

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

**TRABAJO DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TRABAJO DE TITULACIÓN

**CONOCIMIENTOS DE ENFERMERÍA SOBRE VISITAS DOMICILIARIA A
ADULTOS DIABÉTICOS. CENTRO DE SALUD ESPOCH-LIZARZABURU. ABRIL-**

AGOSTO 2018

Autor:

Diana Carolina Duchi Yaguachi

Tutor:

PhD. José Ivo O. Contreras Briceño

Riobamba – Ecuador

Año 2018

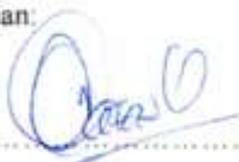
ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL

Los miembros del tribunal de Graduación del proyecto de investigación titulado: **Conocimientos de enfermería sobre visitas domiciliaria a adultos diabéticos. Centro de salud ESPOCH-Lizarzaburu. Abril-Agosto 2018**, presentado por la Srta: **Diana Carolina Duchi Yaguachi** y dirigida por el PhD. **José Ivo Contreras Briceño**, una vez escuchada la defensa oral y revisado el informe final del proyecto de investigación con fines de graduación, en el cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remite la presente, para uso y custodia en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Chimborazo.

Para constancia de lo expuesto firman:

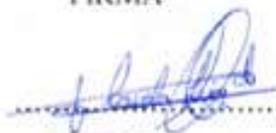
PhD. Carlos Gafas González

Presidente del tribunal


.....
FIRMA

MsC. Carola León Insuasty

Miembro del tribunal


.....
FIRMA

MsC. Angélica Herrera Molina

Miembro del Tribunal


.....
FIRMA

PhD. José Ivo Contreras Briceño

Tutor


.....
FIRMA

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Por la presente, hago constar que he leído el protocolo del proyecto de grado presentado por la Srta. Diana Carolina Duchi Yaguachi, para optar al título de Licenciada en Enfermería y que acepto asesorar a la estudiante en calidad de tutor, durante la etapa de desarrollo de trabajo hasta su presentación y evaluación.



PhD. José Ivo Contreras Briceño

CI: 09654297-6

DERECHO DE AUTORÍA

Yo Diana Carolina Duchi Yaguachi soy responsable de todo el contenido de este trabajo investigativo los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Diana Carolina Duchi Yaguachi', is written over a horizontal line.

Diana Carolina Duchi Yaguachi

CI: 060436810-0

AGRADECIMIENTO

En especial doy gracias a Dios nuestro creador por sus bendiciones y haber permitido concluir con mi carrera.

A mis padres por darme educación y un hogar donde adquirí los valores que hoy definen mi vida.

A la Universidad Nacional de Chimborazo, a la carrera de Enfermería y a cada uno de los docentes quienes participaron en nuestra formación académica.

En especial a mi tutor el PhD. José Ivo O. Contreras Briceño por su apoyo y paciencia, quien fue guía en la elaboración del presente trabajo.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios que siempre es mi fortaleza en los momentos de debilidad y guía mis pasos en todo momento.

El esfuerzo plasmado a lo largo de mi vida estudiantil la dedico a mis padres, a mi hijo que día a día me dan fuerzas para seguir luchando, mis hermanos, y esposo, quienes me han acompañado a lo largo de mi vida con, consejos y palabras de aliento en momentos difíciles, gracias a ellos he llegado a cumplir mi meta.

ÍNDICE GENERAL

PORTADA	I
ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL.....	II
DERECHO DE AUTORÍA	IV
AGRADECIMIENTO	V
DEDICATORIA.....	VI
ÍNDICE GENERAL.....	VII
ÍNDICE DE TABLAS.....	VIII
RESUMEN	IX
ABSTRACT	IX
INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS	4
Objetivo general:.....	4
Objetivos específicos:	4
MARCO TEÓRICO	5
METODOLOGÍA.....	15
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	17
CONCLUSIONES.....	26
RECOMENDACIONES	27
BIBLIOGRAFÍA	28
ANEXOS	33

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: Datos generales de los encuestados	17
TABLA 2: Conocimiento del personal de enfermería sobre visita domiciliaria	18
TABLA 3: Conocimiento del personal de enfermería sobre diabetes	19
TABLA 4: Intervenciones educativas del personal de enfermería en la visita domiciliaria a un paciente diabetico	21

RESUMEN

El presente trabajo fue realizado con el fin de evaluar el conocimiento de enfermería sobre visita domiciliaria a adultos diabéticos en el centro de salud Espotch-Lizarzaburu, la población estuvo constituida por 17 enfermeras y enfermeros para el cual se realizó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, en relación a variables sociodemográficas se encuentra edades de entre 24-44 años, el 88% son de género femenino, y el 12% masculino, el 35% llevan trabajando más de 6 años, 71 % de los profesionales tienen nombramiento definitivo, y un 29% son de contrato provisional. Con respecto al conocimiento sobre la visita domiciliaria, el 74% de las preguntas fueron contestadas correctamente mientras que el 26 % fueron incorrectas. Relacionado con el conocimiento que tiene enfermería sobre la diabetes mellitus el 60% de las preguntas fueron contestadas correctamente mientras que el 40% fueron incorrectas. Mientras que en un enfoque general sobre intervenciones educativas que realiza el personal de enfermería en la visita domiciliaria en paciente adulto diabético el 59% de los profesionales consideran que para dar cuidados de enfermería hay que tener en cuenta el aspecto psicológico, el 47% consideran el aspecto nutricional, el 47% recomiendan inspecciones diarias de los pies incluyendo espacios interdigitales como una de las principales medidas para prevenir complicaciones, el 53% recomiendan que el paciente debe conocer el nombre de sus pastillas, la dosis, y hora que toma si está usando antidiabéticos orales.

Palabras clave: Conocimiento, Enfermería, Visita Domiciliaria, Diabetes Mellitus

ABSTRACT

The present work was carried out with the purpose of analyzing nursing knowledge about home visits to diabetic adults in the health center Espoch-Lizarzaburu, the population was constituted by 17 nurses and a descriptive study was carried out a Cross - section, in relation to socio demographic variables, the ages are between 24-44 years, 88% are female, and 12% male, 35% have been working for more than 6 years, 71% of professionals have a definitive appointment, and 29% are provisional contracts. About the home visit knowledge, 74% of the questions were answered correctly while 26% were incorrect. Related to the knowledge that nursing has about diabetes mellitus 60% of the questions were answered correctly while 40% were incorrect. While in a general approach to educational interventions carried out by nursing staff in the home visit in diabetic adult patient 59% of professionals consider that to take care of nursing must take into account the psychological aspect, 47% consider the Nutritional aspect, 47% recommend daily inspections of the feet including inter digital spaces as one of the main measures to prevent complications, 53% recommend that the patient should know the name of their pills, the dose, and time it takes if you are using oral anti diabetics.

Keywords: Knowledge, Nursing, Home Visit, Diabetes Mellitus



Reviewed by: Marcela González R.
English Professor

INTRODUCCIÓN

La visita domiciliaria, a pesar de haber sido pensada más como una estrategia de atención, prevención, tratamiento y rehabilitación, no ha sido reconocida como una estrategia educativa que aporta a la formación integral, siendo un instrumento de evaluación utilizado por profesionales de trabajo social, personal de salud, es considerada como una estrategia educativa para identificar y mejorar factores de riesgo capaces de producir enfermedad en la práctica comunitaria.⁽¹⁾

Al respecto, mediante una revisión integrativa realizada en Brasil se establece que la visita domiciliaria es una de las actividades de carácter individual ejecutada por los enfermeros, en la cual proporcionar atención a las familias y a la comunidad es el objetivo central de la misma, favorece un acercamiento de la realidad en la que el individuo está insertado refiere además que la atención domiciliaria representa una estrategia de atención en salud que propicia un contacto más estrecho de los profesionales de salud con el paciente y su familia.⁽²⁾

Mientras que, una revisión bibliográfica realizada en Brasil sobre Prácticas del enfermero en el contexto de la atención básica: menciona que la visita domiciliaria, constituye una de las principales actividades que permite a los enfermeros establecer y fortalecer el vínculo con la comunidad, destaca que esa actividad es considerada compleja y que, cuando es bien ejecutada, impacta sobre factores determinantes del proceso salud/enfermedad e impulsar a la familia a adquirir mayor autonomía en el proceso de producción de salud.⁽³⁾

En cuanto al primer nivel de atención en el Ecuador según el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural la visita domiciliaria se enfoca en aspectos como, Grupo Materno Infantil (adolescentes), enfermedades de impacto como: las enfermedades transmisibles (Tuberculosis, Enfermedades de transmisión sexual, Infecciones respiratorias agudas, Enfermedades diarreicas agudas, Sida entre otras), las enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles (Hipertensión arterial, Asma Bronquial, Diabetes Mellitus, Artritis reumatoide, Cardiopatía isquémica entre otras) y las enfermedades de notificación inmediata y obligatoria, adultos en riesgo, adulto mayor, personas con discapacidad, personas que tengan dificultad para ir a una unidad de salud

saneamiento ambiental, promoción de la salud, educación continua y educación para la salud, desarrollo comunitario e individual.⁽⁴⁾

Tomando en cuenta que las enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles se encuentran dentro de las principales actividades para programar una visita domiciliaria, la diabetes es una de las enfermedades que requiere de la participación continua del personal de enfermería, por ello es necesario, la educación al paciente diabético el cual implica un proceso de seguimiento al individuo, familia y es exitosa si se realizan seguimientos domiciliarios que precisen la incidencia de la enseñanza impartida por parte del personal de enfermería incluso si se requiere refuerzo de dichas actividades.⁽⁵⁾

La consulta de enfermería y la visita domiciliar son momentos propicios para identificar los déficits de autocuidado en el paciente diabético, la capacidad del individuo para ese cuidado y su red de apoyo familiar, esos encuentros posibilitan que el profesional pueda acompañar el desempeño de las acciones de cuidado practicadas por la persona o su cuidador y administrar factores que interfieren en el desarrollo de las habilidades de la asistencia.⁽⁶⁾

Al respecto, el profesional de enfermería por el alto contacto que tiene con el paciente con diabetes mellitus, constituye un actor determinante en la prevención y detección precoz del pie diabético y de la promoción de hábitos saludables por lo tanto, debe tener conocimiento sobre esta patología para detectar la aparición de signos y síntomas a tiempo.⁽⁷⁾

En relación, al Ecuador para el año 2014 se reportó como segunda causa de mortalidad a la diabetes mellitus, situándose entre una de las primeras causas de muerte en la población femenina y la tercera en el género masculino y junto con las afecciones isquémicas del corazón, dislipidemias y accidentes cerebro vascular, constituyen la mayor carga de consultas y egresos hospitalarios desde hace más de dos décadas.⁽⁸⁾ Es por eso que, la diabetes es una enfermedad de primera importancia a nivel de Salud Pública en todo el mundo, por ser más frecuente, y por la severidad, diversidad de sus complicaciones crónicas.⁽⁹⁾

Tomando en consideración que esta enfermedad se ubica entre las primeras causas de morbimortalidad en el país, se propone la realización de la investigación que se presenta, con el objetivo de evaluar los conocimientos de enfermería sobre visita domiciliaria a adultos

diabéticos, debido a que la atención domiciliaria es un tema tan amplio que contempla aspectos sociales, sanitarios que tiene como fin mantener la autonomía de las personas garantiza una atención y seguimiento continuo permitiendo mantener el nivel de salud y calidad de vida de los pacientes.

