de masculinidad entre otros. ⁽¹⁹⁾

Criterio administrativo: tomo en cuenta la disponibilidad de recursos con que cuentan las visitas domiciliarias: personal, transporte.

Criterios de selección de las familias:

1. Familias con adultos mayores de 80 años.
2. Personas que viven solas o sin familias.
3. Personas que no pueden desplazarse al centro de salud.
4. Familias con enfermos graves o con discapacidad.
5. Personas con alta hospitalaria reciente.
6. Personas con medicación vital.
7. Personas con riesgo biológico que no acuden a consulta subsecuentemente. ⁽¹⁵⁾

1. La proporción de la atención a la población que no pueda desplazarse al centro de salud.
2. La proporción de la información, educación y apoyo al enfermo y su familia.
3. Facilitar la prevención primaria, secundaria y terciaria.. Evitar ingresos innecesarios.
4. Unificar la calidad de atención de todos los profesionales implicados: protocolos de actuación, sesiones clínicas control del dolor, prevención de úlceras, etc.
5. Promover la coordinación entre la oferta de servicios sanitarios y sociales.

Así mismo, para garantizar el desarrollo de la visita domiciliaria, se requiere de:

1. La participación de todos los miembros del equipo de salud.
2. La valoración integral del individuo y su familia.
3. La coordinación con los demás recursos sanitarios y sociales.
4. La participación comunitaria, desde la propia familia hasta las diversas asociaciones que existan.

Las actividades que se lleven a cabo van a depender del grado de dependencia del enfermo, de la patología que presente, de las características de la familia que le cuida y de los recursos con que ésta cuenta.

2.2.8.-Etapas de la visita domiciliaria:

1. Preparación de la visita: antes de acudir al domicilio, se debe concertar el día y la hora en que se va a realizar la visita con la familia, para hacer un mejor uso del tiempo, tanto de los profesionales como de la familia, y evitar situaciones inoportunas. De ser necesario, debe consultarse la historia clínica familiar. Por otra parte, es fundamental el equipo de trabajo (maletín de visita domiciliaria), con todos los implementos de trabajo. ⁽¹⁹⁾

2. Presentación en el domicilio: la presentación a la familia es fundamental, así como decir de qué institución proviene, sobre todo cuando la visita es por primera vez. En este sentido, la percepción inicial que tenga la familia de dicho profesional puede condicionar las opiniones y las relaciones que se establezcan en el futuro.

3. Valoración: es muy difícil realizar una valoración completa a los miembros y al grupo familiar en la primera visita, pero ésta se podrá complementar en las visitas sucesivas, y dan la oportunidad, además, de afianzar las relaciones con la familia. Se debe tener presente que la atención domiciliaria comienza un día determinado, pero puede continuar a lo largo de mucho tiempo. ⁽¹⁵⁾

4. Planificación de los cuidados: en esta etapa se deben tener en cuenta tres aspectos fundamentales: Establecer los objetivos que hay que alcanzar a corto, mediano y largo plazo, los cuales han de ser realistas, pertinentes, mensurables y observables. (19)

2.2.9.-Pasos para realizar la visita domiciliaria

1. Salir a realizar la Visita Domiciliaria, previo llenado de hoja de desplazamiento.
2. Llevar la programación de Visitas Domiciliarias junto con las Fichas.
3. El rendimiento promedio de visita será de 30 a 40 minutos.
4. El mínimo de visitas será de 5 diarias en el nivel urbano y 3 en el nivel rural dependiendo de la dispersión poblacional que obligaría a realizar solo 1 visita domiciliaria.
5. Una visita domiciliaria será considerada efectiva cuando el equipo integral de salud realiza un mínimo de tres actividades por familia. (Actividades para evitar, controlar o eliminar riesgo biológico, sanitario y socioeconómico).
6. Queda a criterio del equipo de salud, realizar el número de visitas, de acuerdo a la prioridad, actividades a desarrollar durante la visita, ubicación geográfica.
7. El equipo de salud realizará un informe semanal y mensual de visitas realizadas.
8. El reporte de las actividades realizadas debe hacerse preferiblemente en el hogar, realizando anotaciones en la Ficha de Control individual al paciente que lo amerite, de las acciones realizadas, los compromisos efectuados y las referencias correspondientes.
9. Diariamente informará a los demás miembros del equipo de las situaciones especiales encontradas.
10. El equipo de salud mantendrá una coordinación con grupo, comités organizados, instituciones, etc, de la comunidad. (13,16)

2.2.10.-Requisitos para una buena visita domiciliaria:

La visita domiciliaria es una actividad compleja, ya que debe abordar diversos aspectos como la observación de las necesidades individuales dentro del marco de la familia, el establecimiento de relaciones de cooperación e igualdad entre el equipo de salud y el grupo familiar, y el fortalecimiento del papel de la familia en el cuidado de su propia salud. Para ello, es necesaria la planificación de la visita teniendo en cuenta: ⁽⁴⁾

- Apoyo logístico del nivel distrital y zonal
- El trabajo interdisciplinario.
- La coordinación entre niveles asistenciales.
- La movilización de recursos disponibles.
- La relación de ayuda y la educación para la salud.

