



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

Resolución N°045-2020-SUNEDU/CD

TESIS

“VISITAS DOMICILIARIAS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA”

LINEA DE INVESTIGACION

SALUD PUBLICA

PARA OPTAR EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTADO POR:

Vásquez Román Melanie Estela

Albornoz Linares Erika

Garcia Chavez Daniel Carlos

DOCENTE ASESOR:

MG. MARGARITA DORIS ZAIRA SACSI

CÓDIGO ORCID N° 0000-0002-0679-5065

ICA-PERU-2022

DEDICATORIA

A mi familia por estar presente en cada momento de mi vida y apoyarme siempre en cada paso que doy para seguir creciendo como profesional.

Melanie

DEDICATORIA

A mis padres por todo su apoyo incondicional y ser la motivación para seguir adelante en cada etapa de mi vida.

Erika

DEDICATORIA

A Dios por darme como ejemplo a mis padres, gracias a ellos por su esfuerzo, honestidad, perseverancia y sacrificio de apoyarme en esta etapa de ser un gran profesional.

Daniel

RESUMEN

La diabetes mellitus (DM) tipo 2 es una condición de salud crónica con tasas bajas de adherencia al tratamiento, ya que impone desafíos diarios para las prácticas de autocuidado asociadas con el seguimiento de un plan de alimentación saludable y la práctica de actividad física para el control y la prevención de las complicaciones derivadas de esta condición crónica.

Diferentes estudios demuestran la necesidad de sistematizar estrategias educativas para mejorar la adherencia a las prácticas de cuidado personal de la diabetes para satisfacer las necesidades de los usuarios guiando, motivando y, sobre todo, permitiéndoles controlar la diabetes de manera efectiva. Las visitas domiciliarias brindan un espacio para el diálogo y la escucha calificada, ya que esta estrategia educativa, como una forma de capacitar a los usuarios para el cuidado personal de la diabetes, permite una aproximación a la realidad de su vida y les ayuda a tomar decisiones informadas

En este estudio, se utilizó el enfoque de empoderamiento en las visitas domiciliarias. Se basa en aspectos psicosociales y de comportamiento inherentes a la autonomía y la capacidad de los usuarios para asumir

efectivamente la responsabilidad de su propio cuidado. El empoderamiento les permite a los usuarios hacer cambios de comportamiento saludables, tomar decisiones informadas sobre su tratamiento y les brinda la voluntad de adherirse a las prácticas de cuidado personal.

INDICE

DEDICATORIA.....	02
RESUMEN.....	03
INDICE.....	04
I. INTRODUCCIÓN.....	05
II. PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	07
a) DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	06
b) FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	08
c) JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION.....	09
d) HIPOTESIS.....	10
e) VARIABLES.....	11
III. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	14
a) OBJETIVO GENERAL.....	14
b) OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	14
IV. MARCO TEORICO.....	15
V. METODOS O PROCEDIMIENTOS.....	38
VI. RESULTADOS.....	42
VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	59

a) CONCLUSIONES.....	59
b) RECOMENDACIONES.....	60
BIBLIOGRAFIA.....	61
ANEXOS.....	64

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

Definir el papel del personal de salud en la atención domiciliaria es complejo y multifacético. Para algunos, la atención domiciliaria se considera una nueva frontera clínica emocionante. Para otros, es simplemente una discusión sobre la impracticabilidad de las visitas a domicilio. Y para otros, es una afirmación de una larga tradición en medicina familiar.

La exhaustividad de la atención también se enfrenta a los programas de atención domiciliaria que se caracterizan a nivel nacional por los recursos escasos, los diferentes niveles de prestación de servicios entre las provincias y las regiones, y la falta general de reconocimiento de la importancia de la atención domiciliaria. Si bien se puede presentar un argumento convincente para la participación del médico en la atención domiciliaria basada en los principios de la medicina familiar, deben abordarse los desafíos prácticos para la participación, como las limitaciones de tiempo, la remuneración y la desorganización de los sistemas de administración.

Además de la complejidad de la definición de roles, se encuentran las limitaciones de la investigación disponible, especialmente en educación,

tecnología y la organización y la calidad de la entrega. Hay poca investigación sobre los resultados de los pacientes, los servicios prestados o la rentabilidad que podrían proporcionar orientación sobre las necesidades médicas de los pacientes en el hogar.

La atención domiciliaria en este contexto a menudo se examina como un modo alternativo de práctica en lugar de como parte del proceso continuo del paciente. El cuidado y la perspectiva del paciente se pasa por alto en gran medida.

CAPITULO II: PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La diabetes mellitus es un trastorno metabólico crónico caracterizado por un defecto en la secreción de insulina que resulta en un nivel anormalmente alto de glucosa en la sangre. La condición hiperglucémica a largo plazo se asocia con muchas complicaciones: daño a largo plazo, disfunción y fallo de diferentes órganos, incluidos los vasos sanguíneos, los ojos, los nervios del corazón y los riñones. (ADA 2014.)

La diabetes mellitus se clasifica en cuatro categorías principales: diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, diabetes mellitus gestacional (DMG) y tipos específicos de diabetes debido a otras causas (IDF 2015; OMS 2016a; ADA 2017a). T2D, también conocida como diabetes no dependiente de insulina o diabetes de inicio en adultos, es el tipo más común de todas las diabetes (IDF 2015; ADA 2017a). Hoy en día, se diagnostica cada vez más en niños y adolescentes (Rosenbloom et al. 2009) y representa aproximadamente el 90-95% de todos los casos (IDF 2015; ADA 2017a).

La principal causa de la diabetes tipo 2 es la resistencia a la insulina. La insulina es producida por las células β del islote pancreático de Langerhans, pero las células diana ya no parecen reconocerla. La diabetes tipo 2 también puede deberse a una producción inadecuada (baja o nula) de insulina por parte del páncreas. (ADA 2017a; Craig et al. 2009; IDF 2015.) Los factores de riesgo comunes de la diabetes no insulino dependiente son el sobrepeso, la dieta poco saludable, la inmovilidad o la falta de ejercicio físico, el tabaquismo, la edad, etc.

Bodenhorn y Havens describen las visitas domiciliarias de la siguiente manera: "La visita domiciliaria es un método establecido desde hace mucho tiempo para ayudar a las familias hacer frente a los cambios en sus vidas. Programas de visita domiciliaria enviados enfermeras, trabajadores sociales, educadores, consejeros o comunidad capacitada trabajadores en el hogar para aconsejar, apoyar, ayudar y educar familias".

El fundamento de las visitas domiciliarias, según estos autores, se basa en la creencia de que las familias necesitan ayuda donde están las familias, en el hogar, y que la intervención en ese entorno evitará problemas o crisis que puede ser una carga para el sistema de salud.

Las visitas domiciliarias de enfermeros practicantes avanzados pueden tener beneficios, ya que proporciona la oportunidad para que las

enfermeras evalúen el paciente ambiente sistemáticamente y para planificar e implementar adecuada intervenciones.

Las enfermeras especializadas en el servicio de visitas domiciliarias iniciado por Rhonda Health. El servicio en el Reino Unido es un ejemplo de los beneficios de visita a domicilio. El propósito de este servicio fue la evaluación y tratamiento de las dificultades de comportamiento en la primera infancia para una comunidad en que una cuarta parte de todos los padres consideraban a sus hijos en edad preescolar como tener problemas de comportamiento. El beneficio de tal el servicio es el de la intervención preventiva; es decir, identificar un problema temprano y proporcionando una intervención adecuada antes más costosa.

2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

2.2.1 PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuáles son los conocimientos de enfermería sobre visita domiciliaria a adultos diabéticos en el HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2022?

2.2.2 PROBLEMA SECUNDARIOS

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas en la población de estudio?

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento de enfermería sobre visita domiciliaria?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento que tienen las enfermeras sobre la diabetes?
- ¿Cuáles son las principales intervenciones educativas de enfermería realizadas durante la visita domiciliaria a adultos diabéticos?

