Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
Programa Educativo de Maestría en Enfermería

"Construcción y Validación de un Modelo para la Continuidad de Cuidados en Personas con Heridas"
(MOCCPHE)

Presenta:

LE. Jahir Herrera Rodríguez

Tesis Presentada para Obtener el Grado de
Maestría en Enfermería

Otoño 2021

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
Programa Educativo de Maestría en Enfermería

"Construcción y Validación de un Modelo para la Continuidad de Cuidados en Personas con Heridas"
(MOCCPHE)

Presenta:

L.E Jahir Herrera Rodríguez

Directora de Tesis:

MCE. Rosa María Galicia Aguilar

Tesis Presentada para Obtener el Grado de
Maestría en Enfermería

Otoño 2021

Comisión que Aprobó la Tesis

Construcción y Validación de un Modelo de Continuidad de Cuidados en Personas con Heridas (MOCCPHE)

_____-

MCE. Rosa María Galicia Aguilar
Presidenta

_____

DCE. Erick Landeros Olvera

Secretario

_____

MSP. Erika Lozada Perezmitre

Vocal

_____

MCE. Rosa María Galicia Aguilar

Directora de Tesis

_____

MCE. Erika Pérez Noriega

Directora

_____

DCE. Francisco Javier Báez Hernández

Secretaria de Investigación y Estudios de Posgrado

Agradecimientos

"*Un gran logro generalmente nace de un gran sacrificio, y nunca es el resultado del egoísmo"*

Napoleon Hill.

A la vida por permitirme disfrutar cada amanecer como si fuera el ultimo, por darme las mejores experiencias y situarme en el lugar en el que estoy ahora, sin duda el sendero que hoy me toca recorrer es para ir hacia donde aún nadie ha pisado, por demostrarme que cada día puedo levantarme para lograr un triunfo en la vida y que los fracasos son los éxitos que más importan para llegar a la meta.

A mi hijo Elian por caminar junto a mi durante estos años de aprendizaje, eres la pieza clave en cada logro alcanzado, gracias por entender que el éxito demanda algunos sacrificios, por cada palabra de apoyo, por iluminarme con la paz de tu sonrisa y ser el motor que me empuja día a día.

A mis padres por proporcionarme su amor incondicional y ser los promotores de mis sueños, por confiar en mí y en mis expectativas, por cada consejo y por cada palabra que me guían durante mi vida.

A mis hermanos les agradezco por su incondicional apoyo, por creer en mí y enseñarme a luchar por los sueños, por mostrarme lo importante que es tenerlos para compartir grandes momentos de felicidad y tristeza.

A la maestra Rosa María Galicia, por su ilimitado apoyo, paciencia, esfuerzo, trabajo y dedicación durante este largo camino de directora de tesis, que más que un docente se convierto en una gran amiga, gracias por enseñarme a crear nuevos paradigmas en el conocimiento científico.

Al doctor Erik Landeros, por contagiarme su pasión por la investigación, sus observaciones y aportaciones en esta tesis. Por siempre cuestionarme y desestructurar todo el conocimiento obtenido para descubrir nuevas formas de pensar sobre ellos.

A cada uno de los docentes del programa de maestría de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, por su conocimiento, esfuerzo y compromiso con mi formación profesional.

Gracias al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el apoyo con la beca proporcionada para mi manutención durante la Maestría para la realización de mis estudios.

Jahir Herrera Rodríguez

Resumen

Nombre LE. Jahir Herrera Rodríguez

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Título: Construcción y Validación de un Modelo de Continuidad de Cuidados en Personas con Heridas (MOCCPHE).

Número de páginas: 75
Área de Estudio:
Fecha de Graduación:

Candidato para el Grado de Maestría en Enfermería

Introducción. La continuidad de cuidados es la atención coordinada e ininterrumpida que inicia con el ingreso a la institución de salud de la persona con herida y se intensifica posterior al alta hospitalaria, mediante el seguimiento coordinado entre los profesionales de salud de la atención hospitalaria y primaria a través de intervenciones de información, relación y gestión. **Objetivo.** Diseñar y Validar un modelo de práctica para la Continuidad de Cuidados en Personas con heridas. **Metodología**. El diseño del estudio fue descriptivo y polietápico, se realizó en tres etapas, se fundamentó en los componentes propuestos por Fawcett y en el proceso de construcción de un modelo de cuidado desarrollado por Kuerten y Lenise. **Resultados.** El modelo incluye el componente referencial que sustenta el conocimiento para la implementación de intervenciones de enfermería desde el enfoque de la continuidad de cuidados; el componente estructural describe las premisas, conceptos centrales y su relación entre ellos que guían el cuerpo de conocimientos e instrumentalizan las acciones de la práctica desde la perspectiva de la disciplina y el componente funcional tuvo en cuenta el paradigma de enfermería así como para su operacionalización se diseñaron indicadores empíricos. **Conclusión.** El MOCCPHE surge como una respuesta para atender las necesidades de cuidado y asegurar la atención de calidad a las personas con heridas, sus cuidadores, los profesionales y los sistemas de salud, con la finalidad de dar seguimiento después del alta hospitalaria y así evitar complicaciones, disminuir el reingreso hospitalario y los costos de la atención.

Palabras clave: Continuidad de la atención al paciente; Enfermería; Modelos Teóricos.

Firma del Director de Tesis: _____

Tabla de Contenido

	Pág.
Capítulo I	
1.1 Planteamiento del Problema	1
1.2 Propósito	3
1.3 Marco de Referencia	3
1.4 Estudios Relacionados	5
1.4.1 Estudios Indirectamente relacionados	13
1.5 Definición de Términos	16
1.6 Objetivo General	17
1.6.1 Objetivo Especifico	17
Capítulo II	
2.1 Diseño del estudio	18
2.2 Etapa I: Revisión de Literatura	18
2.3 Etapa II: Construcción del modelo, conceptos, supuestos	19
2.4 Etapa III: Validación por jueces	19
2.4.1 Población para jueces	19
2.4.2 Muestreo y muestra para jueces	19
2.4.3 Criterios de selección para jueces	19
2.4.4 Procedimiento de recolección de datos para validación por jueces	20
2.5 Plan de análisis estadístico	22
2.6 Ética del estudio	22
Capitulo III Resultados	
3.1 Etapa I. Revisión de Literatura	23
3.2 Etapa II. Construcción del modelo, conceptos y supuestos	23
3.2.1 Componente Referencial	23
3.2.2 Componente Estructural	25
3.2.3 Componente Funcional	27
3.3 Etapa III. Validación por jueces	31
3.3.1 Validación por el método de jueces Waltz, Strickland	31
3.3.2 Observaciones y recomendaciones de los jueces	32

3.4 Resultados segunda versión del MOCCPHE 33
3.4.1 Etapa 1. Revisión de literatura 33
3.4.2 Etapa II. Construcción del modelo, concepto y supuestos 34
3.4.2.1 Componente Referencial 34
3.4.2.2 Componente Estructural 36
3.4.2.3 Componente Funcional 38
3.4.2.4 Estructura interna del MOCCPHE 40
3.4.3 Validación final por jueces 45
3.4.3.1 Validación por el método de jueces de Waltz, Strickland 45
3.4.3.2 Observaciones y recomendaciones por los jueces 46
3.5 Resultados tercera versión del MOCCPHE 47
3.6 Resultados Versión final del MOCCPHE 50
3.6.1 Componente Referencial 50
3.6.2 Componente Estructural 52
3.6.3 Componente Funcional 54
3.6.3.1 Instrumentos de medición 56
3.6.3.1.1 Cedula de valoración clínica de la persona con herida 56
3.6.3.1.2 RESVECH 2.0 56
3.6.3.1.3 ICCUPAELD 57
3.6.3.2 Estructura Interna del MOCCPHE 57
Capitulo IV Conclusión 62
Lista de Referencias 63
Apendice A. Invitación para participar como juez 68
Apendice B. Instrumento para evaluación de contenido del modelo 69
Apendice C. Instrumento ICCUPAELD 72
Apendice D. Cedula de valoración clínica de la persona con herida 74
Apendice E. RESVECH 2.0 75

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1. Características sociodemográficas de los jueces	31
Tabla 2. Índices de Validez de Contenido	32
Tabla 3. Observaciones realizadas por los jueces	32
Tabla 4. Operacionalización del modelo	40
Tabla 5. Características sociodemográficas de los jueces	45
Tabla 6. Índices de Validez de Contenido	45
Tabla 7. Observaciones realizadas por los jueces	46
Tabla 8. Modificaciones del contenido del MOCCPHE	47
Tabla 9. Operacionalización del modelo	58

Lista de Figuras

	Pág.
Figura 1. Elementos del MOCCPHE	5
Figura 2. Relacion conceptual de los elementos de la CC	17
Figura 3. Proceso de construcción y validación del MOCCPHE	21
Figura 4. Diagrama del MOCCPHE	30
Figura 5. Diagrama de flujo del proceso de selección de artículos	33
Figura 6. Relación conceptual de los elementos de la CC	35
Figura 7. Diagrama de flujo de la CCPHE	43
Figura 8. Estructura del MOCCPHE	44
Figura 9. Elementos de la CC	49
Figura 10. Relación conceptual de los elementos de la CC	51
Figura 11. Diagrama de flujo de proceso de selección de artículos	60
Figura 12. Estructura de MOCCPHE	61

Capítulo I

Introducción

1. Planteamiento del problema

Las heridas agudas o crónicas se definen como una interrupción en la continuidad del revestimiento epitelial de la piel o mucosas como resultado de un problema físico o térmico, lo que puede generar una ruta de infección y entrada de materiales extraños (Dhivya, Padma y Santhini, 2015). Estas afecciones representan un problema de salud por la alta prevalencia, la inversión económica por los sistemas de salud y la complejidad del cuidado.

A nivel mundial, datos epidemiológicos refieren una tasa de heridas de 1.67 por 1000 habitantes (Zhang et al., 2017). En México, los datos epidemiológicos no son suficientes; sin embargo, algunos autores refieren una incidencia de 36,022 personas con algún tipo de herida en 159 unidades médicas; en este mismo estudio, al separar por entidad federativa, el Estado de Puebla se ubica con una prevalencia del 23.3% (Vela, Stegensek y Leija 2018).

Ante este panorama, las heridas no solo representan un problema de salud pública, su atención también implica una importante inversión económica en los sistemas de salud, derivados de los días de estancia hospitalaria, incremento en las tasas de infección, uso de alta tecnología y del recurso humano, con un costo anual de **$** 2.8 mil millones de dólares y que se prevé un incremento hasta **$** 3.5 mil millones en el año 2021 (Sen, 2019).

Las personas con heridas durante la estancia hospitalaria tienen resuelta sus necesidades de cuidado por parte del profesional de enfermería, desde la valoración integral, curación avanzada, control de infecciones, manejo del dolor, movilidad hasta la esfera emocional, sin embargo, al momento del egreso y retorno a su hogar pueden presentar dificultades para llevar de forma adecuada el seguimiento del cuidado, situación que puede derivar en complicaciones y reingreso hospitalario (Calvo et al., 2015).

El profesional de enfermería es el responsable de liderar los procesos asistenciales y de gestión de las personas con heridas, con el objetivo de evitar la omisión, discontinuidad de la atención y el reingreso hospitalario un % menor a 30 días, a través de la Continuidad de Cuidados (CC) como una herramienta innovadora que garantice la calidad de los cuidados basados en evidencia científica (Casado, 2014).

La CC se define de acuerdo a la Joint Comission (2015) como el grado de asistencia que necesita una persona, coordinada por diferentes profesionales y organizaciones en relación al tiempo, se constituye como un elemento fundamental en la atención de la persona con heridas, ya que es un soporte de seguimiento otorgado al paciente, posterior al alta hospitalaria, que otorga intervenciones necesarias para mejorar la salud, evitar complicaciones, adoptar medidas que faciliten el tránsito entre niveles asistenciales y minimicen las consecuencias negativas de la falta de continuidad asistencial (Calvo et al., 2015). Asimismo, provee información para adherirse al tratamiento y establece un vínculo terapéutico con la persona, al gestionar los trámites para acercarse a los servicios de salud o referirlo con el equipo multidisciplinario (Zenteno et al., 2016)

La revisión de literatura muestra que la CC es efectiva y tiene un papel resolutivo en la atención primaria (Calvo et al., 2015), aumenta la comprensión de las necesidades individuales para adaptar el cuidado de enfermería (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016), ayuda a ganar seguridad y confianza en la persona con una reducción en la discontinuidad de la información, complicaciones y reingreso hospitalario (Przysucha et al., 2018). Smith et al. (2016), muestran que la CC es una vía eficaz para el seguimiento del cuidado en personas con heridas.

Desde hace algunos años Inglaterra, España, Colombia, Canadá, Estados Unidos, Polonia, Brasil y Ucrania han implementado la CC para mejorar el acceso a la atención primaria en salud, y permitir un seguimiento intensivo de pacientes con enfermedades crónicas. En México este concepto ha sido poco abordado, por ejemplo, se ha utilizado en el cuidado de pacientes crónicos,

y entre los resultados se ha encontrado una disminución de las complicaciones en Diabetes Tipo2, traumatología, obstetricia y neurología. Sin embargo, en las instituciones de salud pública no se ha encontrado un modelo de atención que oriente la práctica de enfermería desde la propia disciplina que contribuya a definir la identidad de la enfermería en el seno de la comunidad y clarifique la relación que tiene con el resto de los profesionales de salud en el abordaje de heridas (Jiménez-García et al. 2019).

Por lo anterior, es necesario proponer un modelo de práctica para la CC en personas con heridas en el contexto mexicano, que sirva como marco de referencia para orientar al profesional de enfermería a otorgar atención integral, continuada, centrada en la persona, familiares y entorno, que involucre desde la planificación del alta hospitalaria hasta el seguimiento de cuidado domiciliario mediante la coordinación de atención especializada y atención primaria.

1.2 Propósito del estudio

Diseñar y Validar un Modelo para la Continuidad de Cuidados en Personas con Heridas en el contexto mexicano.

1.3 Marco de Referencia

El marco de referencia en esta tesis surge de la evidencia que direcciona hacia la construcción de un modelo de atención que favorezca un cuidado diferenciado y especifico en las personas con heridas, que contribuya a calificar y perfeccionar el cuidado. El Modelo para la Continuidad de Cuidados en personas con heridas que se pretende diseñar y validar, puede ser derivado desde un modelo conceptual o un marco de referencia que tiene un menor nivel de abstracción, no obstante, posee una filosofía y características teóricas que en conjunto explican el método con el cual se aborda el cuidado de heridas dentro del contexto paradigmático de enfermería. Debido al nivel de abstracción tan especifico que posee el modelo es fundamental utilizar la estructura jerárquica del conocimiento propuesta por Fawcett (2012). Esta autora explica que el conocimiento de enfermería

se clasifica en un mayor a menor grado de abstracción, desde el metaparadigma, que es la perspectiva más abstracta de la estructura, la filosofía es el segundo elemento y es una afirmación ontológica acerca del fenómeno de interés de la disciplina, el tercer elemento es el modelo conceptual, que se define como un conjunto de conceptos abstractos que explican y orientan acerca del fenómeno de interés de la disciplina, el cuarto elemento se refiere a la teoría, qué describe la relación de conceptos y tiene un menor nivel de abstracción, Por último se encuentran los indicadores empíricos, los cuales miden los conceptos a través de instrumentos o procedimientos, colocan al modelo en un nivel de menor abstracción, dentro de un contexto cuantitativo (Duran, 2002)

Bajo la estructura jerárquica de Fawcett se puede ubicar el MOCCPHE, el cual retoma niveles de abstracción teórica, pero como ya se ha mencionado, es necesario distinguir el MOCCPHE de los modelos conceptuales constituidos por un grupo de teorías de lo que se supone pasa en el contexto real dentro de un panorama generalizado de salud. En el caso del MOCCPHE, se construye con base a los constructos de la CC, los cuales se retoman para direccionarlos al fenómeno de cuidado de heridas, por lo tanto, se basa en la existencia de evidencia publicada y análisis estadístico. Luego entonces, así se identifica que la diferencia entre el MOCCPHE y un modelo conceptual o teórico se encuentra en el nivel de abstracción.

Para la construcción del MOCCPHE, se considera a la filosofía como el elemento más abstracto debido a la diversidad de diferentes corrientes, no obstante, enfatizara de un marco epistemológico y deontológico para explicar la validez de conocimiento y el quehacer de enfermería en el cuidado de heridas respectivamente. Asimismo, para alcanzar el propósito de esta tesis, se definirán los elementos del paradigma de enfermería dentro del contexto del cuidado de las personas con heridas y se definirán los conceptos teóricos que fundamentarán el MOCCPHE.

Con base a la estructura de un modelo de cuidado de enfermería que presentan Kuerten y Lenise (2008), se estructura la siguiente figura para ubicar la construcción del MOCCPHE (Herrera, Galicia y Landeros, 2020).

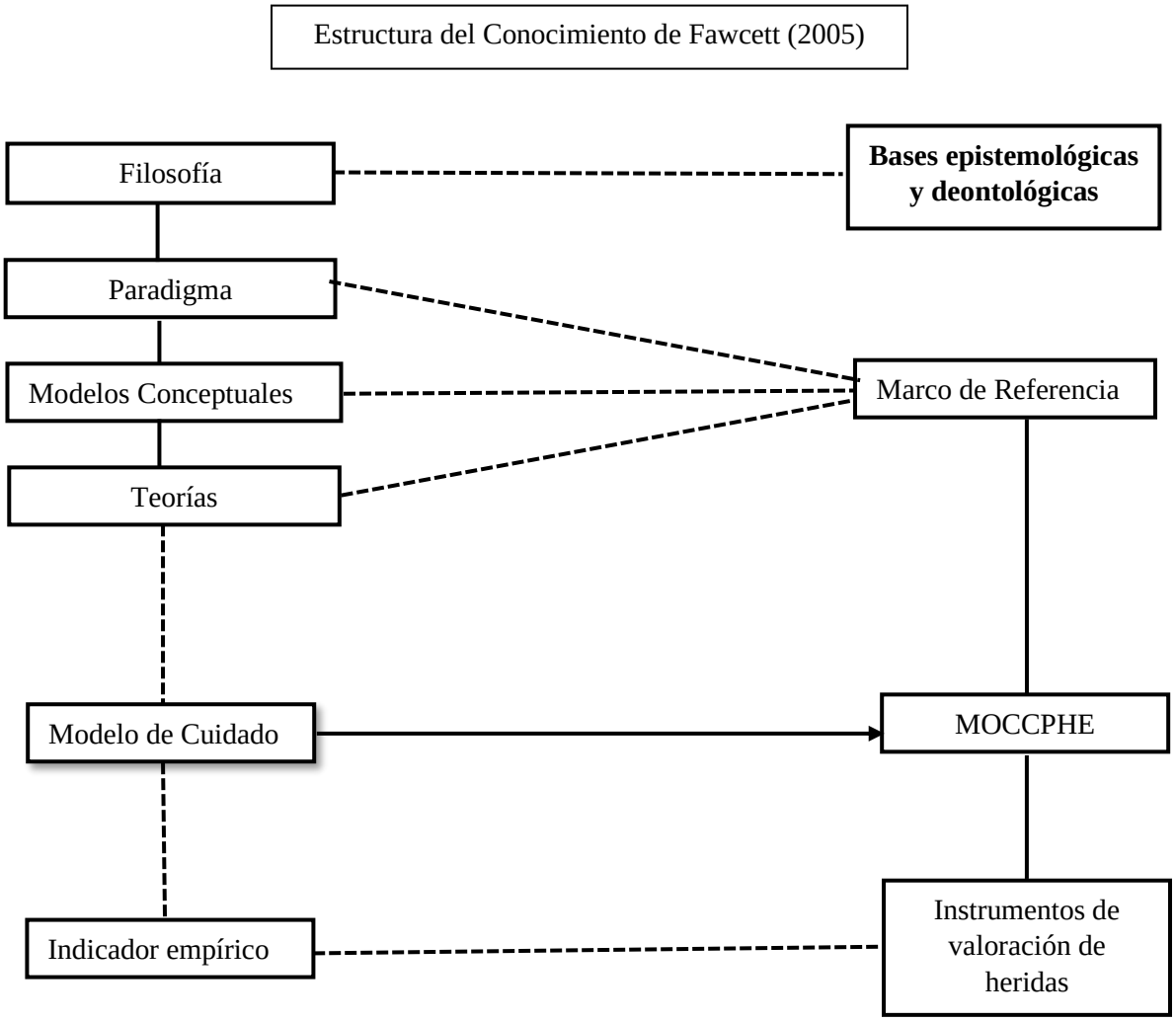


Figura 1. Elementos del Modelo de Continuidad de Cuidados en Personas con Heridas (Herrera, Galicia y Landeros 2020) (retomado de Kuerten y Lenise, 2008)

1.4 Estudios relacionados

Przysucha et al., (2018) realizaron un estudio descriptivo, con el objetivo de investigar los desafíos y las condiciones de continuidad de gestión de un sistema de soporte de decisiones en personas con heridas, se incluyeron 25 profesionales de la salud. Los resultados refieren cuatro

temas relacionados con la continuidad de gestión: 1) el trabajo en red, 2) un único punto de contacto y coordinación para / familiares, 3) gestión del alta de los pacientes, y 4) los pagadores como parte de la red. Se concluyo que la continuidad de gestión y documentar las intervenciones, diagnóstico y resultado es parte importante en la continuidad de la atención en personas con heridas.

