



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA



Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

"Complicaciones por Dt2 y Continuidad de Cuidado al Momento del Alta Hospitalaria"

Tesis

Para Obtener el Grado de
Maestra en Enfermería

Presenta
LE. Fabiola Vázquez Cataño

Director de Tesis
MCE. Rosa María Galicia Aguilar

Septiembre, 2017



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado



Tesis:
*“Complicaciones por Dt2 y Continuidad de Cuidado al
Momento del Alta Hospitalaria”*

Presenta:
LE. Fabiola Vázquez Cataño

Director de Tesis:
MCE. Rosa María Galicia Aguilar

Para Obtener el Grado de
Maestra en Enfermería

Septiembre, 2017



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado



Tesis:

*“Complicaciones por Dt2 y Continuidad de Cuidado al
Momento del Alta Hospitalaria”*

Presenta:

LE. Fabiola Vázquez Cataño

Co-tutor de Tesis:

DCE. Erick Alberto Landeros Olvera

Para Obtener el Grado de
Maestra en Enfermería

Septiembre, 2017

Tesis: Complicaciones por Dt2 y Continuidad de Cuidado al Momento del Alta Hospitalaria.

Número de registro: SIEP/ME/043/2017

Jurado de Examen de Grado

MCE. Rosa María Galicia Aguilar
Presidente

DCE. Erick Alberto Landeros Olvera
Secretario

DCE. Gudelia Nájera Gutiérrez
Vocal

Dra. Irma Vera Sánchez
Vocal

MCE. Rosa María Galicia Aguilar
Director de Tesis

MCE. María de la Luz P. Bonilla Luis
Directora de la Facultad de Enfermería de la
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

MCE. Marcela Flores Merlo
Secretaria de Investigación y de
Posgrado

Septiembre, 2017

Dedicatoria

Dedico este trabajo a Dios, por haberme dado la vida y permitirme llegar hasta este momento tan importante dentro de mi formación profesional. A mi madre Porfiria Cataño Morán por ser el pilar más fuerte que he tenido durante todo este tiempo y por demostrarme siempre todo su amor incondicionalmente a pesar de tener puntos de vista muy diferentes. A mi padre Rosalio Vázquez Romero que a pesar de la distancia física, siempre te tengo conmigo y porque sé que te llena de alegría tanto como a mí este logro y aunque nos faltaron muchos momentos por vivir no pierdo las esperanzas de volver a verte. A mis hermanos porque a pesar de tener muchas diferencias siempre han sido parte fundamental de mi crecimiento y aún en la lejanía siempre han estado conmigo. A mis familiares por el apoyo incondicional, por motivarme día con día a seguir adelante. A Juan Cortez Alonso porque a pesar de los días malos siempre encontró un motivo para seguir adelante y juntos, por ser el pilar que necesité en cada momento difícil, por ser compañero y amigo siempre. A mis amigas Lidia, Raquel y Érica que jamás dudaron que lo lograría. A mis compañeras de la facultad que muy pronto se convirtieron en amigas verdaderas Tomasa Reina, Berenice, Abigail, Gladys, Leonor, Griselda y Zeltzin porque con ustedes aprendí que es tener una familia, el significado de ser equipo, porque sin ustedes no hubiera podido lograr superar mis miedos y porque cada actividad se convertía en una aventura y en una experiencia que jamás olvidare.

Agradecimientos

A la facultad de enfermería por ser parte de la generación 2015-2017.

A mi asesora de tesis MCE: Rosa María Galicia Aguilar por su conducción tan acertada en esta investigación, gracias porque siempre tuvo una palabra de aliento para seguir adelante, porque en cada obstáculo que se presentó ella estuvo a mi lado para apoyarme y hacer que este sueño se convirtiera realidad, gracias porque con usted aprendí que solo con constancia y disciplina se puede lograr.

A mi Co-Tutor: DCE. Erick Alberto Landeros Olvera agradezco cada observación que me hizo pues no solo sirvieron para mejorar esta investigación, sino que ayudaron para mejorar durante toda mi vida.

Al hospital Universitario por haberme permitido realizar la prueba piloto en sus instalaciones y poder perfeccionar las estrategias para la recolección final.

A la jefa de enseñanza del Hospital General de Cholula por brindarme su apoyo incondicional para poder realizar mi esta investigación en sus instalaciones.

A los jefes de piso de los servicios de Medicina Interna, Cirugía General y Urgencias adultos del hospital por darme las facilidades para completar mis muestra.

Tabla de Contenido

	Página.
Capítulo I	
Introducción	
1.1 Planteamiento del Problema	1
1.2 Propósito	4
1.3 Marco de Referencia	4
1.3.1 Causas de Hospitalización	4
1.3.2 Continuidad de Cuidado	5
1.4 Estudios Relacionados	6
1.4.1 Causas de Hospitalización	6
1.4.2 Continuidad de Cuidado	8
1.5 Definición de Variables	10
1.5.1 Causas de Hospitalización	10
1.5.2 Continuidad de Cuidado	10
1.6 Descripción Operacional	12
1.7 Objetivo General	12
1.7.1 Objetivos Específicos	12
Capítulo II	
Metodología	
2.1 Diseño de Estudio	13
2.2 Población	13
2.3 Muestreo y Muestra	13
2.4 Criterios de Selección	
2.4.1 Criterios de Inclusión	14
2.4.2 Criterios de Exclusión	14
4.4.3 Criterios de Eliminación	14
2.5 Instrumentos de Medición	14
2.5.1 Cédula de Datos de Identificación	14
2.5.2 Cuestionario para la Continuidad de Cuidado al Alta Hospitalaria del Paciente con Diabetes Tipo 2 (CCCAPD), adaptado por Suárez y Galicia 2013	15

2.6 Procedimiento para la Recolección de Datos	15
2.7 Ética del Estudio	16
2.8 Plan de Análisis Estadístico	17
2.9 Prueba Piloto	18
2.10 Resultados de Prueba Piloto	18
Capítulo III	
Resultados	19
3.1 Progresión del Diseño	19
3.2 Características Sociodemográficas	20
3.3 Análisis de las Variables de Estudio	21
3.4 Confiabilidad de los Instrumentos	22
3.5 Nivel de Continuidad de Cuidado	22
3.6 Prueba de Normalidad	23
3.7 Estadística Inferencial	23
Capítulo IV	25
Discusión	25
Recomendaciones	29
Conclusión	29

Lista de Tablas

Contenido	Página.
Tabla 1: Datos Sociodemográficos.	20
Tabla 2: Datos Clínicos.	21
Tabla 3: Confiabilidad del Instrumento	22
Tabla 4: Nivel de Percepción de la Continuidad de Cuidado	22
Tabla 5: Nivel de percepción de Continuidad de Cuidado por grupos	22
Tabla 6: Prueba de Normalidad Kolmogorov-Smirnov	23
Tabla 7: Análisis Inferencial	23
Tabla 8: Prueba de Muestras Independientes	23

Lista de Figuras

Contenido	Página.
Figura 1: Descripción Operacional	12
Figura 2: Diagrama de Flujo de Progresión del Diseño	19

Resumen

Fabiola Vázquez Cataño
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Septiembre, 2017.

Título: COMPLICACIONES POR Dt2 Y CONTINUIDAD DE CUIDADO AL MOMENTO DEL ALTA HOSPITALARIA.

Número de Páginas: 37

Candidata a obtener el grado de
Maestra en enfermería

Propósito y método del estudio: El propósito fue conocer el nivel de percepción de Continuidad de Cuidado (CC) de los pacientes con Dt2 de dos grupos, los que ingresaron por complicaciones agudas versus complicaciones crónicas al momento del egreso hospitalario. El diseño fue descriptivo, comparativo y transversal, el muestreo fue por conveniencia. El estudio se realizó en una muestra de 104 pacientes con Dt2, con edad de 25 a 65 años, hospitalizados con la indicación de alta o pre-alta ingresados en un hospital de segundo nivel de atención.

Contribuciones y Conclusiones: Los resultados respecto a las características generales son, que el género femenino predominó con un 58.7%. La media de edad fue 53 ± 11 años. Las causas de hospitalización por complicaciones agudas fue hiperglucemia con un 27.9% y en crónicas fue nefropatía con 19.2%. En cuanto la percepción de la CC de los pacientes con Dt2 fue buena en la escala informativa y regular para las escalas de relación y de gestión. No se encontró significancia estadística obteniendo una $p = .06$. No existe diferencia estadísticamente significativa al comparar el nivel de CC de los dos grupos al separarlo por complicaciones agudas y crónicas, lo cual indica que las intervenciones del profesional de enfermería deben de hacerse de manera puntual y con la misma estrategia independientemente de la complicación que se presente, por que las personas no se están cuidando de manera diferenciada.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

Capítulo I

1.1. Planteamiento del Problema.

La Diabetes tipo 2 (Dt2), es una enfermedad crónica, considerada como uno de los principales problemas de salud pública y una de las cuatro enfermedades no transmisibles seleccionada para intervenir con carácter prioritario. Se estimó que 422 millones de personas tenían Dt2 en el 2014, duplicándose desde el año 1980, las estadísticas muestran un incremento del 4.7% al 8.5 % en población adulta (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016). La Federación Internacional de Diabetes (FID, 2011-2021) mencionó que para el 2030 se alcanzará una cifra de 552 millones de personas con Dt2 y 398 millones con riesgo de desarrollarla.