2.3.-MARCO LEGAL

GRUPO DE ATENCION PRIORITARIA

La Constitución Ecuatoriana en el artículo 35 establece que las personas y grupos de atención prioritaria: adultos mayores, mujeres embarazadas; niños, niñas y adolescentes; personas con discapacidad; personas privadas de la libertad, personas que adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad; así como las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos, quienes recibirán atención prioritaria y especializada de los servicios públicos y privados.⁽²⁰⁾

Personas y familias en las que alguno de sus miembros tiene problemas de salud en fase terminal y requieren cuidados paliativos, el equipo de salud tiene la responsabilidad de brindar atención permanente, continua, de acuerdo a los protocolos de cuidados paliativos tanto a la persona como a la familia.⁽²⁰⁾

El mínimo de visitas será de 5 diarias en el nivel urbano y 3 en el nivel rural dependiendo de la dispersión poblacional que obligaría a realizar solo 1 visita domiciliaria.

Grupos con riesgos específicos de acuerdo a condiciones sociales, ambientales, laborales Estos grupos pueden variar de acuerdo al contexto histórico, social y en espacios socio-territoriales concretos, por lo que los equipos de salud tienen la responsabilidad de identificar las condiciones y riesgos, intervenir para el cuidado y atención de su salud, por ejemplo familias en riesgo biológico, psicológico y social identificadas por los equipos de salud en las visitas domiciliarias, trabajadores con riesgos laborales, comunidades que están sujetas a riesgos ambientales.^(15,20)

CAPÍTULO III

3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN O MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Nivel Descriptivo

Método: cuantitativo

Tiempo: Prospectivo de Mayo a agosto del 2018.

Diseño: Transversal

3.1.1 Población en estudio

La población en estudio está conformada por 10 miembros del equipo de salud que laboran en el Centro de salud N° 14 consta de: médicos, Profesionales de enfermería, obstetras, auxiliares de enfermería.

3.1.2 Instrumento de recolección de información

El instrumento de recolección de información que se utilizó un cuestionario con 5 preguntas

3.1.3 Procedimiento para la recolección información

Para la recolección de la información se aplicó la encuesta a 10 miembros del equipo de salud asignados para las visitas domiciliarias.

3.1.4 Plan de tabulación de datos

Para obtener la presentación y análisis de los resultados que nos permitan cumplir con los objetivos del trabajo de investigación se procedió a tabular e ingresar los resultados en la hoja de cálculo del Programa Microsoft Excel. Fue necesario medir la frecuencia absoluta (f_i) para determinar el número de visitas que se hacían con mayor frecuencia .La f_r frecuencia relativa se la determinó para sacar el porcentaje de cumplimiento y la F_a para verificar el número de personas encuestadas y su relación con la F_i

3.2. VARIABLES GENERALES Y OPERACIONALIZACIÓN

Frecuencia del cumplimiento de las visitas domiciliarias

Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Frecuencia del Cumplimiento de las visitas domiciliarias: es el número de veces con el que el equipo de salud realiza las visitas diariamente	Recurso humano responsables de realizar las visitas domiciliarias	Cargo que desempeña el equipo de salud	a) Médico b) Prof/Enf c) Obstetra d) Otros
	Equipo sanitario	Médico	a) 1-2 visitas b) 3-4 visitas c) 5 visitas d) > 5 visitas
	Equipo sanitario	Obstetra	a) 1-2 visitas b) 3-4 visitas c) 5 visitas d) > 5 visitas
	Equipo sanitario	Profesional de Enfermería	a) 1-2 b) 3-4 visitas c) 5 visitas d) > 5 visitas
	Equipo sanitario	Auxiliar de Enfermería	a) 1-2 visitas b) 3-4 visitas c) 5 visitas d) > 5 visitas
	Grupos programático de acuerdo al MAIS	Grupo Materno Infantil (adolescentes) Enfermedades de impacto como: las enfermedades transmisibles (TB, ETS, IRA, EDA, VIH/SIDA entre otras),	# de personas por grupos programáticos

		<p>Enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles (HTA, Asma bronquial, Diabetes Mellitus, artritis reumatoide, Cardiopatía isquémica entre otras)</p> <p>Adultos en riesgo Adulto Mayor</p> <p>Personas con capacidades especiales</p> <p>Personas que tengan dificultad para ir a una unidad de salud</p>	
	Recursos Para el cumplimiento	Materiales	Disponible
		Equipo de signos vitales Guantes Alcohol gel Equipo de diagnóstico Balanza Ficha médica	No disponible
		Transporte	Disponible
		Procedimientos más frecuentes utilizados en las visitas domiciliarias	No disponible
		<p>Movilidad</p> <p>Transporte</p> <p>Control de signos vitales</p> <p>Curaciones</p> <p>Cambio de dispositivos</p> <p>Educación</p>	

3.3- PRESENTACIÓN DE ANÁLISIS Y RESULTADOS

Tabla # 1

Frecuencia del cumplimiento de las Visitas Domiciliarias mensual por parte del equipo de salud

cumplimiento de visitas diarias	Frecuencia absoluta Fi	Frecuencia Relativa			Frecuencia acumulada fa
		Fr	decimal	%	
una visita diaria	5	5/10	0,5	50%	5
dos visitas domiciliarias	4	4/10	0,4	40%	9
tres visitas domiciliarias	1	1/10	0,1	10%	10

Fuente: Encuestas realizadas al personal que labora en el centro de salud # 14 de la ciudad de Guayaquil.