Jiménez et al., (2018), realizaron un estudio descriptivo transversal, en cuatro distritos sanitarios de Andalucía del 2015- 2018, cuyo objetivo fue evaluar el impacto de las Enfermeras de Practica Avanzada en las heridas (EPA- H) en la optimización de las necesidades específicas de las personas y sus familias, garantizando la continuidad asistencial. Se otorgaron 4489 consultorías y asesorías, se formaron a 4638 profesionales sanitarios, se realizaron 115 actividades de investigación y desarrollaron intervenciones intersectoriales para lograr la mayor efectividad posible en el abordaje de las heridas. Se concluye que la formación de EPA-H mejora las tasas de cicatrización y una rápida y pronta derivación a hospital en caso necesario, lo cual asegura una continuidad asistencial con garantía de calidad.

Rustad et al., (2017) realizaron un diseño cualitativo exploratorio, con el objetivo de obtener un mayor conocimiento de las enfermeras de transición en la continuidad de cuidado de los pacientes mayores con heridas desde un hospital a una atención primaria, en 16 enfermeras de atención especializada (AE) y 14 de atención primaria (AP). Los resultados refieren que la planificación y valoración de la transición del cuidado es una responsabilidad de enfermería, establecer un canal de comunicación mejora los acuerdos de cooperación entre la AE y la AP, crear entornos profesionales fortalece las eventualidades del tratamiento. Se concluye que la transición de cuidado debe ser continuo de acuerdo con los intereses de los pacientes, implicando todas las dimensiones de continuidad de la atención y en colaboración entre las enfermeras de ambos niveles.

Smith et al., (2016) realizaron una descripción interpretativa de 24 pacientes con heridas (13 en el grupo de intervención, 11 en el grupo control), cuyo objetivo fue explorar la experiencia de los pacientes con atención de telemedicina en comparación con la atención tradicional. Los resultaron refieren que la competencia de cuidado de los profesionales, la continuidad de la atención, y el fácil acceso a los servicios de salud son los elementos más importantes que ayudan a ganar seguridad y confianza sobre el abordaje de las heridas, , no obstante, los pacientes tratados por la atención tradicional sintieron incomodidad e inseguridad con el tratamiento y el uso de la telemedicina permite a la atención domiciliaria y atención hospitalaria una mayor coordinación para evaluar y discutir el tratamiento de la herida. La mejor vía de atención para los pacientes con heridas depende de una combinación de competencia y habilidades profesionales en el tratamiento y la continuidad de la atención.

Jepson, O'Hara y Monaro (2018) realizaron un estudio de caso, con el objetivo de promover la cicatrización y aumentar la coordinación de tratamiento del hospital-comunidad en un paciente con herida. Los resultados reportan que hubo un aumento en la educación, en la confianza de los colaboradores y del paciente y se logró un proceso de cicatrización. Se concluyo que una mayor coordinación de hospital-comunidad incrementa la confianza y seguridad de la persona en el tratamiento.

Mackavey (2016) realizaron un estudio de caso en un paciente con herida cuyo objetivo fue la atención coordinada de servicios médicos. La continuidad de cuidados mejoro los resultados del paciente, aumentando la satisfacción y reducción de errores médicos. La atención primaria tiene la capacidad para establecer un puente o cerrar la brecha que existe entre la hospitalización y el domicilio para prevenir la readmisión.

Pitt y Davis (2016) examinaron una herramienta de apoyo y base de datos desarrollado y utilizado en un hospital rural de Nueva Gales para establecer un marco para garantizar la

continuidad óptima de la atención a los pacientes. El uso de esta herramienta asegura la continuidad de la atención en las personas respondiendo a sus necesidades, estandariza el cuidado de enfermería y reduce la discontinuidad de información en diferentes practicas e individuos. Se concluyo que existe una necesidad de un mayor desarrollo y normalización de competencias en Australia para optimizar y estandarizar la atención, garantizando al mismo tiempo la atención individualizada acorde a las necesidades del paciente, esta herramienta ha mejorado la calidad y la continuidad de la atención prestada a sus pacientes.

Ha, Harris, Preen, Robinson, y Moorin, (2019) realizaron un estudio observacional en 36 667 individuos de 45 años en Australia tuvo como objetivo desarrollar un intervalo de tiempo máximo que proporciona un efecto protector para minimizar el riesgo de hospitalización en Atención Primaria. Los resultados aportaron que el intervalo de tiempo optimo entre visitas fue de 9 - 13 meses para las personas sin complicaciones, 5 - 11 meses con 1 - 2 complicaciones, y 4 - 9 meses con más de 3 complicaciones. Se concluyo que el tiempo máximo de atención entre las personas reduce el reingreso hospitalario, la discontinuidad de atención y mide la continuidad de la atención primaria que incorpora el tiempo de duración de los efectos protectores.

Waibel et al., (2016) realizaron un estudio descriptivo-interpretativo con enfoque fenomenológico en una muestra de 49 personas cuyo objetivo fue analizar la percepción de los usuarios en la continuidad de la gestión clínica y la información a través de los niveles de atención y los factores que influyen en ella. Los pacientes perciben una continuidad de la gestión clínica, continuidad de la información y sólo pocos elementos de discontinuidad, algunos factores que influyen en la continuidad son: disposición para colaborar, compromiso con el cuidado del paciente, competencia técnica, uso inadecuado de los recursos y distribución de las funciones entre la atención primaria y secundaria. Se concluye que las personas perciben una continuidad

de la atención a través de los diferentes niveles de atención , sin embargo, también identificaron algunas interrupciones que afectan en la calidad de la atención y la salud del paciente.

Sanchez (2018) realizo un estudio cualitativo con entrevistas en profundidad a 12 profesionales de enfermería cuyo objetivo fue conocer los conocimientos, percepciones y actitudes respecto al Informe de Continuidad de Cuidados. Los resultados mencionan que en la continuidad de cuidados es necesario establecer canales de comunicación interprofesionales e interniveles entre atención especializada y atención primaria junto con el paciente y su familia, para ello, el Informe de Continuidad de Cuidados como herramienta ayuda a favorecer el flujo de información. El fin de la Continuidad de Cuidados en Enfermería es proporcionar una atención integral al paciente.

Hustoft, Biringer, Gjesdal, Aßus, y Hetlevik, (2018) realizaron un estudio de cohorte prospectivo con encuestas a 984 pacientes y 15 equipos de profesionales de la salud en Noruega. El objetivo fue medir las puntuaciones de Coordinación Relacional (RC) en los equipos interprofesionales; evaluar el beneficio y la continuidad de los cuidados informado por el paciente. Los pacientes tratados por equipos con mayor relación experimentaron un aumento de la continuidad en los servicios médicos, sin embargo, los pacientes reportaron menor continuidad personal de la atención cuando son tratados por equipos con puntajes más altos de comunicación y relación. Se concluyo que existe una asociación positiva entre la relación de RC en la continuidad de atención de los pacientes y predijeron mejores resultados.

Missios y Bekelis (2016) realizaron un estudio de cohorte en 16, 483 pacientes de cirugía, cuyo objetivo fue investigar la asociación de ser evaluado en el hospital donde se realizó el procedimiento 30 días siguientes al alta. Se reporto que 11.638 (70,6%) pacientes que fueron vistos en un hospital de diferente de aquel en que se realizó el procedimiento original (12,0% reingreso) y 4845 (29,4%) fueron evaluados en el hospital original (10,9% reingreso). En un

análisis multivariable, se demuestra que la evaluación en el hospital original 30 días siguientes al alta se asocia con disminución de las readmisiones. Esto subraya la importancia potencial de la continuidad de la atención en la prevención del reingreso hospitalario.

Feizolahzadeh et al., (2019) realizaron un estudio cualitativo en Irán, en 24 profesionales de la salud cuyo objetivo fue explorar las barreras de la continuidad de la atención y para proporcionar soluciones adecuadas para pacientes al alta durante los desastres. Se identificaron siete categorías en las barreras de la continuidad de la atención: la falta de paradigma de desastres, retos de sistema de prehospitalaria, insuficiente coordinación y cooperación deficiente, inadecuada preparación de los hospitales, La falta de uso de los recursos y capacidades disponibles, el conocimiento de los pacientes pobres y planificación deficiente. Las barreras de la continuidad de la atención y la adopción de políticas basadas en las experiencias de las personas pueden ayudar a los planificadores y gestores para diseñar e implementar programas que mejorarán el cuidado del paciente.

Nicaise et al., (2019) realizaron un estudio con 7302 pacientes de cinco países (Bélgica, Alemania, Veneto (Italia), Polonia e Inglaterra) cuyo objetivo fue evaluar el rendimiento de la continuidad de atención en sus sistemas de salud. Los indicadores de continuidad de la atención revelaron que Véneto e Inglaterra (VI) eran más efectivos que los países de Alemania, Polonia y Bélgica (APB) en la mayoría de los indicadores de continuidad de atención longitudinal y transversal, el desempeño de los países VI en lo que respecta a la continuidad de relación era menos claro: los países del VI obtuvieron mejores resultados en la satisfacción con la continuidad de la atención, pero menos bien en ayudar a la alianza, y la evaluación de la brecha entre el alta hospitalaria y posterior contacto ambulatorio no difirió significativamente entre los sistema, el rendimiento de Polonia fue baja en la continuidad de atención longitudinal y transversal. Se

concluye que los indicadores de continuidad de la atención, podría fácilmente ser incluidos en los sistemas de medición de resultado de rutina.

Hollins Martin, MacArthur, Martin, y McInnes (2019) realizaron una encuesta en línea en una muestra de 321 parteras en Escocia, cuyo objetivo fue medir el cambio en las parteras reportado a través del tiempo. Los resultados reportan que la continuidad de cuidado se asocia con mejores resultados clínicos, mayor satisfacción de la madre, y mejora en las experiencias de trabajo de las parteras. Se concluye que las parteras apoyan los valores y filosofías que sustentan la Continuidad de Cuidados en obstetricia.

Das, Manjunatha, Kumar, y Bada (2020) realizaron un estudio prospectivo en 50 pacientes que fueron reclutados durante un período de 20 meses en el momento de su alta en la India, el objetivo fue evaluar la aceptabilidad, la viabilidad, la posible efectividad clínica y coste-beneficio de la clínica de video basado en la atención posterior de telemedicina de un hospital universitario. Los resultados reportan que el 75% está muy satisfecho con el servicio de telemedicina y alrededor del 98% de los pacientes consideró que es tan eficaz como sus consultas en persona. Se concluyo que la continuidad de la atención a través de la telemedicina se reduce un gasto importante en viajes y gastos de alojamiento, existe un mejor seguimiento en los cambios clínicos y un aumento en la atención de calidad.

Correa, Granero, Hernández, y Fernández (2017) realizaron un estudio cualitativo de corte fenomenológico, mediante muestreo intencional se seleccionó a 12 enfermeras de Almería. El objetivo fue conocer la experiencia de las enfermeras gestoras de casos sobre la transferencia de pacientes que requieren cuidados desde el hospital hasta su domicilio. Tres temas surgieron: (1) 'de enfermería de gestión de casos como la calidad, el servicio centrado en el paciente' (2) 'Los fallos de los sistemas de información, (3) 'Las deficiencias en la planificación del alta. Se concluye que las enfermeras gestoras se consideran un servicio de buena calidad, sin embargo,

creen que hay problemas con la coordinación, la información y la planificación del alta de los pacientes.

Kim, Choy, Lee, y Park (2018) realizaron un estudio de cohortes en una muestra de 1,025,340 personas de Korea, cuyo propósito fue estimar el efecto de la aplicación Sistemas de Atención en Enfermedades Crónicas (SAEC) en costos de atención de la salud y la continuidad de la atención en pacientes. La Implementación de los SAEC se asoció con disminución de los costos de salud y una mejor continuidad de la atención. Se concluye que la continuidad de la atención aumento la adherencia al tratamiento y la gestión del cuidado reduciendo los costos de salud.

Lee et al., (2019) realizaron un estudio de cohortes en 16,806 pacientes mayores de 45 años de edad en Korea, cuyo propósito fue investigar la asociación entre la continuidad de la atención y la aparición de complicaciones en enfermedades. Los resultados reportan que las personas con baja continuidad de la atención estaban en mayor riesgo de la aparición de una complicación de la enfermedad en comparación con aquellos con una alta continuidad de la atención. Se concluye que a través de la continuidad de la atención se podrían prevenir complicaciones o comorbilidades.

Patigny, Zdanowicz, y Lepiece (2018) realizaron un estudio cualitativo en 17 pacientes, cuyo objetivo fue conocer la percepción de la comunicación entre profesionales para mejorar la continuidad de la atención en un Hospital en Bélgica. Los resultados reportan que los pacientes parecen entender la importancia de la comunicación entre los profesionales para una mejor centralización de la información y seguimiento” sobre el estado de salud. Se concluye que comunicación entre profesionales tiene un papel central en la percepción de la continuidad de la atención para los pacientes.

Bazemore et al., (2018) realizaron un estudio cuantitativo en una muestra de 6, 551 médicos de atención primaria en Estados Unidos de América, cuyo objetivo fue examinar la relación entre

la continuidad a nivel médico y gastos de atención de la salud y hospitalizaciones. Los resultados reportan una fuerte asociación entre los niveles más altos de continuidad a nivel médico, un principio fundamental de la atención primaria, y menores costos totales de atención médica y hospitalizaciones. En resumen, este estudio contribuye a la abrumadora evidencia del valor de la atención de la continuidad para la reducción de costos y reingresos hospitalarios.

1.4.1 Estudios indirectamente relacionados

García, Estrada, Gallegos y Antuna (2015) realizaron un estudio descriptivo de intervención familiar y metodología cualitativa de tipo fenomenológico que tuvo por objetivo analizar la efectividad del Modelo de Cuidado de Enfermería para la Familia de Paciente con Infarto Agudo al Miocardio (IAM) en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), en 28 familias. Los resultados reportaron en el 100% de las familias una alta satisfacción en cuanto a la presentación de la enfermera, el ambiente de confianza, la comprensión, la exactitud de la información, la atención sobre los cuidados a realizar, el establecimiento de un plan de intervención y la aclaración de dudas e inquietudes sobre la enfermedad. Se evidencia la importancia de aplicar un Modelo de Cuidado de Enfermería en dichas unidades donde se ayude a las familias a un buen funcionamiento y adaptación ante la crisis de su familiar con IAM.

Ariza (2016) realizo un estudio de retroinducción en la lógica, cuyo objetivo fue diseñar un Modelo de Cuidado de Enfermería al paciente en el periodo posoperatorio temprano (48-96h) de un injerto de bypass de arteria coronaria. Se desarrollaron los componentes estructurales propuestos por Fawcett: teórico, estructural y funcional; el eje teórico se fortaleció desde la filosofía planteada por Posada en su investigación Ser Humano y Persona, en la parte estructural se construyeron conceptos, metaparadigma de enfermería, supuestos y proposiciones definidos a partir de las creencias, valores y experiencia clínica ante el tema y para su operacionalización se diseñaron indicadores empíricos para las intervenciones relacionadas con la dimensión biológica

psicosocial y espiritual del paciente. La creación de modelos contribuye a dar sentido a la profesión de enfermería y fundamenta las acciones de cuidado.

Olea, Berrumen y Zavala (2012) realizaron un estudio observacional, con el objetivo de proponer un Modelo de cuidado de enfermería para la mujer que padece cáncer de mama;los elementos que desarrollaron y conformaron el modelo fueron: espiritualidad (esperanza, fe y amor), enfermería, mujer con cáncer de mama, cuidado de enfermería (Comunicación, escuchar auténticamente, presencia y aceptación), apoyo familiar y armonía. Se concluye que la elaboración de modelos impulsa la mejora de los conocimientos para clarificar y perfeccionar la praxis de la profesión de enfermería, por lo tanto, integrar la espiritualidad al cuidado de enfermería permite contribuir a la sociedad en la preservación o búsqueda de la armonía en las mujeres que vivencian el cáncer de mama.

Centeno, Mata, Plascencia, Benítez y Campos (2018) realizaron un estudio cuyo objetivo fue describir la implementación del Modelo de Autocuidado de Enfermería Perinatal (MAEP) en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer) en México, tuvo como fundamento teórico la teoría general del autocuidado y como eje metodológico-práctico los pasos del método enfermero, se implementó a través de 7 programas: Autocuidado de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, Autocuidado de la adolescente embarazada, Detección de riesgo y autocuidado pregestacional en pareja, Autocuidado prenatal en pareja, Cuidado al nacimiento en pareja, Cuidado y acompañamiento a la pareja durante la perdida perinatal y Autocuidado familiar posnatal con seguimiento del trinomio hasta los 28 días después del nacimiento. Se concluye que la implementación del modelo en el INPer proporciona un enfoque integral en cada una de las etapas del proceso reproductivo fortaleciendo el vínculo familiar.

Ridgeway et al., (2015) realizaron un estudio mixto que utilizo un diseño híbrido de efectividad-implementación en un ensayo aleatorizado controlado, cuyo objetivo fue determinar

la eficacia y viabilidad de un nuevo modelo de atención prenatal (OB Nest) que mejore la reducción de visitas, añadiendo conexiones virtuales que incrementen la continuidad de la atención y el acceso dirigido de la atención por el paciente.