2.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La visita domiciliaria es una idea para poder ayudar a las diferentes poblaciones vulnerables, y con ellos sus diferentes comorbilidades entre las cuales podemos mencionar a la diabetes mellitus, en ese sentido, la población en el grupo de edad de 65 años y más está aumentando significativamente y, de estos, el número de personas de edad muy avanzada (80 años o más) está creciendo, como se refleja en el Índice de envejecimiento global publicado recientemente, informe detallado.

En particular, el 16% de la población tiene más de 65 años y las personas muy mayores constituyen casi el 25% de todos los adultos mayores; Si continúan las tasas de mortalidad actuales, a mediados de este siglo, este último grupo representará alrededor del 30% de todos los adultos mayores, los mayores de 65 años. Entre los problemas derivados del envejecimiento de la población, se destacan las dificultades que enfrentan los servicios de atención de salud para hacer frente al aumento de la demanda de las necesidades del envejecimiento de la población, las dificultades que afectan no solo al aumento de los costos de

atención, sino también a la capacidad organizativa en diferentes niveles del sistema de atención.

Los equipos de atención médica primaria y / o comunitaria, y especialmente los profesionales de enfermería que forman parte de ellos, son uno de los puntos fuertes del sistema para llevar a cabo intervenciones para satisfacer las necesidades mencionadas anteriormente, especialmente las de los ciudadanos dependientes en situaciones de salud que conducen a la fragilidad. , viviendo en sus propias casas; así como las necesidades de las familias que los cuidan, que necesitan especialistas que les ayuden a planificar y administrar la atención.

Un perfil epidemiológico común entre quienes requieren atención domiciliaria es: multirrológico (más de dos enfermedades crónicas), polimedicado, fragilidad o un alto grado de invalidez, depende de cuidadores formales o informales, que requieren atención médica que, especialmente porque trata con individuos de edad avanzada o con limitaciones funcionales y / o cognitivas.

El objetivo principal de la enfermería a domicilio. El servicio es apoyar, mantener y mejorar la salud y el estado funcional del paciente. A través de actividades de enfermería orientadas a objetivos. El servicio de enfermería a domicilio brinda la oportunidad de continuar la atención necesaria para el paciente en el entorno de su hogar durante el período de recuperación de la enfermedad.

El servicio de enfermería domiciliaria está destinado a pacientes cuya condición de salud no Requiere hospitalización pero que aún necesita asistencia médica

experta. Esto puede referirse a un persona con movilidad reducida, que no puede asistir a una cita médica. Aquí, el grupo especialmente vulnerable son las personas mayores, ya que a menudo tienen multimorbilidades.

La derivación a un servicio de enfermería domiciliaria se decide ya sea por un médico de familia o Doctor especialista. La referencia debe incluir notas del proveedor de atención médica sobre la problemas de salud, así como los procedimientos de tratamiento necesarios que deben realizarse durante la visita a casa (s). El cuidado de enfermería a domicilio es gratuito para las personas con seguro. Seguro de salud general, servicios de enfermería a domicilio son proporcionados por enfermeras de atención domiciliaria. Para convertirse en una casa de pleno derecho enfermera, una calificación especial, al menos tres años de experiencia laboral y especial.

La prestación de servicios de enfermería domiciliaria en Perú está regulada por los siguientes Reglamento del Ministerio de Asuntos Sociales, que estipulan los régimen de enfermería domiciliaria. La documentación de enfermería se define como oficial. Documento registrado que consta de varias partes obligatorias, incluidas las actividades de enfermería y procesos de seguimiento.

2.4 HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

2.4.1 HIPÓTESIS GENERAL

Existe un conocimientos de enfermería alto sobre visita domiciliaria a adultos diabéticos en el HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2022

2.4.2 HIPÓTESIS SECUNDARIAS

- Existe un nivel de conocimiento alto de las enfermeras sobre la diabetes
- Existe un grupo de intervenciones educativas de enfermería que son las realizadas durante la visita domiciliaria a adultos diabéticos

2.5 VARIABLES

VARIABLE: GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE VISITAS DOMICILIARIAS

DEFINICIÓN OPERACIONAL:

Grupo de conocimientos sobre los protocolos existentes de las visitas domiciliarias.

DIMENSIONES:

Conocimiento sobre los protocolos de las visitas domiciliarias.

Conocimiento sobre los beneficios de las visitas domiciliarias

Conocimiento sobre los beneficios de las visitas domiciliarias en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus.

CAPÍTULO III: OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar el nivel de conocimientos de enfermería acerca del tópico de visita domiciliaria en adultos con diagnóstico de DM

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar las principales características sociodemográficas en la población de estudio.
- Analizar el grado de conocimiento del personal de enfermería en el tópico de DM
- Determinar los parámetros de las intervenciones educativas en pacientes con diagnóstico de DM

CAPÍTULO IV: MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES NACIONALES

1.2 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Atención domiciliaria, hospitalizaciones y consultas médicas.

Este estudio estima los efectos de la atención domiciliaria formal en las hospitalizaciones y las visitas al médico. Comparamos los efectos de la atención domiciliaria médica y no relacionada con la medicina e investigamos los efectos heterogéneos por grupo de edad y disponibilidad de atención informal. Se estiman modelos de dos partes, utilizando datos de Suiza.

En este país federal, la política de atención domiciliaria se descentraliza en cantones (es decir, estados). La endogeneidad de la atención domiciliaria se aborda mediante el uso de variables instrumentales, cantón y efectos fijos en el tiempo. Implementamos el uso de la atención domiciliaria a nivel cantonal con los precios de la atención domiciliaria y los gastos de educación.

Si bien la atención domiciliaria relacionada con la medicina reduce la duración de la estadía por debajo de los 60 días, el aumento de la atención domiciliaria no relacionada con la medicina se mantiene por

más de 10 días. La atención domiciliaria no relacionada con la medicina también reduce el número de visitas al médico de cabecera. Sin embargo, todos estos efectos son pequeños. Ambos tipos de atención domiciliaria tienden a tener efectos más fuertes entre las personas mayores de 65 años y aquellos con atención informal disponible en su hogar.

“Seguridad y calidad del paciente en la atención médica domiciliaria”

La atención médica domiciliaria es un sistema de atención que brindan profesionales capacitados a pacientes en sus hogares bajo la dirección de un médico. Los servicios de atención médica domiciliaria incluyen atención de enfermería; terapia física, ocupacional y del habla y lenguaje; y servicios sociales médicos. Los objetivos de los servicios de atención médica domiciliaria son ayudar a las personas a mejorar sus funciones y vivir con mayor independencia; promover el nivel óptimo de bienestar del cliente; y para ayudar al paciente a permanecer en casa, evitando la hospitalización o el ingreso en instituciones de cuidado a largo plazo. Los médicos pueden derivar pacientes para servicios de atención médica domiciliaria, o los miembros de la familia o los pacientes pueden solicitarlos.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) estiman que 8,090 agencias de atención médica domiciliaria en los Estados Unidos brindan atención a más de 2.4 millones de personas mayores y discapacitadas cada año. Para ser elegible para el reembolso de Medicare, los servicios de atención médica domiciliaria deben ser considerados médicamente necesarios por un médico y proporcionados a un paciente con domicilio. Además, la atención debe proporcionarse de forma intermitente y no continua. Los beneficiarios de Medicare que tienen mala salud, tienen bajos ingresos y tienen 85 años de edad o más tienen tasas relativamente altas de uso de atención médica domiciliaria. Los diagnósticos comunes entre los pacientes de atención médica domiciliaria incluyen enfermedad circulatoria (31 por ciento de los pacientes), cardiopatía (16 por ciento), lesión e intoxicación (15,9 por ciento), enfermedad musculoesquelética y del tejido conjuntivo (14,1 por ciento) y enfermedad respiratoria (11,6 por ciento).

“Cuidados en el hogar: más que solo una enfermera de visita”

Cuando los pacientes salen del hospital y regresan a sus hogares con atención de enfermería domiciliaria, pasan de entornos médicos de gran apoyo con potencialmente muchos médicos, enfermeras, auxiliares y otros profesionales, a entornos no médicos con apoyo formal e informal de cuidadores complementados con frecuencia por visitas desde el hogar. enfermeras de cuidado.