En América Latina la situación no es diferente, por ejemplo México, es considerado uno de los países con alta incidencia de este padecimiento; durante las últimas décadas el número de personas que padecen Dt2 se ha incrementado y actualmente figura entre las principales causas de muerte en el país. Los datos de la última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2016), identificaron que de 29 795 encuestados, 6 464.8 adultos tienen Dt2, es decir, el 9.4% de adultos en México han recibido ya un diagnóstico de Dt2. Otro dato relevante es que la prevalencia de Dt2 se da en mayor proporción en mujeres como lo menciona el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2015: Landeros-Olvera, 2013).

Específicamente en el Estado de Puebla, durante el año 2015 se registraron 15,210 casos. Las estadísticas para la semana 52 del año 2016, cerraron con 6,643 casos notificados en hombres y 7,347 mujeres aproximadamente, (Boletín Epidemiológico, Secretaria de Salud [SS], 2014).

La situación se ha convertido en un problema grave de salud pública, no solo por los genes dominantes de esta enfermedad en los mexicanos (Pasillas, Rodríguez y Rodríguez, 2015), sino por conductas no saludables como lo es el sedentarismo y el consumo excesivo de hidratos

de carbono que conlleva a la obesidad crónica del adipocito y el agotamiento de las células beta del páncreas que secretan insulina (Frost et al, 2015).

Las personas que no llevan un tratamiento continuo y un buen control de la glucemia tienen el riesgo de desarrollar complicaciones agudas y/o crónicas. Las primeras, representadas por la cetoacidosis diabética, hiperglucemia, hipoglucemia y coma diabético. Las segundas, se subdividen en microvasculares dentro de las cuales se encuentran retinopatía, nefropatía, neuropatía periférica, disfunción gastrointestinal, disfunción de vejiga y disfunción eréctil; las macrovasculares como enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cerebrovascular e insuficiencia vascular periférica (Centro de Enseñanza para la Diabetes de la Universidad de San Francisco California[UCSF Diabetes Teaching Center], 2017). Tales complicaciones pueden terminar en hospitalización incrementando el gasto en el tratamiento por secuelas de la enfermedad que oscila de 700 hasta 3200 dólares anuales, lo que se traduce del 5 al 14% del Producto Interno Bruto (PIB) destinado en salud (Hernández, Gutiérrez y Reynoso, 2013).

Algunos autores reportan que las causas de hospitalización fueron, complicaciones agudas como descompensación metabólica, complicaciones microvasculares como neuropatía, nefropatía diabética y enfermedad gastrointestinal, los pacientes tuvieron una estancia hospitalaria mayor a los diez días. Dentro de las causas de hospitalización por complicaciones macrovasculares se encontraron padecimientos cardiovasculares e insuficiencia vascular, los resultados permiten confirmar que los pacientes presentan una elevada prevalencia de comorbilidad y complicaciones que están relacionadas con el grado de cumplimiento de algunas recomendaciones básicas para el cuidado y el control de la enfermedad. Esta carga de morbilidad no solo depende del componente que se puede denominar estado de salud sino también con la propia perspectiva de la persona a la hora de asumir su cuidado, por ejemplo pacientes que egresan del hospital y requieren información para cuidarse en su hogar (Osuna et al, 2014).

Las personas con procesos crónicos que egresan del hospital presentan una especial fragilidad clínica con síntomas continuos, reagudizaciones frecuentes y una progresión de la enfermedad que conlleva a la disminución de la capacidad de las personas y sus familias para cuidarse, por esta razón las personas que egresan del hospital precisan de información que favorezca la continuidad de cuidado con el fin de lograr un seguimiento apropiado del padecimiento (Rico, Sánchez y Fuentelsaz, 2014).

La continuidad de cuidado (CC) se define como la transferencia sin obstáculos del cuidado de las personas entre profesionales de salud y se considera un elemento de calidad de la asistencia sanitaria, para centrar la atención en el paciente y como estrategia para mejorar la calidad de vida e incrementar su satisfacción. El profesional de enfermería contribuye de forma importante en el cuidado de la persona con Dt2, mediante intervenciones de enfermería innovadoras y diferenciadas con el propósito de otorgar cuidado integral, continuo e individualizado mediante una relación terapéutica y durante episodios de salud y de enfermedad (Corrales, Alfonso y Rodríguez, 2012).

El adulto con Dt2 que egresa del hospital requiere de la CC para evitar el reingreso hospitalario y es necesario que cumpla con una serie de prácticas de autocuidado para su propio beneficio y un funcionamiento saludable, estas prácticas se refieren al auto-monitoreo de la glucosa, práctica de ejercicio, alimentación saludable, tratamiento farmacológico, revisión de los pies entre otras. Sin embargo dada la complejidad de los comportamientos de cuidado, resulta difícil se lleven a cabo sin información precisa por parte del profesional de enfermería. En este sentido la CC es una herramienta fundamental para dar seguimiento a los pacientes que egresan de una unidad hospitalaria (Márquez, 2013).

Algunos reportes de investigación muestran beneficios de la CC en personas con distintas condiciones de salud, entre las que destacan la disminución de la estancia hospitalaria, mejora la

eficacia de cuidado (De Paz et al., 2012), evita el reingreso hospitalario (Kyoung Hee., 2015), se optimizan los recursos, se aumenta la esperanza de vida, fomenta la auto-responsabilidad del paciente y potencializa la capacidad del profesional de enfermería, (Ramírez et al., 2015).

Ante el panorama del problema anteriormente planteado, la prevalencia en aumento de la Dt2, los gastos económicos del sistema de salud y los gastos del bolsillo familiar, así como la poca evidencia hasta ahora publicada sobre la continuidad de cuidado sin considerar las causas de hospitalización por complicaciones agudas o crónicas de las personas con este padecimiento surge el siguiente propósito del estudio

1.2. Propósito de la Investigación.

Conocer el nivel de percepción de CC de los pacientes con Dt2 de dos grupos, los que ingresaron por complicaciones agudas versus complicaciones crónicas al momento del egreso hospitalario.

1.3. Marco de Referencia.

Para darle dirección a este trabajo de investigación, se aplicaron los conceptos de: causas de hospitalización y continuidad de cuidado.

1.3.1. Causas de Hospitalización por Complicaciones.

Es el ingreso de un paciente para permanecer hospitalizado en una unidad médica con la finalidad de recibir un tratamiento y seguimiento a su padecimiento y se dividen en complicaciones agudas y complicaciones crónicas.

Complicaciones agudas. Son descompensaciones metabólicas como hiperglucemia, cetoacidosis, hipoglucemia y coma diabético.

Complicaciones crónicas. Es una complicación que ocurre después de varios años de mal control de la diabetes, se dividen en microvasculares en las que se encuentran retinopatía, nefropatía, neuropatía periférica, disfunción gastrointestinal, disfunción de vejiga y disfunción

erétil y macrovasculares como enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cerebrovascular e insuficiencia vascular periférica (Centro de Enseñanza para la Diabetes de la Universidad de San Francisco California[UCSF Diabetes Teaching Center], 2017).

1.3.2. Continuidad de Cuidado.

Definida como la transferencia sin obstáculos del cuidado de las personas entre profesionales de salud. En la práctica, el objetivo de la continuidad de cuidado es dar forma y ordenar los procesos y actividades para potenciar al máximo la coordinación dentro de la continuidad, el cual puede ser descrito como un proceso de soporte asistencial que se compone de diferentes elementos y en el cual intervienen diferentes factores como las personas que fungen como elemento del cual emana la información referente al cuidado, el entorno que se considera como el lugar físico en el que se produce la asistencia y finalmente la información la cual no puede ser interrumpida, duplicada o en su defecto omitida (De Paz et al 2012).

En enfermería la CC se basa en la transferencia de la información, coordinación y consistencia de la atención entre profesionales con el objetivo de personalizar el cuidado de acuerdo a las necesidades del paciente y de su condición de salud, y desde una perspectiva profesional. En el caso de la Dt2, la CC se ve como la necesidad de otorgar cuidados profesionales de forma coherente, consistente y oportuna, dando especial énfasis en la continuidad de la información, de relación y de gestión (Corrales, Alfonso y Rodríguez, 2012).

Se consideran diferentes tipos de continuidad entendiendo a la continuidad informacional como la percepción del usuario sobre la información que recibe acerca de su situación de salud de diversas fuentes, escrita, electrónica o verbal, lo que puede influir en la planificación de su cuidado, la cual deberá darse al momento del egreso hospitalario aclarando todas las dudas que surjan en cuanto a su cuidado.

Así también la continuidad relacional se describe como la interacción que existe entre el paciente y el profesional de enfermería, incluye el vínculo que se establece entre ambos y dependerá de la duración y del tipo de cuidado, dando como resultado una mejor calidad de atención cuando se establece una relación empática y una comunicación efectiva.