Barrera, Carrillo, Chaparro y Sánchez (2015) realizaron un estudio descriptivo, polietápico y validaron un modelo, que tuvo por objetivo abordar la carga del cuidado en enfermedades crónicas (EC) en Colombia. Como resultado se construyeron los conceptos, supuestos, estructura interna, contexto e indicadores de evaluación; conceptos esenciales dentro del modelo son: 1) El cuidado, 2) la experiencia de la EC, 3) la carga, 4) la calidad de vida; son conceptos complementarios: 5) la habilidad de cuidado, 6) el soporte social y 7) las Tecnologías de información y comunicación (TIC). Se concluyo que el modelo es una herramienta útil para avanzar en el camino del estudio de la EC y sus implicaciones para las personas con EC, sus cuidadores familiares, los profesionales y las instituciones de salud.

Lemos, Poveda y Peniche (2017), realizaron un estudio de validación facial y de contenido, que tuvo por objetivo construir y validar un protocolo de atención de enfermería en anestesia. El protocolo fue revisado por 5 expertos, las edades oscilaban entre 29 y 58 años (promedio de 41 años) y el tiempo medio de formación profesional era de 17 años. Los expertos consideraron que el protocolo tenía una buena concordancia, aprobando el 90,8% de los ítems y reafirmaron la importancia de la labor que un profesional de enfermería desempeña en la sala de cirugía. Se concluyo que la utilización del protocolo garantiza a la enfermera un mayor respaldo en su actuación en el procedimiento anestésico.

1.4.3 Síntesis de la Literatura

La revisión que sustenta la construcción y validación del Modelo de Continuidad de Cuidados en Personas con Heridas, concluye que los modelos hasta hora propuestos surgen de la necesidad de la práctica y se diseñaron bajo un sustentó teórico que explica la forma de abordar el cuidado en la práctica de enfermería, coinciden en el diseño descriptivo, polietápico buscando resultados que den respuesta específica a las demandas de las personas, profesionales y servicios de salud, sin embargo, no se encontró un modelo que guie la metodología en la construcción y diseño del modelo para otorgar el cuidado en el abordaje de la heridas.

1.5 Definición de Términos

La definición de variables se realizó con fundamento en la revisión científica acerca de la CC.

Continuidad de Cuidados: Grado de asistencia que necesita un paciente con herida en base a sus experiencias, coordinado por diferentes profesionales y organizaciones en relación al tiempo.

Continuidad de información: Es la información proporcionada a la persona o cuidador primario para tener en un buen manejo de la herida.

Continuidad relacional: es el establecimiento de un vínculo terapéutico entre el profesional de enfermería y persona con herida o cuidador primario.

Continuidad de Gestión: Es la consistencia del profesional de enfermería a la persona con herida o cuidador primario para acercarlo a los servicios de salud.

Modelo de Practica: Sustento Teórico que sirve de referencia para guiar el cuidado por el profesional de enfermería.

Transición: Cambio del entorno hospitalario a domiciliario.

Para esquematizar la relación conceptual de la CC, véase la figura 2.

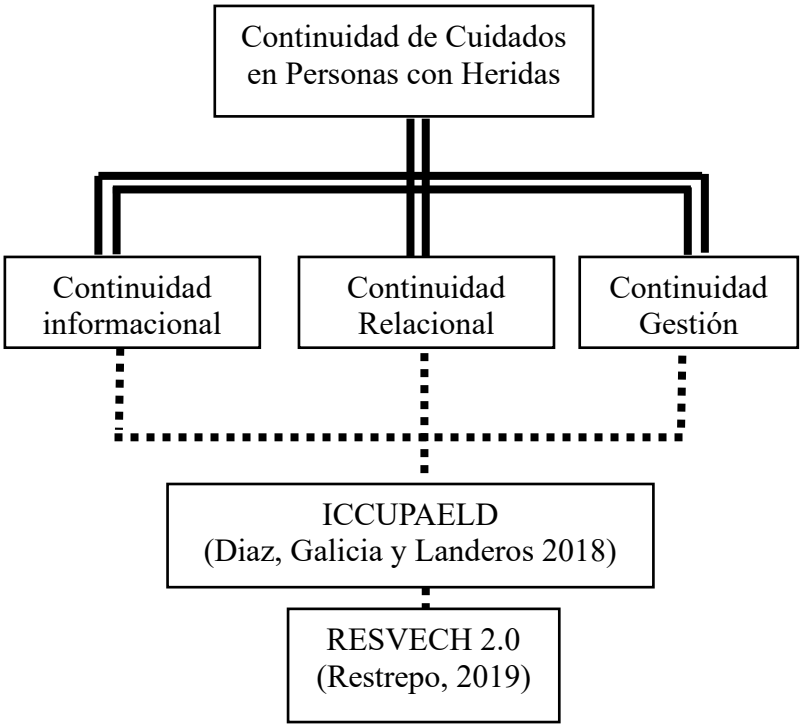


Figura 2. Relación conceptual de la continuidad de cuidados.

1.6 Objetivo General

Diseñar y Validar un modelo de práctica para la Continuidad de Cuidados en Personas con heridas

1.6.1 Objetivo Especifico

1.- Describir la evidencia científica disponible sobre la CC en Personas con Heridas

2.- Realizar la construcción del modelo, conceptos, supuestos y proposiciones de la CC en Personas con Heridas (Walker y Avant).

3.- Realizar la validación de contenido del modelo de la Continuidad de Cuidados en Personas con Heridas a través del método de jueces.

Capitulo II

Metodología

El proceso metodológico del presente estudio se fundamentó en los componentes propuestos por Fawcett (2012) en su libro *Analysis and evaluation of Contemporary Nursing Knowledge. Nursing Models and theories*, un saber: teórico, estructural y funcional, y en el proceso de construcción de un modelo de cuidado desarrollado por Kuerten y Lenise (2008). La base teórica de Fawcett, otorga los suficientes elementos para poder estructurar un modelo de cuidado con un nivel de abstracción menor y poder ubicar la continuidad de cuidados en personas con heridas.

2.1 Diseño del estudio

El diseño del estudio fue descriptivo y polietápico (Grove, Burns y Gray, 2016). Se realizó en tres etapas para construir y validar el Modelo de la Continuidad de Cuidados en Personas con Heridas.

2.2 Etapa I: Revisión de Literatura

En esta fase se realizó la búsqueda de la literatura en un periodo de un año (2019-2020). Estableciendo los criterios de interés sobre la CC en heridas en el idioma inglés y español, a través de la revisión en las bases de datos: EBSCO, Science Direct, Lilacs, Scielo y PubMed. Las palabras clave en español que se identificaron fueron: continuidad de cuidado, continuidad de la atención, continuidad de la atención al paciente, herida, modelo de cuidados (Descriptores en Ciencia de la Salud [DeCS], 2019) y para el idioma inglés fueron: continuity of care, continuity of patient care, wound and model of care (Medical Subject Headings MeSH , 2019).

2.3 Etapa II: Construcción del modelo, conceptos, supuestos

A partir de la revisión de literatura se procedió a diseñar el Modelo para fortalecer su eje teórico y filosófico desde la antropología filosófica planteada por Reid, Haggerty y Mckendry (2002) en su investigación Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Asimismo, se construyeron conceptos, supuestos y proposiciones definidos a partir de las creencias, experiencia clínica ante el tema y bibliografía consultada. Finalmente se fundamentarán las acciones de Cuidado y el metaparadigma de enfermería en el contexto de la continuidad de cuidados en personas con heridas

2.4 Etapa III Validación por jueces

Se realizo la selección de jueces para evaluar la validez de contenido del Modelo de la Continuidad de Cuidados en Personas.

2.4.1 Población de jueces

Los jueces seleccionados fueron profesionales de enfermería, expertos en la CC con experiencia en el área clínica e investigación, con grado académico de maestría o doctorado en enfermería.

2.4.2 Muestreo y muestra para jueces

El muestreo fue por conveniencia, se incluyeron a 10 jueces expertos y se consideró un 50% más para amortiguar el efecto de atrición, con base a la metodología propuesta por Waltz, Strickland y Lenz (2017) teniendo como muestra final de n= 15 jueces.

2.4.3 Criterios de selección para jueces

Criterios de inclusión: Se incluyeron a jueces expertos en la CC, con experiencia en el manejo de pacientes con heridas e investigación, con grado académico de maestría o doctorado.

Criterios de exclusión: Se excluyeron a jueces que no tenían experiencia en la CC y con menos de dos años en el manejo de personas con heridas, a pesar de contar con un posgrado.

Criterios de eliminación: jueces elegibles que decidieron abandonar la evaluación del modelo, cuestionarios incompletos y que no sean llenados correctamente.

2.4.4 Procedimiento de recolección de datos para validación por jueces

El proceso de reclutamiento de los jueces se realizó mediante un oficio expedido por la Dirección de la Facultad de Enfermería y la Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrados (BUAP) que se envió de forma electrónica en donde se dio a conocer el objetivo de la investigación, la definición de las variables de estudio, la propuesta del modelo y las instrucciones para la evaluación de este.

Para la validación de contenido del Modelo Continuidad de Cuidados en Personas con Heridas, mediante el método de jueces, los autores diseñaron un instrumento estructurado con base a la propuesta de evaluación de modelos de Fawcett (2013) y Smith (2014). Evalúa la coherencia, claridad, relevancia, consistencia interna, simplicidad y suficiencia, contiene 25 ítems con un patrón de respuesta en escala tipo Likert, que van de 0 (Definitivamente no relacionado), 1(No relacionado), 2 (No seguro de su relación, planteamiento requiere mayor revisión, 3 (Relacionado, pero es necesario realizar modificaciones y 4 (Considerablemente relacionado sin modificaciones). Al finalizar el análisis de la evaluación hecha por los expertos, se revisó que se haya contestado cada pregunta y se realizó una base de datos para puntuar la calificación de cada ítem.

Posteriormente se hizo la sumatoria de las columnas de A (Reactivo Aceptable) ítem con puntaje igual o mayor a tres y la columna NA (Reactivo No Aceptable) ítem con puntaje menor a tres. Con los resultados se aplicó la formula Índice de Validez de Ítem (IVI), criterio de validez (CV) e Índice de validez de contenido (IVC). Una vez obtenidos los resultados se realizó las modificaciones al contenido del modelo y se obtuvo una segunda versión.

Para esquematizar las tres etapas de la validación del Modelo de la Continuidad de Cuidados en Personas con Heridas, véase la siguiente figura:

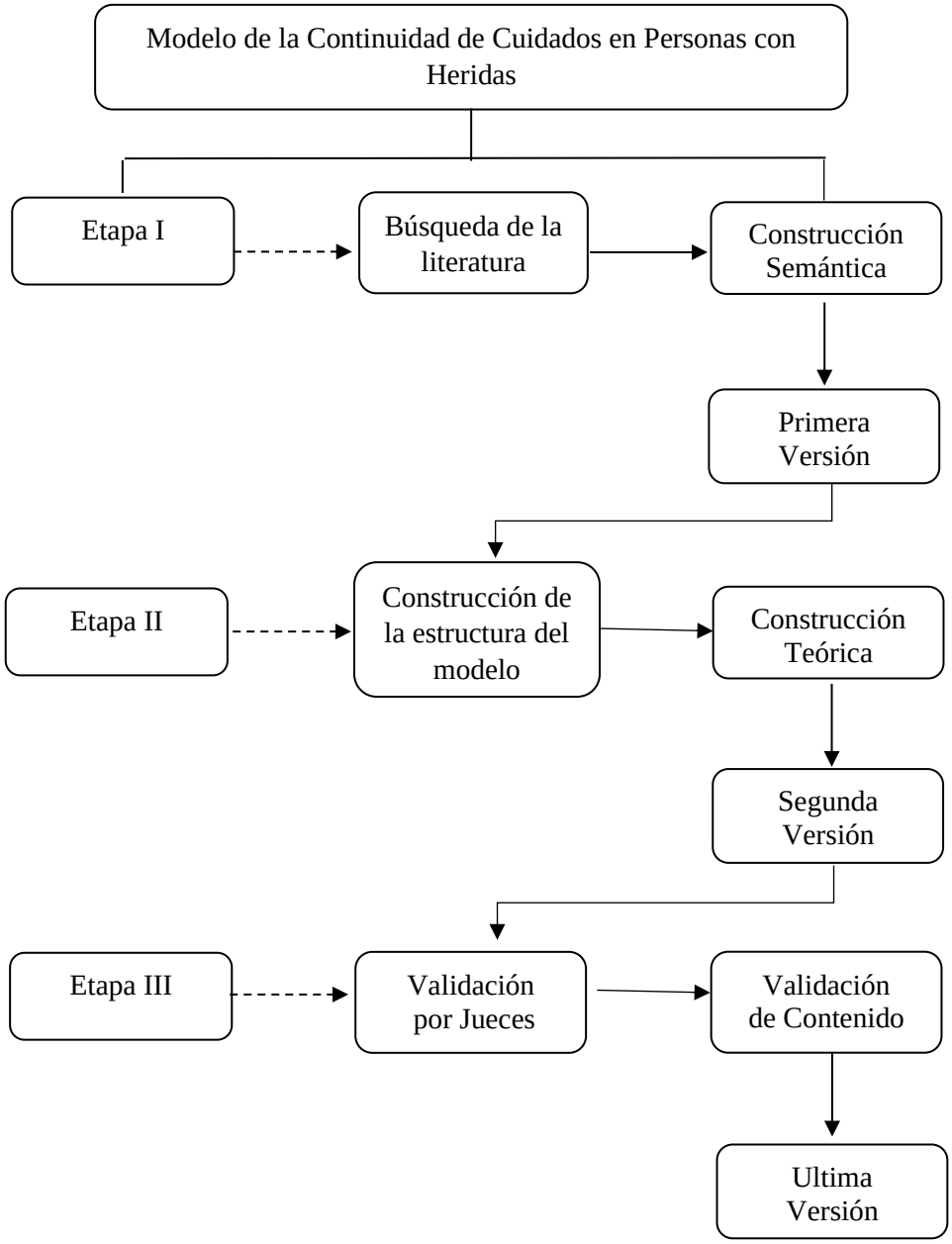


Figura 3. Proceso de la Construcción y Validación del Modelo de la Continuidad de Cuidado en Personas con Heridas (Herrera y Galicia, 2020).

2.5 Plan de análisis estadístico

Para el análisis de los datos se empleó el paquete estadístico SPSS versión 26 (Statistical Package for the Social Sciences), se utilizaron estadísticos descriptivos como frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central para caracterizar a la población de jueces.

Para la validez del modelo se empleó la fórmula de índice de validez de ítem (IVI), la fórmula de criterio de validez (CV) y la fórmula de índice de validez de contenido (IVC).

2.6 Ética del estudio.

El estudio se realizará con apego a las consideraciones éticas que establece el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SS] 2021). Se considerará lo descrito en el título Segundo, Capítulo I, Artículo 14, fracciones I, V Y VII que establecen que la investigación realizada se ajustará a los principios científicos y éticos, dado que, será realizada por un profesional de la salud, garantizando el bienestar del participante.

De acuerdo al artículo 17, Fracción I, este trabajo de investigación se considera sin riesgo, porque, se empleará investigación documental y se aplicará un instrumento sin la ejecución de ninguna intervención.

Se obtendrá el consentimiento informado de los participantes de acuerdo a lo establecido en el Artículo 20, en donde los sujetos autorizan su participación, con pleno conocimiento de la naturaleza de la evaluación, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna**.**

Conforme al Artículo 21, fracciones I, II, IV, V, VII Y VIII se explicará en forma clara a los jueces los objetivos del estudio, el procedimiento, así como la garantía de resolver todas sus dudas acerca del procedimiento, se dejará en claro la libertad que tienen de retirarse y dejar de participar, si así lo desean, sin consecuencia alguna.

Capitulo III

Resultados

En este capítulo se describen los resultados de la construcción y validación del modelo, de acuerdo con las siguientes etapas: Etapa I: Búsqueda de la literatura; Etapa II: Construcción del modelo, conceptos, supuestos, construcción del instrumento para evaluación del modelo y Etapa III: Validación del modelo.

3.1 Etapa I: Búsqueda de Literatura

Con base a la revisión y análisis de la literatura se identificaron las dimensiones y atributos de la CC que fueron el fundamento para diseñar la primera versión del modelo. Fue desarrollado en el contexto mexicano, en el idioma español con el objetivo de orientar al profesional de enfermería a otorgar atención integral, continuada, centrada en la persona, familiares y entorno, que involucre desde la planificación del alta hospitalaria hasta el seguimiento de cuidado domiciliario.

El modelo propuesto, está conformado por tres componentes: a) el componente referencial: que lo integra la continuidad de cuidados y sus elementos; b) el componente estructural: conformado por los conceptos y supuestos; c) el componente funcional que está integrado por el metaparadigma y los indicadores empíricos.

3.2 Etapa II: Construcción del modelo, conceptos y supuestos

3.2.1 Componente Referencial

Este componente describe el marco que sustenta la Continuidad de cuidados como un método para la atención de personas con heridas.

El profesional de enfermería es el primer agente de contacto que establece una relación con el paciente y sus cuidadores por lo tanto influyen de forma objetiva en los resultados en salud, con disminución de la morbimortalidad (Gea et al., 2018). Por consiguiente, el profesional debe ser el

hilo conductor entre los distintos niveles de atención para ofrecer cuidados reales a las personas y familiares. La CC se constituye como el sello distintivo en la Atencion Primaria (AP), centrado en las personas, más allá del nivel asistencial en el que puedan ser atendidas, fortalece la confianza del personal con sus pacientes, facilita la coordinación entre profesionales, reduce la fragmentación de la atención y por lo tanto mejora la seguridad y la calidad de la atención (Martínez y San juan, 2009).

La CC es un concepto multidimensional que de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) refleja los cuidados de salud que experimenta una persona acorde a sus necesidades y preferencias centrados en cuatros dominios descritos por Freeman et al. (2003) y Haggerty et al. (2003), el primero es el interpersonal que es la experiencia subjetiva de la relación de cuidado entre un paciente y su profesional de la salud; el segundo longitudinal: una historia de interacción con el mismo profesional de la salud en una serie de episodios discretos; el tercero gestión: colaboración efectiva de equipos a través de los límites de atención para proporcionar sin problemas cuidado; y el cuarto informativo: la disponibilidad de clínica e información psicosocial en todos los encuentros con profesionales.

La población diana de la CC está constituida por todas aquellas personas que se encuentren en situaciones de riesgo, vulnerabilidad o fragilidad que requieran calidad en el cuidado y garantía de atención en el transcurso de cambio de ámbito asistencial. Implica trabajar por procesos en un sistema cooperativo integrado por personas, entornos e información a través de un modelo de comunicación entre los profesionales (Servicio Madrileño de Salud, 2014). Para enfermería la CC incrementa la seguridad y bienestar de los pacientes y profesionales, además que fomenta la coordinación entre niveles para optimizar los resultados en la mejora de la percepción y satisfacción del usuario (Gea et al., 2018)

Sánchez y Duarte (2010) describen la CC como un proceso de soporte en el que consideran tres conceptos: persona, entorno e información. La persona es el paciente y su cuidador principal: son los elementos del cual emana la información referente al cuidado y actúan como sujetos activos de las acciones derivadas de él, su responsabilidad reside en el cumplimiento del plan terapéutico acordado con los profesionales.

Otro elemento en la CC es el entorno: que se refiere al espacio en el que se produce la asistencia o alguna otra intervención relacionada con ella: que puede ser el Hospital y el domicilio del paciente; Finalmente, la información: para que la asistencia del paciente esté eficazmente coordinada es necesario, entre otras cuestiones, que la información que emana de su cuidado y del cuidado de su familia no sufra interrupciones, no se duplique, no se omita y no se contradiga.