El presente proyecto consta de los siguientes apartados: introducción, objetivo general y específicos, marco teórico en el que se describe la fundamentación teórica que respalda el trabajo de investigación, la metodología que expresa la forma como se va a realizar, resultados y discusión que muestra el análisis de los datos obtenidos a través de la aplicación de los instrumentos, conclusiones y recomendaciones.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Evaluar los conocimientos de enfermería sobre visita domiciliaria a adultos diabéticos.

Centro de Salud Espoch Lizarzaburu. Abril -Agosto 2018

Objetivos específicos:

- ✓ Caracterizar la población de estudio en cuanto a variables sociodemográficas
- ✓ Determinar el nivel de conocimiento de enfermería sobre visita domiciliaria.
- ✓ Determinar el nivel de conocimiento que tienen las enfermeras sobre la diabetes.
- ✓ Identificar las principales intervenciones educativas de enfermería realizadas durante la visita domiciliaria a adultos diabéticos.

MARCO TEÓRICO

Históricamente, la visita domiciliaria tiene sus antecedentes en los "antiguos llamados médicos", donde los auxilios se realizan en la casa de los pacientes que, por enfermedad aguda o por dificultad de desplazamiento, no podían ir a los centros de salud.⁽²⁾

En el Ecuador entre 1955 y 1960 la Atención Primaria empezó a ofrecer cuidados a domicilio. La primera medida oficial ordenada por el Ministerio de Salud fue en el año 1970, cuando se establecieron los Servicios de Asistencia al Anciano. Más tarde en 1971, se implantó el primer Plan Gerontológico Nacional. A finales de los años setenta, el sistema político cambió y la Constitución se encargó de recoger la responsabilidad del Estado para garantizar la salud y el bienestar de los ciudadanos, a través de un completo sistema social. En 1979, los servicios domiciliarios pasan a formar parte del Instituto Nacional de Servicios Sociales. En un primer momento sólo los pensionistas podían beneficiarse de las ayudas, pero en 1985 se extienden a todos los ciudadanos.⁽¹⁰⁾

Las visitas domiciliarias son la base para que los profesionales de salud interactúen con las familias, en el primer nivel de atención siendo el hogar un ambiente ansiado para trabajar con las familias porque ofrece la oportunidad de observar las interacciones familiares, los patrones de adaptación, prácticas de crianza y los estilos de vida.⁽¹¹⁾

Es por esto, que la visita domiciliaria es una actividad propia de la Atención Primaria en Salud, alcanza un enfoque cuando utiliza los conceptos y técnicas de la atención familiar, permite mejorar la calidad de la asistencia, intercambiar información entre la familia y el equipo de salud del primer nivel, valorar aspectos de salud y detección de problemas biológicos, psicosociales, y ambientales que rodean a la familia, mediante el uso de la ficha familiar, considerando que el rendimiento promedio de visita será de 30-40 minutos.⁽⁴⁾

La visita domiciliaria, es considerada como la base instrumental a través de la cual se proporciona atención en el domicilio, mediante esta modalidad de atención la enfermera/o proporciona cuidados a las familias adscritas a su cargo en el propio domicilio, a aquellos que forman parte de un grupo de riesgo derivada de la etapa del ciclo vital en el que se encuentra, por sus características sociales o derivado de un problema de salud, incluyendo aquellas personas que por determinados motivos no pueden acudir al centro de salud.⁽¹²⁾

Se considera a la visita domiciliaria como una estrategia óptima para las personas que se encuentran dentro de los grupos vulnerables quienes requieren más prioridad para la

atención, dentro de las cuales están: mujeres embarazadas con riesgo, niños menores de dos años con desnutrición aguda, personas con discapacidad física e intelectual en abandono y con enfermedades asociadas, personas que adolecen enfermedades de alta complejidad, que no tengan adecuado control de ellas o requieran cuidados paliativos, personas con riesgo genético y personas víctimas de violencia de género. Con esa finalidad, en el país la implementación de la Estrategia Médico del Barrio realiza visitas domiciliarias con el objetivo de proporcionar atención inmediata una vez que han sido identificadas.⁽¹³⁾

En relación a lo mencionado, los criterios de selección para la priorización de la visita domiciliaria establecidos según el MAIS-FCI son: el Criterio socioeconómico: se confiere prioridad a grupos familiares clasificados dentro de los estratos de mayor pobreza y pobreza extrema (quintiles 1 y 2), Criterio epidemiológico: se clasifica a la familia en base a los riesgos de salud.^(4,11)

De igual manera, el Criterio demográfico: se considera a los distintos grupos poblacionales, siendo los menores de 5 años los más vulnerables, considerando que los menores de 1 mes son más susceptibles a enfermar, están también los adultos mayores en situación de dependencia, sola o abandonada, Criterio administrativo: está relacionado con los recursos disponibles de los establecimientos de salud (técnicos, humanos, materiales y financieros).^(4,11)

Sobre el asunto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en (1981) estableció criterios mínimos acerca de las situaciones que requieren de forma prioritaria atención domiciliaria, con el fin de proveer información, educación, apoyo al individuo (sano o enfermo) y a su familia. Entre ellos se encuentran, familias con adultos mayores de 80 años, personas que viven solas o sin familias, personas que no pueden desplazarse al centro de salud, familias con enfermos graves o con discapacidad, personas con alta hospitalaria reciente, personas con medicación vital, personas con riesgo biológico que no acuden a consulta subsecuentemente.⁽⁴⁾

Las visitas domiciliarias tienen como función según el modelo integrado la intervención del médico, y de la licenciada en enfermería, el técnico de atención primaria en salud (TAPS) y todos los demás profesionales de la salud vinculados a una unidad operativa que se apoyan en programas desde los distintos procesos asistenciales orientados al paciente y sus familiares.⁽¹⁴⁾

Al respecto, según el MAIS-FCI para garantizar el desarrollo de la visita domiciliaria, se requiere de: 1. Participación de todos los miembros del equipo de salud. 2. La valoración integral del individuo y su familia. 3. Coordinación con los demás recursos sanitarios y sociales. 4 Participación comunitaria, desde la propia familia hasta las diversas asociaciones que existan.^(4,15)

La enfermera utiliza la visita domiciliaria como instrumento para valorar las necesidades de cuidado del individuo y familia, conocer el entorno en el que se desenvuelve y los estilos de vida, y adecuar los cuidados a los recursos disponibles. La visita debe ser planificada, y programada, conviene aplicar una metodología para el desarrollo de la misma, haciendo más eficaces los cuidados de enfermería.⁽¹²⁾ De acuerdo al, MAIS-FCI una visita domiciliaria consta de etapas para la realización de la misma:

- 1.Preparación de la visita: se debe concertar el día y la hora en que se va a realizar la visita con la familia, antes de acudir al domicilio.⁽⁴⁾
- 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.⁽⁴⁾
- 3.Valoración: es muy difícil realizar una valoración completa a los miembros y al grupo familiar en la primera visita, ésta se podrá complementar en las visitas sucesivas, y dan la oportunidad, además, de afianzar las relaciones con la familia.⁽⁴⁾
- 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.⁽⁴⁾
- 5.Ejecución de cuidados: éstos pueden ser los cuidados profesionales directos, dirigidos a las personas que lo necesiten y los cuidados profesionales indirectos, que son aquellos que repercuten en la mejora de la calidad de vida de las personas atendidas.⁽⁴⁾
- 6.Evaluación de la visita: sirve para continuar o modificar la planificación de los cuidados, detectar las dificultades, revisar los objetivos y planificar otros nuevos.⁽⁴⁾
- 7.Registro de la visita: después de haber realizado la visita, se procede al registro de la misma: sintomatología, cambios observados, cuidados, medicación prescrita y administrada, fecha de la próxima visita, entre otros elementos en la ficha familiar.⁽⁴⁾

La atención domiciliaria como actividad realizada por un equipo interdisciplinar incluye contenidos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, en el domicilio de la persona, para detectar, valorar, apoyar y realizar el seguimiento de los problemas tanto de salud como sociales del usuario y su familia.⁽¹⁶⁾

Al respecto, en una investigación realizada sobre; El rol del profesional de enfermería en atención primaria de salud,⁽¹⁷⁾ menciona que la visita domiciliaria es una técnica educativa que realiza el personal de salud, visitando los domicilios tiene como finalidad reforzar los aspectos educativos y preventivos, concientizar a la familia para su participación en apoyo al paciente, evaluar las condiciones socio- económico y cultural y realizar seguimientos de casos.

Menciona también que dentro de las actividades del enfermero/a en la visita domiciliaria están: Valorar la satisfacción de las necesidades básicas de todo el grupo familiar, planificar y administrar cuidados, administrar medicamentos, control y seguimiento de parámetros biológicos, recoger muestras para laboratorio, fomentar el autocuidado del enfermo y la familia, dar soporte emocional y técnico en situaciones de crisis, fomentar estilos de vida saludables, acompañar a la familia en situaciones de enfermedad terminal y muerte, promover el funcionamiento familiar adecuado.⁽¹⁷⁾

IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN AL PACIENTE DIABÉTICO MEDIANTE LA VISITA DOMICILIARIA

Considerando que, la diabetes es una de las enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles que está dentro de las principales actividades para programar una visita domiciliaria.