Finalmente la continuidad de gestión es el suministro coordinado y consistente de diferentes tipos de servicio de salud a lo largo del tiempo, realizados y entregados de forma oportuna cuando lo requiera el paciente resultando una percepción de coherencia en el tratamiento recibido por parte del profesional y reflejada en el bienestar del paciente (Corrales, Alfonso y Rodríguez, 2012).

1.4 Estudios Relacionados.

En este apartado se presentan los resultados de investigaciones relacionadas con las variables de estudio.

1.4.1 Causas de Hospitalización.

Carrera-Lasfuentes, Abad, Aguilar y Rabaneque (2015), realizaron un estudio longitudinal en pacientes con Dt2, en una muestra de 12,855 de los cuales el 50.3% eran hombres, con el objetivo de identificar aquella medida de comorbilidad que predice mejor la utilización de servicios sanitarios. En los resultados los diagnósticos más frecuentes fueron trastornos de metabolismo lipídico en un (23,8%). De media, cada paciente requirió 1,1 ingresos totales (IC 95%: 1,0-1,2). La estancia media de los ingresos estudiados fue de 10.4 días, los modelos multivariados mostraron que la probabilidad de ingresar era mayor en los hombres y que aumentaba con la edad la comorbilidad del paciente, este estudio confirma la importante carga asistencial que generan los enfermos de diabetes y la necesidad de tomar medidas al respecto.

Cisneros et (2016), realizaron un estudio comparativo observacional con el objetivo describir el índice de amputaciones en sujetos con Diabetes comparando los años del 2004 y 20013. Los

resultados mostraron en 2004 a 2 333 340 y en 2013 aumento a 3 416 643 pacientes con Diabetes los promedios de edad fueron similares 67.7 años. Los índices de amputaciones mayores fueron de 100.9 y de 111.1 X 100 000 sujetos, mientras que para amputaciones menores de extremidades inferiores fue de 168.8 y de 1162.5 por cada 100 000 sujetos durante el 2004 y 2013, lo que indica que el índice de amputaciones es muy alto comparado con otros países.

González, Rodríguez y Manrique (2013), realizaron un estudio longitudinal retrospectivo que incluyó a 424 pacientes con Dt2, con el objetivo de describir la frecuencia de las características clínicas y factores asociados a morbilidad intrahospitalaria en pacientes con Dt2 en un hospital general. Dentro de los resultados reportados el 63.2% corresponde al sexo femenino, con una mediana de edad de 62 años y en cuanto al estado más del 50 % reportó ser casado. La frecuencia en causas de hospitalización de pacientes con Dt2 fue de (9,62%), el (69.6%) ingresaron por complicaciones agudas como infecciones del tracto urinario y crónicas como pie diabético. El grupo con mayor estancia hospitalaria fueron pacientes con pie diabético con una media de 21,2 días (rango= 4-90 días).

Espinoza, Benites, Cardoza, Quezada y Chumbes (2015), hicieron un estudio transversal en una muestra de 183 pacientes con el objetivo de describir la frecuencia de pacientes con Dt2 hospitalizados en Piura Perú, los resultados mostraron que la media de edad fue de 67.8 ± 11.8 años, el 48% pertenecía al sexo masculino. (39 pacientes padecían Dt2, la mediana de tiempo con diabetes fue de 9 años RIC (5-20). El principal motivo de causa de hospitalización por complicaciones crónicas fueron 12 con pie diabético, 3 personas ingresaron por enfermedad cardiovascular y 2 por insuficiencia renal lo que indica alta incidencia de pacientes hospitalización que padecen Dt2.

Osuna et al. (2014) realizaron un estudio descriptivo con el propósito fue describir las características demográficas y clínicas de los pacientes con Dt2 hospitalizados, en una muestra de

318 pacientes. Los resultados mostraron que el 55% eran mujeres, el 50.6% tenían menor o igual a 65 años y el 51.9% reportó haber cursado la primaria. El 81% se encontraba fuera de las metas de control metabólico, la principal causa de hospitalización por complicaciones agudas fue descompensación metabólica 21%, por complicaciones microvasculares fue enfermedad infecciosa 43% entre las que se encuentran infección urinaria, de piel y tejidos blandos, la neuropatía ocupó un 68% y la nefropatía diabética 66% fueron las complicaciones más frecuentes, la mediana en estancia hospitalaria fue de 6 días. Conclusión un importante número de pacientes con diabetes a su ingreso se encuentra fuera del control metabólico con una alta prevalencia de complicaciones crónicas.

1.4.2 Continuidad de Cuidado.

Ramírez-Girón, Cortés-Barragán y Galicia-Aguilar (2015), realizaron un estudio de caso con el objetivo de aplicar la CC en la persona con DT2 posterior al egreso hospitalario y su cuidador a través de intervenciones domiciliarias de enfermería que contribuyan a mejorar los estilos de vida. En los resultados se muestran un incremento del estilo de vida saludable en la persona y el cuidador, con dominios en nutrición, actividad física, emociones y adherencia terapéutica, con la intervención de gestión se aseguró la CC en la atención especializada en odontología, medicina interna, y sexología; se facilitó la adquisición de equipo para automonitoreo de glicemia y se favoreció la toma de laboratoriales.

Calero (2012), realizó un estudio cuantitativo con el objetivo de valorar si al paciente intervenido de fractura de cadera se le realiza continuidad de cuidado y conocer cómo influyen otras variables. Los resultados fueron que el 41,46% no demandan cuidados ni son avisados por los profesionales ya que no llega el informe de continuidad. Además en el 9,7%, el informe ha llegado tarde y el 29,27% de los pacientes han demandado los cuidados con el alta médica y solo

el 19,51% de los pacientes son avisados por los profesionales tras recibir correctamente el informe.

Bueno (2015), realizó un estudio comparativo del manejo del paciente con diabetes adulto hospitalizado en España y Reino Unido. La diferencia principal fue que en Reino Unido existe una especialidad centrada en esta patología, mientras que en el primero no. Concluyendo que el desarrollo de especialidades de enfermería es positivo para la calidad de los cuidados proporcionados al paciente, ahorro económico y el crecimiento de enfermería como profesión.

Hee et al (2015), en un estudio transversal con el objetivo de analizar la asociación entre continuidad del cuidado ambulatorio y la admisión hospitalaria, determinar que índice de continuidad tienen la mejor habilidad para explicar la admisión hospitalaria en pacientes con DT2. Entre los resultados destacados se encuentran, 4.0% de los pacientes experimentaron admisión hospitalaria y los dos grupos fueron significativamente diferentes en todas las características individuales de los pacientes. El análisis de regresión logística mostro que la continuidad de cuidado estuvo relacionada significativamente con la hospitalización, con la razón de monomios para la admisión hospitalaria siendo bajo para pacientes que tuvieron baja continuidad del cuidado.

Chia-Hsiang, Yiing-Jenq, y Christy (2016), evaluaron a 3781 pacientes diagnosticados con diabetes en un estudio estratificado con el objetivo de determinar los efectos de la interacción de la CC y la gravedad de la Diabetes sobre el uso de servicio de urgencias médicas. Los resultados mostraron que el efecto positivo de CC en pacientes con diabetes y el uso de urgencias fue la mas alta para índice de severidad de 0 (menos grave), con una tasa de incidencia (IRR) de 0.49 del 95% en comparación con el grupo bajo de CC.

Granados, Fernández y Jiménez 2016, realizaron un estudio cuantitativo transversal con 130 pacientes dados de alta, con el objetivo de conocer si el seguimiento telefonico de pacientes

disminuye el reingreso hospitalario, en los resultados 18 pacientes necesitaron nuevamente evaluación y fueron derivados a urgencias, el 87% obtuvieron una puntuación mayor a 3 en el Score en relación a intensidad de dolor y cumplimiento del tratamiento, el 92% de los pacientes evolucionaron bien y estaban satisfechos con el seguimiento, el 87% manifestó que el seguimiento telefónico les ahorro tiempo y esfuerzo sin comprometer la calidad de atención, concluyendo que el seguimiento telefonico reduce el reingreso hospitalario.

Correa 2014, realizó un estudio descriptivo mediante una revisión bibliográfica en las bases de datos de Pudmed y Cuiden plus evaluando los informes de CC por parte del personal de enfermería de atención primaria, los resultados muestran una opinión muy general aunque positiva de la utilidad de los informes de CC que se emiten desde el hospital de comunicación, en la cual se hace evidente la necesidad de establecer canales activos de comunicación con el personal de enfermería para obtener retroalimentación y mejora en la calidad de atención, el uso de vías escrita y verbal, permitiendo el suministro de información estandarizada produciendo un mejor conocimiento y aumento de la satisfacción.

1.5. Definición de Variables:

Las variables de estudio se definen con fundamento en la revisión de la literatura científica.

1.5.1 Causas de Hospitalización.

Es el ingreso de un paciente con diabetes tipo 2 en un hospital para recibir tratamiento.

1.5.2 Continuidad de Cuidado.

Es la transferencia de la información, coordinación y consistencia de la atención de las personas con DT2 entre profesiones de enfermería incluye tres elementos fundamentales.