Elaborado por: Maritza Oramas PARRALES

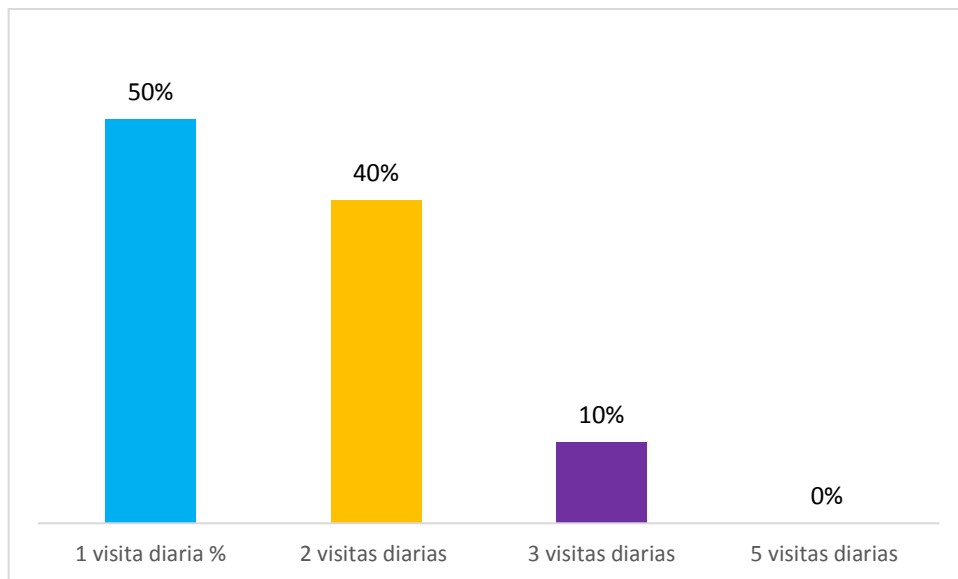
Análisis: En la presente tabla se midió la frecuencia de las visitas domiciliarias por parte de los 10 miembros del equipo de salud. La Fi (frecuencia absoluta) se determinó por el menor número de veces en que los miembros del equipo de salud realizaron las visitas en este caso podemos observar que el cumplimiento de cinco personas del equipo de salud fue de una visita diaria, 4 personas del equipo realizan dos visitas diarias y una persona tres visitas diarias.

La Fr está dada por el número de veces que el personal realizó las visitas con la misma frecuencia que algunas personas del equipo, el porcentaje se determinó dividiendo el número de veces para el total de personas que realizaron las visitas en este caso 10.

La Fa.-Estuvo dada sumando la frecuencia relativa y dando como resultado que él fue en número de personas encuestadas.

Gráfico # 1:

Frecuencia del cumplimiento de las visitas domiciliarias por parte del equipo de salud de acuerdo a las normas del MAIS



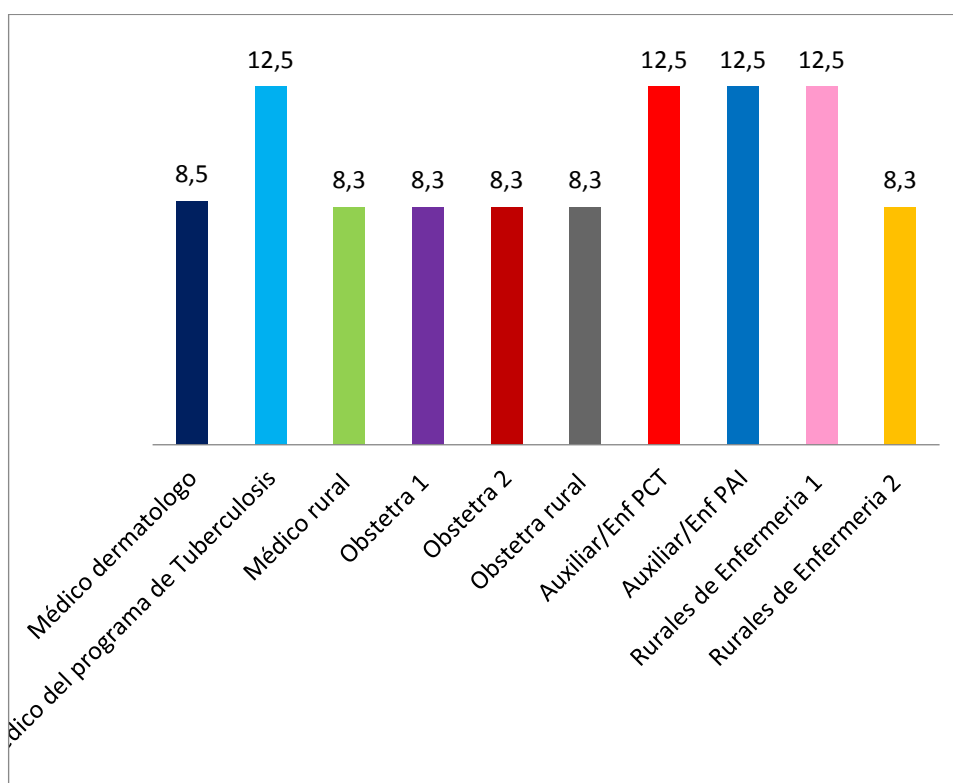
Fuente: Encuestas realizadas al personal que labora en el centro de salud # 14 de la ciudad de Guayaquil