El objetivo primordial de la educación en diabetes es que el paciente logre obtener y mantener conductas que lleven a un óptimo manejo de la vida con la enfermedad, quienes deben adquirir conocimientos y desarrollar destrezas, además tomar diariamente decisiones relativas a modificar su estilo de vida.⁽⁵⁾

Por su parte, la *American Diabetes Association* (ADA) establece que: los programas de educación deben contemplar educación individual y grupal, educación continua.^(5,18)

Educación individual: es adecuada desde el inicio del diagnóstico, durante el control y seguimiento, es un proceso dinámico donde existe una variada entrega de conocimientos, existiendo una relación terapéutica con el educador.⁽¹⁸⁾

Educación grupal: este tipo de sesiones educativas deben ser planteadas en grupos pequeños, donde deben estar incluidas las familias y/o redes de apoyo del paciente. Las ventajas residen en que se entregan conocimientos y experiencias de otros pacientes para que el aprendizaje sea más efectivo y beneficioso para el grupo en general y el paciente .⁽¹⁸⁾

Educación continua: debido a que las necesidades de los pacientes van cambiando, necesitaran de información y conocimientos actualizados de esta manera el paciente podrá ser capaz de controlar satisfactoriamente su enfermedad.⁽⁵⁾

Con respecto, según la *Asociación Chilena de Enfermeras(os) Educadores en Diabetes*: establece que la educación al paciente diabético se debe realizar en base a los siguientes contenidos: Descripción del proceso de enfermedad de la diabetes y sus alternativas de tratamiento, Incorporar el manejo nutricional, actividad física dentro del estilo de vida, Utilización de terapia farmacológica en forma segura, Medición de la glucemia y uso de sus resultados para la toma de decisiones en el autocuidado, Detectar, prevenir y tratar complicaciones agudas y crónicas, Desarrollar estrategias personales para tratar temas y preocupaciones del área psicológica.⁽⁵⁾

El personal de enfermería juega un papel primordial en la prevención y detección de enfermedades, ya que para lograr la seguridad del paciente es necesario que los mismos conozcan todo en relación al desarrollo de esta patología.⁽¹⁹⁾

DIABETES

La diabetes es una grave enfermedad crónica que se desencadena cuando el páncreas no produce suficiente insulina (una hormona que regula el nivel de azúcar, o glucosa, en la sangre), o cuando el organismo no puede utilizar con eficacia la insulina que produce.⁽²⁰⁾

En el país, la diabetes tiene una prevalencia del 2,7% en la población de 10 a 59 años con un incremento hasta el 10.3% en el tercer decenio de vida, en los mayores de 60 años constituye el 12,3% y un 15,2% en mayores de 60 a 64 años, siendo las regiones de la Costa y la región insular las zonas de mayor incidencia especialmente en el género femenino.⁽²¹⁾

Tipos de diabetes

Diabetes tipo 1: su causa se debe a la destrucción de las células β productoras de insulina en el páncreas, esto provoca que exista una deficiencia total de insulina, afecta a personas de cualquier edad, pero normalmente ocurre en niños y jóvenes adultos. El uso de insulina es esencial para evitar riesgos en la persona, y controlar los niveles de glucosa en la sangre ^(22,23)

Diabetes tipo 2: es causada debido a un defecto secretor de insulina progresivo en el fondo de resistencia a la insulina, el cuerpo es capaz de producir insulina, pero se vuelve resistente a ella, causando que la insulina sea ineficaz e insuficientes, provocando con el tiempo que los niveles de glucosa en sangre sean altos.^(22,23)

Diabetes mellitus gestacional: (DMG) diabetes diagnosticada en el segundo o tercer trimestre del embarazo que no es claramente diabética.^(22,23)

Diabetes monogénica: debido a defectos monogénicos que causan la disfunción de las células β , como la diabetes neonatal y MODY, representan una pequeña fracción de los pacientes con diabetes (<5%). Estas formas de diabetes se caracterizan con frecuencia por la aparición de hiperglucemia a una edad temprana (generalmente antes de los 25 años).^(22,23)

La Diabetes debe ser diagnosticada cuando se cumplen uno o más de los siguientes criterios según lo indica la Guía de práctica clínica de la diabetes mellitus tipo 2.⁽²¹⁾

- Glucemia de ayuno medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 126 mg/dL (7,0 mmol/L), confirmada con una segunda prueba en diferentes días. (Ayuno se define como un período sin ingesta calórica de por lo menos 8 horas).⁽²¹⁾
- Glucemia medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 200 mg/dL (11,1 mmol/L) dos horas después de una carga de 75 g de glucosa anhidra durante una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG).^(21,24)
- Pacientes que presenten, polifagia, poliuria, polidipsia y pérdida inexplicable de peso, más una glucemia al azar medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 200 mg/dL (11,1 mmol/L).⁽²¹⁾
- Una HbA1c mayor o igual a 6,5 % (48 mmol/mol), empleando una metodología estandarizada y trazable al estándar (NGSP).⁽²¹⁾

Por otro lado, al existir desequilibrio entre el tratamiento ya sea con insulina u antidiabéticos orales, la actividad física y la alimentación, es cuando se originan las complicaciones agudas o crónicas en la diabetes, mismas que incrementan el riesgo de muerte.⁽²⁵⁾ Complicaciones agudas:

Hiperglucemia: requiere atención en urgencias, debido a que los niveles altos de glucosa en la sangre son superiores a 300mg/dl.⁽²⁶⁾

Cetoacidosis Diabética: debido a glucemias elevadas por encima de 500 mg/dl con producción de cuerpos cetónicos en sangre y orina, es más frecuente en la Diabetes Mellitus tipo 1.⁽²⁶⁾

Coma hiperosmolar no cetósico: constituye una complicación grave de la DM2 (Osmolaridad + deshidratación+ hiperglucemia).⁽²⁶⁾

Hipoglucemia: se produce por el descenso de la glucemia en cifras inferiores a 60 mg/dl, generalmente es causado por omitir o retrasar una comida, realizar ejercicio de moderada intensidad sin precaución alguna, o por sobredosificación de insulina, presentando síntomas como sudoración, temblor de manos, taquicardia, visión borrosa y nerviosismo, está asociada al uso de insulina en el tratamiento, así también como el uso de hipoglucemiantes orales.⁽²⁶⁾

Complicaciones crónicas atribuidas a un permanente mal control de la diabetes.

Retinopatía diabética: es una complicación vascular altamente específica de diabetes tipo 1 y tipo 2, es la causa más frecuente de casos de ceguera en adultos de 20 a 74 años en países desarrollados, afecta directamente a la retina presentado, glaucoma, cataratas y otros trastornos del ojo.⁽²⁷⁾

Nefropatía diabética: son aquellas lesiones renales originadas por afección microangiopática, es decir es una complicación vascular crónica, exclusiva de la DM, en la que se afecta la microcirculación renal la cual genera tanto alteraciones funcionales como estructurales encontrándose principalmente una afección a nivel glomerular. Siendo una de las primeras causas de enfermedad renal terminal.⁽²⁵⁾

Neuropatía diabética: su origen se debe aspectos metabólicos (daño oxidativo, osmótico e inflamatorio-autoinmune) y vasculares, existe la presencia de síntomas o signos de disfunción de nervios periféricos como debilidad muscular, fatiga, calambres, fasciculaciones, atrofia distal y disminución de los reflejos, si se afectan los nervios sensitivos que conducen el dolor, la temperatura, y el sentido de la posición, habrá disestesias, parestesias, dolor, sensación de quemazón y/o frialdad, hipersensibilidad y ataxia sensitiva.⁽²⁵⁾

Cardiopatía isquémica (CI) se define como un desorden de la función cardíaca secundario a un flujo sanguíneo insuficiente del tejido muscular de carácter crónico dado originado por alteraciones arterioescleróticas. Debido a que la Diabetes Mellitus acelera la génesis y evolución de la placa de ateroma y aumenta la concentración de especies reactivas de oxígeno.⁽²⁵⁾

Manejo nutricional

La alimentación constituye uno de los pilares básicos en el tratamiento de la diabetes mellitus, esta será proporcional al peso, talla, sexo, y ejercicio, una alimentación saludable permite mantener niveles estables de glucemia presión arterial y lípidos, mantener un peso

corporal adecuado y prevenir o retrasar complicaciones de la diabetes.⁽²⁸⁾ La guía de práctica clínica para la diabetes mellitus tipo 2 recomienda que la distribución de las calorías para este tipo de pacientes sea de, carbohidratos: 40-60 % recordar que estos son de absorción rápida: azúcar, miel, caramelos, fruta y absorción lenta: pan, arroz, pasta y patata, grasas: 30-45 % y proteínas: 15-30 %.⁽²¹⁾ restringir el consumo de proteínas, si el paciente tiene nefropatía.

Las grasas son los nutrientes con mayor densidad calórica y menor poder de saciedad, por lo cual la ADA recomienda que el consumo debe ser: 12-20% de ácidos grasos monoinsaturados que reducen el cLDL, los triglicéridos y el riesgo cardiovascular a largo plazo, se encuentran en aceite de oliva, aguacate, maní. 7% de grasas saturadas debido a que elevan notoriamente el colesterol de LDL (cLDL) e incrementan el riesgo cardiovascular a largo plazo. Se encuentran en alimentos de origen animal como carne de res, cerdo y productos lácteos.⁽²⁹⁾

Ácidos grasos Poliinsaturadas como el omega 3y 6: poseen efectos discretos de reducción del cLDL y un efecto neutro sobre los demás lípidos, disminuyen el riesgo cardiovascular a largo plazo, se encuentran especialmente en la grasa de pescados como el atún, bonito, jurel, sierra, salmón y aceites como el de canola se encuentran en aceite de maíz, soya, algodón. Menos del 1% de ácidos grasos trans debido que elevan el cLDL, hacen descender el cHDL, e incrementan el riesgo cardiovascular a largo plazo. Se encuentran en margarinas vegetales de mesa y cocina.⁽²⁹⁾

Relacionado con la utilización de los antidiabéticos orales la ADA⁽²⁸⁾, recomienda: Conocer el nombre de los fármacos, así como la dosis y horario de las tomas, casi todos los medicamentos tienen un efecto de 6-24 h y es recomendable tomarlos cada día a la misma hora, Nunca tomar más de la dosis prescrita en caso de olvido, Comprobar la caducidad de los mismos y mantener guardadas a temperatura ambiente, No tomarlas si han cambiado de color en el mismo bote, Cualquier fármaco para la diabetes debe de ir acompañada de ejercicio, dieta adecuada, el omitir una comida si usa insulina puede causar hipoglicemia.