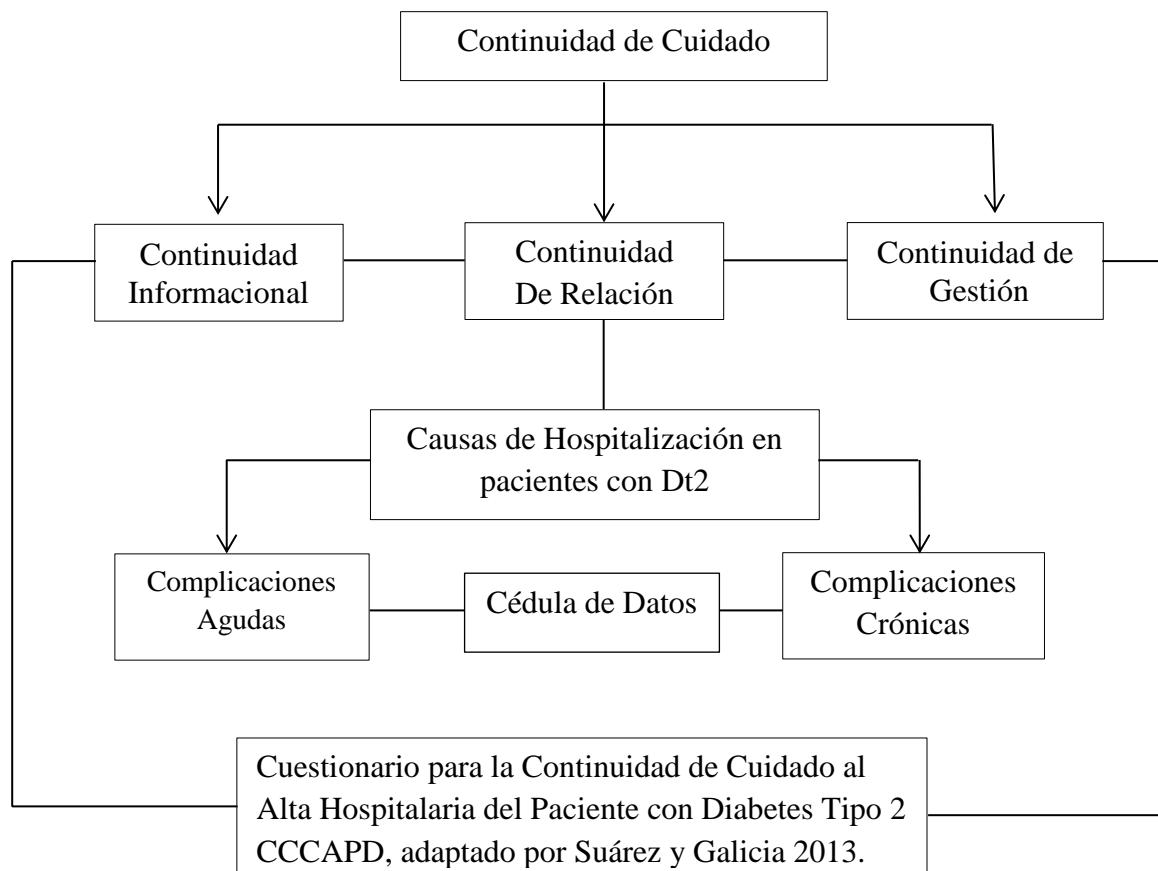
Continuidad informacional. Es la percepción del usuario sobre la información que recibe acerca de la situación de salud.

Continuidad Relacional. Es la relación que existe entre la persona y el profesional de enfermería.

Continuidad de Gestión. Es la coordinación de los diferentes tipos de salud a lo largo del tiempo. Este concepto será medido a través del Cuestionario para la continuidad de cuidado al alta hospitalaria del paciente con diabetes tipo 2 (CCCAPD).

1.6.Descripción Operacional.

Figura 1



1.7. Objetivo General.

Realizar contrastaciones estadísticas del nivel de CC en dos grupos de personas con Dt2, cuyas causas de hospitalización fueron por complicaciones agudas y crónicas.

1.7.1. Objetivos Específicos.

1. Describir las características sociodemográficas de los grupos
2. Describir las causas de hospitalización por complicaciones agudas como crónicas en los adultos con Dt2
3. Determinar el nivel de continuidad de cuidado de las personas con Dt2 por causas de hospitalización que ingresan por complicaciones agudas y crónicas.

Capítulo II

Metodología

Esta sección contiene el diseño de estudio, la población, muestreo, muestra, criterios de selección, descripción del instrumento de medición, procedimientos para la recolección de datos, consideraciones éticas del estudio y estrategias de análisis.

2.1. Diseño de Estudio.

El diseño de estudio será descriptivo, comparativo y transversal dado que se describieron las características de la población, las causas de hospitalización por complicaciones agudas o crónicas, el nivel de CC de cuidados en pacientes hospitalizados y se compararon las medias aritméticas de las causas de hospitalización con el nivel de CC en pacientes hospitalizados (Polit y Hungler, 2000).

2.2. Población.

La población de interés para este estudio estuvo conformada por personas adultas de ambos géneros con diagnóstico médico de Dt2, con edades de 25 a 65 años ingresados en un hospital general de segundo nivel de atención de la ciudad de Puebla.

2.3. Muestreo y Muestra.

El muestreo fue por conveniencia, debido a que no se conocía el número de pacientes que serían dados de alta. El tamaño de la muestra fue calculado mediante análisis de potencia estableciendo un margen de error igual a .05, una potencia estadística de .95 y un tamaño de efecto de .50, el nivel de confianza será del 95% obteniendo una $n= 104$ (Polit y Hungler, 2000). Para cumplir con los objetivos de este estudio la muestra se dividió en dos grupos el primero fue por causas de hospitalización por complicaciones agudas, el segundo incluía las causas de hospitalización por complicaciones crónicas para poder realizar posteriormente las contrastaciones estadísticas.

2.4. Criterios de Selección.

2.4.1 Criterios de Inclusión.

Fueron personas adultas de ambos géneros que tuvieran entre 25 y 65 años con diagnóstico médico de Dt2, que se encontraran hospitalizados por complicaciones agudas o crónicas, con la indicación de pre alta o alta en los servicios de Medicina Interna, Cirugía General y Urgencias y fueron incluidos solo los participantes que dieron su autorización por medio del consentimiento informado.

2.4.2. Criterios de Exclusión.

Personas que no quisieron participar en la investigación, pacientes con diabetes que se encontraban hospitalizados por causas no relacionadas (gastroenteritis, fracturas, problemas ginecológicos y/o psiquiátricos entre otros).

2.4.3. Criterios de Eliminación.

Se eliminaron aquellos cuestionarios que no habían sido respondidos en su totalidad o que tuvieran dobles respuestas y los cuestionarios de los pacientes que durante la aplicación del instrumento decidieron retirarse del estudio.

2.5. Instrumentos de Medición.

Para identificar las causas de hospitalización de personas con Dt2 se empleó una cédula de datos de identificación del paciente y un cuestionario para la continuidad de cuidado al alta hospitalaria del paciente con diabetes tipo 2 (CCCAPD).

2.5.1 Cédula de Datos de Identificación del Paciente.

Es un instrumento que se divide en tres apartados: 1) Datos Sociodemográficos. Contiene las siguientes variables edad especificando en años vividos, sexo categorizado como hombre o mujer, años de escolaridad cursados y estado civil categorizado como soltero, casado,

divorciado, unión libre, separado (a) y viudo (a). 2) Datos Clínicos (años de diagnóstico); 3) Datos de Hospitalización para estimar la Prevalencia (días de estancia, diagnóstico de ingreso).

2.5.2. Cuestionario para la Continuidad de Cuidado al Alta Hospitalaria del Paciente con Diabetes tipo 2 (CCCAPD).

Para conocer el nivel de CC se empleó el cuestionario para la continuidad de cuidado al alta hospitalaria del paciente con Dt2 (CCCAPD), adaptado al español por Suárez y Galicia (2013) y validado en una población mexicana de 119 pacientes con Dt2 obteniendo un alfa de Cronbach de .97, mide la percepción de la continuidad de cuidado de pacientes con Dt2 en el momento del alta hospitalaria. El instrumento contiene 34 ítems constituido por 3 sub escalas que miden la continuidad informacional, continuidad de relación y continuidad de gestión. La primera sub escala contiene los ítems 1,2,13,16,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28 y 34 que pertenecen a la continuidad relacional, en la segunda sub escala se encuentran los ítems 3,4,5,6,7,8,9,10, 11,12,13,14,15,16,17 y 18 que miden la continuidad informacional y por último la tercera sub escala está conformada por los ítems 29,30,31,32 y 33 que mide la continuidad de gestión. El formato de respuesta es a través de una escala de tipo Likert en donde 1 es muy en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 no puedo decidir, 4 de acuerdo y 5 no aplica. El valor mínimo es de 34 y el máximo es de 170, los puntos de corte son 0 a 25 mala percepción de CC, de 26 a 50 buena percepción de CC, de 51 a 75 regular percepción de CC y de 76 a 100 excelente percepción de CC, los datos crudos se transformaron en índices de 0 a 100 para facilitar el tratamiento estadístico.

2.6. Procedimientos para la Recolección de Datos.

Previa a la recolección de datos, el proyecto de investigación fue sometido a revisión y autorización ante la Comisión de Investigación y Estudios de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP), posteriormente se

solicitó la autorización de los directivos del campo de investigación, se cubrieron los requisitos que establece en materia de investigación en salud.