Los pacientes y los cuidadores deben esforzarse para absorber información confusa y potencialmente contradictoria impartida por varios médicos clínicos antes del alta hospitalaria y por las enfermeras de atención domiciliaria. Los proveedores, por su parte, a menudo tienen una comprensión incompleta de los entornos del hogar y las capacidades del paciente y del cuidador. A pesar de estas dificultades, los pacientes se dejan en gran parte a sí mismos, se espera que se ocupen de su cuidado lo suficiente como para poseer y manejar sus condiciones médicas. Es una tarea desalentadora.

La seguridad del paciente en el hogar es tan importante como la seguridad del paciente en los hospitales. Las condiciones inseguras en el hogar pueden llevar a hospitalizaciones innecesarias o evitables.

La atención domiciliaria disminuye los costos, mejora los resultados de salud y reduce las estadías en el hospital. A pesar de estos beneficios, existen problemas. Alrededor del 13% de los pacientes inscritos en la atención domiciliaria experimentan un evento adverso. La mayor parte de los eventos adversos que ocurren entre los pacientes atendidos en el hogar están relacionados con los medicamentos, con un 20% -33% que experimenta un problema de medicación o un evento adverso de medicamentos. La investigación ha encontrado que el personal de atención domiciliaria y los cuidadores informales pueden desempeñar un papel en un subconjunto importante de eventos adversos que resultan en la hospitalización aunque se necesita más investigación

para comprender la naturaleza de la interacción. La atención insuficiente a la comunicación efectiva durante la atención de transición del hospital al hogar puede ser uno de los factores que contribuyen a estos patrones.

Se ha prestado relativamente poca atención a las causas subyacentes de estos eventos adversos y cómo podrían prevenirse. Nuestra búsqueda en la literatura reveló un número limitado de manuscritos publicados en este dominio en comparación con otros entornos. Para evitar reingresos hospitalarios, mejorar los resultados de los pacientes y ahorrar dinero, se debe prestar más atención a la seguridad en el hogar.

2. BASE TEÓRICA

2.1 GENERALIDADES

Atención domiciliaria

El entorno de atención médica domiciliaria difiere de los hospitales y otros entornos institucionales donde trabajan las enfermeras. Por ejemplo, las enfermeras de atención médica domiciliaria trabajan solas en el campo con recursos de apoyo disponibles en una oficina central. La relación laboral enfermera-médico implica menos contacto directo con el médico, y el médico confía en mayor medida en la enfermera para realizar evaluaciones y comunicar los resultados. Las enfermeras de atención médica domiciliaria dedican más tiempo al papeleo que las enfermeras del hospital y más tiempo a la hora de resolver los problemas de reembolso. Ciertas características distintivas del entorno de atención médica domiciliaria influyen en la seguridad del paciente y en la calidad de los resultados: el alto grado de autonomía del paciente en el entorno familiar, supervisión limitada de cuidadores informales por profesionales clínicos y variables situacionales únicas para cada hogar.

El respeto por la autonomía del paciente se valora en la atención hospitalaria. No obstante, los médicos toman muchas decisiones en nombre de los pacientes hospitalizados. En la atención médica

domiciliaria, los médicos reconocen que el entorno de atención, el hogar, es el dominio inviolable del paciente.

Por lo tanto, en comparación con el paciente hospitalizado, el paciente de atención médica domiciliaria a menudo tiene un papel más importante en la determinación de cómo e incluso si se implementarán ciertas intervenciones. Por ejemplo, en un hospital, las enfermeras, los médicos y los farmacéuticos pueden desempeñar un papel para garantizar que el paciente reciba antibióticos a intervalos terapéuticamente apropiados. Sin embargo, en casa, el paciente puede optar por tomar el medicamento en momentos irregulares, a pesar de los consejos sobre la importancia de un programa regular de medicamentos. Por lo tanto, las intervenciones para promover la seguridad del paciente y la atención de calidad deben tener en cuenta el hecho de que los pacientes a veces optan por actuar de manera inconsistente con la evidencia relevante, y que los mejores esfuerzos del médico pueden no dar los resultados deseados.

Además de las elecciones deliberadas hechas por pacientes informados y capaces con respecto a su atención, las variables individuales de los pacientes también pueden influir en los resultados basados en el hogar de maneras diferentes a los pacientes hospitalizados. Ellenbecker y sus colegas informaron que la habilidad de lectura, la capacidad cognitiva y los recursos financieros afectan la capacidad de los pacientes de atención médica domiciliaria para

administrar de forma segura sus regímenes de medicamentos. Sin embargo, ninguna de estas variables puede desempeñar un papel significativo en la administración segura de medicamentos a pacientes hospitalizados.

Además de cuidarse a sí mismos, algunos pacientes que van a sus hogares reciben ayuda de miembros de su familia u otros cuidadores informales. Los profesionales clínicos no tienen autoridad sobre estos cuidadores. Además, el ambiente en el hogar y la naturaleza intermitente de los servicios profesionales de atención médica a domicilio pueden limitar la capacidad del médico para observar la calidad de la atención que brindan los cuidadores informales, a diferencia del hospital, donde la atención brindada por el personal de apoyo puede observarse y evaluarse más fácilmente. Por ejemplo, debido al acceso limitado al transporte, un esposo puede decidir no comprar suministros para diabéticos para su esposa dependiente. Es posible que este comportamiento no llegue a la atención del médico hasta que ocurra un evento adverso. Las intervenciones basadas en la evidencia se basan en una evaluación cuidadosa. Sin embargo, la oportunidad limitada de observar directamente al paciente y los cuidadores informales puede obstaculizar los esfuerzos para determinar rápidamente la etiología de un evento adverso. Si se encuentra un paciente de atención médica domiciliaria con moretones que el paciente no puede explicar, ¿es la causa una caída, un abuso físico o una discrasia sanguínea? Tanto en el cuidado personal por

parte de los pacientes como en el cuidado por parte de cuidadores informales, los estándares de seguridad y calidad pueden no entenderse o alcanzarse.

Otra característica distintiva de la atención médica domiciliaria es que los médicos brindan atención a cada paciente en un entorno único. Puede haber variables situacionales que presentan riesgos para los pacientes que pueden ser difíciles o imposibles de eliminar para el médico. Los hospitales pueden tener departamentos de seguridad ambiental para monitorear la calidad del aire y diseñadores / ingenieros para garantizar que la altura de los elevadores de escaleras sea segura. Es poco probable que los médicos de atención médica domiciliaria tengan la capacitación o los recursos para evaluar y mejorar dichos riesgos para la seguridad del paciente en el hogar del paciente.

Finalmente, dada la gran cantidad de personas mayores que reciben atención de agencias de atención médica domiciliaria certificadas por Medicare, es razonable anticipar que algunos pacientes estarán en una trayectoria de declive. Debido al envejecimiento normal y los procesos patológicos que ocurren con mayor frecuencia con la edad avanzada, algunas personas de edad avanzada experimentarán una capacidad decreciente para llevar a cabo actividades de la vida diaria (ADL), incluso cuando se proporciona atención de salud domiciliaria de alta calidad. Por lo tanto, un objetivo implícito de la atención médica

domiciliaria es facilitar una disminución apoyada. Es decir, los pacientes que no muestran signos clínicos de mejoría pueden, sin embargo, recibir atención de calidad que resulte en un declive desacelerado o un aumento de la calidad de vida. Esto es consistente con la afirmación de la Asociación Americana de Enfermeras de que la promoción del paciente

Evaluación de la calidad de la atención en el hogar

Los objetivos y la naturaleza multidisciplinaria de los servicios de atención médica domiciliaria presentan desafíos para la medición de la calidad que difieren de los que se encuentran en un entorno hospitalario más tradicional.

El pago por desempeño, un mecanismo que vincula una parte del reembolso de una agencia a la prestación de atención, es otra iniciativa de calidad de CMS que se anticipa en un futuro próximo. En preparación, las organizaciones y proveedores de mejora de la calidad están trabajando para identificar y desarrollar un conjunto de Medidas de desempeño probadas efectivas en el cuidado del hogar.