Elaborado por: Maritza Oramas PARRALES

Análisis: El gráfico refleja un cumplimiento por parte del equipo de salud en un 50% realiza 1 visita diaria seguido del 40% que realizan 2 visitas diarias, y un tercer lugar el 10% que equivale a que solo una persona realiza tres visitas al día, demostrando de esta manera que el incumplimiento a la norma establecida en un 0% es decir el personal no llega a la meta propuesta de acuerdo al MAIS en la pág. 76 ***“manifiesta que en la zona urbana como es el caso cada miembro del equipo de salud debe cumplir de 5 visitas dentro de su jornada de trabajo”***

Gráfico # 2

Cumplimiento de las visitas domiciliarias por parte de los miembros del equipo de salud



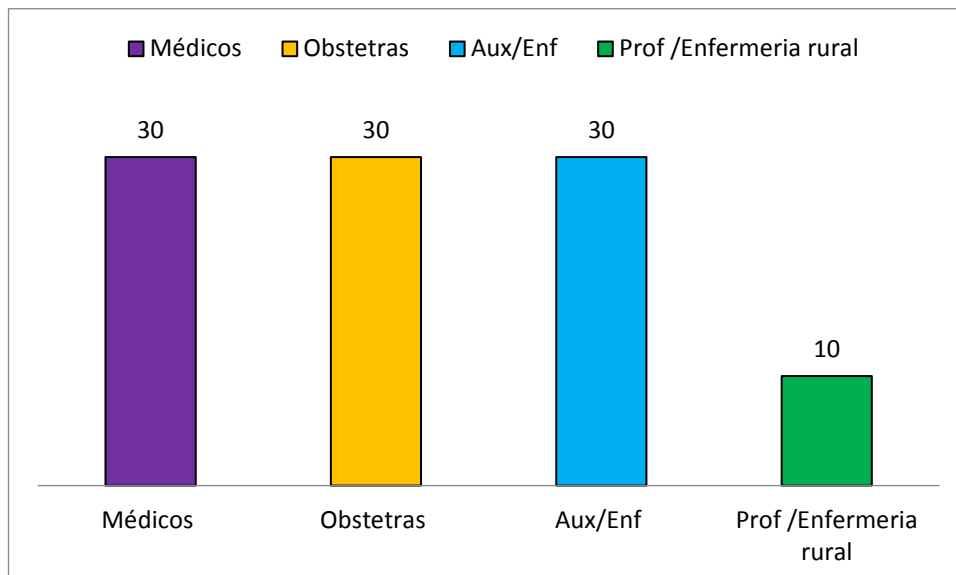
Fuente: Encuestas realizadas al personal que labora en el centro de salud # 14 de la ciudad de Guayaquil

Elaborado por: Maritza Oramas Parrales

Análisis: El gráfico refleja un cumplimiento por parte del equipo de salud en un 60% 3 visitas diarias y el 40% 2 visitas diarias, demostrando de esta manera que el incumplimiento a la norma establecida en un 0% es decir el personal no llega a la meta propuesta de acuerdo al MAIS en la pág. 76 ***“manifiesta que en la zona urbana como es el caso cada miembro del equipo de salud debe cumplir de 5 visitas dentro de su jornada de trabajo”***

Gráfico # 3

Cargo del Equipo de salud que realiza las Visitas Domiciliarias



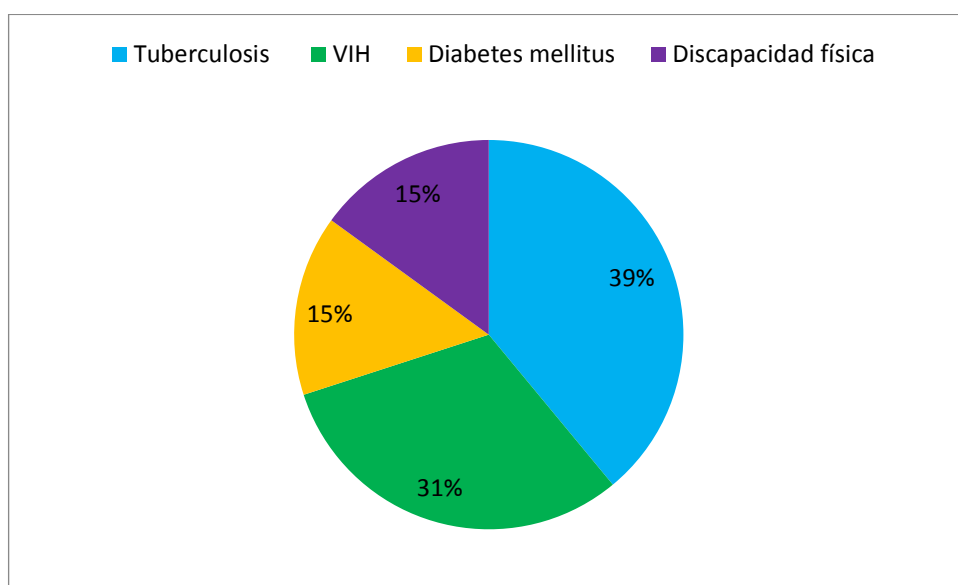
Fuente: Encuestas realizadas al personal que labora en el centro de salud # 14 de la ciudad de Guayaquil

Elaborado por: Maritza Oramas Parrales

Análisis: Dentro del equipo de salud, existe un grupo asignado para realizar las visitas domiciliarias dentro de los cuales el 30% de médicos, Obstetras y auxiliares de Enfermería, seguidos actualmente por un 10% enfermera rural. Actualmente en el centro no existe la presencia de un profesional de Enfermería.