Ejercicio físico

El ejercicio es una parte importante para el control de la diabetes. Estudios han demostrado que el ejercicio regular mejora el control de la glucemia, reduce los factores de riesgo cardiovascular, contribuye a la pérdida de peso y mejora el bienestar, el ejercicio de manera

regular previene la diabetes tipo 2 en personas de alto riesgo, mantiene bajos los niveles de colesterol y triglicéridos, baja los niveles de tensión arterial.⁽²⁸⁾

Según la ADA, el ejercicio está encaminado a cumplir con las siguientes metas: A corto plazo, cambiar el hábito sedentario, mediante caminatas diarias al ritmo del paciente. A mediano plazo, la frecuencia mínima deberá ser tres veces por semana en días alternos, con una duración mínima de 30 minutos cada vez. A largo plazo, aumento en frecuencia e intensidad, conservando las etapas de calentamiento, mantenimiento y enfriamiento, se recomienda el ejercicio aeróbico (caminar, trotar, nadar, ciclismo, etcétera).⁽²⁹⁾

La ADA recomienda a los adultos con diabetes que realicen al menos 150 min / semana de actividad física aeróbica de intensidad moderada (50-70% de la frecuencia cardíaca máxima), distribuidos durante al menos 3 a 5 veces a la semana.⁽²⁸⁾

Por el contrario, los pacientes con neuropatía periférica deben limitarse a realizar actividades que no soporten peso, debido a que aumentan el riesgo de ruptura e infección de la piel, y destrucción de la articulación de Charcot, causado por la disminución de la sensación de dolor. En presencia de retinopatía diabética proliferativa o retinopatía diabética no proliferativa severa, el ejercicio aeróbico vigoroso o de resistencia puede estar contraindicado debido al riesgo de desencadenar hemorragia vítrea o desprendimiento de retina.⁽²⁸⁾

Si la glucemia es \geq de 13,8 mmol/l, no se debe realizar ejercicios pues se incrementa más el descontrol metabólico. Para evitar hipoglucemias se indica comer entre 1 y 3 horas antes del ejercicio, y si el ejercicio es violento y prolongado se recomienda ingerir alimentos cada 30 min. No es recomendable la inyección de insulina en territorios musculares que se vayan a ejercitar; por ejemplo, si va a correr no es conveniente que se inyecte en el muslo, puesto que se absorbería más rápidamente y hay una mayor probabilidad de hipoglucemias.⁽²⁹⁾

Cuidado de los pies en el paciente diabético

El pie diabético constituye una de las más importantes complicaciones crónicas de la diabetes mellitus.⁽³⁰⁾ Todos los pacientes y sus familias deben recibir educación general sobre los factores de riesgo y el cuidado apropiado para evitar o minimizar las complicaciones a nivel de los pies ⁽²¹⁾. La guía de práctica clínica para la diabetes mellitus del Ecuador recomienda:

- Inspección diaria de los pies incluyendo espacios interdigitales.⁽²¹⁾
- Lavar diariamente los pies con agua y jabón neutro.⁽²¹⁾
- No mantener los pies mojados más de 10 minutos.⁽²¹⁾
- Secar adecuadamente con papel absorbente incluyendo los espacios interdigitales.⁽²¹⁾
- Limar las callosidades y/o durezas alrededor de los pies.⁽²¹⁾
- Aplicar crema hidratante en todo el pie menos en los espacios interdigitales.⁽²¹⁾
- No usar medicamentos que puedan provocar una quemadura.⁽²¹⁾
- El corte de las uñas será recto y es recomendable que se limen.⁽²¹⁾
- Las medias deberán ser sin costuras ni elástico, evitando tejidos sintéticos, de preferencia de color blanco.⁽²¹⁾
- Comprobar el interior del zapato antes de usar, por si hubiera cuerpos extraños.⁽²¹⁾
- Los zapatos serán de piel, tacón bajo, de horma ancha y sin costuras, y abrochar de forma que no compriman el pie (cordones o velcro).⁽²¹⁾
- El mejor momento para comprar zapatos es la última hora de la tarde, cuando el pie alcanza el máximo volumen.⁽²¹⁾
- No caminar descalzo ni usar calefactores ni bolsas de agua caliente.⁽²¹⁾
- No usar sandalias o zapatos en que los dedos queden expuestos; recordar que el trauma externo es el principal factor gatillante de lesiones en de los pies.⁽³¹⁾

Apoyo psicológico: ADA menciona que, el bienestar emocional es una parte importante del cuidado y la autogestión de la diabetes. Factores como la depresión afecta aproximadamente al 20-25% de las personas con diabetes y aumenta el riesgo de infarto de miocardio, los problemas psicológicos y sociales pueden afectar la capacidad del individuo o familiar para llevar a cabo tareas de cuidado de la enfermedad y, por lo tanto, comprometer el estado de salud.⁽²⁸⁾

METODOLOGÍA

El estudio desarrollado es de tipo descriptivo de corte transversal, de carácter cuali-cuantitativo ya que se valoró los conocimientos de enfermería sobre visita domiciliaria a adultos diabéticos, del centro de salud Espoch-Lizarzaburu dándose en un tiempo determinado entre los meses de Abril-Agosto 2018.

Para la recolección de datos se empleó una encuesta y fue aplicada mediante la técnica de cuestionario, antes de su aplicación fue validada por especialistas en el tema de investigación. Para optimizar la relación del instrumento con los objetivos y con la naturaleza de la metodología planteada se realizó validación en cuanto a su contenido, criterio y constructo. Los tres validadores especialistas cuentan con estudios de cuarto nivel y vasta experiencia de trabajo profesional en el área temática.

El proceso de validación se realizó mediante los siguientes pasos:

- Se envió el instrumento en físico mediante oficio de solicitud de validación, con la aprobación preliminar del tutor y en el formato aprobado por la comisión de carrera para tal fin.
- Se recibieron las sugerencias de cada uno de los validadores por escrito.
- Se realizaron todas las correcciones.
- Se entregó la versión del instrumento con todas las correcciones a cada validador.
- Mediante reuniones con la presencia de la autora, los validadores y el tutor se alcanzó el consenso absoluto de la versión final.
- Los validadores aprobaron la aplicación del instrumento mediante la firma del formato denominado: criterios para la validación del instrumento de recolección de información. (aprobado por la comisión de carrera, Ver anexo 3)

La versión final del instrumento está estructurada de la siguiente manera: La primera parte hace referencia a variables personales de los participantes, la segunda parte consta de 8 ítems que indagan el conocimiento sobre visita domiciliaria, cada una con varias respuestas haciendo énfasis en el conocimiento de la población encuestada, la tercera parte hace énfasis en el conocimiento de enfermería sobre diabetes el cual consta de 10 ítems con varias respuestas cada una, la última parte consta de 7 ítems con opciones de selección múltiple, cada una las cuales hacen referencia en las intervenciones educativas que realiza en la visita

domiciliaria en el paciente diabético, recomendaciones relacionadas con la alimentación, ejercicio físico, cuidados de los pies y uso correcto de antidiabéticos orales. (Ver anexo1)

Para inferir el nivel de conocimientos de la población se consideró clasificar los resultados según la puntuación total obtenida con enfoque general de la población encuestada, se crearon dos niveles de conocimiento mediante una escala cualitativa dicotómica con las categorías respuestas correctas y respuestas incorrectas, la clasificación de las respuestas fue realizada de acuerdo a las investigaciones empíricas debidamente documentadas en documentos actualizados o en las normas de MSP del Ecuador relativas al tema.

En cuanto a la parte de las encuestas referida a las actividades que realiza el profesional de enfermería en la visita domiciliaria sobre el cuidado a las personas con Diabetes Mellitus se estableció una escala cualitativa dicotómica con las categorías realiza y no realiza. La técnica para obtener el dato en este apartado fue mediante entrevista.

La población de estudio estuvo conformada por la totalidad de 17 profesionales de enfermería que laboran en el Centro de salud ESPOCH-Lizarzaburu, a quienes se les realizó la socialización del instrumento y previa la firma del consentimiento informado se procedió a la aplicación.

El análisis de los datos se realizó empleando técnicas de la estadística descriptiva, tales como distribución de frecuencias, porcentajes, los que fueron recogidos una base de datos y luego organizada en tablas elaborada en el paquete Microsoft Excel, para facilitar su procesamiento, interpretación de resultados con su respectivo análisis y discusión.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Tabla 1. Datos generales de los encuestados

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Rango de edad		
24-30	8	47
31-37	6	35
38-44	2	12
45-51	1	6
Género		
Femenino	15	88
Masculino	2	12
Años de trabajo		
Menos de 9 meses	6	35
2 años	1	6
4 años	2	12
5 años	2	12
Mas de 6 años	6	35
Condición laboral		
Contrato	5	29
Nombramiento	12	71
Área en que labora		
Consulta externa	4	24
Vacunas	4	24
UTPR	5	29
Emergencia	4	24
TOTAL	17	100

Los datos obtenidos de los 17 profesionales de enfermería encuestados, en relación a variables sociodemográficas, la edad varia prevaleciendo el rango de edad de 24-30 años con un 47%, seguida de edades 31-37 años con el 35% y el rango de 38-44 con el 12%, donde el 88% son de género femenino, y el 12% masculino, de los cuales el 35% llevan trabajando más de 6 años, y el 12% trabajan entre 2 y 4 años, además se observa que el 71 % de los profesionales tienen nombramiento definitivo, y un 29% tiene contrato provisional, de los cuales el 29% trabajan en el área de Partos, y el 24% en las áreas de Emergencia, Consulta externa y Vacunas.

Tabla 2. Conocimiento del personal de enfermería sobre visita domiciliaria

VARIABLE	CORRECTA		INCORRECTA		TOTAL	
CONOCIMIENTO SOBRE VISITA DOMICILIARIA	N°	%	N°	%	N°	%
Que valora la visita	17	100	0	0,0	17	100
Instrumento para recolectar información	16	94	1	6	17	100
OMS criterios mínimos	16	94	1	6	17	100
Requisito para desarrollar la visita	15	88	2	12	17	100
Etapas de la visita domiciliaria	10	59	7	41	17	100
Rendimiento promedio visita domiciliaria	10	59	7	41	17	100
Clasificación visita domiciliaria	9	53	8	47	17	100
Criterios para la priorización visita	8	47	9	53	17	100
TOTAL	101	74	35	26	136	100

Los datos obtenidos de los 17 profesionales de enfermería encuestados en un enfoque general sobre conocimientos en visita domiciliaria, se observa que el 74% de las preguntas fueron contestadas correctamente mientras que el 26% son incorrectas; además en orden decreciente se evidencia que los conocimientos sobre qué aspectos valora la visita domiciliaria siendo una actividad propia de la APS el 100% de respuestas son correctas, seguida de que instrumento se utiliza en la visita domiciliaria para recolectar información con un 94 % similar se encuentran los criterios mínimos según la OMS para priorizar la atención domiciliaria.

No se encontraron artículos sobre este tema sin embargo se hallaron estudios similares como la investigación el realizada en Brasil por Valadao,⁽³²⁾ en el que describen las prácticas desarrolladas por enfermeros y agentes comunitarios de salud en el contexto de visitas domiciliarias se hizo evidente que la enfermera lleva a cabo visitas domiciliarias a los usuarios que requieren mayor atención, siguiendo las prioridades de servicio establecidas tanto por el Ministerio de Salud de Brasil como el propio equipo, los informes muestran que, en general, las prioridades se les da a los usuarios postrados en cama o tienen dificultad de llegar a una unidad básica de salud, hipertensos, diabéticos, las mujeres seropositivas, embarazadas, niños menores de dos años o malnutrición, los ancianos, las personas con tuberculosis, y pacientes que se encuentren en el postoperatorio, este hallazgo cumple con

los criterios de prioridad establecidos por la OMS según el MAIS-FCI,⁽⁴⁾ para dar de forma prioritaria atención domiciliaria.

Sin embargo, solo el 59% responden de manera correcta en cuanto a las etapas de la visita domiciliaria y el tiempo promedio para realizarla, acerca de la clasificación de la visita domiciliaria el 53% de respuestas fueron correctas, seguida de los criterios para la priorización de la visita domiciliaria establecidos en el MAIS-FCI con el 47%.