Un enfoque ampliado para la medición de la calidad debe cumplir los siguientes objetivos: ampliar la población de pacientes que se está evaluando, ampliar los tipos de medidas de calidad, captar los aspectos

de la atención directamente bajo el control de los proveedores, reducir las variaciones en la práctica y mejorar la tecnología de la información.

Evidencia de investigación

En muchos aspectos, los médicos de atención médica domiciliaria y los médicos que trabajan en otros entornos tienen preocupaciones similares sobre la seguridad del paciente y la calidad de la atención.

Por ejemplo, las caídas de pacientes ocurren tanto en hogares como en hospitales, y algunas medidas dirigidas a prevenir caídas son igualmente aplicables a ambos entornos. Sin embargo, las diferencias significativas entre la atención médica domiciliaria y otros tipos de atención médica a menudo requieren intervenciones adaptadas al entorno de atención médica domiciliaria.

La promoción de la seguridad del paciente y la calidad de la atención médica en relación con los problemas que se ven con frecuencia en la atención médica domiciliaria. Las siguientes seis áreas fueron seleccionadas para revisión:

1. Manejo de medicamentos
2. Prevención de caídas
3. Admisiones hospitalarias no planificadas
4. Enfermera ambiente de trabajo.

5. Resultados funcionales y calidad de vida.
6. Manejo de heridas y úlceras por presión.

Los eventos adversos en estas áreas podrían poner en peligro el logro de uno o más objetivos de atención médica domiciliaria.

Cuidados en el hogar

Si bien una serie de desarrollos que incluyen avances en tecnología, técnicas quirúrgicas menos intrusivas, nuevos medicamentos y cambios de actitud hacia la institucionalización han impulsado el crecimiento de la atención domiciliaria, el principal impulsor del reciente aumento en la inversión pública ha sido la contención de costos del gobierno provincial. Las estadísticas confirman que la reducción del sector hospitalario ha sido dramática y continua. Según Health Canada, de 1989 a 1994, el número de camas de hospital a nivel nacional por cada 100.000 habitantes disminuyó un 14%, de 654 a 562.

Las hospitalizaciones también están cayendo. Las altas hospitalarias por cada 100,000 habitantes disminuyeron de un máximo de 16,802 personas en 1973 a 11,165 en 1995-96.8. La duración promedio de la estadía está disminuyendo. En 1997, el promedio fue de 7,3 días, comparado con 7,6 días en 1995 y 11,5 días en 1990.

Ha habido un aumento significativo en la cantidad de personas que requieren atención y apoyo en el hogar. En 1994/95, por ejemplo, el

número de personas de 65 años o más que recibieron atención domiciliaria (335,200) superó el número de personas mayores que viven en instituciones (185,600). Otros factores que impulsan el crecimiento explosivo en la atención domiciliaria son la demanda de los consumidores y las actitudes públicas cambiantes.

Una encuesta realizada en marzo de 1996 a 4.000 canadienses por Ekos Research Associates encontró que el 60% de los encuestados deseaba que los fondos para el cuidado de la salud se trasladaran a la casa del paciente, pero dudaba que los gobiernos comprometieran los recursos necesarios.

La investigación también mostró que la transición a la atención domiciliaria debe planificarse, administrarse y formar parte de un sistema integral de atención de la salud.

En 1997, el Foro Nacional sobre la Salud publicó su informe final y nombró la atención domiciliaria como una de las tres áreas para la acción hacia un futuro. sistema integrado y pidió la creación de un plan nacional de atención domiciliaria.

Las visitas domiciliarias y los educadores de diabetes para mejorar los resultados de los pacientes”

La diabetes es una enfermedad crónica y progresiva que afecta a millones de personas en todo el mundo. El paradigma del manejo de la diabetes ha cambiado para enfocarse en capacitar a la persona con diabetes para que controle la enfermedad con éxito y mejore su calidad de vida.

La educación para el autocontrol de la diabetes es un proceso de colaboración mediante el cual las personas con diabetes adquieren los conocimientos y las habilidades necesarios para modificar su comportamiento y para autogestionarse con éxito de la enfermedad y sus afecciones relacionadas. Los educadores en diabetes son profesionales de la salud que aplican conocimientos y habilidades profundas en las ciencias biológicas y sociales, la comunicación, el asesoramiento y la pedagogía para permitir que los pacientes manejen los desafíos diarios y futuros. Los educadores de diabetes son integrales en brindar educación individualizada y promover el cambio de comportamiento, utilizando un marco de siete conductas de autocuidado desarrolladas por la Asociación Americana de Educadores de la Diabetes. El proceso iterativo de promover el cambio de comportamiento incluye la evaluación, el establecimiento de objetivos, la planificación, la implementación, la evaluación y la documentación.

Los educadores en diabetes trabajan como parte del equipo de atención médica del paciente para involucrarse con el paciente en la toma de decisiones compartidas e informadas. La creciente prevalencia de la diabetes y el mayor enfoque en su prevención requieren

estrategias para proporcionar a las personas los conocimientos, habilidades y estrategias que necesitan y pueden utilizar. El educador en diabetes es el facilitador lógico del cambio. El acceso a la educación sobre la diabetes es de importancia crítica;

CAPÍTULO V: MÉTODOS O PROCEDIMIENTOS

5.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente tesis es de tipo de descriptivo y analítico.

NIVEL DE INVESTIGACIÓN

La presente tesis tiene un nivel transversal,

5.2 MÉTODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación en salud es de tipo no experimental, todo ello porque no existe ningún tipo de manipulación de variables en el estudio. Además es de tipo descriptivo-transversal, todo ello porque se realizó una valoración de los conocimientos de enfermería en pacientes DM.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Retrospectivo: Porque en esta parte el investigador estudia sobre el hecho que ha ocurrido en forma anterior al desarrollo de la misma.

5.3 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

POBLACIÓN

La población de estudio estimada es de 145 personal de enfermería en el HOSPITAL REGIONAL DE ICA.

MUESTRA

En la presente investigación se utilizó las formula poblaciones finitas (120 pacientes) todo ello dentro de un marco de 95% de nivel de confianza.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Cálculo del tamaño de la muestra:

Donde: n = tamaño muestral

N = tamaño de la poblacion = 80

Z = Valor de Z para la seguridad o nivel de confianza. valor correspondiente a la distribucion de gauss, $Z_{\alpha=0.05} = 1.96$

p = probabilidad de ocurrencia = 0,5.

q = 1 - p = 1 - 0.5

5.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

TÉCNICAS

Se utilizaron encuestas para la recopilación de datos y métodos de cuestionarios, que fueron aprobados por expertos en la materia antes de su uso. Con el fin de optimizar el vínculo entre la herramienta y los objetivos y la esencia del método propuesto, se validó en cuanto a contenido, criterios y estructura.

INSTRUMENTOS

Encuesta debidamente estructurada y con validación de expertos.

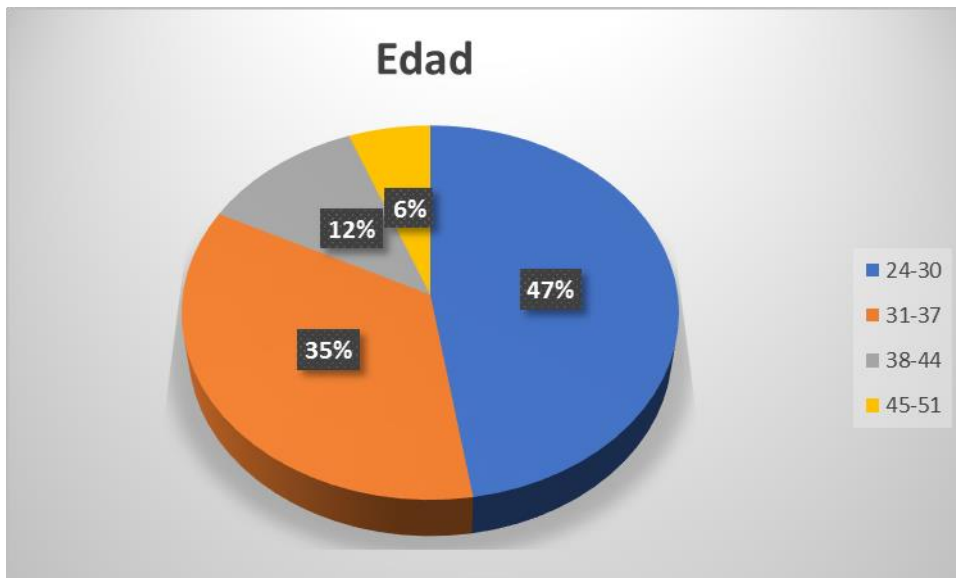
CAPÍTULO VI: RESULTADOS

6.1 ANÁLISIS DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1

Edad		
	Personal de salud	%
24-30	57	47.5%
31-37	42	35.0%
38-44	14	11.7%
45-51	7	5.8%