Para la recolección de los datos de los pacientes con Dt2 se realizó en la unidad de la persona hospitalizada protegiendo siempre la privacidad del paciente con ayuda de un biombo o corriendo las cortinas para individualizar el área y asegurándonos que el personal a cargo permitiera aplicar el instrumento a solas para evitar un posible sesgo. Se tuvo una entrevista cara a cara en donde el investigador leyó cada uno de los ítems y al paciente se le dio un tarjetón con las 5 opciones de respuesta para facilitar el procedimiento. Primero se hizo la presentación con el paciente se explicó a los participantes el propósito del estudio, enseguida se leyó el consentimiento informado y una vez autorizada su participación se aplicaron los instrumentos de las variables, comenzando con la cédula de datos de identificación y en segundo lugar el Cuestionario para la continuidad de cuidado al alta hospitalaria con diabetes tipo 2 (CCCAPD). Al finalizar la prueba se agradeció la participación del paciente, se recogieron los instrumentos, se corroboró que estuvieran bien llenados y se guardaron en un sobre, posteriormente fueron resguardados en un lugar seguro.

Para conocer las causas de hospitalización, al finalizar la entrevista se revisó el expediente del paciente para identificar la causa de hospitalización dividiéndola en complicaciones agudas o crónicas. El tiempo para la aplicación de los instrumentos por persona fue de 20 min. aproximadamente y para recoger los datos de la prueba se estimaron 3 meses a partir de la fecha en que estuvo aprobada la investigación.

2.7. Ética del Estudio.

El estudio se realizó con apego a la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. En atención al Título Segundo, Capítulo 1, de los aspectos éticos de la investigación en los seres humanos (Secretaría de Salud [SS], 2016). De acuerdo al Artículo 21, Fracciones I, VII, se

explicó en forma clara a los participantes los objetivos del estudio, y se dejó en claro la libertad que tienen de retirarse y dejar de participar en él, si así lo deseaban. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de los participantes de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 14; Artículo 20, dejándoles una copia del mismo que contenga los datos del investigador. Se respetó la dignidad de la persona al dejarlos decidir libremente y sin presión alguna sobre su participación como lo estipula el estudio Artículo 13. El Artículo 16 Fracción VIII afirma que se respetaría la privacidad y confidencialidad de los participantes al mantener el anonimato de sus datos, el Artículo 17, Fracción II ampara que este trabajo fue considerado sin riesgo en virtud de que solo se realizó la aplicación dirigida de dos cuestionarios y no se llevó a cabo ningún tipo de intervención.

2.8. Plan de Análisis Estadístico.

Para el tratamiento estadístico de las variables se utilizó el paquete Statistical SPSS, Package for the Social Science (SPSS versión 21). Para la descripción de las características sociodemográficas de la muestra se utilizó estadística descriptiva como frecuencias y porcentajes, medidas de tendencia central y desviación estándar. Del instrumento se obtuvieron los valores de confiabilidad a través del coeficiente alfa de Cronbach.

Los valores crudos del instrumento de CC se transformaron en una escala de 0 a 100 para facilitar el análisis estadístico. Se identificó si la distribución de los datos presentaba una curva normal a través de una prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov Smirnov. En caso de tener una significancia estadística se utilizaría el estadístico no paramétrico U de Mann-Whitney para comparar rangos y medianas; en caso de tener una distribución normal o con una $p > .05$ se utilizaría el estadístico paramétrico t de Student para muestras independientes para realizar contrastaciones estadísticas a través de los promedios aritméticos de cada grupo.

2.9. Prueba Piloto.

Con el objetivo de evaluar la validez, confiabilidad y congruencia interna del indicador empírico se midió la continuidad de cuidado en 30 pacientes con características similares a la población definida para el estudio.

2.10. Resultados de la Prueba Piloto.

Se realizó la recolección de datos en treinta personas con características similares a las de la muestra final con el propósito de conocer la comprensión de los ítems, el tiempo de llenado de los cuestionarios y la confiabilidad del instrumento de CCCAPD.

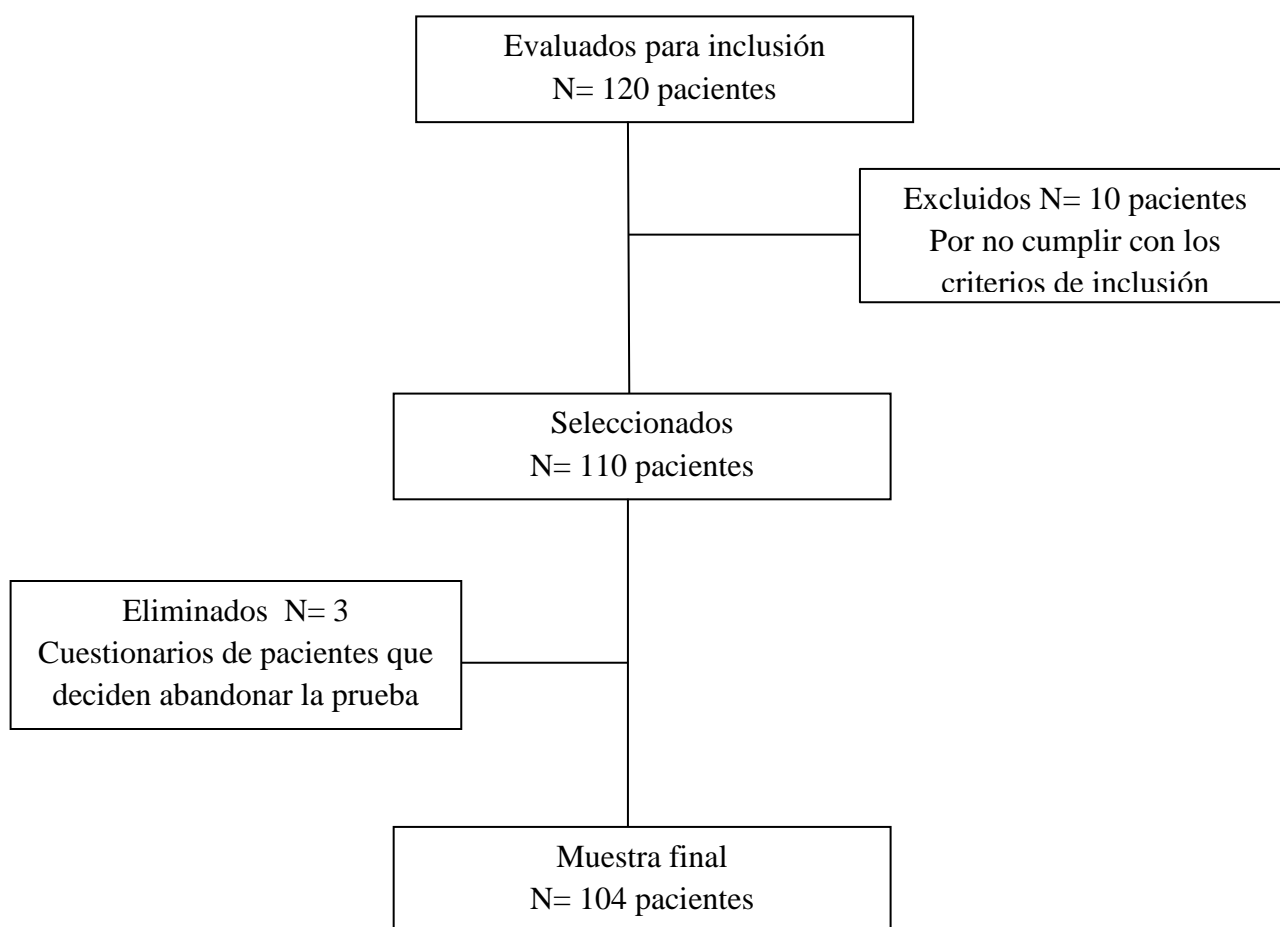
Capítulo III

Resultados

En este apartado se describen los resultados descriptivos y estadísticos de las variables Causas de Hospitalización y Continuidad de Cuidado, en primer lugar se presenta: a) progresión del diseño, b) características sociodemográficas, c) análisis descriptivo de las variables de estudio, d) confiabilidad de los instrumentos, e) prueba de normalidad y f) estadístico inferencial. En seguida se desglosan cada uno de ellos.

3.1. Progresión del Diseño.

Figura 2. Diagrama de Flujo



3.2. Características Sociodemográficas.

Para facilitar la comprensión de los datos se presentan tablas que permiten una mejor visualización de los resultados.

Tabla 1

Datos sociodemográficos.

Variable	<i>f</i>	%
Edad		
25 - 30	6	5.7
31 - 40	10	9.6
41 - 50	16	15.3
51 - 60	44	42.2
61 – 65	28	26.6
Género		
Masculino	43	41.3
Femenino	61	58.7
Años de escolaridad		
0 a 6 años	64	61.5
7 a 9 años	18	17.3
10 a 12 años	10	9.6
13 a 17 años	7	6.7
18 a 19 años	5	4.8
20 a 23 años	0	0
Estado Civil		
Soltero	3	2.9
Casado	46	44.2
Divorciado	22	21.2
Unión libre	13	12.5
Separado	8	7.7
Viudo	12	11.5
Total	104	100

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje.