De acuerdo con Reid, Haggerty y Mckendry (2002) la continuidad de información se clasifica en tres formas: Continuidad de información, continuidad de relación y continuidad de gestión. La Continuidad de información: Es la información que proporciona el profesional de salud enfocada a aspectos específicos sobre el tratamiento o manejo adecuado de la condición de salud acorde a los valores, preferencias y contexto social de la persona y familiares. La Continuidad de relación: se refiere a una relación terapéutica continua entre un paciente y uno o más profesionales, es una relación de lealtad que se traduce en un contrato implícito del paciente hacia el profesional y la responsabilidad continua del profesional hacia el paciente y la continuidad de la gestión: es la coordinación, trabajo en equipo, sistemas de registro y la comunicación oportuna de información relevante entre los proveedores de atención con pacientes y cuidadores.

3.2.2 Componente Estructural

Una vez planteado y perfeccionado el componente referencial, se continuó en el diseño del modelo, el planteamiento de supuestos y conceptos, los cuales son:

1) Atributos. Cualidad de la continuidad de cuidados que facilita una atención centrada en la persona. Estos atributos son:

Centrados en la persona:

- La CCPH otorga una atención individualizada.
- La CCPH aumenta la satisfacción del paciente en el cuidado.
- El cuidado fomenta la independencia en el paciente y el profesional.
- La persona y su cuidador expresan seguridad y confianza cuando son apoyados para el cuidado de la herida

Centrado en la gestión-coordinación:

- La CCPH optimiza los recursos materiales y humanos de los servicios de salud
- La CCPH es un componente importante de atención primaria de alta calidad
- Favorece la cooperación entre los profesionales de salud e instituciones.
- Facilita la gestión de procesos asistenciales.
- El cuidado de las personas con heridas es interdisciplinario.
- Facilita la prestación de servicios por los profesionales de enfermería.
- Posibilita la longitudinalidad de la atención enfocada a la persona.

Centrado en la información

- Favorece la comunicación entre el hospital y atención primaria.
- Orienta a la persona en el cuidado para contribuir en la situación de salud.
- Incluye la documentación clínica de la persona mediante el informe de continuidad de cuidados.
- Evita la fragmentación y variabilidad de cuidados.
- Incluye el intercambio de responsabilidades y organización de cuidados

2) Proceso. El proceso de la CCH se empleará para aumentar la habilidad del cuidado de la persona y su cuidador que incluye aspectos como en el manejo de síntomas y respuestas físicas, adherencia terapéutica, reconocer episodios agudos, nutrición, ejercicio y documentación clínica del paciente.

3) Resultado. Los resultados de la CCH se dividen a corto, mediano y largo plazo.

A corto plazo

- Ayudan a adquirir conocimiento en su proceso de salud en la persona y su cuidador, aumentar las tasas de cicatrización, disminuir el reingreso hospitalario, minimizar los errores del tratamiento, aliviar la experiencia personal de tener una herida y otorgar confianza y seguridad en el seguimiento.

A mediano plazo

- Se espera que influyan en la adherencia al tratamiento, disminuyan los costos de traslado de la persona y las visitas al consultorio.

A largo plazo

- Se asocia con la reducción de costos de los Servicios de Salud.

4) Enfermería. Es la ciencia del cuidado que otorga intervenciones interdependientes centradas en la persona con heridas y su cuidador para evitar complicaciones, que incluyen la valoración de necesidades y el diseño de intervenciones, fundamentada en los patrones de conocimiento para satisfacer las necesidades de salud del paciente.

3.2.3 Componente Funcional.

De acuerdo con el esquema adoptado para el estudio, una vez que se perfeccionó el componente referencial y se construyó el componente estructural, se definió el metaparadigma de enfermería que responda a la continuidad de cuidados en personas con heridas. Para su

operacionalización se diseñaron indicadores empíricos que permiten medir las intervenciones de Enfermería relacionadas con la dimensión biológica.

Metaparadigma

1) Persona. Es el paciente con herida y su cuidador, sujetos activos del cuidado para dar cumplimiento al plan terapéutico y las acciones derivadas de él, acordados con el profesional de enfermería, respetando sus creencias, conocimientos, significados y actitudes para facilitar la progresión de la salud.
2) Entorno: Es el espacio físico en el que se produce la asistencia de cuidado centrado en la persona con heridas y su cuidador, que puede ser el hospital y el domicilio, en donde la enfermera interviene para promover la independencia y la habilidad para cuidar, mediante acciones que fomentan la toma de decisiones continuadas y compartidas para garantizar el bienestar
3) Cuidado: El cuidado son acciones transpersonales e intersubjetivas que aplica el profesional de enfermería de forma integral a la persona con heridas y a su cuidador, dirigidas a proteger, mejorar y preservar su salud mediante intervenciones independientes e interdependientes fundamentas en el pensamiento crítico y juicio clínico, para otorgar atención oportuna, continua, permanente y garantizar la continuidad de la atención.

   Continuidad Informacional: Se refiere a la información fundamentada que requiere el paciente y cuidador para el tratamiento y seguimiento de su cuidado. Las intervenciones de información estarán centradas en orientar al paciente y a su cuidador para la prevención de infecciones, enseñanza en las técnicas para la activación física, movilización y ejercicios pasivos, dieta prescrita, control de comorbilidades, cumplimiento del tratamiento farmacológico y la esfera emocional. Así como promover estilos de vida saludable y fomentar la habilidad del cuidado en el hogar.

Continuidad Relacional: Es el vínculo terapéutico que se establece entre paciente, el cuidador y el profesional de enfermería en el proceso de cuidado, mediante una interacción fundamentada en la confianza, respeto, escucha activa, empática y asertiva, en el que cada uno asumen roles diferentes y establecen acuerdos para el seguimiento de cuidado. En este vínculo el profesional de enfermería desarrolla tareas específicas, como: conocer el proceso de enfermedad, identificarse, aclaración de dudas, comunicación clara, oportuna, respeto de valores y creencias.

Continuidad de Gestión: Es un proceso de salud multidisciplinario que orienta al paciente y a su cuidador acerca de los servicios que necesita para el seguimiento del cuidado. La encargada de este proceso es el profesional de enfermería que asume diferentes roles asociados como la gestión de casos, atención domiciliaria, navegación, seguimiento, de enlace y de transición, quien realiza diferentes funciones en relación con el nivel de prioridad; en el que valoran, planifican, aplican, coordinan, monitorizan y evalúan las opciones y los servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud del paciente y su cuidador, articulando la comunicación y los recursos disponibles para promover resultados positivos.

4) Salud: es un proceso dinámico de confort físico, social y espiritual que experimenta la persona con heridas y su cuidador para lograr un equilibrio de bienestar en el proceso de transición a través de la continuidad de cuidados centrado en las necesidades y experiencias individuales

Conceptos

1) Enfermera Gestora de Casos (EGC). Las funciones específicas por desarrollar e implementar por la EGC son: la transferencia de pacientes del hospital al domicilio, la planifica del alta, coordinación e integración de asistencia internivel e interprofesional,

orientación acerca de las citas de control, obtención de recetas prescritas y orientación sobre dónde acudir a los cuidados de urgencia.

2) Habilidad de cuidado. La habilidad de cuidado es la destreza, capacidad y conocimiento que posee la persona con herida y su cuidador para realizar acciones de bienestar y alivio. Vista así, la habilidad puede medirse a través de la continuidad de cuidados (Carrillo, Sánchez y Barrera, 2014).

Esquema del Modelo de Continuidad de Cuidados en Personas con Heridas

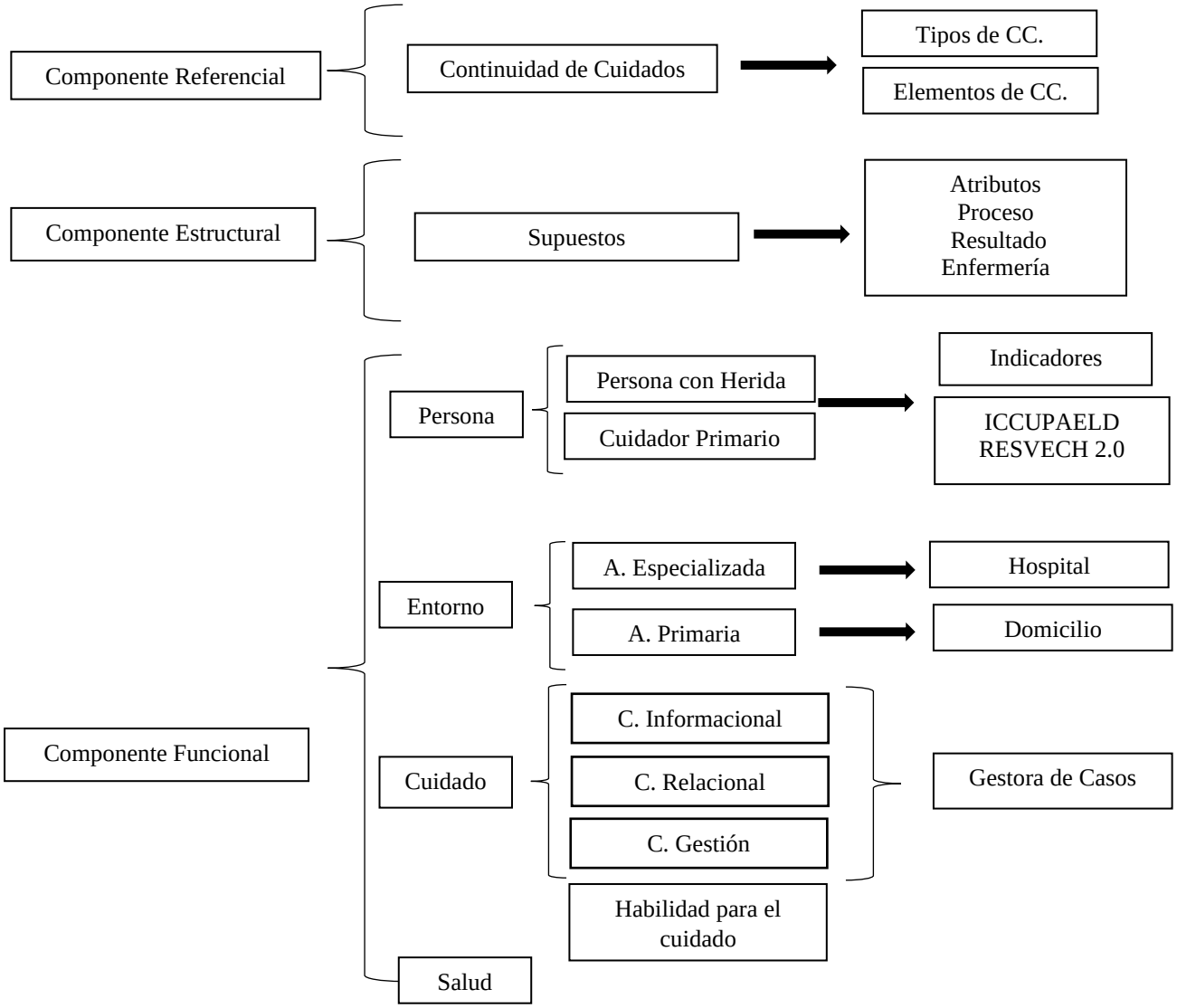


Figura 4. Diagrama del Modelo de Continuidad de Cuidados en Personas con Heridas (Herrera y Galicia, 2020).

3.3 Etapa III: Validación por jueces

Los jueces que participaron en la validación del modelo en su mayoría fueron mujeres, con grado de doctorado y en menor porcentaje maestría, y con una media 17 años de experiencia académica.

Tabla 1

Características sociodemográficas de los jueces

Variable	*f*	%
Genero		
Hombre	4	40
Mujer	6	60
Nivel académico		
Maestría	2	20
Doctorado	8	80
Experiencia académica		
5-10	2	20
11-15	2	20
16-20	3	30
21-25	3	30

Fuente: Cedula de datos personales Nota*: f*=frecuencia; *%*= porcentaje n=10

3.3.1 Validación por el método de jueces de Waltz, Strickland y Lenz (2017)

Para el análisis del modelo por el método de jueces de se calcularon los siguientes índices:

Índice de Validez por Ítem (IVI) = ∑ reactivos totales < de 3 puntos / total de jueces = 4

Criterio de Validez (CV) = IVI / total de reactivos= 0.16 este resultado representa un 1% de posibilidad de error, porcentaje aceptable.

Índice de Validez de Contenido (IVC) = reactivos totales ≥ 3 puntos / total de reactivos = .84 (Valores de IVC próximos a 10 se consideran aceptables).

Tabla 2

Índices de Validez de Contenido

Rubro	Resultados	Interpretación
IVI	4%	Aceptable
CV	1% de posibilidad de error	Aceptable
IVC	8.4	Aceptable

Nota: IVI = Índice de Validez por Ítem, CV = Criterio de Validez, IVC = Índice de Validez de Contenido

Como se observa en la tabla el índice de validez por ítem, criterio de validez y el índice de validez de contenido del modelo son aceptables.

3.3.2 Observaciones y recomendaciones de los jueces

Se consideraron las principales observaciones para mejorar la redacción y sintaxis del modelo, cuando más de dos jueces coincidían con la recomendación. Ver tabla 3

Tabla 3

Observaciones realizadas por los jueces

Principales aportaciones
•Especificar la utilidad del modelo para la práctica de enfermería. •Clarificar las intervenciones en las dimensiones de la CC. •Mejorar la redacción de la cualidad de gestión. •Considerar las acciones Interdisciplinarias en el modelo. •Considerar el Indicador: Índice tobillo-brazo. •Definir los componentes del modelo. •Describir el elemento procedimental que articule las intervenciones en el componente funcional. •Especificar los resultados esperados en la práctica de enfermería y las instituciones de salud •Explicar las relaciones entre conceptos •Mejorar la definición del concepto de cuidado •Explicar la operacionalización del modelo • Explicar el origen del modelo (que motivo su desarrollo, orientación filosófica, desarrollo del conocimiento, teóricos que influyeron en el pensamiento de los autores, visión del mundo) •Analizar si los indicadores empíricos sustentan la necesidad de CC. •Definir las siglas del modelo. •Clarificar el concepto de enfermería. •Explicar los supuestos del modelo en el componente estructural

3.4 Resultados Segunda Versión del modelo

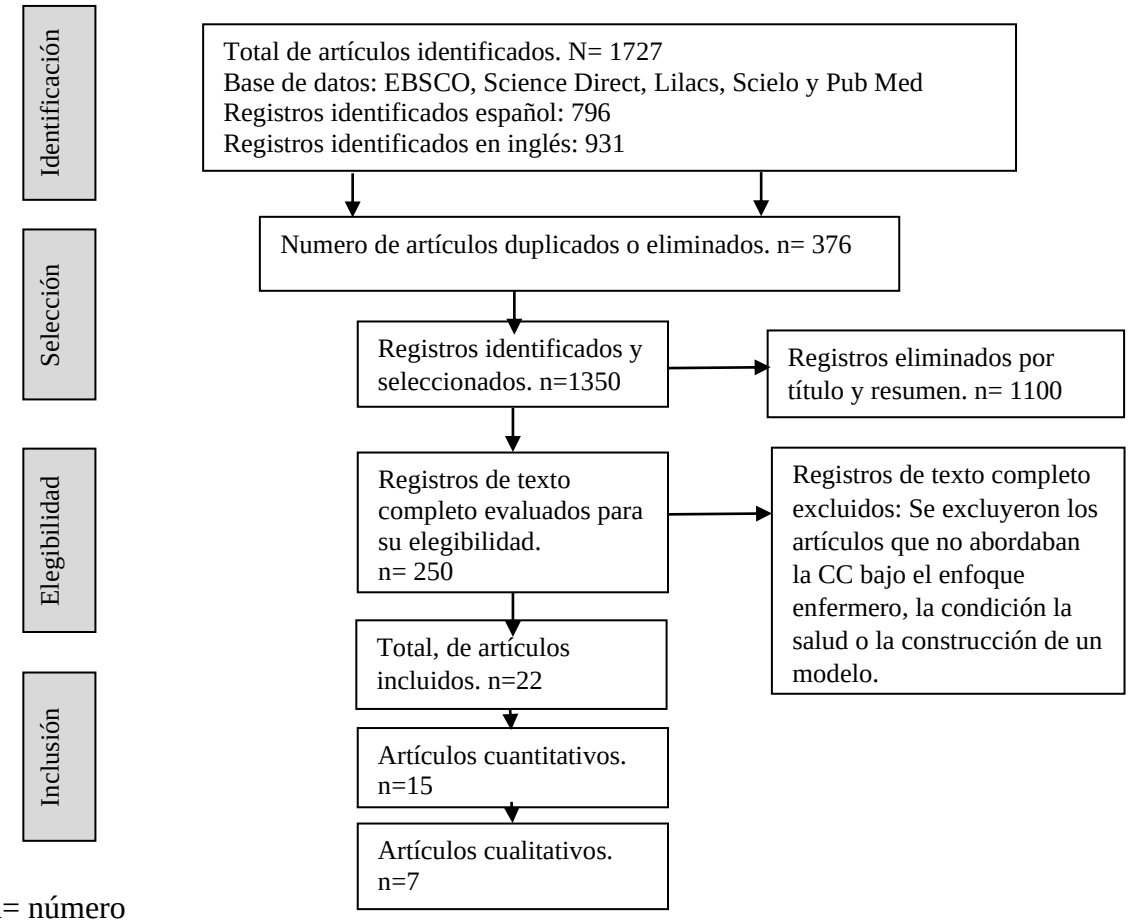
Con base a los resultados de la prueba piloto de la primera versión del modelo MOCCPHE, en la que se evaluó la coherencia, claridad, relevancia, consistencia interna, simplicidad y suficiencia para poder abordar el cuidado de las personas con heridas, se realizaron las siguientes modificaciones.

3.4.1 Etapa I: Búsqueda de Literatura

Para mejorar la transparencia y claridad de la revisión de literatura se incluye un diagrama de flujo que describe el proceso, desde la identificación inicial de los estudios potencialmente relevantes hasta la selección definitiva.

Figura 5

Diagrama de flujo del proceso de selección de artículos



Nota: n= número

3.4.2 Etapa II: Construcción del modelo, conceptos, supuestos

A partir de las observaciones que se emitieron por los jueces expertos en la prueba piloto, se realizó el análisis y síntesis de la literatura para definir y dar sentido a cada uno de los componentes que conforman el modelo.

3.4.2.1 Componente Referencial

Este componente describe el marco que sustenta el conocimiento para la implementación de intervenciones de enfermería desde el enfoque de la continuidad de cuidados en personas con heridas.

La CC es la atención coordinada e ininterrumpida que inicia con el ingreso a la institución de salud de la persona con herida y se intensifica posterior al alta hospitalaria, mediante el seguimiento coordinado entre los profesionales de salud de la atención especializada y primaria a través de intervenciones de información, relación y gestión que eviten la fragmentación, las complicaciones y el reingreso hospitalario. Este soporte incrementa la relación terapéutica entre los profesionales de enfermería y la persona, al recibir información centrada en sus necesidades que lo ayudaran a ser sujetos activos de su cuidado, fortalece la confianza, facilita la coordinación y mejora la seguridad y la calidad de la atención.