Gráfico 1



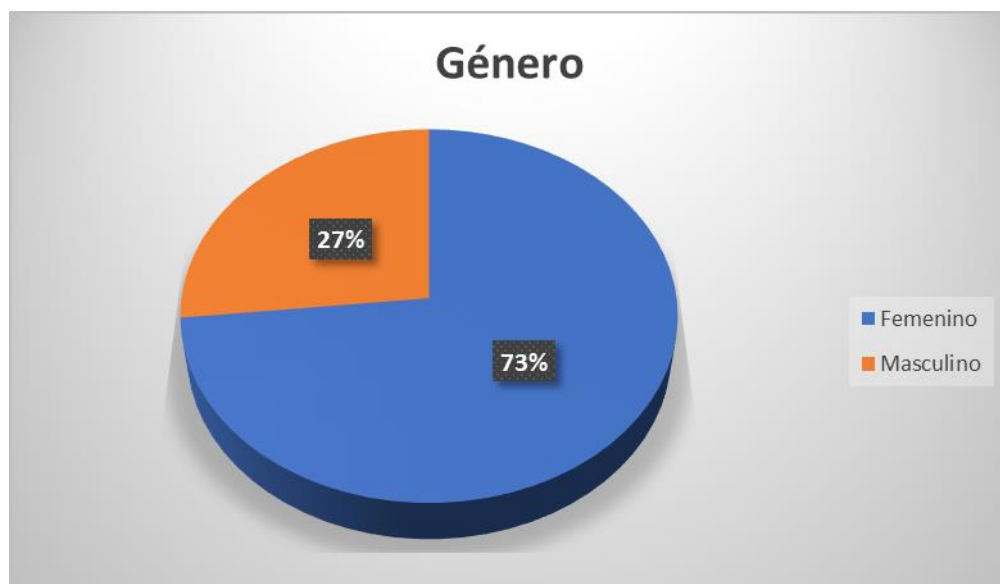
Interpretación

En relación a los profesionales de salud sobre su edad, se tuvo que el 47.5% tiene entre los 24-30 años de edad, el 35% tiene entre los 31-37 años de edad, el 11.7% tiene ente 38-44 años de edad, el 5.8% tiene entre 45-51 años de edad.

Tabla 2

Género		
	Personal de salud	%
Femenino	88	0.73
Masculino	32	0.27

Grafico 2



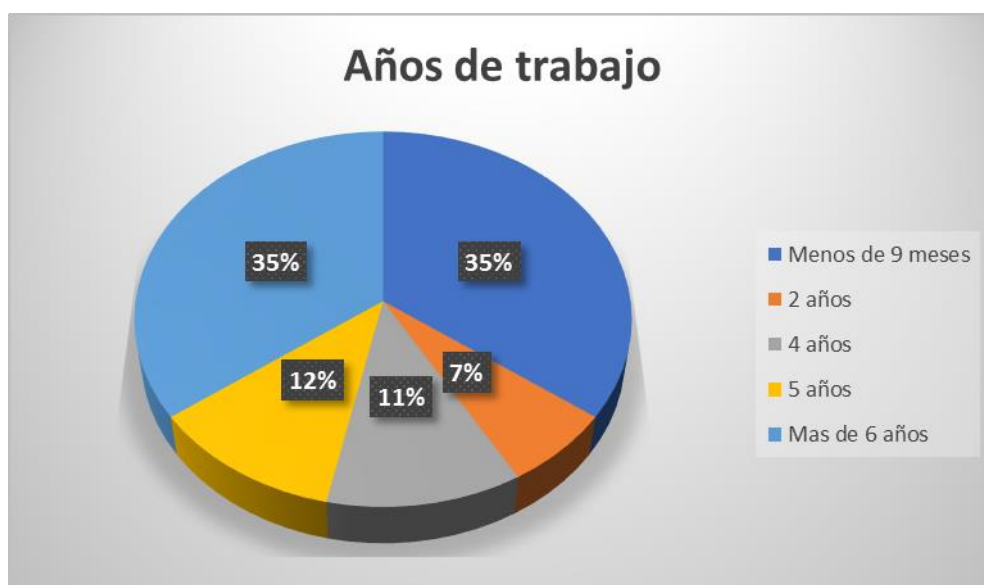
Interpretación

En relación al género se obtuvo que el 73% de la población es del género femenino y el 27% del género masculino.

Tabla 3

Años de trabajo		
	Personal de salud	%
Menos de 9 meses	42	35.0%
2 años	8	6.7%
4 años	14	11.7%
5 años	14	11.7%
Mas de 6 años	42	35.0%

Grafico 3



Interpretación

En relación a los años de trabajo, se obtuvo que el 35% tienen menos de 9 meses de labor, el 6.7% tienen 2 años de labor, el 11.7% tiene 4 años de labor, el 11.7% tiene 5 años de labor y el 35% tiene más de 6 años de labor

Tabla 4

Condición laboral		
	Personal de salud	%
Contratado	35	29.2%
Nombrado	85	70.8%

Grafico 4



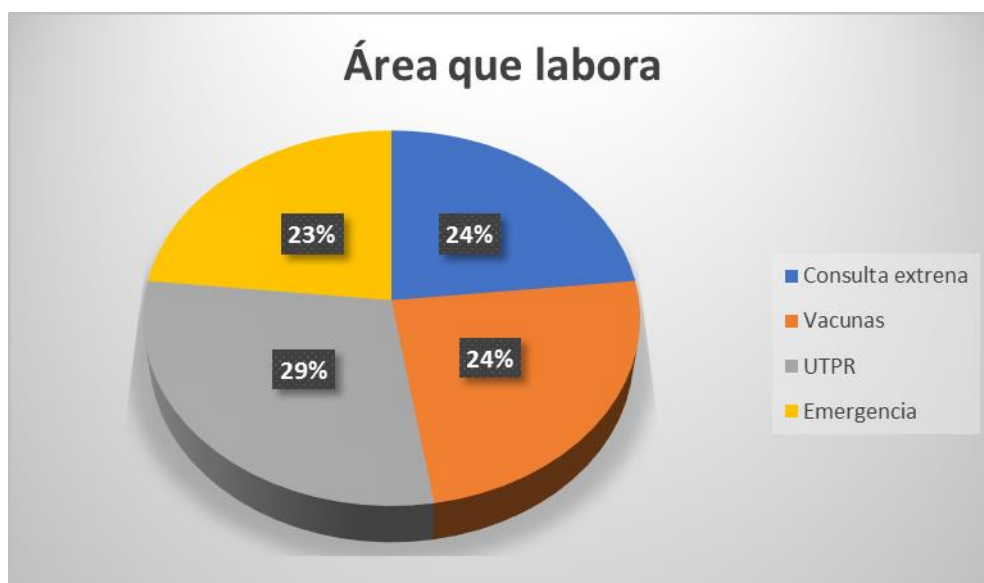
Interpretación

De acuerdo a la relación de condición laboral, se obtuvieron los siguientes resultados, el 29.2% de la población es contratado y el 70.8% es nombrado

Tabla 5

Área que labora		
	Personal de salud	%
Consulta extrema	28	23.3%
Vacunas	29	24.2%
UTPR	35	29.2%
Emergencia	28	23.3%

Gráfico 5



Interpretación

De acuerdo a la relación del área en el que labora, se obtuvo que el 23.3% labora en consulta externa, el 24.2% trabaja en vacunas, el 29.2% labora en UTPR, el 23.3% labora en emergencia.