Como un dato adicional a esta tabla, la media de edad fue 53 ± 11 años, el 56.7% de la muestra en estudio cuenta con pareja.

3.3. Análisis Descriptivo de las Variables de Estudio.

Tabla 2

Datos clínicos.

Variable	<i>f</i>	%
Años de diagnóstico		
0 a 1 años	10	9.6
2 a 10 años	42	40.4
11 a 20 años	28	26.9
21 a 30 años	20	19.2
31 a 40 años	4	3.8
Días de estancia hospitalaria		
0 a 10 días	57	54.9
11 a 20 días	32	30.8
21 a 30 días	11	10.6
31 a 40 días	1	0.9
41 a 50 días	2	1.9
51 a 60 días	1	0.9
Causas de hospitalización		
Agudas		
Hiperglucemia	29	27.9
Cetoacidosis	4	3.8
Hipoglicemia	19	18.3
Coma diabético	1	1
Crónicas		
Nefropatía	20	19.2
Neuropatía	2	1.9
Disfunción gastrointestinal	3	2.9
Enfermedad isquémica	5	4.8
Enfermedad cerebral	4	3.8
Enfermedad vascular	17	16.3
Total	104	100

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje.

En la tabla anterior se observa que las personas con Dt2; tienen como tiempo mínimo un año de vivir con la enfermedad y un tiempo máximo de 40 años.

3.4. Confiabilidad de los Instrumentos.

Tabla 3

Confiabilidad del Instrumento.

Instrumento	Reactivos	Alfa de Cronbach
CCCAPD	34	.94
Dimensión informacional	19	.94
Dimensión de relación	8	.95
Dimensión de gestión	7	.87

Nota: CCCAPD = Cuestionario para la Continuidad de Cuidado al Alta hospitalaria del Paciente con Diabetes tipo 2

En la tabla número 3 se muestra la consistencia interna del instrumento, obteniendo un alfa de Cronbach aceptable de acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2014).

3.5. Nivel de Continuidad de Cuidado.

Tabla 4

Nivel de Percepción de la Continuidad de Cuidado.

Variable	<i>f</i>	%
Mala	3	2.9
Regular	14	13.7
Buena	47	48.4
Excelente	40	35
Total	104	100

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje.

Tabla 5

Nivel de Percepción de Continuidad de Cuidado por grupos.

variable	Agudas		Crónicas	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Mala	2	1.9	1	0.9
Regular	7	6.7	7	6.8
Buena	26	25.1	20	19.2
Excelente	17	16.3	24	23.1
Total	52	50	52	50

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje.

El nivel de percepción de CC para las personas que ingresaron por complicaciones agudas fue bueno y excelente para los que ingresaron por complicaciones crónicas.

3.6. Prueba de Normalidad.

Tabla 6
Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov

Índice	\bar{X}	DE	Sig Asintótica bilateral
INDCC	68.6	17.3	.07

Nota: INDCC= Índice de Continuidad de Cuidado, \bar{X} = media, DE= Desviación Estándar, K-S= Kolmogorov- Smirnov.

En la prueba de bondad se obtiene un valor de p mayor a .05 lo que muestra una distribución normal el cual sugiere utilizar el estadístico paramétrico t de Student.

3.7. Estadística Inferencial.

Para poder elegir un estadístico comparativo (t de Student) primero se cumplieron los siguientes supuestos: tener dos grupos independientes, una distribución normal y homocedasticidad de las varianzas.

Tabla 7
Análisis Inferencial

	Grupos	f	$\bar{X} \pm DE$
INDCC	Agudas	52	67.4 \pm 17.4
	Crónicas	52	69.8 \pm 17.3

Nota: \bar{X} = Media, INDCC= Índice de Continuidad de Cuidado, DE= Desviación Estándar.

En la tabla 6 se puede observar que desde el punto de vista descriptivo existe una ligera diferencia entre las medias aritméticas.

Tabla 8
Prueba de Muestras Independientes

	Test de Levene de igualdad de varianzas		Prueba t para igualdad de medias				
	F	Sig	t	gl	sig. (bilateral)	Diferencia de medias	IC 95%
INDCC varianzas iguales	.25	.6	-.70	102	.48	-4.42	[-9.1 a 4.3]
no se asumen varianzas			-.70	101	.48	-4.42	[-9.1 a 4.3]

Nota: IC= Intervalo de Confianza, INDCC= Índice de Continuidad de Cuidado.

Para poder probar desde el punto de vista estadístico se realizó la prueba de Levine, que reporta una $F = .25$, una $p = .6$ por lo que se asumen varianzas iguales ya que presenta una $p > .05$. Con una $t = -.70$, con 102 grados de libertad, intervalo de confianza del 95% que va de -9.1 a 4.3 lo cual pasa por el cero. Observándose una $p = .48$ por lo que no existe diferencia estadísticamente significativa entre los grupos.

Capítulo IV

Discusión

El objetivo de este estudio fue realizar contrastaciones estadísticas del nivel de CC en dos grupos de personas con Dt2, cuyas causas de hospitalización sean por complicaciones agudas y crónicas.

A continuación se describen los principales hallazgos con respecto a las características sociodemográficas de la muestra para cumplir con el primer objetivo de este estudio. Con relación a la edad de los pacientes con Dt2, el mayor porcentaje lo obtuvo el grupo entre 51 a 60 años de edad, datos similares con reportado por Osuna et al (2014). Este dato muestra la prevalencia de esta enfermedad en este grupo etario, sin embargo, se está presentando con mayor frecuencia en personas más jóvenes tal como lo menciona la ENSANUT (2016). Esta situación se podría atribuir a los estilos de vida no saludables y parece ser que no es exclusivo en estos grupos, resultados de Cisneros et al.,(2015); Carrea-Lasfuentes, Abad, Aguilar y Rabaneque, (2015) y Gonzales, Rodríguez y Manrique,(2013) identificaron que la prevalencia de los pacientes fue en adultos mayores, lo que podría ser explicado por el fenómeno del envejecimiento de la población como lo reporta la encuesta intercensal del INEGI, (2015).

Respecto al género, los resultados mostraron que la mayor parte de los participantes de este estudio fueron mujeres, resultado que coincide con lo reportado por Espinoza, Benites, Cardoza, Quezada y Chumbes, (2015); Gonzáles, Rodríguez y Manrique, (2013) y Osuna et al., (2014). Este fenómeno se atribuye a que las mujeres son más susceptibles a desarrollar Dt2 debido a su condición biológica como lo explica Landeros-Olvera et al., (2013), las mujeres están más susceptibles a tener resistencia a la insulina y desarrollar Dt2 relacionadas con la segregación de ciertas adipocinas que se segregan a nivel circulatorio e inflaman el tejido adiposo y aunado a las condiciones genéticas producen menos adinoponectina, situación frecuente en la obesidad.

Respecto al nivel de escolaridad, predominó el nivel primaria (6 años de escolaridad), datos que coinciden con Osuna et al., (2014), quienes reportan que el nivel de escolaridad de los participantes fue la educación la primaria. Factor podría ser una barrera para que los pacientes con Dt2 puedan seguir un plan de seguimiento a través de la CC, lo que incrementa la susceptibilidad para desarrollar complicaciones agudas o crónicas que deriven en re-hospitalización.

La población de estudio reportó tener actualmente pareja, lo que coincide con González, Rodríguez y Manrique, (2013). Es posible que estos datos sean favorables, dado que el tener una pareja puede ser una red de apoyo social que alienta al cumplimiento riguroso para dar CC con respecto a sus complicaciones por causa de la Dt2 que se vea reflejado en una mejor calidad de vida.

La prevalencia encontrada en cuanto a los días de estancia hospitalaria osciló entre 5 y 10 días, estos datos concuerdan con los hallazgos de Osuna et al., (2014), no obstante Carrera-Lasfuentes, Abad, Aguilar y Rabaneque (2015); reportaron una frecuencia mayor a 10 días esta particularidad se muestra en personas que presentan complicaciones crónicas que prevalecieron es este estudio de investigación como lo es insuficiencia renal, pie diabético e insuficiencia cardíaca, lo que hace notar la falta CC como un servicio más del proceso de hospitalización para dar seguimiento al padecimiento del paciente en el hogar, evitando así un reingreso hospitalario por falta de información.

En cuanto a los años de diagnóstico con Dt2, se obtuvo una frecuencia de 5 a 10 años de vivir con la enfermedad, los resultados coinciden con; Osuna et al., (2014) y Espinoza, Benites, Cardoza, Quezada y Chumbes, (2015). Este hecho es importante porque al considerar los factores como edad, nivel académico (relativamente bajo) y la prevalencia de patologías agregadas

(además de la Dt2), los pacientes quedan totalmente expuestos a desarrollar complicaciones tanto agudas como crónicas por Dt2.