Gráfico # 4

Grupos programáticos existentes para las visitas domiciliarias



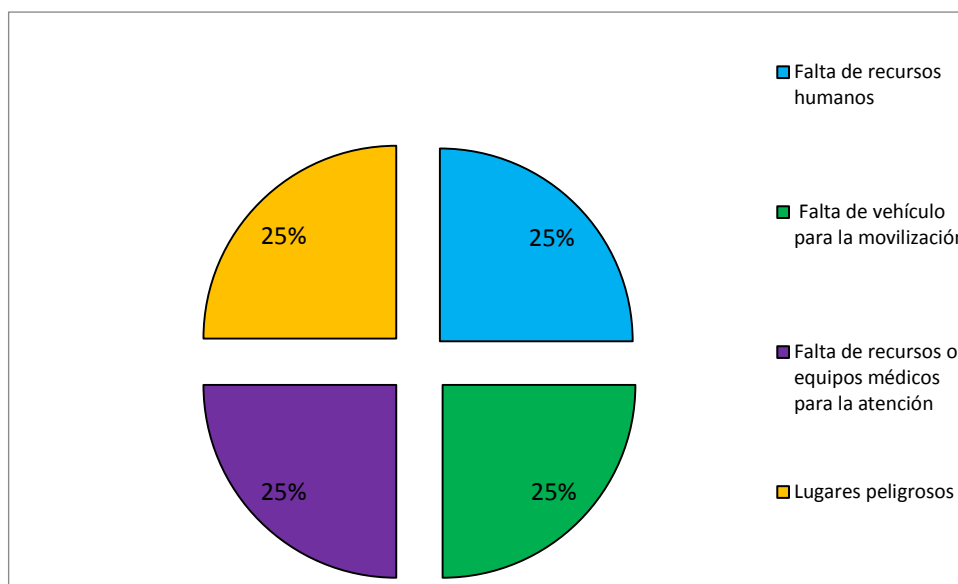
Fuente: Encuestas realizadas al personal que labora en el centro de salud # 14 de la ciudad de Guayaquil

Elaborado por: Maritza Oramas Parrales

Análisis: En el área de influencia del centro de salud N° 14 existen pacientes dentro de los grupos programáticos que necesitan las visitas domiciliarias para la realización de los diferentes procedimientos en beneficios de mejorar el estado de salud actual o prevenir complicaciones, tenemos 39% pacientes con tuberculosis, un 31% con VIH, un 15% con diabetes mellitus y discapacidad.

Gráfico # 5

Dificultades encontradas en el cumplimiento de las Visitas domiciliarias



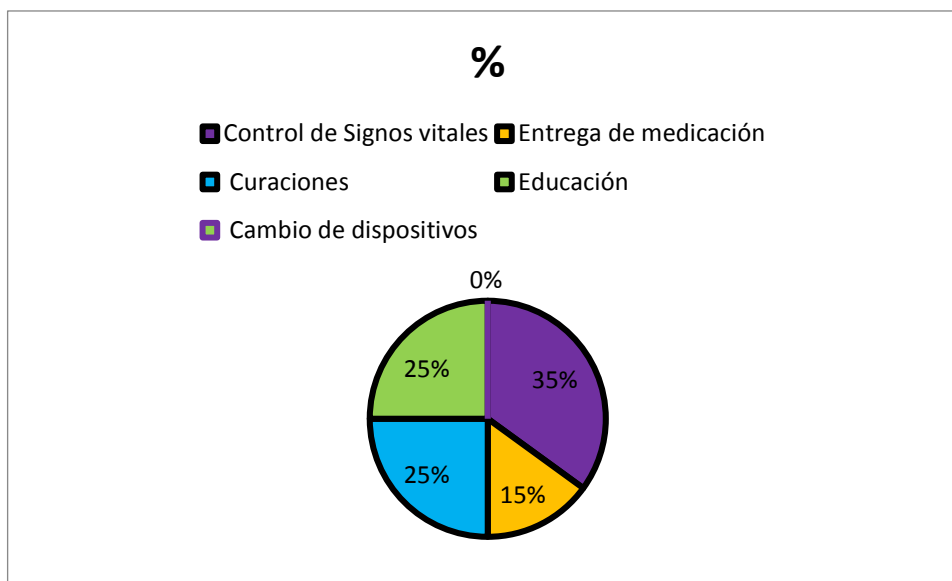
Fuente: Encuestas realizadas al personal que labora en el centro de salud # 14 de la ciudad de Guayaquil

Elaborado por: Maritza Oramas Parrales

Análisis: Si bien es cierto las visitas domiciliarias son una estrategia en salud, pero se ven limitadas por diversas dificultades como la carencia de recursos humanos, movilización y falta de equipos para la atención en un 25%, y la difícil accesibilidad o temor de los miembros del equipo al tener que ir solos a determinados lugares considerados peligrosos para su ingreso a los domicilios en un 25%