Tabla 6

Instrumentos que se realiza para recolectar información		
	Personal de salud	%
Historia clínica	23	0.19
Ficha familiar	35	0.29
Entrevista	45	0.38
Familiograma	17	0.14

Gráfico 6



Interpretación

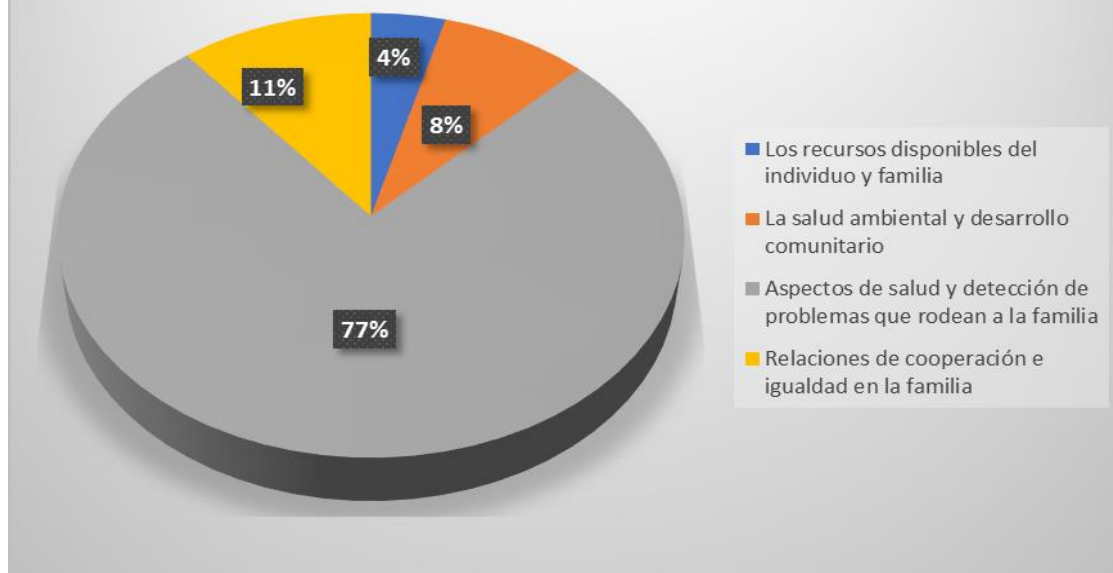
En relación a los instrumentos realizados para la recolección de información, se obtuvo que el 19% fueron historias clínicas, el 29% ficha familiar, el 38% entrevista, el 14% famiograma.

Tabla 7

La visita domiciliar es una actividad propia de la APS que permite la valoración		
	Personal de salud	%
Los recursos disponibles del individuo y familia	5	0.04
La salud ambiental y desarrollo comunitario	10	0.08
Aspectos de salud y detección de problemas que rodean a la familia	92	0.77
Relaciones de cooperación e igualdad en la familia	13	0.11

Gráfico 7

La visita domiciliaria es una actividad propia de la APS que permite la valoración



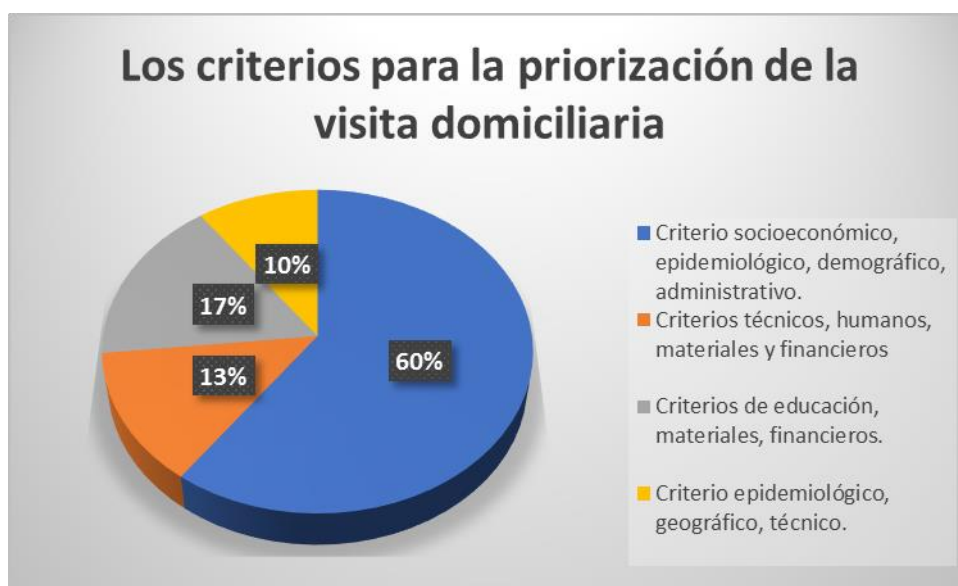
Interpretación

Siendo la visita domiciliaria actividad de la APS se valora, el 77% considera a los aspectos de salud y detección de problemas que rodean a la familia, el 11% las relaciones de cooperación e igualdad en la familia, el 8% la salud ambiental y desarrollo, el 4% los recursos disponibles del individuo y familia.

Tabla 8

Los criterios para la priorización de la visita domiciliaria		
	Personal de salud	%
Criterio socioeconómico, epidemiológico, demográfico, administrativo.	72	60.0%
Criterios técnicos, humanos, materiales y financieros	16	13.3%
Criterios de educación, materiales, financieros.	20	16.7%
Criterio epidemiológico, geográfico, técnico.	12	10.0%

Gráfico 8



Interpretación

El 60% concluyo que el socioeconómico, epidemiológico, demográfico,

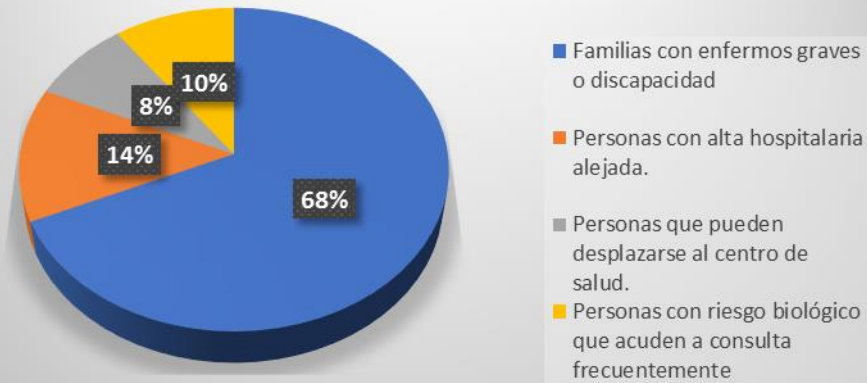
Administrativo es el correcto, el 13.3% considera que son los criterios técnicos, humanos materiales y financieros, el 16.7% los criterios de educación, materiales y financieros, el 10% los criterios epidemiológico, geográfico, técnico.

Tabla 9

La OMS establece criterios mínimos para priorizar la atención domiciliaria		
	Personal de salud	%
Familias con enfermos graves o discapacidad	82	68.3%
Personas con alta hospitalaria alejada.	16	13.3%
Personas que pueden desplazarse al centro de salud.	10	8.3%
Personas con riesgo biológico que acuden a consulta frecuentemente	12	10.0%

Gráfico 9

La OMS establece criterios mínimos para priorizar la atención domiciliaria



Interpretación

En relación a la priorización de atención domiciliaria, se obtuvo que el 68.3% es para familias con enfermos graves o discapacidad, 13.3% para personas con alta hospitalaria alejada, 8.3% para personas que pueden desplazarse al centro de salud, el 10% para personas con riesgo biológico que acuden a consulta frecuentemente.