La CC es un continuum integrado por tres elementos: persona, entorno e información. La persona es el paciente y su cuidador principal: son los elementos del cual emana la información referente al cuidado y actúan como sujetos activos de las acciones derivadas de él, su responsabilidad reside en el cumplimiento del plan terapéutico acordado con los profesionales; el entorno: que se refiere al espacio en el que se produce la asistencia o alguna otra intervención relacionada con ella: puede ser el hospital y el domicilio del paciente; finalmente, la información: para que la asistencia del paciente esté eficazmente coordinada es necesario, entre otras

cuestiones, que la información que emana de su cuidado y del cuidado de su familia no sufra interrupciones, no se duplique, no se omita y no se contradiga (Sánchez y Duarte, 2010).

La CC se clasifica en tres formas: Continuidad informacional (CI), continuidad relacional (CR) y continuidad de gestión (CG). La CI se refiere la información documentada que proporciona el profesional de enfermería acerca de aspectos específicos sobre el tratamiento o manejo adecuado de su condición de salud, centrado en valores, preferencias y contexto social de la persona y su cuidador. La CR se refiere a la interacción terapéutica y continua en el que se establece un clima de confianza entre el paciente y el profesional de enfermería, para acordar un plan terapéutico que atienda las necesidades de salud para el seguimiento de su cuidado y la CG se refiere al proceso que sigue el profesional de enfermería para vincular y coordinar la provisión de servicios que forman parte de la atención de salud entre diferentes niveles asistenciales y promover la calidad y la eficiencia en los servicios.

Para esquematizar la relación conceptual de la CC, véase la figura 6.

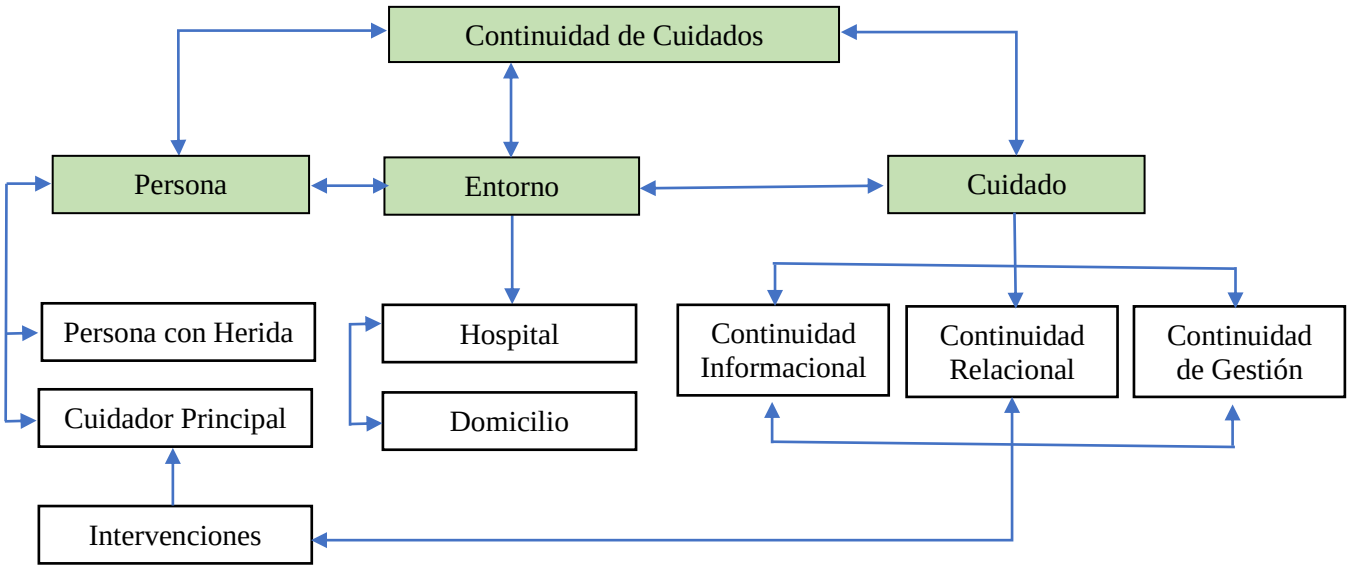


Figura 6. Relación conceptual de los elementos de la continuidad de cuidados para la propuesta del modelo (Herrera, Galicia y Landeros, 2021).

3.4.2.2 Componente Estructural

Este componente describe las premisas, conceptos centrales y su relación entre ellos que guían el cuerpo de conocimientos, valores, creencias desde la perspectiva de la disciplina y que instrumentalizan las acciones de la práctica de continuidad de cuidados en personas con heridas con la finalidad de una comprensión mucho más operativa del fenómeno que responda a las necesidades específicas del sujeto de cuidado. Lo componen los siguientes conceptos:

1) Atributos. Cualidad de la continuidad de cuidados que facilita una atención centrada en la persona, gestión-coordinación y en la información.

Centrados en la persona:

- La continuidad de cuidados en personas con heridas CCPH otorga una atención individualizada.
- La CCPH aumenta la satisfacción del paciente en el cuidado.
- La CCPH fomenta la independencia en el paciente y el profesional.
- La persona y su cuidador expresan seguridad y confianza cuando son apoyados para el cuidado de la herida.

Centrado en la gestión-coordinación:

- La CCPH optimiza los recursos materiales y humanos de los servicios de salud.
- La CCPH es un componente importante de atención primaria de alta calidad
- Favorece la cooperación entre los profesionales de salud e instituciones.
- Facilita la gestión de procesos asistenciales.
- El cuidado de las personas con heridas es interdisciplinario.
- Facilita la prestación de servicios por los profesionales de enfermería.
- Posibilita la longitudinalidad de la atención enfocada a la persona.

Centrado en la información:

- Favorece la comunicación entre el hospital y atención primaria.
- Orienta a la persona en el cuidado para contribuir en la situación de salud.
- Incluye la documentación clínica de la persona mediante el informe de CC.
- Evita la fragmentación y variabilidad de cuidados.
- Incluye el intercambio de responsabilidades y organización de cuidados.

2) Proceso. El proceso de la CCPH se empleará para aumentar la habilidad del cuidado de la persona y su cuidador que incluye aspectos como en el manejo de síntomas y respuestas físicas, adherencia terapéutica, reconocer episodios agudos, nutrición, ejercicio y documentación clínica del paciente.

3) Resultado. Los resultados de la CCPH pueden diseñarse a corto, mediano y largo plazo.

A corto plazo:

- Contribuir a adquirir conocimiento en su proceso de salud en la persona y su cuidador.
- Disminuir el reingreso hospitalario.
- Reducir los errores del tratamiento.
- Aliviar la experiencia personal de tener una herida.
- Otorgar confianza y seguridad en el seguimiento de cuidado.

A mediano plazo:

- Mejorar la adherencia al tratamiento.
- Disminuir los costos de la atención de la persona y las visitas al consultorio.
- Disminuir las complicaciones de la herida.
- Aumentar las tasas de cicatrización.

A largo plazo:

- Reducir los costos de la atención en los Servicios de Salud.

4) Enfermería. Es la ciencia del cuidado que otorga intervenciones interdependientes centradas en la persona con heridas y su cuidador para evitar complicaciones, que incluyen la valoración de necesidades y el diseño de intervenciones, fundamentada en los patrones de conocimiento para satisfacer las necesidades de salud del paciente.

3.4.2.3 Componente Funcional

De acuerdo con el esquema adoptado para el estudio, una vez que se perfeccionó el componente referencial y se construyó el componente estructural, se definió el paradigma de enfermería que responda a la continuidad de cuidados en personas con heridas. Para su operacionalización se diseñaron indicadores empíricos que permiten medir las intervenciones de Enfermería relacionadas con la dimensión biológica.

Paradigma

1) Persona. Es el paciente con herida y su cuidador, sujetos activos del cuidado para dar cumplimiento al plan terapéutico y las acciones derivadas de él, acordados con el profesional de enfermería, respetando sus creencias, conocimientos, significados y actitudes para facilitar la progresión de la salud.

2) Entorno: Es el espacio físico en el que se produce la asistencia de cuidado centrado en la persona con heridas y su cuidador, que puede ser el hospital y el domicilio, en donde la enfermera interviene para promover la independencia y la habilidad para cuidar, mediante acciones que fomentan la toma de decisiones continuadas y compartidas para garantizar el bienestar

3) Cuidado: El cuidado son acciones transpersonales e intersubjetivas que aplica el profesional de enfermería de forma integral a la persona con heridas y a su cuidador, dirigidas

a proteger, mejorar y preservar su salud mediante intervenciones independientes e interdependientes fundamentas en el pensamiento crítico y juicio clínico, para otorgar atención oportuna, continua, permanente y garantizar la continuidad de la atención.

Continuidad Informacional: Se refiere a la información fundamentada que requiere el paciente y cuidador para el tratamiento y seguimiento de su cuidado. Las intervenciones de información estarán centradas en orientar al paciente y a su cuidador para la prevención de infecciones, enseñanza en las técnicas para la activación física, movilización y ejercicios pasivos, dieta prescrita, control de comorbilidades, cumplimiento del tratamiento farmacológico y la esfera emocional. Así como promover estilos de vida saludable y fomentar la habilidad del cuidado en el hogar.

Continuidad Relacional: Es el vínculo terapéutico que se establece entre paciente, el cuidador y el profesional de enfermería en el proceso de cuidado, mediante una interacción fundamentada en la confianza, respeto, escucha activa, empática y asertiva, en el que cada uno asumen roles diferentes y establecen acuerdos para el seguimiento de cuidado. En este vínculo el profesional de enfermería desarrolla tareas específicas, como: conocer el proceso de enfermedad, identificarse, aclaración de dudas, comunicación clara, oportuna, respeto de valores y creencias.

Continuidad de Gestión: Es un proceso de salud multidisciplinario que orienta al paciente y a su cuidador acerca de los servicios que necesita para el seguimiento del cuidado. La encargada de este proceso es el profesional de enfermería que asume diferentes roles asociados como la gestión de casos, atención domiciliaria, navegación, seguimiento, de enlace y de transición, quien realiza diferentes funciones en relación con el nivel de prioridad; en el que valoran, planifican, aplican, coordinan, monitorizan y evalúan las opciones y los

servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud del paciente y su cuidador, articulando la comunicación y los recursos disponibles para promover resultados positivos.

4) Salud: es un proceso dinámico de confort físico, social y espiritual que experimenta la persona con heridas y su cuidador para lograr un equilibrio de bienestar en el proceso de transición a través de la continuidad de cuidados centrado en las necesidades y experiencias individuales.

3.4.2.4 Estructura Interna del modelo de CC en Personas con Heridas

El modelo para la CC lo integran las personas y cuidadores principales como sujetos activos del cuidado; los profesionales de enfermería de atención especializada y la gestora de casos que realizan funciones específicas de seguimiento de cuidado para incrementar la habilidad de cuidado en el hogar, que se define como la destreza, capacidad y conocimiento que posee la persona con herida y su cuidador para realizar acciones de bienestar y alivio. (Carrillo, Sánchez y Barrera, 2014).

Tabla 4

Operacionalización del modelo

	Población diana: Paciente con herida con indicación de alta y su cuidador
Enfermera de Atención especializada	Intervenciones: • Es la encargada de transmitir la adecuada información relativa a los cuidados de la persona con herida y su cuidador. • Identifica o registra a los pacientes con indicación de alta. • Identifica la necesidad de CC mediante la aplicación del instrumento ICCUPAELD. • Realiza la valoración de la herida mediante el instrumento RESVECH 2.0. • Planifica el alta del paciente con herida para su remisión a la enfermera de AP. • Realiza el informe de CC para la comunicación de la situación del paciente a las enfermeras de AP. • Envía la información clínica relevante a la enfermera de AP para el diseño e implementación del seguimiento de cuidados. • Refiere al paciente y a su cuidador con la enfermera gestora de casos para el seguimiento de su cuidado.

	• Establece mecanismos de comunicación con la enfermera de AP para el seguimiento de cuidado de la persona. • Gestiona la cita dentro las 24/48 h
Atención Primaria	Intervenciones: • Desde el momento del alta, la enfermera de Atención Primaria asume la gestión de los cuidados del paciente y su cuidador. • Recibe y analiza el informe de CC para desarrollar estrategias entre los niveles asistenciales. • Valorar el estado de enfermedades concomitantes. • Valorar el nivel de dependencia. • Realiza visita domiciliaria para acordar el plan para seguimiento de sus cuidadores. • Diseña e implementa las intervenciones de CC: informacional, relacional y gestión. • Valoración focalizada de la herida. • Curación avanzada de la herida. • Monitorización de la evolución de la herida. Registrar y documentar la evolución de la herida
	Continuidad Relacional
	• Realizar visita domiciliaria • Identificación del profesional de enfermería. • Establecer un clima de confianza. • Valorar el entorno físico del paciente • Indagar acerca del proceso de enfermedad. • Valorar las necesidades de cuidados de la familia (expresadas y no expresadas). • Observar las interacciones familiares, los patrones de adaptación y los estilos de vida. • Mantener un nexo de comunicación con la familia. • Conocer las opiniones de los familiares y sus compromisos para el seguimiento del cuidado. • Priorizar los problemas detectados en la valoración. • Establecer los objetivos del plan terapéutico a corto, mediano y largo plazo. • Identificar los conocimientos y habilidades por parte del paciente y su cuidador. • Formular un plan terapéutico para el seguimiento de su cuidado. • Evaluar el estado emocional. • Aclaración de dudas.
	Continuidad Informacional
	• Orientar al paciente acerca del manejo de su situación de salud. • Adecuar los cuidados a los recursos disponibles de la familia. • Informar a la persona y su cuidador sobre el cuidado de la herida. • Informar sobre los signos y síntomas de infección. • Orientar sobre la prevención de las complicaciones de la herida. • Diseñar talleres de apoyo al cuidado para los cuidadores. • Diseño del material educativo

	• Evaluar las limitaciones fisiológicas del paciente para la movilización. • Enseñar las técnicas para la movilización, ejercicios pasivos y activación física. • Enseñar al paciente y la familia a almacenar y desechar el material de curación. • Enseñar al paciente sobre medicamentos prescritos. • Orientar acerca del cumplimiento del tratamiento farmacológico. • Orientar acerca del cumplimiento de la dieta prescrita. Llevar un control de comorbilidades de la persona y su cuidador.
	Continuidad de la Gestión
	• Coordina e integra la asistencia internivel e interprofesional • Realiza la transferencia de pacientes del hospital al domicilio. • Realizar el informe de CC en caso de reingreso hospitalario. • Orientar acerca de las citas para el seguimiento de su control. • Informar sobre los establecimientos de soporte en caso de urgencia. • Gestionar la obtención de recetas prescritas. • Proporcionar asistencia virtual o telefónica en caso de emergencia. Gestión del material para el cuidado de la salud.

Figura 7

Diagrama de flujo de la Continuidad de Cuidados en Personas con Heridas

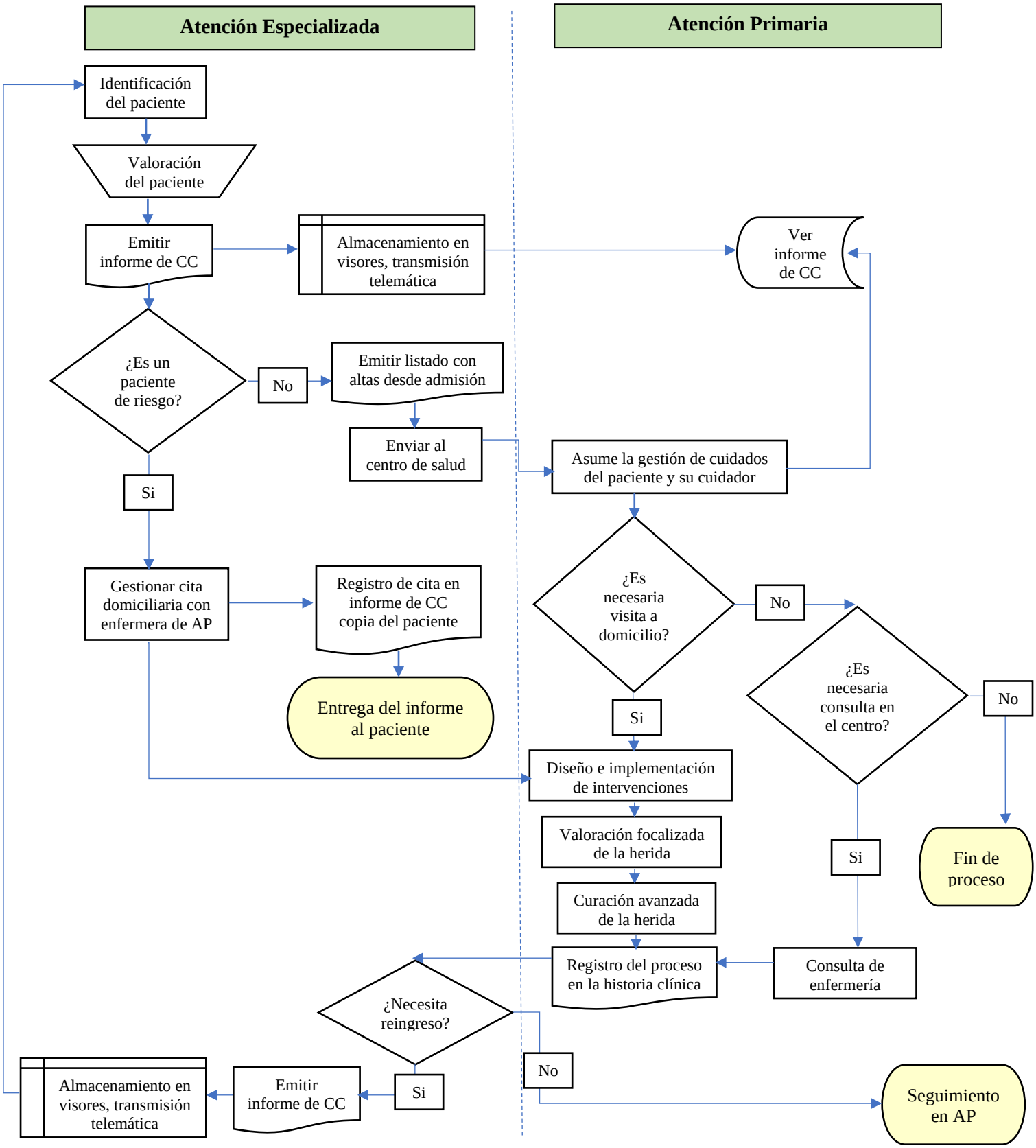
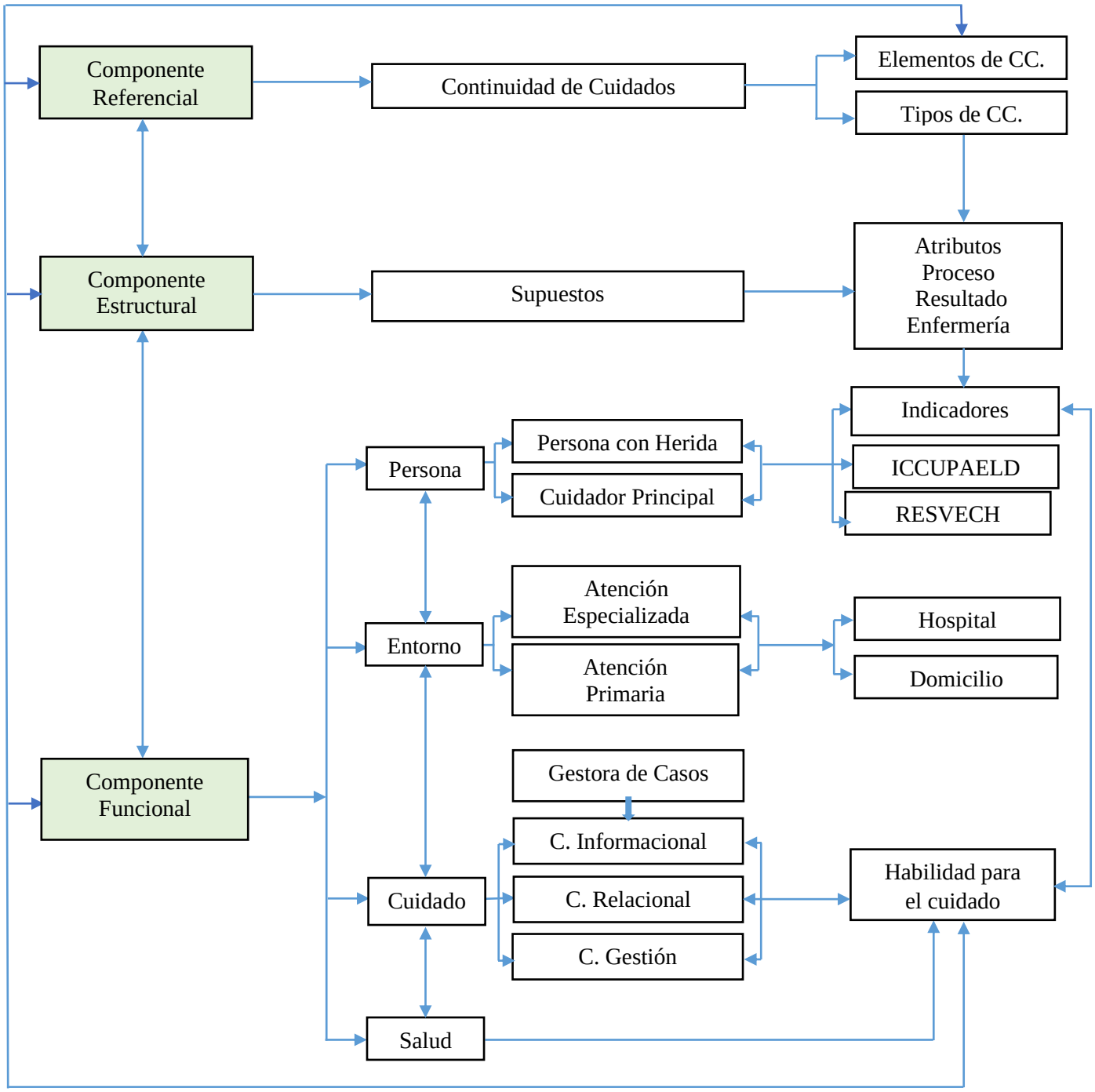


Figura 8

Estructura del Modelo de Continuidad de Cuidados en Personas con Heridas



Fuente: Diagrama del Modelo de Continuidad de Cuidados en Personas con Heridas (Herrera, Galicia y Landeros 2020).