Gráfico # 6

Procedimientos más utilizados en las Visitas domiciliarias por el equipo de salud



Fuente: Encuestas realizadas al personal que labora en el centro de salud # 14 de la ciudad de Guayaquil

Elaborado por: Maritza Oramas Parrales

Análisis: Las intervenciones más frecuentes en base a las diferentes necesidades presentadas por la población en base a los procedimientos tenemos el control de los parámetros vitales y curaciones en un 35%, seguido de la educación en el 30% el cambio de dispositivo no obtuvo puntaje y quedó con el 0%

DISCUSIÓN

De acuerdo a la literatura revisada, la VD a nivel internacional ha resultado ser exitosa en grupos y poblaciones específicas, dado el apoyo y contención emocional que entregan las visitadoras a las mujeres en situación de vulnerabilidad. En términos generales, los programas más efectivos para la intervención temprana: a. Comienzan en el embarazo; b. Su duración es extensa, generalmente más de un año; c. Cuentan con personal especialmente entrenado, y; d. Se focalizan en construir una relación de confianza y en modelar la interacción madre-niño.

En un estudio realizado en la ciudad de Esmeraldas los resultados estuvieron dirigidos a la Efectividad de las visitas domiciliarias, la población de estudio fue el área de influencia del centro de atención a diferencia en nuestro estudio es el equipo de salud, cuyo cumplimiento estuvo dirigido a la base de visitas domiciliarias que deben de tener cada miembro responsable de las V.D

“El 60% de la población investigada refería haber sido visitada y que es para ellos necesaria esta técnica de atención ya que es favorable realizar este servicio, además de sentirse complacidos por el trato y la atención recibida por parte del equipo de salud, favoreciendo al mejoramiento del paciente”

La verdad no se logró determinar la efectividad solo la frecuencia ya que para efectividad se necesitan otros indicadores o criterios que nos den la respuesta de la “efectividad”

En un estudio realizado en Cuba año 2017 “se demuestra la efectividad de la visita domiciliaria, los participantes manifestaron la importancia de la tanto para pacientes como para profesionales. Afirmaron que, el seguimiento del control de salud del paciente fue más cercano y adecuado a la realidad dado que se produce un conjunto de emociones positivas y negativas entre médicos, pacientes y sus familias; y que esta debe ser realizada por un equipo multidisciplinario donde cada profesional tiene un rol. También se resaltó la necesidad de fortalecer esta actividad.

En un estudio realizado en Colombia de visitas realizadas a los adultos mayores donde se dio como resultados “89% tenían un estado socio-económico bajo. En casi 85% de las mujeres y 94% de los hombres se vio una incapacidad física moderada-severa. Más o menos en 44% de las mujeres y en 48% de los hombres se observó alguna incapacidad Psíquica moderada-severa. Había una disfunción familiar moderada en 39% y severa en 28% de ellos. Una cifra alta de los hogares, 96%, tenían por lo menos un problema ambiental; los más frecuentes fueron accesibilidad, 60%; espacio inadecuado, 52%; peligros arquitectónicos, 47%; e inseguridad, 39%. En estos pensionados se encontró una prevalencia.

En todo caso las visitas domiciliarias nos permiten observar y modificar ciertos cambios cuando el equipo de salud está empoderado y desea cumplir con los procesos que van a cambiar el estilo de vida de la población.

En relación con los estudios anteriores nuestro objetivo estaba en determinar la frecuencia de las visitas domiciliarias por parte de cada uno de los miembros del equipo de salud. Basándome en que cada miembro del equipo de salud debe de tener 5 visitas diarias a diferentes grupos programáticos detectados en el diagnóstico situacional, los miembros del

equipo de salud han cumplido menos de lo señalado por el MAIS en el año 2017.

CONCLUSIONES

Luego de realizar el estudio puedo decir que se han cumplido los objetivos propuestos y preguntas de investigación realizadas al inicio:

El equipo de salud no cumple con las visitas domiciliarias sugeridas por el MSP a través del MAIS 2017. *“Donde se establece que cada miembro del equipo de salud asignado para la actividad debe de realizar 5 visitas por día”*

Dentro del equipo de salud que realizan las visitas domiciliarias existe tres médicos, 3 Obstetras y 3 auxiliares de Enfermería. Actualmente el Centro de Salud no cuenta con licenciada en Enfermería y una interna está cumpliendo esa función.

Con respecto a datos reales de los grupos programáticos que menciona el MAIS desde el 2013 el centro de salud no cuenta con toda la información disponible, pero tiene información de los grupos más críticos como son los pacientes con tuberculosis, con VIH, con diabetes mellitus y discapacidad que se dio a conocer en los gráficos.

Si bien es cierto las visitas domiciliarias son una estrategia en salud, pero se ven limitadas por diversas dificultades como la carencia de recursos humanos, movilización y falta de equipos e insumos para la atención, la difícil accesibilidad o temor de los miembros del equipo al tener que ir solos a determinados lugares considerados peligrosos para su ingreso a los domicilios

Las intervenciones más frecuentes en base a las diferentes necesidades presentadas por la población en base a los procedimientos tenemos el control de los parámetros vitales , curaciones, la educación, el cambio de dispositivo es una actividad que no realiza el equipo de salud de acuerdo a los datos obtenidos en la encuesta aplicada

RECOMENDACIONES

Actualización del diagnóstico situacional y la ubicación de los grupos vulnerables para la localización y programación efectiva. La priorización del personal de acuerdo a las necesidades de la población y la programación de las visitas.