Etapas de la visita domiciliaria?		
	Personal de salud	%
Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución, evaluación, registro de la visita.	20	16.7%
Preparación, valoración, planificación, evaluación de la visita, registro de la visita.	51	42.5%
Preparación, presentación en domicilio, valoración, planificación, ejecución, evaluación, registro.	34	28.3%
Captar paciente, valoración, planificación, ejecución, evaluación, registro de la visita.	15	12.5%

Gráfico 10



Interpretación

En relación a las etapas de la visita domiciliaria el 42% es el mayor porcentaje en el cual se afirma que las etapas son la preparación, valoración, planificación, evaluación de la visita, registro de la visita.

Tabla 11

Requisitos para garantizar el desarrollo de la visita domiciliaria		
	Personal de salud	%
Participación comunitaria, familiar, y las diversas asociaciones	79	65.8%
Trabajo unidisciplinario del equipo de salud	9	7.5%
Ejecución de cuidados centrados en el individuo	15	12.5%
Trabajo del personal encargado directamente.	17	14.2%

Gráfico 11



Interpretación

Según los resultados, se obtuvo que la participación comunitaria, familiar y las diversas asociaciones es el requisito que garantiza el desarrollo de la visita domiciliaria.

Tabla 12

El rendimiento promedio para una visita domiciliaria		
	Personal de salud	%
15-20 minutos	34	28.3%
30-40 minutos	71	59.2%
1- 2 horas	13	10.8%
2-3 horas	2	1.7%

Gráfico 12



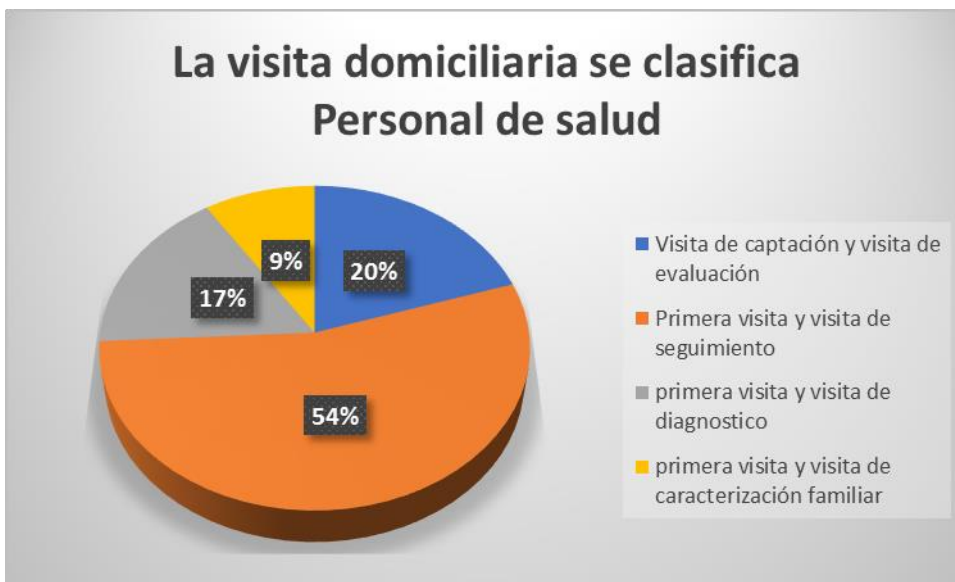
Interpretación

Se concluye de los resultados obtenidos que el rendimiento promedio para una visita domiciliaria es de 30- 40 minutos según el 59.2% de la población.

Tabla 13

La visita domiciliaria se clasifica		
	Personal de salud	%
Visita de captación y visita de evaluación	24	20.0%
Primera visita y visita de seguimiento	65	54.2%
primera visita y visita de diagnostico	20	16.7%
primera visita y visita de caracterización familiar	11	9.2%

Gráfico 13



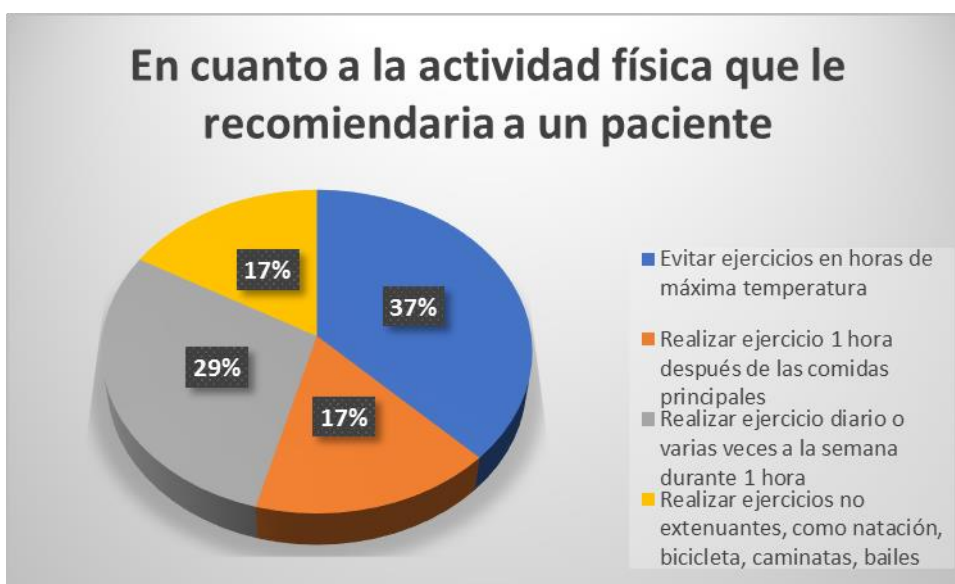
Interpretación

La visita domiciliaria se clasifica, el 54% concluyo en que se clasifica en primera visita y visita de seguimiento, el 20% visita de captación y visita de evaluación, el 17% primera visita y visita de diagnóstico, el 9.2% en primera visita y visita de caracterización familiar

Tabla 14

En cuanto a la actividad física que le recomendaría a un paciente		
	Personal de salud	%
Evitar ejercicios en horas de máxima temperatura	45	37.5%
Realizar ejercicio 1 hora después de las comidas principales	20	16.7%
Realizar ejercicio diario o varias veces a la semana durante 1 hora	35	29.2%
Realizar ejercicios no extenuantes, como natación, bicicleta, caminatas, bailes	20	16.7%

Gráfico 14



Interpretación

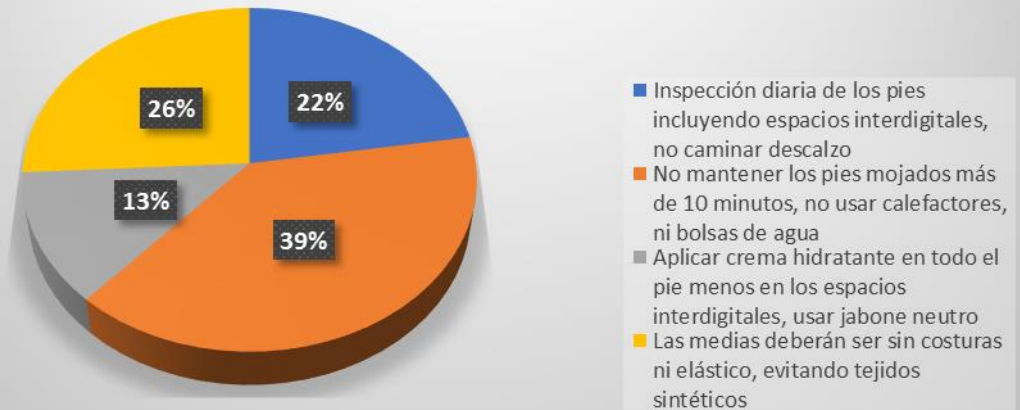
El 37% de la población recomienda evitar ejercicios en horas de máxima temperatura, el 29% realizar ejercicio diario o varias veces a la semana, el 17% realizar ejercicio 1 hora después de las comidas principales, el 17% realizar ejercicios no extenuantes, como natación, bicicleta, caminatas, bailes .