3.4.3 Etapa III. Validación final por jueces

Para la compresión y sintaxis del contenido del modelo se sometió a una segunda validación. La tabla 8 muestra los datos generales de los jueces que participaron en la validación, predomina el sexo femenino, en su mayoría tienen un nivel de doctorado y con una media de 17 años de experiencia académica.

Tabla 5

Características sociodemográficas de los jueces

Variable	*f*	%
Genero		
Hombre	3	30
Mujer	7	70
Nivel académico		
Maestría	2	20
Doctorado	8	80
Experiencia académica		
5-10	2	20
11-15	4	40
16-20	2	20
35-40	2	20

Fuente: Cedula de datos personales Nota: *f*=frecuencia; %= porcentaje n=10

3.4.3.1 Validación por el método de jueces de Waltz, Strickland y Lenz (2017)

Tabla 6

Índice de validación de contenido

Rubro	Resultados	Interpretación
IVI	8%	Aceptable
CV	3% de posibilidad de error	Aceptable
IVC	9.6	Aceptable

Nota: IVI = Índice de Validez por Ítem, CV = Criterio de Validez, IVC = Índice de Validez de Contenido

Como se visualiza en la tabla 6 la validez de contenido del modelo es aceptable.

3.4.3.2. Observaciones y recomendaciones por los jueces

En la siguiente tabla se describen las aportaciones que se consideraron cuando dos o más jueces coincidieron con las observaciones.

Tabla 7

Observaciones realizadas por los jueces

Principales aportes	
Cuidado	• Mejorar la redacción y explicar el termino intersubjetivo
Resultados	• Aclarar sobre los resultados esperados para las instituciones y persona
Atributos del modelo	• Mejorar la redacción • Considerar la abreviatura CCPHE • Considerar abordar el cuidado transdisciplinario • Modificar el termino asistencia por atención. • En el concepto de CC modificar el termino atención especializada por atención hospitalaria e incluir duplicidad u omisión. • Modificar el termino de paciente por persona • Considerar cambiar el termino profesional de enfermería por enfermera. • Modificar el termino independencia por autonomía.
Identificar la necesidad de CC	• Analizar si los indicadores empíricos mencionados sustentan la “necesidad” de CC, dado que lo expuesto menciona sobre la “percepción del paciente sobre CC”
Esquema elementos de la CC	• Ubicar el recuadro de intervenciones alineado al recuadro de “cuidado” y no a la persona. • Marcar una línea de intervenciones que englobe a la persona con herida y cuidador principal, esto porque parece que el cuidado solo va dirigido al cuidador principal. • Concepto de familia
Habilidad del cuidado	• Replantear el concepto
Factores que influyen en la cicatrización	• Realizar una cedula de datos.

3.5 Resultados Tercera Versión del modelo

De acuerdo a las observaciones de los jueces, fue necesario mejorar de manera general la redacción y sintaxis de algunos conceptos y adecuarlos para tener una orientación disciplinar, agregar la palabra “enfermera” según el caso. Se presenta una tabla comparativa para presentar los cambios realizados en la redacción de los conceptos.

Tabla 8

Modificaciones del contenido del MOCCPHE

Cuidado	
Concepto original	Concepto final
El cuidado son acciones transpersonales e intersubjetivas que aplica el profesional de enfermería de forma integral a la persona con heridas y a su cuidador, dirigidas a proteger, mejorar y preservar su salud mediante intervenciones independientes e interdependientes fundamentas en el pensamiento crítico y juicio clínico, para otorgar atención oportuna, continua, permanente y garantizar la continuidad de la atención.	El cuidado son acciones humanizadas que aplica el profesional de enfermería de forma integral, a la persona con heridas y a su cuidador, dirigidas a proteger, mejorar y preservar su salud mediante intervenciones independientes e interdependientes fundamentas en el pensamiento crítico y juicio clínico, para otorgar atención oportuna, continua, permanente y garantizar la continuidad de la atención
Atributos	
Cualidad de la continuidad de cuidados que facilita una atención centrada en la persona, gestión-coordinación y en la información. Centrados en la persona: •La continuidad de cuidados en personas con heridas CCPH otorga una atención individualizada. •La CCPH aumenta la satisfacción del paciente en el cuidado. •La CCPH fomenta la independencia en el paciente y el profesional. •La persona y su cuidador expresan seguridad y confianza cuando son apoyados para el cuidado de la herida. Centrado en la gestión-coordinación: •La CCPH optimiza los recursos materiales y humanos de los servicios de salud.	Cualidad de la continuidad de cuidados que facilita una atención centrada en la persona, gestión-coordinación y en la información: **Atributos centrados en la persona** •La continuidad de cuidados en personas con heridas (CCPHE) otorga una atención individualizada. •La CCPHE aumenta la satisfacción en el cuidado. •La CCPHE fomenta la autonomia en la persona y el profesional de enfermería. •La persona y su cuidador expresan seguridad y confianza cuando son apoyados para el cuidado de la herida. **Atributos centrados en la gestión-coordinación**

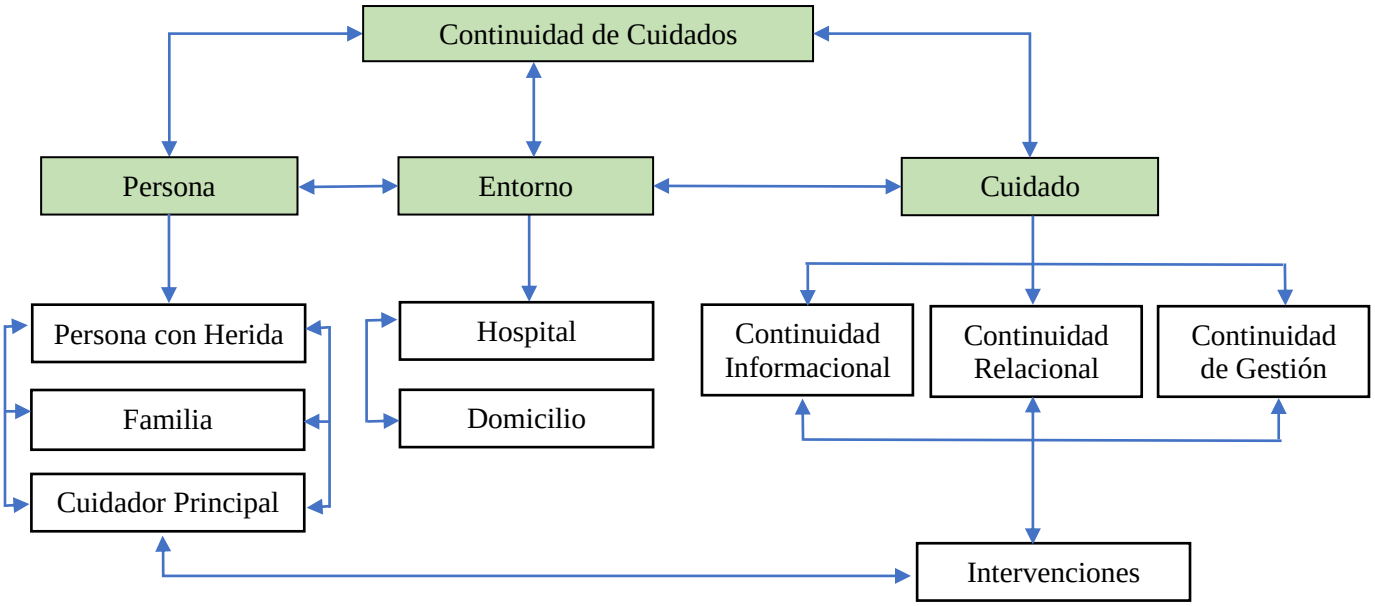
•La CCPH es un componente importante de atención primaria de alta calidad •Favorece la cooperación entre los profesionales de salud e instituciones. •Facilita la gestión de procesos asistenciales. •El cuidado de las personas con heridas es interdisciplinario. •Facilita la prestación de servicios por los profesionales de enfermería. •Posibilita la longitudinalidad de la atención enfocada a la persona.	•La CCPHE optimiza los recursos materiales y humanos de los servicios de salud, de la persona, la familia y red social. •La CCPHE es un componente importante de atención primaria de alta calidad. •Favorece la cooperación entre las instituciones y profesionales de salud. •Facilita la gestión de procesos de la atención. •El cuidado de las personas con heridas es transdisciplinario. •Facilita la prestación de servicios por los profesionales de enfermería.
Indicador empírico	
Analizar si los indicadores empíricos mencionados sustentan la "necesidad" de CC, dado que lo expuesto menciona sobre la "percepción del paciente sobre CC"	El indicador empírico ICCUPAELD evalúa la CC al alta hospitalaria en sus tres dimensiones desde la percepción del paciente, en donde a menor puntuación, indica la necesidad de la atención continuada.
Resultados	
Los resultados de la MOCCPHE pueden diseñarse a corto, mediano y largo plazo. **A corto plazo:** •Contribuir a adquirir conocimiento en su proceso de salud en la persona y su cuidador. •Disminuir el reingreso hospitalario. •Reducir los errores del tratamiento. •Aliviar la experiencia personal de tener una herida. •Otorgar confianza y seguridad en el seguimiento de cuidado. **A mediano plazo:** •Mejorar la adherencia al tratamiento. •Disminuir los costos de la atención de la persona y las visitas al consultorio. •Disminuir las complicaciones de la herida. •Aumentar las tasas de cicatrización. **A largo plazo:** •Reducir los costos de la atención en los Servicios de Salud.	Los resultados del MOCCPHE pueden diseñarse a corto, mediano y largo plazo. **A corto plazo:** •Contribuir a adquirir conocimiento en su proceso de salud en la persona y su cuidador. •Disminuir el reingreso hospitalario. •Reducir los errores del tratamiento. •Aliviar la experiencia personal de tener una herida. •Otorgar confianza y seguridad en el seguimiento de cuidado. •Disminuir el tiempo de recuperación de la persona con heridas **A mediano plazo:** •Mejorar la adherencia al tratamiento. •Disminuir los costos de la atención de la persona y las visitas al consultorio. •Disminuir las complicaciones de la herida. •Aumentar las tasas de cicatrización. •Favorecer la reintegración con la familia y la sociedad. **A largo plazo:** •Reducir los costos de la atención en los Servicios de Salud. •Favorecer la calidad de vida de la persona que padeció o sufre una herida.
Habilidad de cuidado	

La habilidad de cuidado es la destreza, capacidad y conocimiento que posee la persona con herida y su cuidador para realizar acciones de bienestar y alivio.	La habilidad de cuidado es la capacidad, conocimiento, paciencia y sensibilidad que tiene el cuidador principal para otorgar la atención a la persona con herida.
Valoración clínica de la persona con herida	
Valorar los factores que influyen en el proceso de cicatrización	Se construyo una cedula de datos que indaga factores de riesgo que se pueden asociar al proceso de cicatrización.
Persona	
Es el paciente con herida y su cuidador, sujetos activos del cuidado para dar cumplimiento al plan terapéutico y las acciones derivadas de él, acordados con el profesional de enfermería, respetando sus creencias, conocimientos, significados y actitudes para facilitar la progresión de la salud. .	Es la persona con herida y su familia, sujetos activos del cuidado para dar cumplimiento al plan terapéutico y las acciones derivadas de él, acordados con el profesional de enfermería, respetando sus necesidades, creencias, conocimientos, significados y actitudes para facilitar la progresión de la salud. Familia: Es la principal unidad de convivencia en la que se establecen vínculos y relaciones que favorecen el afrontamiento de problemas de salud de los diferentes integrantes que la componen y en el seno de la familia se identificará al cuidador familiar principal que será el referente del cuidado familiar, aunque puedan participar otros integrantes de la familia como soporte.

De acuerdo con las recomendaciones de los jueces se integra el concepto de familia en el esquema que representa los elementos de la continuidad de cuidados. Ver figura 9.

Figura 9

Elementos de la Continuidad de Cuidados



3.6 Versión Final del modelo

A partir de las modificaciones realizadas se conformó la versión final del MOCCPHE**.**

3.6.1 Componente Referencial

Este componente describe el marco que sustenta el conocimiento para la implementación de intervenciones de enfermería desde el enfoque de la continuidad de cuidados en personas con heridas.

La CC es la atención coordinada e ininterrumpida que inicia con el ingreso a la institución de salud de la persona con herida y se intensifica posterior al alta hospitalaria, mediante el seguimiento coordinado entre los profesionales de salud de la atención hospitalaria y primaria a través de intervenciones de información, relación y gestión que eviten la fragmentación, las omisiones, las duplicaciones, las complicaciones y el reingreso hospitalario. Este soporte incrementa la relación terapéutica entre los profesionales de enfermería y la persona, al recibir información centrada en sus necesidades que lo ayudaran a ser sujetos activos de su cuidado, fortalece la confianza, facilita la coordinación y mejora la seguridad y la calidad de la atención.

La CC es un continuum integrado por tres elementos: persona, entorno e información. La persona es el paciente y su familia en donde se identificará al cuidador principal: son los elementos del cual emana la información referente al cuidado y actúan como sujetos activos de las acciones derivadas de él, su responsabilidad reside en el cumplimiento del plan terapéutico acordado con los profesionales; el entorno: que se refiere al espacio en el que se produce la asistencia o alguna otra intervención relacionada con ella: puede ser el hospital y el domicilio de la persona; finalmente, la información: para que la asistencia de la persona esté eficazmente coordinada es necesario, entre otras cuestiones, que la información que emana de su cuidado y del cuidado de su familia no sufra interrupciones, no se duplique, no se omita y no se contradiga (Sánchez y Duarte, 2010).

La CC se clasifica en tres formas: Continuidad informacional (CI), continuidad relacional (CR) y continuidad de gestión (CG). La CI se refiere la información documentada que proporciona el profesional de enfermería acerca de aspectos específicos sobre el tratamiento o manejo adecuado de su condición de salud, centrado en valores, preferencias y contexto social de la persona y su cuidador. La CR se refiere a la interacción terapéutica y continua en el que se establece un clima de confianza entre la persona y el profesional de enfermería, para acordar un plan terapéutico que atienda las necesidades de salud para el seguimiento de su cuidado y la CG se refiere al proceso que sigue el profesional de enfermería para vincular y coordinar la provisión de servicios que forman parte de la atención de salud entre diferentes niveles asistenciales y promover la calidad y la eficiencia en los servicios.

Para esquematizar la relación conceptual de la CC, véase la figura 10.

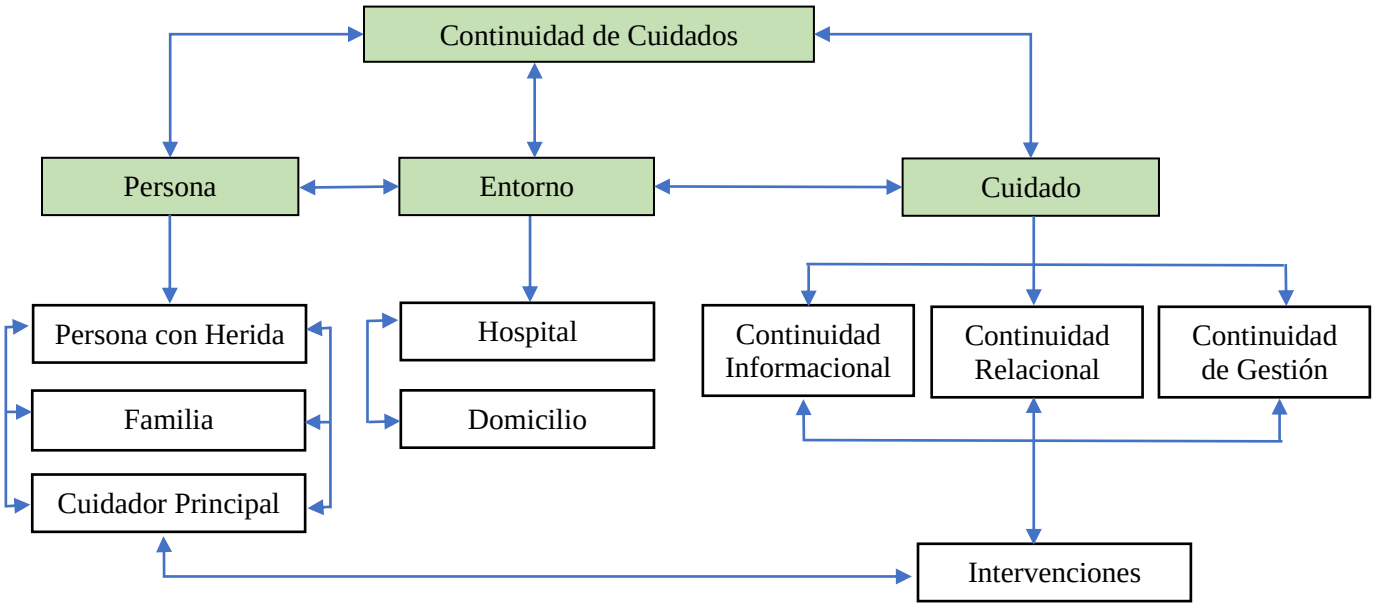


Figura 10. Relación conceptual de los elementos de la continuidad de cuidados (Herrera, Galicia y Landeros, 2021).