Monitoreo de los directivos del MSP para el cumplimiento de esta estrategia tan importante que se ve limitada por las diversas dificultades, como la carencia de recursos humanos, movilización y falta de equipos e insumos para la atención, la difícil accesibilidad o temor de los miembros del equipo a determinados lugares considerados peligrosos para su ingreso a los domicilios.

Ante los escasos recursos económicos demostrados por la falta de insumos y demás recursos necesarios para el cumplimiento de las visitas. Es necesario que el MSP a través de la coordinación zonal y distritos se prioricen la visitas a personas de escasos recursos y dificultad de accesibilidad a los centros de atención.

Con respecto a las intervenciones las más frecuentes en base a las diferentes necesidades de la población los procedimientos que más se realizan son: control de los parámetros vitales, curaciones, la educación, Con respecto al cambio de dispositivo considero una actividad muy importante y necesaria pero que necesita mucho de la destreza y conocimiento del profesional que lo va a realizar como por ejemplo: cambios de sonda vesical ya que la mayoría de los pacientes que tienen sonda sufren de otras complicaciones y se les dificulta a los familiares trasladarlos a las unidades de atención este es un procedimiento que necesita de un área limpia y realizarlo con todas las medidas de

bioseguridad y como los equipos no tienen todo lo necesario, no se lo realiza.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS | Discapacidades [Internet]. WHO. [citado 20 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>
2. ORA A, Barberán LEC. PROPUESTA DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO A CASOS DE TRABAJADORES CON ALGUNA DISCAPACIDAD POR ACCIDENTE DE TRABAJO. :44.
3. Cuba S, Ángel M. PERCEPCIÓN DE LA VISITA MÉDICA DOMICILIARIA A ADULTOS MAYORES. Revista Médica La Paz. 2017;23(2):20-3.
4. OMS | Visitas domiciliarias por parte de personal sanitario comunitario para prevenir la mortalidad neonatal en los países en desarrollo: revisión sistemática [Internet]. WHO. [citado 20 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/9/09-069369-ab/es/>
5. home – Instituto Nacional de Estadística y Censos [Internet]. [citado 20 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/home/>
6. Telégrafo E. Las enfermedades que matan a los ecuatorianos [Internet]. El Telégrafo. 2016 [citado 20 de agosto de 2018]. Disponible en: <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/702/1/las-enfermedades-que-matan-a-los-ecuatorianos>
7. Ecuador M. La diabetes es la segunda causa de muerte en Ecuador [Internet]. Metro Ecuador. [citado 20 de agosto de 2018]. Disponible en: <https://www.metroecuador.com.ec/ec/estilo-vida/2017/11/14/la-diabetes-la-segunda-causa-muerte-ecuador.html>
8. Guayas registra 99 mil personas con discapacidad [Internet]. El Universo. 2016 [citado 20 de agosto de 2018]. Disponible en: <https://www.eluniverso.com/noticias/2016/12/03/nota/5934424/guayas-registra-99-mil-personas-discapacidad>
9. Luis NE, Maria Cristina Herdoiza, Fausto Vargas, Gonzalo Rojas, Santiago Jaramillo, Vanessa Cali, et al. Manual de Derechos Humanos, Normativa Jurídica y VIH. [Internet]. SEGUNDA. Quito;Ecuador; 2015. 91-97 p. Disponible en: <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/CEPVVS-003-Manual%20VIH.pdf>
10. Aracena M, Leiva L, Undurraga C, Krause M, Pérez C, Cuadra V, et al. Evaluación de la efectividad de programas de visitas domiciliarias para madres adolescentes y sus hijos/as. Revista médica de Chile. enero de 2011;139(1):60-5.
11. Estadísticas de Discapacidad – Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades [Internet]. [citado 20 de agosto de 2018]. Disponible en: <https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/estadisticas-de-discapacidad/>

12. MSP presentó la acción intersectorial para la atención integral a personas con uso y consumo problemático de alcohol y otras drogas en Guayaquil “Todos Juntos por nuestros jóvenes” – Ministerio de Salud Pública [Internet]. [citado 20 de agosto de 2018]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/msp-presento-la-accion-intersectorial-para-la-atencion-integral-a-personas-con-uso-y-consumo-problematico-de-alcohol-y-otras-drogas-en-guayaquil-todos-juntos-por-nuestros-jovenes/>
13. Ministeria de Salud Publica. Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf [Internet]. Quito;Ecuador: Ministeria de Salud Publica; 2012 [citado 20 de agosto de 2018]. 70-80 p. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
14. Telégrafo E. Las atenciones médicas aumentaron el 7.7% en 2016 [Internet]. El Telégrafo. 2017 [citado 20 de agosto de 2018]. Disponible en: <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/sociedad/6/las-atenciones-medicas-aumentaron-el-7-7-en-2016>
15. Gil RP, Marcos AP. Eficacia de un programa de atención domiciliaria enfermera estructurada en el cuidador del paciente con Alzheimer: Proyecto de Investigación. :45.
16. Anzules P, Lilibeth A, Meza S, Lissette I. Autocuidado en pacientes con Tuberculosis Pulmonar que reciben tratamiento antifímico en un centro de salud del norte de la ciudad de Guayaquil. :72.
17. MSP. MÉDICO DEL BARRIO3. :46.
18. Guerrero-R N, Yépez-Ch MC. Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. Universidad y Salud. :11.
19. BRITO PGM, PAZMIÑO J. PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN. :181.
20. Ecuador D. BIOÉTICA y DERECHO [Internet]. [citado 20 de agosto de 2018]. Disponible en: <https://www.derechoecuador.com/bioetica-y-derecho>