Tabla 15

Medidas para evitar o minimizar complicaciones a nivel de los pies del paciente con diabetes		
	Personal de salud	%
Inspección diaria de los pies incluyendo espacios interdigitales, no caminar descalzo	27	22.5%
No mantener los pies mojados más de 10 minutos, no usar calefactores, ni bolsas de agua	47	39.2%
Aplicar crema hidratante en todo el pie menos en los espacios interdigitales, usar jabone neutro	15	12.5%
Las medias deberán ser sin costuras ni elástico, evitando tejidos sintéticos	31	25.8%

Gráfico 15

Medidas para evitar o minimizar complicaciones a nivel de los pies del paciente con diabetes



Interpretación

El 39% de la población recomienda no mantener los pies mojados mas de 10 minutos, no usar jabones neutros. El 26% las medidas deberían ser sin costuras ni elástico, evitando tejidos sintéticos, el 22% inspeccionar el pie diariamente incluyendo los espacios interdigitales, no caminar descalzo, y el 13% recomienda aplicar crema hidratante e todo el pie menos en los espacios interdigitales, usar jabones neutro.

CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Como lo evidencian los datos disponibles, el desconocimiento de la clasificación de las visitas domiciliarias y los criterios de prioridad establecidos por el MAIS-FCI, el tiempo promedio y las fases de las visitas, así como los elementos esenciales de los problemas de salud identificados por el paciente, la familia, y los familiares deben ser conscientes de los problemas de salud porque tiene un papel protagónico en la atención primaria de salud y con ello construir un nivel intermedio de conocimiento.

- El conocimiento de las enfermeras sobre diabetes es medio, ya que según los datos, la mayoría de los familiares no responde correctamente a los síntomas de hipoglucemia, cuidados específicos de los pies, causas de la diabetes, etc. Se deben considerar los signos y síntomas del pie diabético tipo 1, y se debe brindar atención mediante la comprensión de los factores de riesgo, los signos y síntomas que influyen en el desarrollo de la enfermedad, cómo prevenir las complicaciones si ocurren y la atención específica de la enfermedad.
- Las áreas de nutrición y psicología son los aspectos más importantes del cuidado de las personas con diabetes, sugeridas por la mayoría de los encuestados, descuidando así la actividad física y la medicación, haciendo cambios de comportamiento y logrando un estilo de

vida típico. Educación y cuidado en diabetes para personas con diabetes. Más que adecuada nutrición y apoyo psicológico. • La práctica de visitas domiciliarias era inusual entre los residentes encuestados, muchos de los cuales mencionaron que no les permitían realizar actividades fuera de la escuela debido a la insuficiencia del área de trabajo, falta de tiempo y personal, por lo tanto, las normas MAIS -FCI 3 visitas de seguimiento por la familia del miembro con actividades de promoción, prevención y rehabilitación, que deben describirse con más detalle en el expediente familiar

RECOMENDACIONES

Se recomienda a los profesionales de la salud que realicen visitas domiciliarias anuales a los pacientes con mayor riesgo de complicaciones. • Capacitación mensual continua para los cuidadores para mantenerlos informados sobre las necesidades de las personas con diabetes, ya sea que la atención se brinde dentro o fuera del campus. • Los familiares deben participar activamente en la promoción de la salud de los pacientes diagnosticados con esta patología y que forman parte del club de diabetes del centro del servicio, de modo que la educación se centre en la familia del paciente, fomentando así la participación interdisciplinar.

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.
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.
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.
5. Pilar Hevia V. E. Educación En Diabetes. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2016;27(2):271–6.
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

7. BARANDICA. Conocimiento del enfermero en la atención del Mayor Con Diabetes. Rev SALUD MOV [Internet]. 2017;9(1):22–31.
8. ENSANUT-ECU. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 [Internet]. Vol. Tomo 1, Ensanut-Ecu 2012. 2014. 5-722 p.
9. Naranjo Hernandez Y. La diabetes mellitus: un reto para la Salud Pública. Rev Finlay [Internet]. 2016;6(1):4–6.
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 2022 Jun 13].
11. MSP PERÚ. MANUAL DE VISITAS DOMICILIARIAS [Internet]. LIMA-PERÚ; 2014.
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 2022 Jun 13].
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.

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 2022 Jun 13]. 47 p.
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.
16. GORINA M, JOAQUIN L, XAVIER P. Comparación de la satisfacción de los usuarios de atención domiciliaria: modelo integrado vs. modelo dispensarizado. *AtenPrimaria*. 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; 2022.
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.
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).

20. OMS. Informe Mundial de la diabetes. Resum orientación [Internet]. 2016;4.

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.

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 withdiabetes. Rev enferm Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2014;22(2):61–4.

24. Mediavilla J. Guías en el manejo de la diabetes mellitus tipo 2. SEMERGEN. 2016;40(April 2012).

ANEXOS

1. Matriz de consistencia.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLE	TEC. INSTRU	POBLACION Y MUESTRA
<p>¿Cuáles son los conocimientos de enfermería sobre visita domiciliaria a adultos diabéticos en el HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2022?</p> <p>PROBLEMA SECUNDARIOS</p> <p>¿Cuáles son las características sociodemográficas en la población de estudio?</p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimiento de enfermería sobre visita domiciliaria?</p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimiento que tienen las enfermeras sobre la diabetes?</p> <p>¿Cuáles son las principales intervenciones educativas de enfermería realizadas durante la visita domiciliaria a adultos diabéticos?</p>	<p>Determinar el nivel de conocimientos de enfermería acerca del topico de visita domiciliaria en adultos con diagnostico de DM</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> •Analizar las principales caracaterisicas sociodemograficas en la pobalcion de estudio. •Estudiar el grado de conomciento del personal de enfermeería acerca de las visita domicilirias. •Analizar el grado de conoicentos del personal de enfemería en el topico de DM •Detemirnar los parametros de las intervenciones educativas en pacietnes con diagnostico de DM 	<p>Existe un conocimientos de enfermería alto sobre visita domiciliaria a adultos diabéticos en el HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2022</p> <p>HIPÓTESIS SECUNDARIAS</p> <p>Existe un nivel de conocimiento alto de las enfermeras sobre la diabetes</p> <p>Existe un grupo de intervenciones educativas de enfermería que son las realizadas durante la visita domiciliaria a adultos diabéticos</p>	<p>GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE VISITAS DOMICILIARIAS</p> <p>DEFINICIÓN OPERACIONAL:</p> <p>Grupo de conocimientos sobre los protocolos existentes de las visitas domiciliarias.</p> <p>DIMENSIONES:</p> <p>Conocimiento sobre los protocolos de las visitas domiciliarias.</p> <p>Conocimiento sobre</p>	<p>Encuesta con validación de expertos.</p>	<p>Tamaño de la muestra: según la fórmula utilizada para poblaciones finitas, la muestra será de 120 pacientes. Se ha considerado un nivel de confianza de 95%, con un margen de error del 5%.</p>

			los beneficios de las visitas domiciliarias Conocimiento sobre los beneficios de las visitas domiciliarias en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus.		
--	--	--	--	--	--

ANEXOS

Anexo 1: Instrumento utilizado.

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 (encierre 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.

FORMATO DE VALIDEZ SUBJETIVA DE
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.
ESCALA DE OPINIÓN DEL EXPERTO
APRECIACIÓN DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE
MEDICIÓN

Nº	ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica.		
2	la secuencia de presentación de ítems es óptima		
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems.		
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.		
5	Los reactivos reflejan el problema de investigación.		
6	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación.		
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación.		
8	Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación.		
9	El instrumento abarca las variables, sub variables e indicadores.		
10	Los ítems permiten contrastar la hipótesis.		

FECHA: / /

NOMBRE Y APELLIDOS
FIRMA DEL EXPERTO

FORMATO DE VALIDEZ SUBJETIVA DE
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.
ESCALA DE OPINIÓN DEL EXPERTO
APRECIACIÓN DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE
MEDICIÓN

Nº	ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica.		
2	la secuencia de presentación de ítems es óptima		
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems.		
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.		
5	Los reactivos reflejan el problema de investigación.		
6	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación.		
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación.		
8	Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación.		
9	El instrumento abarca las variables, sub variables e indicadores.		
10	Los ítems permiten contrastar la hipótesis.		

FECHA: / /

NOMBRE Y APELLIDOS
FIRMA DEL EXPERTO