Según el MAIS-FCI refiere que el rendimiento promedio de visita será de 30-40 minutos.⁽⁴⁾ Existiendo diferencia a lo mencionado en el mismo estudio realizado en Brasil por Valadão,⁽³²⁾ en el cual algunos de los participantes indican una gran variabilidad en el tiempo que dura la visita domiciliaria, siendo relativo a cada familia y la necesidad presentada, por lo cual existe la necesidad de definir una duración de tiempo para cada visita domiciliaria, indicaron también que en algunos de los casos solo se llega a realizar la captación del paciente, factores como la falta de recursos en las instituciones de salud, la accesibilidad geográfica de los domicilios, afectan la continuidad de la misma. La visita debe ser planificada, y programada, para el desarrollo de la misma de manera que los cuidados y la atención de enfermería sean más eficaces.

Tabla 3. Conocimiento del personal de enfermería sobre diabetes

VARIABLE	CORRECTA		INCORRECTA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CONOCIMIENTO SOBRE DIABETES						
Se habla de diabetes cuando el nivel de glucosa en sangre es	17	100	0	0,0	17	100
Zona que se absorbe de manera rápida la insulina	16	94	1	6	17	100
Número de comidas que se debe recomendar al día en el diabético	13	76	4	24	17	100
Los síntomas en la hiperglucemia	10	59	7	41	17	100
Síntomas que presenta una hipoglucemia	9	53	8	47	17	100
El cuidado preventivo de los pies	9	53	8	47	17	100
El factor que causa lesiones en los pies	8	47	9	53	17	100
Signos y síntomas que presenta un pie diabético en afección circulatoria	8	47	9	53	17	100
La diabetes mellitus tipo 1 se produce por	6	35	11	65	17	100

Factores que causa hipoglucemia en un paciente diabético en tratamiento con insulina	6	35	11	65	17	100
TOTAL	102	60	68	40	170	100

Los datos obtenidos de los 17 profesionales de enfermería encuestados en un enfoque general sobre conocimientos en diabetes, se evidencia que el 60% fueron contestadas correctamente mientras que el 40% fueron incorrectas; se observa también que el 100% conocen el nivel de la glucosa en sangre para considerar a un paciente como diabético, seguido de la zona del cuerpo en la cual se absorbe de manera más rápida la insulina con un 94% de respuestas correctas, el 76% responden correctamente el número de comidas que se debe recomendar a un paciente diabético y el 59% saben reconocer los síntomas de la hiperglucemia.

Mientras tanto, se observa que solo el 53% conocen los síntomas que se presentan en la hipoglucemia y el cuidado específico de los pies en un diabético, seguido con un 47% de respuestas correctas sobre el factor predominante para causar lesiones en los pies y los síntomas que se presenta el pie diabético cuando hay afección circulatoria, en este mismo orden se observa el 35% de respuestas correctas sobre la causa para que se produzca la diabetes tipo 1 y la causa de la hipoglucemia cuando el paciente usa insulina.

Resultados similares se encontraron en una investigación realizada en Colombia por Garzón,⁽³³⁾ en el cual se evidencio que en el 80% de los participantes existía un conocimiento bajo, en aspectos como bases fisiopatológicas, factores de riesgo, complicaciones agudas y crónicas de la Diabetes mellitus, recomendaciones en la alimentación, actividad física y ejercicio. Las enfermeras/os desempeñan un rol vital en la atención a las personas con diabetes, en el que el conocimiento constituye la piedra angular para proporcionar atención de calidad.

Tabla 4. Intervenciones educativas del personal de enfermería en la visita domiciliaria a un paciente diabético

VARIABLE	REALIZA		NO REALIZA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
INTERVENCIONES EDUCATIVAS						
Aspectos que se deben considerar para el cuidado en la diabetes						
Aspecto psicológico	10	59	7	41	17	100
Nutricional	8	47	9	53	17	100
Ejercicio físico	3	18	14	82	17	100
Medicación	3	18	14	82	17	100
Objetivo de una alimentación saludable						
Regular la glucemia evitando oscilaciones	9	53	8	47	17	100
Mantener el peso adecuado	6	35	11	65	17	100
Mantener el nivel de azúcar en la sangre.	4	24	13	76	17	100
Conseguir un valor nutritivo correcto	3	18	14	82	17	100
Recomendación en relación a la alimentación						
Consumo de: ensaladas, verdura, bebidas sin azúcar, leche y yogurt desnatados.	8	47	9	53	17	100
Consumir cantidades adecuadas y bien repartidas en el día de pan, patatas, harinas, arroz, frutas y legumbres.	7	41	10	59	17	100
Evitar los azúcares rápidos, azúcar, chocolate, miel, helados, mermeladas.	7	41	10	59	17	100
Consumir con moderación: carnes, huevos y embutidos.	1	6	16	94	17	100
Objetivo del ejercicio físico en la diabetes						
Mejora el control de la diabetes.	7	41	10	59	17	100
La pérdida de peso.	5	29	12	71	17	100
Disminuye el colesterol, triglicéridos	4	24	13	76	17	100
Disminuye la tensión arterial.	2	12	15	88	17	100
Recomendación sobre actividad física						
Realizar ejercicio diario o varias veces a la semana durante 1 hora.	10	59	7	41	17	100
Evitar ejercicios en horas de máxima temperatura.	6	35	11	65	17	100
Realizar ejercicios no extenuantes, como natación, bicicleta, caminatas, bailes.	5	29	12	71	17	100
Realizar ejercicio 1 hora después de las comidas principales.	4	24	13	76	17	100
Medidas preventivas en el cuidado de los pies						

Inspección diaria de los pies incluyendo espacios interdigitales, no caminar descalzo.	8	47	9	53	17	100
Aplicar crema hidratante en todo el pie menos en los espacios interdigitales, usar jabón neutro	6	35	11	65	17	100
Las medias deberán ser sin costuras ni elástico, evitando tejidos sintéticos.	5	29	12	71	17	100
No mantener los pies mojados más de 10 minutos, no usar calefactores, ni bolsas de agua.	3	18	14	82	17	100
Consejos uso correcto antidiabéticos orales						
Debe conocer el nombre del fármaco, así como la dosis y horario de las tomas.	9	53	8	47	17	100
Debe tomar la medicación cada día a la misma hora.	9	53	8	47	17	100
Cualquier medicamento para la diabetes debe de ir acompañada de ejercicio y una dieta adecuada.	5	29	12	71	17	100
Si se olvida tomar la medicación de la mañana y se acuerda más tarde tomársela, pero si toma una cada día y se le olvida no tome dos al día siguiente.	2	12	15	88	17	100
TOTAL	159	33	317	67	476	100

Según un orden decreciente el aspecto psicológico es considerado por la mayor parte de los encuestados para dar cuidados y el 47% mencionan el aspecto nutricional. Resultados similares se observa en un estudio realizado por Ramírez,⁽³⁴⁾ en el que se evidencia que el 40% del personal de enfermería durante la visita domiciliaria proporciona información centrada en estilo de vida saludable, el 35% cumple con los criterios de la visita domiciliaria el 25 % da seguimiento en el autocuidado; siendo las intervenciones que el personal de enfermería realiza para el seguimiento de las acciones de autocuidado de los pacientes.

Contrario a lo mencionado, en un estudio realizado en Brasil por Torres,⁽³⁵⁾ se observó que las intervenciones en las visitas a los hogares llevadas a cabo por cuatro enfermeras, los temas educativos cubiertos después de comprobar el conocimiento y habilidades que presentaron los pacientes, estaban relacionados con conocer los síntomas de la hipoglucemia, hiperglucemia, ejercicio físico, alimentación y complicaciones que la diabetes puede causar.

La educación del paciente diabético debe centrarse en, la descripción del proceso de enfermedad, tratamiento, manejo nutricional, actividad física, uso de terapia farmacológica en forma segura, medición de la glucemia, prevención de complicaciones agudas y crónicas y apoyo psicológico como menciona Hevia,⁽⁵⁾ en su artículo Educación en diabetes.

Del personal encuestado el 53% refieren que una alimentación saludable ayuda a regular la glucemia evitando oscilaciones, el 35% ayuda a mantener el peso corporal adecuado. Existe una similitud con la investigación realizada por Del Castillo,⁽³⁶⁾ en España en el que el 80,7% de pacientes que acudieron a consulta de enfermería en el Centro de salud Contrueces Gijón refirieron que se le había dado consejos sobre alimentación, con el fin de lograr un peso adecuado, el control glucémico y el control de factores de riesgo cardiovascular. La ADA,⁽²⁸⁾ refiere que una alimentación saludable permite mantener niveles estables de glucemia, presión arterial y lípidos, mantener un peso corporal adecuado y prevenir o retrasar complicaciones de la diabetes.

En relación a lo mencionado, el 47% de los encuestados recomiendan el consumo de ensaladas, verdura, vegetales, bebidas sin azúcar, leche y yogurt desnatados, los vegetales en la dieta del paciente diabético son parte de una alimentación equilibrada ya que aportan vitaminas, minerales micronutrientes necesarios para el cuidado de la salud, mientras que el 41 % informan consumir cantidades adecuadas y bien repartidas en el día de pan, patatas, harinas, arroz, y evitar los azúcares rápidos, chocolates, miel y helados. El consumo excesivo de carbohidratos predispone la presencia de complicaciones, estos alimentos deben ser consumidos en la proporción adecuada.

Realizar ejercicio diario o varias veces a la semana durante 1 hora, es la principal recomendación que el personal proporciona para el control de la diabetes, existe diferencia con el estudio realizado por Del Castillo,⁽³⁶⁾ en el cual se observa que el 76% de los pacientes que acudieron a consulta de enfermería manifestaron que recibieron consejos sobre ejercicio físico y según la evidencia disponible, se recomienda realizarlo de manera regular y continuada, de intensidad aeróbica o anaeróbica, o preferiblemente una combinación de ambas, la frecuencia recomendada es de 3 sesiones semanales en días alternos, progresivas en duración e intensidad, y preferiblemente supervisadas.

La ADA recomienda a los adultos con diabetes que realicen al menos 150 min / semana de actividad física aeróbica de intensidad moderada (50-70% de la frecuencia cardíaca máxima), distribuidos durante al menos 3 días a la semana, llevar suplementos de hidratos de carbono, evitar ejercicio en horas de máxima temperatura y en las horas de máxima acción de la insulina o cuando se está agotando.⁽²⁸⁾

Relacionado con los cuidados del pie en el paciente diabéticos, la recomendación que más realizan, es la inspección diaria incluyendo espacios interdigitales no caminar descalzo con un 47%, la hidratación de los mismos y el uso de jabón neutro con un 35%, mientras que un 18% recomiendan no mantenerlos mojados más de 10 minutos, no usar calefactores, ni bolsas de agua como fuentes de calor. Estudios similares se observa en una investigación realizada por Fujiwara,⁽³⁷⁾ en donde se evidencia que la aplicación del cuidado para el pie diabético programado por una enfermera especialista, incluye eliminación de callos, demostración de prácticas de cuidado de la piel y la educación para el autocuidado, que son útiles para prevenir las ulceraciones.