ANEXOS



**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

ENCUESTA AL EQUIPO SANITARIO DEL CENTRO DE SALUD N.14

Objetivo: Determinar la frecuencia del cumplimiento de las visitas domiciliarias de acuerdo a lo estipulado por el MAIS

Instrucciones:

Encierra en círculo el ítem que considere lo correcto con respecto a las diferentes preguntas realizadas.

1.-Cuántas visitas realiza diariamente:

- a) 1-2 visitas
- b) 3-4 visitas
- c) 5 visitas
- d) Más de 5 visitas

2.-Con respecto al equipo de salud Ud. es:

- a) Médico
- b) Obstetra
- c) Profesional de Enfermería
- d) Auxiliar de enfermería
- e) Otros

4.-Si contestó si a la pregunta anterior, Conteste lo siguiente las visitas son dirigidas a qué grupos:

- a) Grupo Materno Infantil
- b) Embarazadas
- c) Recién nacido
- d) Menores de 5 años
- e) Adolescentes

Enfermedades de impacto como: las enfermedades transmisibles

- a) TB
- b) ETS
- c) IRA
- d) EDA
- e) VIH/SIDA

Enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles:

- a) HTA:
- b) Asma bronquial,
- c) Diabetes Mellitus,
- d) Artritis reumatoide:
- e) Cardiopatía isquémica:
- f) Adultos en riesgo
- g) Adulto Mayor
- h) Personas con capacidades especiales
- i) Personas que tengan dificultad para ir a una unidad de salud

4.- Cuáles son las dificultades más frecuentes para realizar las visitas domiciliarias?

- a) Falta de recursos humanos
- b) Falta de vehículo para la movilización
- c) Falta de recursos o equipos médicos para la atención
- d) Lugares peligrosos

5.- Cuáles son los procedimientos más utilizados en la visita domiciliaria?

- a) Control de Signos vitales
- b) Curaciones
- c) Educación
- d) Cambio de dispositivos

FIRMA DEL ENCUESTADO



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Oramas Parrales, Maritza de la Cruz**, con C.I: **0914719059** autora del trabajo de titulación: **Frecuencia de visitas domiciliarias por parte del equipo de salud del centro de salud #14. Mayo a agosto del 2018** previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 31 de Agosto del 2018

f. _____

Oramas Parrales, Maritza de la Cruz

C.I: 0914719059



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TRABAJO DE TITULACIÓN			
TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Frecuencia de visitas domiciliarias por parte del equipo de salud del centro de salud #14.		
AUTORA	Oramas Parrales Maritza de la Cruz		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Lcda. Olga Muñoz Roca		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Médicas		
CARRERA:	Carrera de Enfermería		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada en Enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	31 de Agosto del 2018	No. DE PÁGINAS:	51
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud Pública		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Frecuencia, cumplimiento, visitas domiciliarias, equipo sanitario		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>La atención domiciliar es aquella programada para cuidados a personas de grupos vulnerables. Objetivo: Determinar la frecuencia del cumplimiento de las visitas domiciliarias por parte del equipo de salud. Metodología: Estudio descriptivo, método cuantitativo, Prospectivo. Diseño: Transversal, Universo: conformado por 10 miembros del equipo de salud: médicos, Profesionales de enfermería, obstetras, auxiliares de enfermería. Instrumento de recolección de información que se utilizó un cuestionario con 5 preguntas. Técnica: observación indirecta. Plan de tabulación y análisis de los resultados en la hoja de cálculo Excel. Fue necesario medir la frecuencia en sus diferentes parámetros. Resultados.- En un 50% del personal realiza 1 visita diaria, el 40% que realizan 2 visitas diarias, y un tercer lugar el 10% que equivale a que solo una persona realiza tres visitas al día. Quienes realizan las visitas el 25% lo realiza los médicos, Obstetras y auxiliares de Enfermería, 10% rurales de Enfermería: Prioridad el 39% pacientes con tuberculosis, el 31% con VIH, 15% con diabetes mellitus y discapacidad. Limitaciones para la frecuencia del cumplimiento: es la carencia de recursos humanos, movilización y falta de equipos e insumos en un 25%, la difícil accesibilidad o temor de los miembros del equipo 25%. Con respecto a las intervenciones más frecuentes que se realizan son el control de los parámetros vitales, curaciones en un 35%, y educación en un 30%. Conclusiones: El personal cumple entre 1 a 3 visitas diarias, por tal razón es difícil alcanzar los resultados esperados de mejores estilos de vida de la población.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0998264981	E-mail: maritzaoramas@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Lic. Martha Lorena Holguín Jiménez		
	Teléfono: 0993142597		
	E-mail: mholguinjime@gmail.com		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			