3.6.2 Componente Estructural

Este componente describe las premisas, conceptos centrales y su relación entre ellos que guían el cuerpo de conocimientos, valores, creencias desde la perspectiva de la disciplina y que instrumentalizan las acciones de la práctica de continuidad de cuidados en personas con heridas con la finalidad de una comprensión mucho más operativa del fenómeno que responda a las necesidades específicas del sujeto de cuidado. Lo componen los siguientes conceptos:

1) Atributos. Cualidad de la continuidad de cuidados que facilita una atención centrada en la persona, gestión-coordinación y en la información.

Atributos centrados en la persona

- La continuidad de cuidados en personas con heridas (CCPHE) otorga una atención individualizada.
- La CCPHE aumenta la satisfacción en el cuidado.
- La CCPHE fomenta la autonomía en la persona y el profesional de enfermería.
- La persona y su cuidador expresan seguridad y confianza cuando son apoyados para el cuidado de la herida.

Atributos centrados en la gestión-coordinación

- La CCPHE optimiza los recursos materiales y humanos de los servicios de salud, de la persona, la familia y red social.
- La CCPHE es un componente importante de atención primaria de alta calidad.
- Favorece la cooperación entre las instituciones y profesionales de salud.
- Facilita la gestión de procesos de la atención.
- El cuidado de las personas con heridas es transdisciplinario.
- Facilita la prestación de servicios por los profesionales de enfermería.

Centrado en la información:

- Favorece la comunicación entre el hospital y atención primaria.
- Orienta a la persona en el cuidado para contribuir en la situación de salud.
- Incluye la documentación clínica de la persona mediante el informe de CC.
- Evita la fragmentación y variabilidad de cuidados.
- Incluye el intercambio de responsabilidades y organización de cuidados.

2) Proceso. El proceso de la CCPHE se empleará para aumentar la habilidad del cuidado de la persona y su cuidador que incluye aspectos como en el manejo de síntomas y respuestas físicas, adherencia terapéutica, reconocer episodios agudos, nutrición, ejercicio y documentación clínica del paciente.

3) Resultado. Los resultados de la CCPHE pueden diseñarse a corto, mediano y largo plazo.

A corto plazo:

- Contribuir a adquirir conocimiento en su proceso de salud en la persona y su cuidador.
- Disminuir el reingreso hospitalario.
- Reducir los errores del tratamiento.
- Aliviar la experiencia personal de tener una herida.
- Otorgar confianza y seguridad en el seguimiento de cuidado.
- Disminuir el tiempo de recuperación de la persona con heridas

A mediano plazo:

- Mejorar la adherencia al tratamiento.
- Disminuir los costos de la atención de la persona y las visitas al consultorio.
- Disminuir las complicaciones de la herida.

- Aumentar las tasas de cicatrización.
- Favorecer la reintegración con la familia y la sociedad.

A largo plazo:

- Reducir los costos de la atención en los Servicios de Salud.
- Favorecer la calidad de vida de la persona que padeció o sufre una herida

4) Enfermería. Es la ciencia del cuidado que otorga intervenciones autónomas e interdependientes centradas en la persona con heridas y su cuidador para evitar complicaciones, que incluyen la valoración de necesidades y el diseño de intervenciones, fundamentada en los patrones de conocimiento para satisfacer las necesidades de salud de la persona en base al consenso y a la toma de decisiones compartidas.

3.6.3 Componente Funcional

De acuerdo con el esquema adoptado para el estudio, una vez que se perfeccionó el componente referencial y se construyó el componente estructural, se definió el paradigma de enfermería que responda a la continuidad de cuidados en personas con heridas. Para su operacionalización se diseñaron indicadores empíricos que permiten medir las intervenciones de Enfermería relacionadas con la dimensión biológica.

Paradigma

1) Persona. Es la persona con herida y su familia, sujetos activos del cuidado para dar cumplimiento al plan terapéutico y las acciones derivadas de él, acordados con el profesional de enfermería, respetando sus necesidades, creencias, conocimientos, significados y actitudes para facilitar la progresión de la salud. Familia: Es la principal unidad de convivencia en la que se establecen vínculos y relaciones que favorecen el afrontamiento de problemas de salud de los diferentes integrantes que la componen y en el seno de la familia se identificará al

cuidador familiar principal que será el referente del cuidado familiar, aunque puedan participar otros integrantes de la familia como soporte.

2) Entorno: Es el espacio físico en el que se produce la asistencia de cuidado centrado en la persona con heridas y su cuidador, que puede ser el hospital y el domicilio, en donde la enfermera interviene para promover la autonomía y la habilidad para cuidar, mediante acciones que fomentan la toma de decisiones continuadas y compartidas para garantizar el bienestar

3) Cuidado: El cuidado son acciones humanizadas que aplica el profesional de enfermería de forma integral, a la persona con heridas y a su cuidador, dirigidas a proteger, mejorar y preservar su salud mediante intervenciones independientes e interdependientes fundamentas en el pensamiento crítico y juicio clínico, para otorgar atención oportuna, continua, permanente y garantizar la continuidad de la atención.

Continuidad Informacional: Se refiere a la información fundamentada que requiere la persona y cuidador para el tratamiento y seguimiento de su cuidado. Las intervenciones de información estarán centradas en orientar a la persona y a su cuidador para la prevención de infecciones, enseñanza en las técnicas para la activación física, movilización y ejercicios pasivos, dieta prescrita, control de comorbilidades, cumplimiento del tratamiento farmacológico y la esfera emocional. Así como promover estilos de vida saludable y fomentar la habilidad del cuidado en el hogar.

Continuidad Relacional: Es el vínculo terapéutico que se establece entre persona, el cuidador y el profesional de enfermería en el proceso de cuidado, mediante una interacción fundamentada en la confianza, respeto, escucha activa, empática y asertiva, en el que cada uno asumen roles diferentes y establecen acuerdos para el seguimiento de cuidado. En este vínculo el profesional de enfermería desarrolla tareas específicas, como: conocer el proceso

de enfermedad, identificarse, aclaración de dudas, comunicación clara, oportuna, respeto de valores y creencias.

Continuidad de Gestión: Es un proceso de salud multidisciplinario que orienta a la persona y a su cuidador acerca de los servicios que necesita para el seguimiento del cuidado. La encargada de este proceso es el profesional de enfermería que asume diferentes roles asociados como la gestión de casos, atención domiciliaria, navegación, seguimiento, de enlace y de transición, quien realiza diferentes funciones en relación con el nivel de prioridad; en el que valoran, planifican, aplican, coordinan, monitorizan y evalúan las opciones y los servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud del paciente y su cuidador, articulando la comunicación y los recursos disponibles para promover resultados positivos.

4) Salud: es un proceso dinámico de confort físico, social y espiritual que experimenta la persona con heridas y su cuidador para lograr un equilibrio de bienestar en el proceso de transición a través de la continuidad de cuidados centrado en las necesidades y experiencias individuales.

3.6.3.1 Instrumentos de medición

A continuación, se describen los indicadores empíricos a utilizar para la valoración de la persona y su cuidador en el domicilio, los resultados serán el sustento para la planificar la necesidad de la atención continuada.

3.6.3.1.1 Cedula de valoración clínica de la persona con herida

La aplicación de esta cedula indaga factores de riesgo que se pueden asociar al proceso de cicatrización, contiene tres apartados; el primero recoge datos generales de la persona, el segundo sobre los antecedentes de comorbilidad y el tercero obtiene información acerca de la herida.

3.6.3.1.2 Índice resultados esperados de la valoración y evaluación de la cicatrización de las heridas crónicas (RESVECH 2.0)

Este índice se utiliza en ámbitos clínicos y comunitarios, contiene seis categorías de medida diseñado para valorar y evaluar el proceso de cicatrización de heridas crónicas independiente de su etiología; a) Dimensiones de la úlcera b) Profundidad/tejidos afectados c) Bordes d) Tipo de tejido en el lecho de la herida e) Exudado f) Infección/inflamación. Cada categoría se evalúa de diferente manera, para obtener el puntaje total de la escala se suman los valores de los seis ítems, con un rango de calificación de mínimo 0 y máximo 35 puntos, cuanta más alta es la puntuación la herida se encuentra en más malas condiciones.

3.6.3.1.3 Instrumento Continuidad de Cuidado del Paciente con Enfermedad de Larga Duración (ICCUPAELD)

Es un instrumento auto aplicable que mide la CC al alta hospitalaria desde la percepción del paciente con enfermedad de larga duración. Constituido por 22 ítems con un patrón de respuesta en escala tipo Likert de cinco puntos que van de 1 (Nunca) a 5 (Siempre). Evalúa la percepción de CC en sus 3 dimensiones; Continuidad de Relación (CR), Continuidad de Información (CI) y Continuidad de Gestión (CG). Se obtiene una puntuación mínima de 20 puntos y una máxima de 100, en donde a mayor puntaje, mayor percepción sobre la CC. Quedando de la siguiente manera: Baja percepción de 20 a 40 puntos, Moderada percepción de 41 a 60 puntos y Alta percepción de 61 a 100 puntos.

3.6.3.2 Estructura Interna del modelo de CC en Personas con Heridas

El modelo para la CC lo integran las personas y cuidadores principales como sujetos activos del cuidado; los profesionales de enfermería de atención hospitalaria y la gestora de casos que realizan funciones específicas de seguimiento de cuidado para incrementar la habilidad de cuidado en el hogar, que se define como la capacidad, conocimiento, paciencia y sensibilidad que tiene el cuidador principal para otorgar la atención a la persona con herida (Carrillo, Sánchez y Barrera, 2014).

Tabla 9

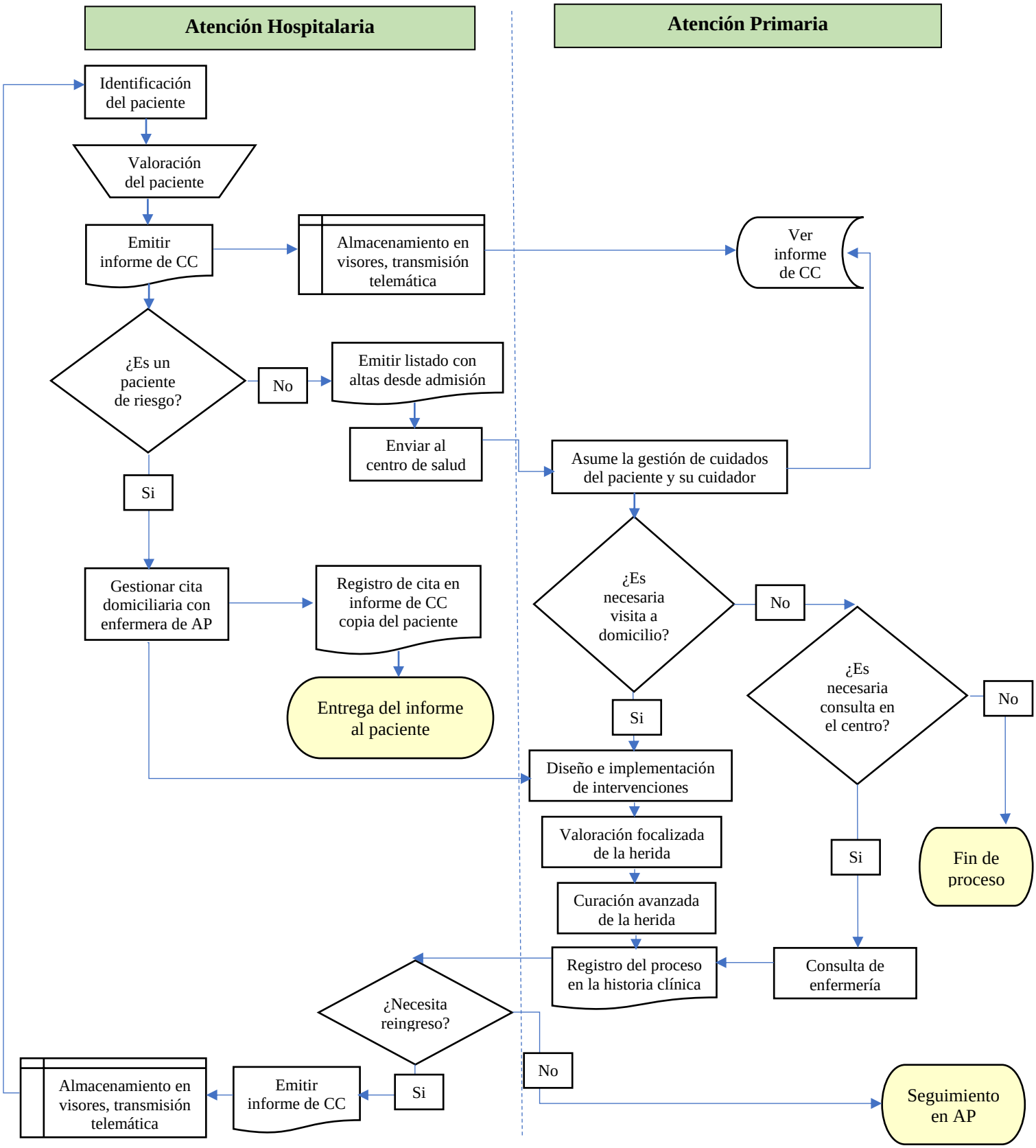
Operacionalización del modelo

	Población diana: Persona con herida con indicación de alta y su cuidador
Enfermera de Atención hospitalaria	Intervenciones: • Es la encargada de transmitir la adecuada información relativa a los cuidados de la persona con herida y su cuidador. • Identifica o registra al paciente con indicación de alta. • Identifica la necesidad de CC mediante la aplicación del instrumento ICCUPAELD. • Realiza la valoración de la herida mediante el instrumento RESVECH 2.0. • Planifica el alta del paciente con herida para su remisión a la enfermera de AP. • Realiza el informe de CC para la comunicación de la situación del paciente a las enfermeras de AP. • Envía la información clínica relevante a la enfermera de AP para el diseño e implementación del seguimiento de cuidados. • Refiere al paciente y a su cuidador con la enfermera gestora de casos para el seguimiento de su cuidado. • Establece mecanismos de comunicación con la enfermera de AP para el seguimiento de cuidado del paciente y su cuidador. • Gestiona la cita dentro las 24/48 h
Atención Primaria	Intervenciones: • Desde el momento del alta, la enfermera de Atención Primaria asume la gestión de los cuidados del paciente y su cuidador. • Recibe y analiza el informe de CC para desarrollar estrategias entre los niveles asistenciales. • Valorar el estado de enfermedades concomitantes. • Valorar el nivel de dependencia. • Realiza visita domiciliaria para acordar el plan para seguimiento de sus cuidadores. • Diseña e implementa las intervenciones de CC: informacional, relacional y gestión. • Valoración focalizada de la herida. • Curación avanzada de la herida. • Monitorización de la evolución de la herida. • Registrar y documentar la evolución de la herida
	Continuidad Relacional
	• Realizar visita domiciliaria • Identificación del profesional de enfermería. • Establecer un clima de confianza. • Valorar el entorno físico del paciente y su familia. • Indagar acerca del proceso de enfermedad.

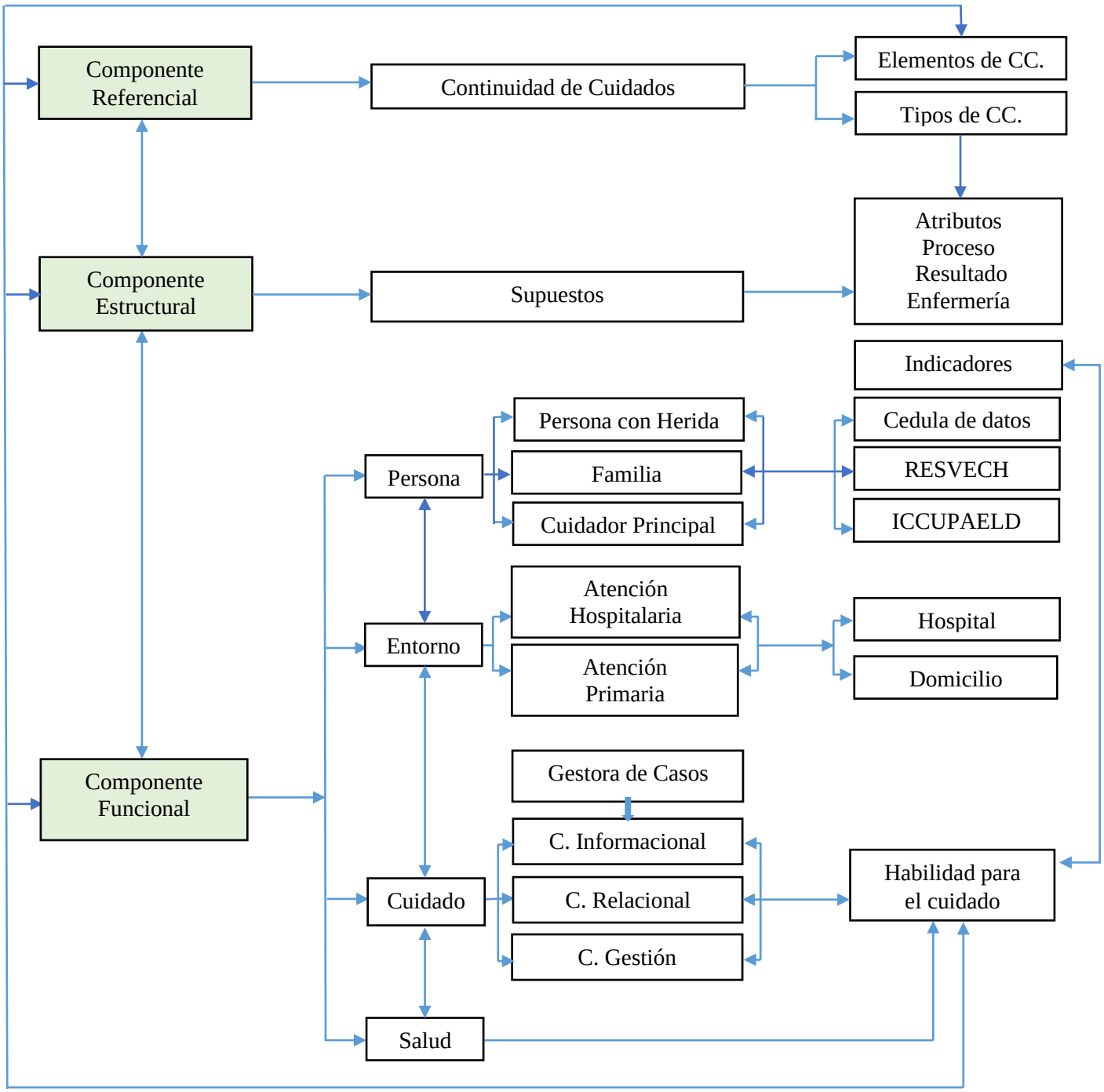
	• Valorar las necesidades de cuidados de la familia (expresadas y no expresadas). • Observar las interacciones familiares, los patrones de adaptación y los estilos de vida. • Mantener un nexo de comunicación con la familia. • Conocer las opiniones de los familiares y sus compromisos para el seguimiento del cuidado. • Priorizar los problemas detectados en la valoración. • Establecer los objetivos del plan terapéutico a corto, mediano y largo plazo. • Identificar los conocimientos y habilidades por parte del paciente y su cuidador. • Formular un plan terapéutico para el seguimiento de su cuidado. • Evaluar el estado emocional. • Aclaración de dudas.
	Continuidad Informacional
	• Orientar al paciente y su cuidador acerca del manejo de su situación de salud. • Adecuar los cuidados a los recursos disponibles de la familia. • Informar al paciente y su cuidador sobre el cuidado de la herida. • Informar sobre los signos y síntomas de infección. • Orientar sobre la prevención de las complicaciones de la herida. • Diseñar talleres de apoyo al cuidado para los cuidadores. • Diseño del material educativo • Evaluar las limitaciones fisiológicas del paciente para la movilización. • Enseñar al paciente y al cuidador las técnicas para la movilización, ejercicios pasivos y activación física. • Enseñar al paciente y al cuidador a almacenar y desechar el material de curación. • Enseñar al paciente y al cuidador sobre medicamentos prescritos. • Orientar al paciente y al cuidador acerca del cumplimiento del tratamiento farmacológico. • Orientar al paciente al cuidador acerca del cumplimiento de la dieta prescrita. • Llevar un control de comorbilidades del paciente.
	Continuidad de la Gestión
	• Coordinar e integra la asistencia internivel e interprofesional • Realizar la transferencia de pacientes del hospital al domicilio. • Realizar el informe de CC en caso de reingreso hospitalario. • Orientar acerca de las citas para el seguimiento de su control. • Informar sobre los establecimientos de soporte en caso de urgencia. • Gestionar la obtención de recetas prescritas. • Proporcionar asistencia virtual o telefónica en caso de emergencia. • Gestionar el material para el cuidado de la salud.