Los resultados son similares a la investigación realizada por Ramírez,⁽³⁴⁾ quien refiere que el 70% personal de enfermería fomenta correctamente el cuidado de los pies en un paciente con diabetes, un 10% manifiestan que solo los orientan sobre cómo deben ser recortadas las uñas, el otro 10% solo los educan en cómo deben lavarse diariamente, y el 10% refieren enseñarle como deben revisar los pies diariamente. De acuerdo a la Guía de práctica clínica del Ecuador,⁽²¹⁾ todos los pacientes con diabetes y sus familias deben recibir educación general sobre los factores de riesgo y el manejo apropiado sobre medidas para evitar o minimizar las complicaciones a nivel de los pies y establece 11 medidas generales para su cuidado.

Los problemas derivados de la patología del pie del paciente diabético constituyen la principal causa de amputación no traumática y éstas podrían evitarse con un diagnóstico y tratamiento precoz de las lesiones, motivo por el cual es recomendable indicar el adecuado cuidado de los pies.

Con respecto, al uso correcto de antidiabéticos orales se observa que el 53% recomiendan conocer el nombre de la medicación, la dosis, horario de las tomas, y tomarlas cada día a la misma hora. En el mismo estudio realizado por Del Castillo,⁽³⁶⁾ se evidencia que en el 45%

de los diabéticos se ha impartido consejos sobre el uso adecuado de medicación, pero algunas enfermeras manifestaron que la revisión de los medicamentos que tiene prescritos el paciente y el seguimiento de cómo los toma, es una responsabilidad médica y que las enfermeras deben centrarse en el seguimiento de las indicaciones terapéuticas basadas en medidas higiénico-dietéticas, como el seguimiento de una alimentación adecuada y la práctica de ejercicio de forma regular. Según la ADA,⁽²⁸⁾ con respecto al uso de antidiabéticos orales establece algunas recomendaciones, ya antes mencionadas para evitar el mal uso de las mismas.

CONCLUSIONES

- Se evidenció a través de los datos obtenidos, que existe desconocimiento relacionado con la clasificación de la vista domiciliaria y los criterios para priorizar establecidos por el MAIS-FCI, el tiempo promedio y las etapas de la visita, elementos que son importantes para una adecuada intervención en cuanto a los problemas de salud detectados en el paciente, familia y los cuales el personal de enfermería debe conocer debido a que desempeña un papel preponderante en la atención primaria en salud, estableciéndose así un nivel medio de conocimientos.
- Con respecto al conocimiento del personal de enfermería sobre diabetes, se evidencio un nivel medio ya que la mayoría del personal según los datos se observa que no respondieron correctamente en aspectos como síntomas de una hipoglucemia, cuidados específicos de los pies, causas de la diabetes tipo 1, signos y síntomas de un pie diabético, hay que considerar que para brindar cuidados es necesario conocer los factores de riesgos que influyen en el desarrollo de la enfermedad, signos y síntomas, como prevenir las complicaciones en caso que se presente, cuidados específicos de la enfermedad.
- La nutrición y el área psicológica son los principales aspectos sugeridos para proporcionar cuidados en el paciente diabético por un gran porcentaje de los encuestados, omitiendo así la, actividad física y manejo de medicación, se debe considerar que para inferir en los cambios de conducta y lograr un estilo de vida propio de la condición diabética la educación y el cuidado en la diabetes van más allá de una alimentación adecuada, y el apoyo psicológico.
- La práctica de visitas domiciliarias en la población encuestada no es común y gran parte refieren que debido a su área de trabajo, el tiempo y la falta de personal no les permite realizar actividades extramurales, por lo cual no se estaría cumpliendo con lo establecido en el MAIS-FCI de realizar 3 visitas de seguimiento al año para las familias que tengan un integrante con patologías crónicas, con actividades de promoción, prevención y rehabilitación, las mismas que deben ser detalladas en la ficha familiar.

RECOMENDACIONES

- Sugerir al personal del equipo de salud para la realización de visitas domiciliarias una vez al año a los pacientes que se encuentren con mayor riesgo de padecer complicaciones.
- Realizar capacitaciones continuas una vez al mes para el personal de enfermería, con el fin de estar actualizados y así satisfacer las necesidades del paciente diabético ya sea en la atención prestada a nivel intramural como extramural.
- Al personal de enfermería, participación activa en promoción de la salud a los pacientes diagnosticados con esta patología quienes forman parte del club de diabéticos del subcentro, con el fin de que la educación esté orientada a las familias de los pacientes, promoviendo así la participación intersectorial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zuliani-Arango, Liliana Adela; Villegas-Peña, María Eugenia; Galindo-Cárdenas, Leonor Angélica; Kambourova M. Visita domiciliaria familiar : estrategia didáctica para la formación integral del personal médico *. Rev Latinoam Ciencias Soc [Internet]. 2015;13. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/773/77340728022.pdf>
2. José G. Prácticas de los enfermeros en la atención primaria en salud en Brasil. Rev Enferm EVIDENTIA. 2016;44(January).
3. Rosangela B, Dalla N. Prácticas del enfermero en el contexto de la atención básica. Rev LATINO-AMERICANA ENFERMAGEN [Internet]. 2016; Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692016000100609&script=sci_arttext&tlng=es
4. Ministerio de Salud Pública. Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS - FCI) [Internet]. QUITO-ECUADOR; 2012. 64-72 p. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2012/10/Modelo-de-Atencio%CC%81n-Integral-de-Saludu-MAIS.pdf>
5. Pilar Hevia V. E. Educación En Diabetes. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2016;27(2):271–6. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0716864016300165>
6. Angela RM, Fernandez C, Haddad L, Aidar T, Mathias DF, Marcon SS. Diferencias entre mujeres y hombres diabéticos en el autocuidado de los pies y estilo de vida. Rev LATINO-AMERICANA ENFERMAGEN [Internet]. 2016; Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692016000100384&script=sci_arttext&tlng=es
7. BARANDICA. Conocimiento del enfermero en la atención del Mayor Con Diabetes. Rev SALUD MOV [Internet]. 2017;9(1):22–31. Available from: <http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co/rdigital/ojs/index.php/saludmov/article/view/1624/1500>
8. ENSANUT-ECU. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 [Internet]. Vol.

- Tomo 1, Ensanut-Ecu 2012. 2014. 5-722 p. Available from: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf
9. Naranjo Hernandez Y. La diabetes mellitus: un reto para la Salud Pública. Rev Finlay [Internet]. 2016;6(1):4–6. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000100001
 10. Campos RR. Programa de gestión en visitas domiciliarias para mejorar la calidad de vida del adulto mayor en la comunidad del cebollar cantón Colta [Internet]. 2014 [cited 2018 Jun 13]. Available from: <http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/3391>
 11. MSP PERÚ. MANUAL DE VISITAS DOMICILIARIAS [Internet]. LIMA-PERÚ; 2014. Available from: https://www.mimp.gob.pe/Proyecto_Aprendiendo_Ayudando_2/documentos/manual_visitas_domiciliarias_2014.pdf
 12. Gutierrez MG. Calidad de atención domiciliaria de enfermería y satisfacción del paciente adulto mayor, centro de salud Juan Perez Carranza, 2017 [Internet]. 2017 [cited 2018 Jun 13]. Available from: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/1920>
 13. Ministerio de Salud Publica. “Estrategia de Abordaje Médico del Barrio y su Equipo de Atención Integral en Salud [Internet]. Vol. 1, Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud. QUITO-ECUADOR; 2017. 1-43 p. Available from: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/02/Manual_De_Estrategia_de_Abordaje_Medico_del_Barrio_2018.pdf
http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/02/Manual_De_Estrategia_de_Abordaje_Medico_del_Barrio_2018.pdf
 14. Barrezueta GM. Efectividad de las visitas domiciliarias como herramienta en las actividades comunitarias del Centro De Salud “La Propicia N° 1 de la ciudad de Esmeraldas [Internet]. Esmeraldas; 2017 [cited 2018 Jun 13]. 47 p. Available from: <https://repositorio.pucese.edu.ec/handle/123456789/1333>
 15. Guerra CD. Estudio del efecto de la visita domiciliaria programada y protocolizada

- de la enfermera de atención primaria en la morbilidad en pacientes de 65 o más años pluripatológicos. TESIS DOCTORAL [Internet]. Córdoba; 2014. Available from: <https://helvia.uco.es/handle/10396/12503>
16. GORINA M, JOAQUIN L, XAVIER P. Comparación de la satisfacción de los usuarios de atención domiciliaria: modelo integrado vs. modelo dispensarizado. *Aten Primaria*. 2014;46(6):276–82.
 17. Capa JLS. “ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LAS UNIDADES OPERATIVAS DEL DISTRITO 11D01 - ZONA 7” TESIS DE GRADO [Internet]. LOJA-ECUADOR; 2018. Available from: <https://addi.ehu.es/handle/10810/20724>
 18. The American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes—2015. *DIABETES CARE J Clin Appl Res Educ* [Internet]. 2015;38(January):S1–2. Available from: http://care.diabetesjournals.org/content/suppl/2014/12/23/38.Supplement_1.DC1/January_Supplement_Combined_Final.6-99.pdf
 19. Chapman Sánchez M, García Almaguer R, Caballero González G, Paneque Caballero Y, Sablón Mariño A. Efectividad de intervención educativa en el conocimiento del paciente diabético sobre autocuidados. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2016;32(1). Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubenf/cnf-2016/cnf161f.pdf>
 20. OMS. Informe Mundial de la diabetes. Resum orientación [Internet]. 2016;4. Available from: <http://www.idf.org/node/26452?language=es>
 21. Ministerio de Salud Pública. Guía de Práctica Clínica (GPC) de la Diabetes Mellitus tipo 2 [Internet]. Vol. 1, Ministerio de Salud Pública. 2017. 1-87 p. Available from: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/05/Diabetes-mellitus_GPC.pdf
 22. The American Diabetes Association. Classification and diagnosis of diabetes. *Diabetes Care*. 2015;38(January):S8–16.
 23. Hernández-Méndez ME. Educación para el autocuidado: estrategia fundamental en personas con diabetes TT - The education for selfcare: a key strategy for people with diabetes. *Rev enferm Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2014;22(2):61–4. Available from:

- http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/136/224
24. Mediavilla J. Guías en el manejo de la diabetes mellitus tipo 2. SEMERGEN. 2016;40(Abril 2012).
 25. Páez JA, Triana JD, Ruiz MÁ, Masmela KM, Parada YA, Peña CA, et al. Complicaciones crónicas de la diabetes mellitus: visión práctica para el médico de atención primaria. Rev Cuarzo [Internet]. 2016;22(1):13. Available from: <http://revistas.juanncorpas.edu.co/index.php/cuarzo/article/view/144>
 26. Jorge CJCH. Identificación de los factores y nivel de riesgo para Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes de 18 a 59 años de edad que acuden a consulta médica en el Centro de salud Hombro a Hombro de la ciudad de Santo Domingo. TESIS DE POSTGRADO. [Internet]. QUITO; 2015. Available from: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/4430/1/114067.pdf>
 27. The American Diabetes Association. Microvascular complications and foot care. Diabetes Care [Internet]. 2017;40(January):S88–98. Available from: http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/40/Supplement_1/S88.full.pdf
 28. The American Diabetes Association. Foundations of care: Education, nutrition, physical activity, smoking cessation, psychosocial care, and immunization. Diabetes Care [Internet]. 2015;38(January):S20–30. Available from: http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/38/Supplement_1/S20.full.pdf
 29. Rivas E, Zerquera G, Hernández C, Vicente B. Manejo práctico del paciente con diabetes mellitus en la Atención Primaria de Salud. Rev Finlay [Internet]. 2017;1(3):229–50. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/finlay/finlay-2017/finlay171n.pdf>
 30. Figueroa S, Lanchi V. Atención primaria del pie diabético en riesgo. Rev Cient Investig Actual del mundo las ciencias [Internet]. 2018;2:127–50. Available from: <http://www.reciamuc.com/index.php/es/article/view/63/pdf>
 31. Oriana P. PIE DIABÉTICO: ¿PODEMOS PREVENIRLO? Rev Clínica Las Condes [Internet]. 2016;27(2):227–34. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmclc.2016.04.012>

32. Valadão L, Kebian A, Acioli S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. *Rev Electron ENFERMAGEN* [Internet]. 2012;16(1):161–9. Available from: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/20260/16455>
33. Luz G, Ruth H. Conocimiento de los profesionales de enfermería sobre Diabetes Mellitus Tipo 2, Villavicencio, Meta, 2010. 2010;93–109. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-37092012000100010&script=sci_abstract&tlng=es
34. Ramirez RM. Intervenciones de enfermería en la atención a pacientes con diabetes tipo II en el primer nivel de atención. TE [Internet]. VERAPAZ-GUATEMALA; 2017. Available from: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2018/09/02/Matias-Rubidia.pdf>
35. Torres HC, Roque C, Nunes C. Visita domiciliar: Estrategia educativa para o autocuidado de clientes diabéticos na atenção básica. *Rev Enferm*. 2011;19(1):89–93.
36. Del Castillo Arevalo F, Salido González M, Losada García A, García García M, Fernández Prieto T, Blanco Gutiérrez ML. Valoración de la adherencia en el seguimiento del paciente diabético y uso de lenguaje enfermero. *Enfermería Glob* [Internet]. 2013;12(2):18–27. Available from: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/156481>
37. Fujiwara Yuko KK. Beneficial effects of foot care nursing for people with diabetes mellitus: An uncontrolled before and after intervention study. *J Adv Nurs Orig* [Internet]. 2011;67(April):1952–1962. Available from: https://www.researchgate.net/publication/51039836_Beneficial_effects_of_foot_care_nursing_for_people_with_diabetes_mellitus_An_uncontrolled_before_and_after_intervention_study

ANEXOS

Anexo 1: Instrumento utilizado.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA

Encuesta: La siguiente encuesta es aplicada con fines académicos, Tiene como objetivo evaluar el nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre visita domiciliaria a adultos diabéticos. Por favor contestar las siguientes preguntas

SECCIÓN I: DATOS PERSONALES

1. Edad:	
2. Género:	a) Femenino b) Masculino
3. Años de trabajo:	
4. Condición laboral:	
5. Área en que labora:	

SECCIÓN II: CONOCIMIENTOS DE ENFERMERÍA SOBRE VISITA DOMICILIARIA (encierre en un círculo su respuesta).

6. En la visita domiciliaria qué instrumento se utiliza para recolectar información.	a) Historia clínica. b) Ficha familiar. c) Entrevista. d) Familiograma.
7. La visita domiciliaria es una actividad propia de la APS nos permite la valoración de:	a) Los recursos disponibles del individuo y familia. b) La salud ambiental y desarrollo comunitario. c) Aspectos de salud y detección de problemas que rodean a la familia. d) Relaciones de cooperación e igualdad en la familia.
8. Los criterios para la priorización de la visita domiciliaria son:	a) Criterio socioeconómico, epidemiológico, demográfico, administrativo. b) Criterios técnicos, humanos, materiales y financieros c) Criterios de educación, materiales, financieros. d) Criterio epidemiológico, geográfico, técnico.
9. La OMS establece criterios mínimos para priorizar la atención domiciliaria, uno de ellos es:	a) Familias con enfermos graves o discapacidad b) Personas con alta hospitalaria alejada. c) Personas que pueden desplazarse al centro de salud. d) Personas con riesgo biológico que acuden a consulta frecuentemente.

10. ¿Cuáles son las etapas de la visita domiciliaria?	<ul style="list-style-type: none"> a) Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución, evaluación, registro de la visita. b) Preparación, valoración, planificación, evaluación de la visita, registro de la visita. c) Preparación, presentación en domicilio, valoración, planificación, ejecución, evaluación, registro. d) Captar paciente, valoración, planificación, ejecución, evaluación, registro de la visita.
11. Uno de los requisitos para garantizar el desarrollo de la visita domiciliaria es:	<ul style="list-style-type: none"> a) Participación comunitaria, familiar, y las diversas asociaciones. b) Trabajo multidisciplinario del equipo de salud. c) Ejecución de cuidados centrados en el individuo. d) Trabajo del personal encargado directamente.
12. El rendimiento promedio para una visita domiciliaria es:	<ul style="list-style-type: none"> a) 15-20 minutos b) 30-40 minutos c) 1- 2 horas d) 2-3 horas
13. La visita domiciliaria se clasifica en:	<ul style="list-style-type: none"> a) Visita de captación y visita de evaluación. b) Primera visita y visita de seguimiento. c) primera visita y visita de diagnóstico d) primera visita y visita de caracterización familiar

SECCIÓN III: CONOCIMIENTO DE ENFERMERÍA SOBRE DIABETES (encierra en un círculo su respuesta).

14. La diabetes mellitus tipo 1 se produce por:	<ul style="list-style-type: none"> a) Disminución a la sensibilidad de la insulina. b) Deficiente actividad periférica a la insulina. c) Destrucción autoinmune de las células beta. d) Factores ambientales y estilos de vida.
15. Se habla de diabetes cuando el nivel de glucosa en sangre es:	<ul style="list-style-type: none"> a) Glucemia en ayunas mayor a 126 mg/dL, confirmada con una segunda prueba. b) Glucemia en ayunas menor a 126 mg/dL confirmada con una segunda prueba. c) Glucemia en ayunas mayor a 70 mg mg/dL confirmada con una segunda prueba. d) Glucemia en ayunas menor a 100 mg mg/dL confirmada con una segunda prueba.
16. Dentro de los síntomas que presenta una hipoglucemia están:	<ul style="list-style-type: none"> a) Debilidad, necesidad de orinar frecuentemente, sed intensa. b) Somnolencia, cetoacidosis diabética, polidipsia, polifagia. c) Sudoración, somnolencia, poliuria, glucemia elevada. d) Temblor, somnolencia, sudoración fría, debilidad, mareo.
17. Los síntomas que se presentan en la hiperglucemia son:	<ul style="list-style-type: none"> a) Niveles de azúcar elevado en sangre, somnolencia, debilidad. b) Polidipsia, polifagia, poliuria, niveles de azúcar en sangre elevado. c) Sensación incontrolable de hambre, debilidad mareo, dolor de cabeza. d) Cetoacidosis diabética, sensación exagerada de sed, dolor de cabeza.
18. El factor predominante que hace a las personas diabéticas ser susceptibles de padecer graves lesiones en los pies es:	<ul style="list-style-type: none"> a) Macroangiopatía. b) Neuropatía. c) Nefropatía. d) Microangiopatía.

19. ¿Cuáles son los signos y síntomas que presenta un pie diabético si hay afección circulatoria?	<ul style="list-style-type: none"> a) Dolor al caminar o en reposo, piel fría con pérdida de vello, ausencia de pulsos. b) Alteraciones musculares con alteraciones en la estática del pie. c) Presencia de callosidades en zonas de apoyo talón, cabezas de los metatarsianos. d) Sudor, inflamación de los pies, ausencia de pulsos.
20. El cuidado preventivo de los pies de un paciente con diabetes debe incluir:	<ul style="list-style-type: none"> a) Eliminar las callosidades siempre con cuchilla nueva, después de mantener los pies en remojo. b) Cortar las uñas rectas, limar los ángulos siguiendo el contorno del dedo. c) Calentar los pies con mantas eléctricas si están muy fríos. d) Utilizar calzado abierto y bien ajustado en el verano.
21. Uno de los pilares básicos de la diabetes es la alimentación sana el número de comidas que se debe recomendar al día es:	<ul style="list-style-type: none"> a) 3 comidas al día b) 4-6 comidas al día c) 2-3 comidas al día d) más de 6 comidas
22 ¿Cuál de estos factores puede causar hipoglucemia en un paciente diabético en tratamiento con insulina?	<ul style="list-style-type: none"> a) Falta de ejercicio físico b) Omitir una comida c) Situación estresante d) Dosis reducida de insulina
23 En qué zona del cuerpo se absorbe de manera rápida la insulina:	<ul style="list-style-type: none"> a) Piernas y zona glútea b) Zona abdominal c) Brazos y piernas d) Es igual en todas las zonas

SECCIÓN IV: INTERVENCIONES EDUCATIVA QUE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA REALIZA EN LA VISITA DOMICILIARIA EN EL PACIENTE DIABÉTICO. (opción múltiple encierre con un círculo sus respuestas).

24 Para brindar cuidados de enfermería que aspectos se deben considerar en el paciente diabético:	<ul style="list-style-type: none"> a) Nutricional b) Ejercicio físico c) Medicación d) Aspecto psicológico
25 El objetivo de una alimentación saludable en un paciente diabético es:	<ul style="list-style-type: none"> a) Conseguir un valor nutritivo correcto b) Mantener el peso adecuado c) Regular la glucemia evitando oscilaciones d) Mantener el nivel de azúcar en la sangre.
26 Que recomendación proporciona a un paciente con diabetes en relación a la alimentación.	<ul style="list-style-type: none"> a) Evitar los azúcares rápidos, azúcar, chocolate, miel, helados, mermeladas. b) Consumir cantidades adecuadas y bien repartidas en el día de pan, patatas, harinas, arroz, frutas y legumbres. c) Consumir con moderación: carnes, huevos y embutidos. d) Consumo de: ensaladas, verdura, bebidas sin azúcar, leche y yogurt desnatados.
27 El ejercicio físico en un paciente con diabetes tiene como objetivo:	<ul style="list-style-type: none"> a) La pérdida de peso. b) Mejora el control de la diabetes. c) Disminuye la tensión arterial. d) Disminuye el colesterol, triglicéridos

<p>28 En cuanto a la actividad física que le recomendaría a un paciente diabético.</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Evitar ejercicios en horas de máxima temperatura. b) Realizar ejercicio 1 hora después de las comidas principales. c) Realizar ejercicio diario o varias veces a la semana durante 1 hora. d) Realizar ejercicios no extenuantes, como natación, bicicleta, caminatas, bailes.
<p>29 Qué medidas recomienda para evitar o minimizar complicaciones a nivel de los pies del paciente con diabetes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Inspección diaria de los pies incluyendo espacios interdigitales, no caminar descalzo. b) No mantener los pies mojados más de 10 minutos, no usar calefactores, ni bolsas de agua. c) Aplicar crema hidratante en todo el pie menos en los espacios interdigitales, usar jabone neutro d) Las medias deberán ser sin costuras ni elástico, evitando tejidos sintéticos.
<p>30 Si un paciente usa antidiabéticos orales que consejos le da:</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Debe conocer el nombre de sus pastillas, así como la dosis y horario de las tomas. b) Debe tomar la pastilla cada día a la misma hora. c) Cualquier pastilla de diabetes debe de ir acompañada de ejercicio y una dieta adecuada. d) Si se olvida tomar la pastilla de la mañana y se acuerda más tarde tomársela, pero si toma una cada día y se le olvida no tome dos al día siguiente.