Para cumplir con el objetivo dos de este estudio, se evaluaron en primer lugar las causas de hospitalización por complicaciones agudas, en la que se encontró alta incidencia en hiperglucemia, mientras que Osuna et al., (2014) y González, Rodríguez y Manrique, (2013) , reportaron mayor prevalencia en hipoglucemia. En segundo lugar la causa por complicación crónica más frecuente en este estudio fue nefropatía, lo que coincide con Osuna et al., (2014), complicación que frecuentemente se presenta por no apegarse al tratamiento farmacológico, de dieta y ejercicio.

Otro hallazgo importante fue la prevalencia en insuficiencia vascular periférica lo que coincide con Cisneros et al., (2016), Espinoza, Benites, Cardoza, Quezada y Chumbes, (2015); González, Rodríguez y Manrique (2013), quienes identificaron que la Dt2 es la causa principal de amputaciones, es muy probable que éste problema se acentúe con el paso del tiempo ya que la incidencia de pacientes con este diagnóstico se encuentra en aumento debido a los cambios alimentarios y al sedentarismo. Situación que podría disminuir al aplicar la CC tanto en pacientes con complicaciones agudas como crónicas dado que, un paciente que ha vivido muchos años con Dt2, puede desarrollar complicaciones agudas más recurrentes que podrían aplazarse o incluso evitarse si tuviera CC ya sea por vía telefónica o visita domiciliaria, por parte del personal de enfermería, así mismo para complicaciones crónicas, si un paciente asistiera normalmente a las citas médicas, curaciones continuas, para tener un buen control metabólico, control de peso y práctica de ejercicio, no tendría por qué desarrollar más complicaciones, dado que los factores de riesgo se pueden identificar antes del egreso hospitalario.

Es evidente la necesidad de implementar un modelo de CC en los servicios hospitalarios atendido por el profesional de enfermería, con el fin de dar seguimiento a través de la CC

informativa, relacional y de gestión, considerando sus elementos que son la persona, el entorno y el cuidado y dirigido a evitar complicaciones, reingresos hospitalarios y disminuir el costo de la atención sanitaria.

En relación a los resultados del objetivo tres, que fue determinar el nivel de CC para las personas que ingresaron por causas de hospitalización, al separarse por complicaciones agudas y crónicas se pudieron observar que las medias aritméticas son diferentes desde un punto de vista descriptivo, sin embargo estos hallazgos no son soportados desde un punto de vista estadístico, dado que no existe diferencia significativa entre los dos grupos (p mayor a .05), autores como Hee et al., (2015), encontraron que al aplicar la CC daba muchos beneficios como incremento en el nivel de conocimiento, mejora en el estilo de vida y también se redujo el reingreso hospitalario. La CC que necesitan las personas que ingresan por complicaciones agudas no es diferente al de las personas que ingresan por complicaciones crónicas. En la cultura mexicana, esto no es tan común, dado que existen pacientes que no tienen apoyo por familiares o simplemente no buscan ayuda y no existe interés porque las complicaciones se presentan lentamente y consideran que es algo fácil de superar, así mismo las estadísticas muestran que las incidencias son más frecuentes y con ello situaciones que son irreversibles.

Con respecto a las limitaciones de este trabajo de investigación, se identifican al diseño transversal y descriptivo, dado que la CC solo se pudo medir una vez, sin embargo, es el adecuado puesto que se identificó la CC en pacientes que estaban a punto de egresar del hospital, situación específica que puede orientar sobre la percepción de CC. Además de que se necesita primero describir la CC porque no existe la literatura suficiente para poder realizar estudios longitudinales, que permita hacer inferencias para dar explicaciones de cómo se comporta este fenómeno. El hecho de que la muestra es pequeña no permite hacer inferencias sobre un grupo más amplio, dado que fue calculada por análisis de potencia, lo que indica que los resultados

presentados son confiables en el grupo de pacientes del hospital donde fue realizado este estudio a pesar de que el muestreo haya sido por conveniencia.

Las recomendaciones son, ampliar el tamaño de la muestra, que se realicen estudios longitudinales de corte en donde se integren pacientes con Dt2 en diferentes grupos para hacer comparaciones estadísticas multivariadas y saber si existe alguna variante que pueda orientar para realizar intervenciones específicas, implementar un departamento de CC coordinado por personal de enfermería en donde se repliquen este tipo de investigaciones para aportar más evidencia científica al gremio de enfermería.

Conclusiones: No existe diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la CC de cuidado de las personas con Dt2 al separarlo por complicaciones agudas y crónicas, lo cual indica que las intervenciones del profesional de enfermería deben de hacerse de manera puntual y con la misma estrategia, independientemente de la complicación que se presente, por que las personas no se están cuidando de manera diferenciada. Estos datos no se pueden generalizar las limitaciones presentadas en este estudio, no obstante los resultados dan apertura para conocer lo que está pasando en esta muestra al comparar el nivel de CC en dos grupos.

Referencias.

- Boletín Epidemiológico de Diabetes Tipo 2. (2014). *Secretaría de Salud*. Recuperado de http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/bol_diabetes/dt2_cierre_2014.pdf
- Bueno, L. (2015). Estudio comparativo del manejo del paciente diabético adulto hospitalizado en España y el Reino Unido. (tesis de maestría). Facultad de Enfermería, Univesidad de Valladolid
- Calero, M. (2012). La continuidad de cuidados de los pacientes intervenidos de fractura de cadera. *Enfermería Global*. 27: 228-235.
- Carrera-Lasfuentes, P., Abad, J., Aguilar-Palacio, I., & Rabaneque, J. (2015). Comorbilidad como predictor de utilización de servicios sanitarios y mortalidad en pacientes con diabetes. *Elsevier España*. 29: 10-14.
- Centro de Enseñanza para la Diabetes de la Universidad de San Francisco California. (2017) UCSF Diabetes Teaching Center. Recuperado de: <https://dte.ucsf.edu/es/la-vida-con-diabetes/complicaciones/>
- Cisneros, N., de Jesus, I., Libretos, V., Rodriguez, H., Campos, A., Davila, J., Kumate, J., & Borja, H. (2016). Índice de amputaciones de extremidades inferiores en pacientes con diabetes. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*.54(4): 472-9.
- Chia-Hsiang, H., Yiing-Jenq, C., & Christy, P. (2016). The effect of continuity of care on emergency room use for diabetic patients varies by disease severity. *J Epidemiol*. P 1-7
Recuperado de: www.ncbi.nlm.nih.gov/pudmed/26902167.
- Corrales, D., Alfonso, A., & Rodríguez, M. A. (2012). Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales.

- Informe SESPAS 2012. [Versión electrónica], *Gaceta Sanitaria Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria*. 26 (5); 63-68.
- Correa, M.(2014). El informe de continuidad de cuidados como herramienta de comunicación entre atención hospitalaria y atención primaria. *Rev Esp Comun Salud*; 5 (2): 102-111.
- De Paz, D., Galdeano, N., Garrido, M., Lacida, M., Martín, R., Morales, J., Perez, R., Sánchez, N., & Terol, J. (2012). Continuidad de cuidados entre atención especializada y atención primaria. Comisión para el desarrollo de la enfermería en el servicio de Andalucía de Salud. *Servicio Andaluz de Salud*. P 2-26. Recuperado de: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0229.pdf>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino. (2016). Informe final de resultados. Recuperado de: <http://fmdiabetes.org/wp-content/uploads/2017/04/ENSANUT2016-mc.pdf>
- Espinoza, F., Benítez, V., Cardoza, K., Quezada, M., & Chumbes, M. (2015). Características de los pacientes diabéticos hospitalizados en dos hospitales de EsSalud Piura. *Horiz Med*. 15(4): 21-26.
- Federación Internacional de Diabetes. (2011- 2021). Plan Mundial contra la Diabetes. P 4.
- Frots, A., Chen, S., Mezzles, M., Saroja, V., Nava, E., Arriaga, H., Freed, K., Comuzzie, A., DeFronzo, R., Kent, J., Grayburn, P., & Bastarrachea, R. (2015). Successful pharmaceutical- grade streptozotocin (STZ) - induced hyperglycemia in a conscious tethered bobom (papio hamadryas) model. *J Med Primatol*, 1-16.
- González, N., Rodríguez, E. G., & Manrique, H. (2013). Características clínicas y factores asociados a morbilidad intrahospitalaria en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Rev Soc Perú Med Interna*. 26(4): 159.

- Granados, M., Fernández, C., & Jiménez, A. (2016). El seguimiento postquirúrgico como estrategia para evitar el reingreso hospitalario. *Revista Enfermería Docente*. 106. Recuperado de: www.revistaenfermeriadocente.es/index.php/ENDO/article/download/211/pdf_159
- Hee, K., Gyu, S., Jun, K, J., & Park, E. (2015). Effects of continuity of care on hospital admission in patients with type 2 diabetes: analysis of nationwide insurance data. *Health Services Research*. 15:107. Recuperado de: www.ncbi.nlm.gov/pubmed/25879858.
- Hernández, R., Fernández, C., & Batista, P. (2014). Metodología de la investigación. Sexta edición. México D.F.
- Hernández, M., Gutiérrez, J., & Reynoso, N. (2013). Diabetes Mellitus en México. El estado de la epidemia. *Salud Pública de México*, 55; s129- s136.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). Encuesta intercensal. Boletín de prensa núm. 524/15.
- Márquez, J. (2013). Modelo teórico para el cuidado del diabético y el apoyo familiar a partir de una visión interdisciplinaria del personal de salud del hospital universitario “DR. Luis Gómez López” del Estado Lara.(Tesis de Doctorado). Valencia.
- Landeros-Olvera, E., López-Alvarega, JC., Nava-González, E., Gallegos-Cabriales, E., Lavalle-González, F., Bastarrachea, R. & Salazar, B.(2013). Efecto del ejercicio cardiovascular en las mujeres con obesidad sobre las concentraciones de la adiponectina, leptina y factor de necrosis tumoral-alfa. *ELSEVIER. Archivos de cardiología de México*.84 (3): 177-188.
- Organización Mundial de la Salud. (Abril, 2016). Informe Mundial Sobre la Diabetes. México. PP 1-2.