Anexo2: Consentimiento informado.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para participar en el trabajo de investigación denominado **CONOCIMIENTOS DE ENFERMERIA SOBRE VISITA DOMICILIARIA A ADULTOS DIABETICOS.CENTRO DE SALUD ESPOCH-LIZARZABURU ABRIL- AGOSTO 2018** a cargo de la(s) estudiante(s), **DUCHI YAGUACHI DIANA CAROLINA** como actividad de titulación que es un requisito para su graduación y que sus resultados podrán ser publicados en medios de divulgación científica físicas o electrónicas.

Además, afirmo que se me proporcionó suficiente información sobre los aspectos éticos y legales que involucran mi participación y que puedo obtener más información en caso de que lo considere necesario.

Entiendo que fui elegido (a) para este estudio por ser parte de la población en estudio y personal de enfermería del establecimiento de salud. -Además, doy fe que estoy participando de manera voluntaria y que la información que apporto es confidencial y anónima, por lo que no se revelará a otras personas y no afectará mi situación personal, ni generará riesgos a la salud. Así mismo, sé que puedo dejar de proporcionar la información y de participar en el trabajo en cualquier momento.

Fecha: _____

Firma del Participante

Firma del Investigador

Anexo 3: Validación del instrumento.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE TITULACIÓN



CRITERIOS PARA LA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN. CUESTIONARIO DE VALIDACIÓN POR ESPECIALISTAS

Luego de expresar un cordial saludo y desearle éxito en sus funciones, de la manera más comedida, le solicitamos que emita su criterio en calidad de especialista, acerca del test que se adjunta, el cual constituye el instrumento para la recolección de los datos durante una investigación con el propósito de: Evaluar el nivel de conocimiento de enfermería sobre visita domiciliaria a adultos diabéticos del Centro de Salud Espoch Lizarzaburu. Abril – Agosto 2018. Los criterios evaluativos deberán ser expresados atendiendo las siguientes categorías: muy adecuado (MA), adecuado (A), poco adecuado (PA), inadecuado (I). Exprese lo que considere pertinente con el fin del perfeccionamiento del referido instrumento.

N°	ASPECTOS	MA	A	PA	I
1	Claridad de las preguntas	✓			
2	Pertinencia de las preguntas	✓			
3	Aplicabilidad en el área	✓			
4	Confiable del instrumento	✓			
5	Analiza la actuación ética del evaluador en caso de aplicación de instrumentos de evaluación de conocimiento	✓			
6	El resultado de este instrumento es coherente con el objetivo que se persigue	✓			
7	Veracidad en la información	✓			
8	Analiza la actuación ética en el instrumento	✓			
9	Describe las características, condiciones y procedimientos del uso del instrumento en la recogida de información	✓			



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 CARRERA DE ENFERMERÍA
 UNIDAD DE TITULACIÓN



10	Relaciona el instrumento de desempeño profesional con la técnica correspondiente a la evidencia a recoger	✓			
----	---	---	--	--	--

Recomendaciones: _____

Por su colaboración, le adelantamos nuestros agradecimientos.

Atentamente,

Equipo investigador

Apreciación cualitativa (Opcional)

Observaciones (Opcional)

Nombres y Apellidos Mel. Angélica Herrera Fecha: 23-07-18
 Institución en la que labora UNACH
 Años de servicio 31 Profesión: Enfermera
 Mayor grado científico PhD. Maestría
 Nombre del postgrado de mayor grado científico _____

[Firma]
 Firma

Titulación F.D



**CRITERIOS PARA LA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.
CUESTIONARIO DE VALIDACIÓN POR ESPECIALISTAS**

Luego de expresar un cordial saludo y desearle éxito en sus funciones, de la manera más comedida, le solicitamos que emita su criterio en calidad de especialista, acerca del test que se adjunta, el cual constituye el instrumento para la recolección de los datos durante una investigación con el propósito de: Evaluar el nivel de conocimiento de enfermería sobre visita domiciliaria a adultos diabéticos del Centro de Salud Espoch Lizarzaburu. Abril – Agosto 2018. Los criterios evaluativos deberán ser expresados atendiendo las siguientes categorías: muy adecuado (MA), adecuado (A), poco adecuado (PA), inadecuado (I). Exprese lo que considere pertinente con el fin del perfeccionamiento del referido instrumento.

Nº	ASPECTOS	MA	A	PA	I
1	Claridad de las preguntas		/		
2	Pertinencia de las preguntas		/		
3	Aplicabilidad en el área		/		
4	Confiabilidad del instrumento		/		
5	Analiza la actuación ética del evaluador en caso de aplicación de instrumentos de evaluación de conocimiento		/		
6	El resultado de este instrumento es coherente con el objetivo que se persigue		/		
7	Veracidad en la información		/		
8	Analiza la actuación ética en el instrumento		/		
9	Describe las características, condiciones y procedimientos del uso del instrumento en la recogida de información		/		



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 CARRERA DE ENFERMERÍA
 UNIDAD DE TITULACIÓN



10	Relaciona el instrumento de desempeño profesional con la técnica correspondiente a la evidencia a recoger		/		
----	---	--	---	--	--

Recomendaciones: _____

HACER UNA PRUEBA PILOTO PARA IDENTIFICAR CUALQUIER ERROR O INCONSISTENCIA.

Por su colaboración, le adelantamos nuestros agradecimientos.

Atentamente,

Equipo investigador

Apreciación cualitativa (Opcional)

Observaciones (Opcional)

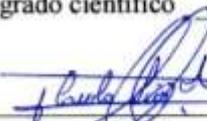
Nombres y Apellidos MAYRA CANDIA LEON ENSUDESTY Fecha: 16-07-18

Institución en la que labora UNACH

Años de servicio 15 Profesión: ENFERMERA

Mayor grado científico PhD. Maestría

Nombre del postgrado de mayor grado científico MAESTRIA EN SALUD PUBLICA.



 Firma

Titulación F.D



**CRITERIOS PARA LA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.
CUESTIONARIO DE VALIDACIÓN POR ESPECIALISTAS**

Luego de expresar un cordial saludo y desearle éxito en sus funciones, de la manera más comedida, le solicitamos que emita su criterio en calidad de especialista, acerca del test que se adjunta, el cual constituye el instrumento para la recolección de los datos durante una investigación con el propósito de: Evaluar el nivel de conocimiento de enfermería sobre visita domiciliaria a adultos diabéticos del Centro de Salud Epoch Lizarzaburu. Abril – Agosto 2018. Los criterios evaluativos deberán ser expresados atendiendo las siguientes categorías: muy adecuado (MA), adecuado (A), poco adecuado (PA), inadecuado (I). Exprese lo que considere pertinente con el fin del perfeccionamiento del referido instrumento.

Nº	ASPECTOS	MA	A	PA	I
1	Claridad de las preguntas		✓		
2	Pertinencia de las preguntas		✓		
3	Aplicabilidad en el área		✓		
4	Confiabilidad del instrumento		✓		
5	Analiza la actuación ética del evaluador en caso de aplicación de instrumentos de evaluación de conocimiento		✓		
6	El resultado de este instrumento es coherente con el objetivo que se persigue		✓		
7	Veracidad en la información		✓		
8	Analiza la actuación ética en el instrumento		✓		
9	Describe las características, condiciones y procedimientos del uso del instrumento en la recogida de información		✓		



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 CARRERA DE ENFERMERÍA
 UNIDAD DE TITULACIÓN



10	Relaciona el instrumento de desempeño profesional con la técnica correspondiente a la evidencia a recoger				
----	---	--	--	--	--

Recomendaciones: _____

Por su colaboración, le adelantamos nuestros agradecimientos.

Atentamente,

Equipo investigador

Apreciación cualitativa (Opcional)

Observaciones (Opcional)

Nombres y Apellidos Vivónica Quijapi Lucero Fecha: 09/01/18
 Institución en la que labora Universidad Nacional de Chimborazo
 Años de servicio 5 años Profesión: lic en enfermería
 Mayor grado científico PhD. Maestría
 Nombre del postgrado de mayor grado científico Maestría en Salud Pública

[Firma]
 Firma

Titulación F.D

Anexo 4: Autorización de la unidad asistencial.

Riobamba, 12 de Junio del 2018

OFICIO N° 651-CE-FCS-2018

Dr:

HECTOR PULGAR

DIRECTOR DEL DISTRITO DE SALUD CHAMBO RIOBAMBA

DIRECCION DISTRITAL 06D01 CHAMBO-RIOBAMBA-SALUD	
Registro N°
Fecha	12-06-2018
Hora	12:00
N° Adjunto	5/10
Secretaría Distrital Firma	<i>P</i>

Presente:

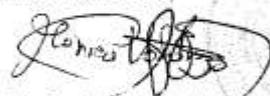
Señor Director:

Reciba un atento y el agradecimiento por el invaluable aporte de quienes conforman el distrito 06D01 en la formación de nuestros estudiantes de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Chimborazo.

En esta ocasión solicito comedidamente se autorice el ingreso de la señorita Diana Carolina Duchi Yaguachi con CI. 060436810-0 estudiante de la carrera de enfermería quien requiere el acceso a información de la institución para el desarrollo del proyecto para la obtención del título de Licenciada en Enfermería con el tema: "SATISFACION SOBRE VISITAS DOMICILIARIAS EN EL CENTRO DE SALUD ESPOCH- LIZARZABURU. ABRIL – AGOSTO 2018".

Por la favorable atención al presente, agradezco.

Atentamente,



MsC. Mónica Valdiviezo.

0603718784

DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERIA - UNACH

11-06-2018
Md. María Elena Barba E.
MEDICO GENERAL
L: 44 P: 54 N° 155

Nota: Se adjunta el Perfil del Proyecto y copia del oficio de aprobación por comisión de carrera.

Ministerio de Salud Pública
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
LIZARZABURU
COD 0020935