- Osuna, M., Rivera, M., De Jesús, C., Lancheros, A., Tovar, H., Hernández J., & Alba, M. (Diciembre, 2014). Caracterización de la Diabetes Mellitus tipo 2 y el control metabólico en el paciente hospitalizado. *Acta Medica Colombiana*. 39(4) 344-351.
- Pasillas, A., Rodríguez, A., & Rodríguez, M. (2015). Evaluación de un programa sobre conocimientos y adherencia a la dieta en pacientes con diabetes tipo 2. *Psicología y Salud* (25) p 31-41. Recuperado de: revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/1337
- Polit, B. & Hungler, B. (2000). *Investigación científica en ciencias de la salud*. (6ª. Ed.). México: McGraw-Hill
- Ramírez, N., Cortés, B., Martínez, A. C., & Galicia, R. M. (2015). Continuidad de cuidado en el estilo de vida de la persona con DM2. *Diabetes hoy para el médico y el profesional de la salud*. (8) p 8-11.
- Rico, M., Sánchez, S., & Fuentelsaz, C. (2014). El cuidado como elemento transversal en la atención a pacientes crónicos complejos. *Elsevier España*, 24: P 44-50.
- Secretaria de Salud. (2016). *Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>.

Apéndice B
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

Cuestionario para la Continuidad de Cuidado al Alta Hospitalaria del Paciente con Diabetes Tipo 2 CCCAPD, adaptado por Suarez y Galicia, (2013).

INSTRUCCIONES: Estas afirmaciones están diseñadas para evaluar el cuidado que recibió en el tiempo próximo a su alta hospitalaria. Por favor complete el cuestionario por su cuenta o en caso de ser necesario, con asistencia de algún profesional de la salud, familiar o amigo. Lea cada aseveración y encierre en un círculo un número del 1 al 5 para indicar si se encuentra muy de acuerdo (1), de acuerdo (2), no puede decidir si se encuentra o no de acuerdo (3), de acuerdo (4) o muy de acuerdo (5) con dicha afirmación. Si el punto tratado no aplica a su cuidado por favor encierre la opción No aplica (NA).						
¿En qué grado está usted de acuerdo o desacuerdo con esta afirmación?	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	No puedo decidir	De acuerdo	Muy de acuerdo	No aplica
ANTES DEL ALTA HOSPITALARIA						
1. Recibí información clara acerca de mi diabetes.	1	2	3	4	5	NA
2. Recibí información específica acerca de la evolución de mi diabetes.	1	2	3	4	5	NA
3. Recibí información acerca de los síntomas que no requieren atención médica inmediata, que pudiera presentar derivados de mi diabetes.	1	2	3	4	5	NA
4. Recibí información acerca de cómo manejar los síntomas que no requieren atención médica inmediata, que pudiera presentar derivados de mi diabetes.	1	2	3	4	5	NA
5. Recibí información sobre los síntomas derivados de mi diabetes que pudieran necesitar atención médica urgente	1	2	3	4	5	NA
6.						
7. Recibí información sobre las personas a quien debo llamar en casos de urgencia. (P. ej. Especialista, médico, enfermera, familiar, etc.)	1	2	3	4	5	NA
8. Recibí información sobre síntomas inesperados que pudieran alterar mi salud o el cuidado que requiero	1	2	3	4	5	NA
9. Recibí información acerca de cómo tomar los medicamentos para el control de mi diabetes	1	2	3	4	5	NA
10. Recibí información acerca de las dosis, horarios y efectos de los medicamentos para el control de mi diabetes	1	2	3	4	5	NA

¿En qué grado está usted de acuerdo o desacuerdo con esta afirmación?	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	No puedo decidir	De acuerdo	Muy de acuerdo	No aplica
11. Recibí información clara y precisa sobre la alimentación que debo seguir para el control de mi diabetes	1	2	3	4	5	NA
12. Se me orientó sobre como planear mis comidas	1	2	3	4	5	NA
13. Recibí información sobre el tipo de ejercicio que debo realizar para el control de mi diabetes	1	2	3	4	5	NA
14. Recibí la información sobre los cuidados que debo seguir en casa.	1	2	3	4	5	NA
15. Recibí información sobre las citas médicas que debo seguir	1	2	3	4	5	NA
16. La enfermera y yo acordamos el plan de cuidados que debo seguir para el adecuado control de mi diabetes. (Nota: Un plan de cuidados es un documento que describe la forma en cómo voy a atender mis necesidades de salud).	1	2	3	4	5	NA
17. Recibí información acerca de la forma en que puedo contactar a los profesionales de salud en caso de que lo crea necesario	1	2	3	4	5	NA
18. Recibí información sobre los grupos de apoyo que pudieran ser útiles para mi cuidado	1	2	3	4	5	NA
19. Recibí material educativo como folletos o revistas que sirven de apoyo para mi cuidado.	1	2	3	4	5	NA
20. Mis cuidadores recibieron información sobre grupos de apoyo que pudieran ser útiles para mi cuidado	1	2	3	4	5	NA
21. Mis cuidadores tienen información acerca de mi diabetes	1	2	3	4	5	NA
22. Mis cuidadores recibieron orientación acerca del cuidado para el control de mi diabetes	1	2	3	4	5	NA
23. Los profesionales de salud encargados de mi cuidado, respetan mis valores y creencias.	1	2	3	4	5	NA
24. Me siento reconocido por los profesionales de la salud que me cuidan	1	2	3	4	5	NA
25. Tuve confianza en los profesionales de salud encargados de mi cuidado.	1	2	3	4	5	NA

¿En qué grado está usted de acuerdo o desacuerdo con esta afirmación?	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	No puedo decidir	De acuerdo	Muy de acuerdo	No aplica
26. Me sentí satisfecho con la información que me brindaron los profesionales de la salud acerca de mi cuidado	1	2	3	4	5	NA
27. Me sentí satisfecho con el apoyo emocional que los profesionales de la salud me brindaron al alta hospitalaria	1	2	3	4	5	NA
28. Tuve la confianza suficiente con el profesional de la salud para expresar dudas acerca de mi cuidado después del egreso hospitalario	1	2	3	4	5	NA
29. Los profesionales de la salud encargados de mi cuidado tuvieron buena comunicación entre ellos acerca de mi diabetes, durante el tiempo que permanecí hospitalizado.	1	2	3	4	5	NA
30. Los profesionales de la salud diseñaron un plan de alta al egreso hospitalario de acuerdo a mis necesidades de salud. (Nota: Un plan de alta es un documento que proporciona información importante e individualizada acerca de mi diabetes).	1	2	3	4	5	NA
31. Los profesionales de la salud me explicaron ampliamente como seguir mi plan de alta	1	2	3	4	5	NA
32. Fui tomado en cuenta en el diseño de mi plan de alta	1	2	3	4	5	NA
33. Estoy de acuerdo con el plan de alta diseñado para mi cuidado	1	2	3	4	5	NA
34. Mi familia fue tomada en cuenta para el diseño de mi plan de alta	1	2	3	4	5	NA
35. Me sentí adecuadamente preparado para el alta hospitalaria.	1	2	3	4	5	NA

Apéndice C
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
Consentimiento Informado para Personas con Dt2

A quien corresponda.

La **LE. Vázquez Cataño Fabiola** me ha solicitado participar en su estudio de investigación denominado “Complicaciones por Dt2 y Continuidad de Cuidado al Momento del Alta Hospitalaria”, Me explicó que el propósito del estudio es conocer el nivel de percepción de CC de los pacientes con Dt2 de dos grupos, los que ingresaron por complicaciones agudas, versus complicaciones crónicas al momento del egreso hospitalario y el objetivo es realizar contrastaciones estadísticas del nivel de CC en dos grupos de con Dt2 cuyas causas de hospitalización hayan sido por complicaciones agudas y crónicas.

Sé que voy a contestar algunas preguntas relacionadas con la información y cuidados que recibí durante mi estancia hospitalaria, me explicó que los datos sobre mi persona serán confidenciales y que tengo derecho a terminar mi participación en el momento que yo lo decida, se respetará mi persona en todo momento y se me explicó que está es una investigación considerada sin riesgo dado que no se realizará ninguna investigación y solo responderé un cuestionario.

Firma del participante

Firma del investigador

Directora de tesis: Rosa María Galicia Aguilar.

En caso de tener dudas puede comunicarse con el asesor de tesis a través del correo electrónico galicia_aguilar@hotmail.com