Figura 11

Diagrama de flujo de la Continuidad de Cuidados en Personas con Heridas



Estructura del Modelo de Continuidad de Cuidados en Personas con Heridas



Fuente: Diagrama del Modelo de Continuidad de Cuidados en Personas con Heridas (Herrera, Galicia y Landeros 2020).

Capitulo IV

Conclusión

El MOCCPHE surge como una respuesta al llamado de la OMS para atender las necesidades de cuidado y asegurar la atención de calidad a las personas con heridas, sus cuidadores familiares, los profesionales y los sistemas de salud, con la finalidad de dar seguimiento sobre todo después del alta hospitalaria y así evitar complicaciones, disminuir el reingreso hospitalario y los costos de la atención.

El MOCCPHE está conformado por tres componentes: a) el componente referencial: describe el marco que sustenta el conocimiento para la implementación de intervenciones de enfermería; b) el componente estructural: describe las premisas, conceptos centrales y su relación entre ellos que guían el cuerpo de conocimientos, valores, creencias desde la perspectiva de la disciplina; c) el componente funcional: describe la operacionalización de las acciones de la práctica de continuidad de cuidados en personas con heridas. La responsable de este proceso será la enfermera gestora de casos, quien será la encargada de identificar las necesidades de CC mediante la valoración, para articular el abordaje integral de cuidado y dar seguimiento apropiado a las personas con heridas y su cuidador en el domicilio a través de la aplicación de intervenciones de continuidad relacional, informacional y de gestión, que los involucre a participar de forma activa en su cuidado.

La validación de este modelo por jueces expertos en la investigación y la práctica clínica, permiten señalar que tiene significancia teórica y práctica, dado que, propone los indicadores para operacionalizarlo, tomar decisiones clínicas y medir los resultados de las intervenciones.

Referencias

Ariza, C. (2016). Modelo de cuidado de enfermería al paciente en posoperatorio temprano de revascularización miocárdica. *Ciencia y enfermería*, 22(1), 35-46. https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532016000100004

Barrera-Ortiz, L., Carrillo-González, G., Chaparro-Díaz, L. y Sánchez-Herrera, B. (2015). Modelo para abordar la carga del cuidado de la enfermedad crónica en Colombia. *ORINOQUIA*, 19(1), 89-99. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/rori/v19n1/v19n1a08.pdf

Bazemore, A., Petterson, S., Peterson, L. E., Bruno, R., Chung, Y. y Phillips, R. L. (2018). Higher primary care physician continuity is associated with lower costs and hospitalizations. *Annals of Family Medicine*, 16(6), 492–497. https://doi.org/10.1370/afm.2308

Beaskoetxea, P., Bermejo, M., Capillas, R., Cerame, S., García, F., Gómez, J.M., Manzanero, E., Palomar, F., Salvador, M.J., Segovia,T. y Zubiaur, A.(2013). Situación actual sobre el manejo de heridas agudas y crónicas en España: Estudio ATENEA. *Gerokomos*, 24(1), 27-31. https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2013000100006

Calvo, M.J., Infantes, JA., Solano, C., Rebollo, E., y Martin, JL. (2015). La enfermera de Atención Primaria como garante de la continuidad de cuidados: Intervención Proactiva tras el alta hospitalaria. RISAI, 7(1), 1-7.

Carrillo, G., Sánchez, B. y Barrera, L. (2014). Habilidad de cuidado de cuidadores familiares de niños y adultos con enfermedad crónica. *Index de Enfermería*, 23(3), 129-133. https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000200003

Casado, M. C. (2014). El informe de continuidad de cuidados como herramienta de comunicación entre atención hospitalaria y atención primaria. *Revista Española de Comunicación En Salud*, 5(2), 102–111. https://doi.org/10.20318/recs.2016.3337

Centeno-Pérez, M.A., Mata-García, A.D., Plascencia-Ordaz, M.J., Benítez-Salinas, F. y Campos-Ros, B. (2017). Modelo de autocuidado de enfermería perinatal. *Perinatologia y Reproducción Humana*, 31(3), 151-159. https://doi.org/10.1016/j.rprh.2018.01.005

Correa-Casado, M., Granero-Molina, J., Hernández-Padilla, J. M., y Fernández-Sola, C. (2017). Transferencia de pacientes de cuidados paliativos desde el hospital hasta atención primaria: un estudio cualitativo. *Atencion Primaria*, 49(6), 326-334 https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.09.003

Das, S., Manjunatha, N., Kumar, C.N., Math, S.B. y Thirthalli, J. (2019). Tele-psychiatric aftercare clinic for continuity of care: A pilot study from an academic hospital, *Asian Journal of Psychiatry* doi: https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.101886

Dhivya, S., Padma, V. V., y Santhini, E. (2015). Wound dressings - a review. *BioMedicine*, 5(4), 22. https://doi.org/10.7603/s40681-015-0022-9

Durán de Villalobos, M. (2002). Marco epistemológico de la enfermería. Aquichan, 2(1), 7-18. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100003&lng=en&tlng=es.

Fawcett J. (2012). Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and evaluation of Nursing Models and theories. Philadelphia: F.A. Davis.

Feizolahzadeh, S., Vaezi, A., Mirzaei, M., Khankeh, H., Taheriniya, A., Vafaeenasab, M., y Khorasani-Zavareh, D. (2019). Barriers and facilitators to provide continuity of care to dischargeable patients in disasters: A qualitative study. *Injury*, 50(4), 869–876. https://doi.org/10.1016/j.injury.2019.03.024

Freeman, G. y Hughes, J. (2010). Continuity of care and the patient experience. The King´s Fund. Disponible en: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_document/continuity-care-patient-experience-gp-inquiry-research-paper-mar11.pdf

García, A. D. J., Estrada, O.M.C., Gallegos, A.M. y Antuna, C.A.B. (2015). Efectividad del modelo de cuidado de enfermería para la familia de paciente con infarto agudo al miocardio en la unidad de cuidados intensivos. *Revista Cuidarte*, 6(1), 923-931. https://doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.166

Gea-Caballero, V., Castro-Sánchez, E., Juárez-Vela, R., Sarabia-Cobo, C., Díaz-Herrera, M., Martínez-Riera J. (2018). Entorno de práctica profesional en enfermería. *Rev Panam Salud Publica.* 42, 48. https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.48

Grove, S.K., Gray, J. y Burns, N. (6° Ed) (2016). Investigación en Enfermeria: Desarrollo de la practica enfermera basada en la evidencia. Elsevier

Ha, T., Harris, M., Preen, D., Robinson, S. y Moorin, R. (2019). A time-duration measure of continuity of care to optimise utilisation of primary health care: A threshold effects approach among people with diabetes. *BMC Health Services Research*, 19(1). https://doi.org/10.1186/s12913-019-4099-9

Hollins, C. J., MacArthur, J., Martin,R., y McInnes, R. (2020). Midwives' views of changing to a Continuity of Midwifery Care (CMC) model in Scotland: A baseline survey. *Women and Birth*, 33 (5), 409-419. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.08.005

Hustoft, M., Biringer, E., Gjesdal, S., Aßus, J. y Hetlevik, Ø. (2018). Relational coordination in interprofessional teams and its effect on patient-reported benefit and continuity of care: A prospective cohort study from rehabilitation centres in Western Norway 11 Medical and Health Sciences 1117 Public Health and Health Ser. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1–10. https://doi.org/10.1186/s12913-018-3536-5

Jepson, T., O'Hara, T., y Monaro, S. (2018). Case study: Collaboration across the care continuum to improve the patient experience. *Wound Practice and Research: Journal of the Australian Wound Management Association*, 26(4), 182–187.

Jiménez-García, J., Arboledas-Bellón, J., Ruiz-Fernández, C., Gutiérrez-García, M., Lafuente-Robles, N., y García-Fernández, F. (2019). The advanced practice nurse in the adequacy of chronic, complex wound care. *Enfermería Clínica (English Edition)*, 29(2), 74–82. https://doi.org/10.1016/j.enfcle.2019.02.003

Kim, W., Choy, Y. S., Lee, S. A., y Park, E. C. (2018). Implementation of the Chronic Disease Care System and its association with health care costs and continuity of care in Korean adults with type 2 diabetes mellitus. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1–8. https://doi.org/10.1186/s12913-018-3806-2

Kuerten, P. y Lenise do Prado, M. (2008). Modelo de Cuidado: ¿Qué es y como elaborarlo?. *Index de Enfermería*, 17(2), 128-132. Recuperado en 12 de marzo de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000200011&lng=es&tlng=es.

Lee, S. A., Chun, S. Y., Kim, W., Ju, Y. J., Choi, D. W., y Park, E. C. (2019). Association between continuity of care and the onset of thyroid disorder among diabetes patients in Korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(2), 1–10. https://doi.org/10.3390/ijerph16020233

Lemos, C., Poveda, V., Peniche, A. (2017). Construcción y Validación de un protocolo de atención de enfermería en anestesia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 25:e2952, 2-17. Doi: http://dx.doi.org/1518-8345.2143.2952

Mackavey, C. (2016). Advanced Practice Nurse Transitional Care Model Promotes Healing in Wound Care. *Care management journals*, 17(3), 140–149. https://doi.org/10.1891/1521-0987.17.3.140

Martinez, R.J.R., San Juan, Q. A. (2009). Por qué hablamos de continuidad de cuidados cuando realmente queremos decir satisfacción profesional?. *Rev Adm Sanit*, 7(4), 661-82. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-pdf-X1137296609489119

Missios, S. y Bekelis, K. (2016). Outpatient continuity of care and 30-day readmission after spine surgery. The Spine Journal, 16(11), 1309–1314. https://doi.org/10.1016/J.SPINEE.2016.06.012

Nicaise, P., Giacco, D., Soltmann, B., Pfennig, A., Miglietta, E., Lasalvia, A., Welbel, M., Wciórka, J., Bird, V. J., Priebe, S., y Lorant, V. (2020). Healthcare system performance in continuity of care for patients with severe mental illness: A comparison of five European countries. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 124(1), 25–36. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.11.004

Olea, C.V., Berumen, L.C. y Zavala, I. (2012). Modelo de Cuidado de enfermería para la mujer con cáncer de mama a través de la integración de la dimensión espiritual. *ENE. Revista de Enfermería*, 6(3). Disponible en: http://www.index-f.com/ene/6pdf/6307.pdf

Patigny, P., Zdanowicz, N., & Lepiece, B. (2018). How should psychiatrists and general physician communicate to increase patients' perception of continuity of care after their hospitalization for alcohol withdrawal?. *Psychiatria Danubina*, 30(Suppl 7), 409–411. Disponible en: http://www.psychiatriadanubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol30_noSuppl%207/dnb_vol30_noSuppl%207_409.pdf

Pitt, R. y Davis, A. (2016). A systematic approach to breast care nursing in the rural setting: Development of a database and support tool to ensure continuity of care. The Australian Journal of Cancer Nursing, 17(2), 26–30.

Przysucha, M., Vogel, S., Hüsers, J., Wache, S., Sellemann, B. y Hübner, U. (2018). Requirements for Collaborative Decision Support Systems in Wound Care: No Information Continuity Without Management Continuity. *Studies in health technology and informatics*, 253, 133–137. Doi:10.3233/978-1-61499-896-9-133

Reid, R., Haggerty, J. y Mckendry, R. (2002). Defusing the Confusion: Concepts and Measures of Continuity of Health Care. Canadian Health Services Research Foundation. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/245856177_Defusing_the_Confusion_Concepts_and_Measures_of_Continuity_of_Health_Care

Ridgeway, J. L., LeBlanc, A., Branda, M., Harms, R. W., Morris, M. A., Nesbitt, K., Gostout, B. S., Barkey, L. M., Sobolewski, S. M., Brodrick, E., Inselman, J., Baron, A., Sivly, A., Baker, M., Finnie, D., Chaudhry, R. y Famuyide, A. O. (2015). Implementation of a new prenatal care model to reduce office visits and increase connectivity and continuity of care: protocol for a mixed-methods study. *BMC pregnancy and childbirth*, 15, 323. https://doi.org/10.1186/s12884-015-0762-2

Rustad, E.C., Cronfalk, B.S., Furnes, B. y Dysvik, E. (2017) Continuity of Care during Care Transition: Nurses' Experiences and Challenges. *Open Journal of Nursing* , 7, 277-293. https://doi.org/10.4236/ojn.2017.72023

Sánchez, M.B. y Duarte, G. (2006) Continuidad de los cuidados de enfermería requisitos, instrumentos y barreras. *Enfermeria en Atencion Primaria*, 2(2), 748-764.

Sanchez, S. (2018). Percepción del Informe de Continuidad de Cuidados al alta quirúrgica en Enfermería. *Nure Inv*. 15(94), 2-12. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6442679

Secretaria de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario para la Producción, Investigación y Uso Medicinal de la Cannabis y sus Derivados Farmacológicos: DOF; 2021. Disponibles en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5609709&fecha=12/01/2021

Sen, C. K. (2019). Human Wounds and Its Burden: An Updated Compendium of Estimates. *Advances in wound care*, 8(2), 39–48. https://doi.org/10.1089/wound.2019.0946

Servicio Madrileño de Salud (2014). Marco referencial de la continuidad de cuidados en el servicio madrileño de salud. Consultado en : http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DMarco+Continuidad+Cuidados+Enfermeros.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352852131398&ssbinary=true

Smith, M.J. y Liehr, P.R. (3 Ed) (2014). Middle Range Theory for Nursing. SPRINGER PUBLISHING COMPANY, New York.

Smith-Strøm, H., Iversen, M. M., Graue, M., Skeie, S. y Kirkevold, M. (2016). An integrated wound-care pathway, supported by telemedicine, and competent wound management-Essential in follow-up care of adults with diabetic foot ulcers. *International journal of medical informatics*, 94, 59–66. https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2016.06.020

Vela-Anaya, G., Stegensek-Mejía, E.M. y Leija-Hernández, C. (2018). Características epidemiológicas y costos de la atención de las heridas en unidades médicas de la Secretaría de Salud. *Rev. Enferm. Inst. Mex Seguro Soc*.,26(2), 105-114. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim182g.pdf

Waibel, S., Vargas, I., Aller, M. B., Coderch, J., Farré, J. y Vázquez, M. L. (2016). Continuity of clinical management and information across care levels: perceptions of users of different healthcare areas in the Catalan national health system. *BMC health services research*, 16(1), 466. https://doi.org/10.1186/s12913-016-1696-8

Walker, L.O y Avant K.C. (5th Ed) (2011). Strategies for theory construction in nursing. Boston: Prentice Hall

Waltz, C. F., Strickland, O. L. y Lenz, E. R. (5ed) (2017). Measurement in nursing and research. SPRINGER PUBLISHING COMPANY, New York.

World Health Organization. (2018). Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/274628

Zenteno-López, M., Tzontehua-Tzontehua, I., Gil-Londoño, E., Contreras-Arroy, S. y Galicia-Aguilar, R. (2016). Continuidad de cuidados para la adherencia terapéutica en la persona con diabetes tipo 2. *Enfermería Universitaria*, 13(2), 130–137. https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.02.001

Zhang, P., Lu, J., Jing, Y., Tang, S., Zhu, D. y Bi, Y. (2017) Epidemiología global de la ulceración del pie diabético: una revisión sistemática y metaanálisis, *Annals of Medicine*, 49(2), 106-116. https://doi.org/10.1080/07853890.2016.1231932

Apendice A

Invitación para participar como juez

Presente

Por este medio reciba un cordial saludo y en el marco del trabajo de tesis titulado: "**Construcción y validación de un modelo de continuidad de cuidados en personas con heridas**", que se encuentra realizando el estudiante de Maestría L**ic. Jahir Herrera Rodríguez**, con número de matrícula 219450030, se le hace la cordial invitación para emitir su valiosa opinión y sugerencias, al instrumento que se adjunta al presente, el cual tiene como objetivo: evaluar y analizar el contenido del modelo.

Lo anterior, por su amplia experiencia en el ámbito de la investigación en Enfermería.

En espera de una respuesta favorable, le agradezco la atención al presente.

Atentamente
"Pensar bien, para vivir mejor"
H. Puebla de Z., a 19 de octubre de 2020

MCE. Erika Pérez Noriega
Directora

BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
1578

Apendice B. Instrumento para evaluación de contenido del modelo
(Herrera, Galicia y Carrillo 2020)

ID: Cargo:
Nombre: Años de experiencia:
Edad: Nivel Académico:

	Instrucciones. A continuación, les presento el esquema del modelo completo, Por favor lee cuidadosamente cada uno de los planteamientos y conteste si la afirmación está relacionada con cada uno de los componentes. De acuerdo con la siguiente escala.	Definitivamente no relacionado	No relacionado	No seguro de su relación (planteamiento requiere mayor revisión)	Relacionado, pero es necesario realizar modificaciones	Considerablemente relacionado sin modificaciones
	Componente Referencial					
Coherencia	1.La estructura del modelo guía la práctica de enfermería en el cuidados de personas con heridas.	0	1	2	3	4
	2. El modelo refleja la visión de cuidado de enfermería en personas con heridas.	0	1	2	3	4
	3. Son claros los elementos del modelo de CCPH	0	1	2	3	4
	Componente Estructural					
Claridad	4.El modelo describe la cualidad de la continuidad centrada en la persona	0	1	2	3	4
	5.El modelo describe la cualidad de la continuidad centrada en la gestión	0	1	2	3	4
	6.El modelo describe la cualidad de la continuidad centrada en la información	0	1	2	3	4
	7.El modelo especifica la utilidad para la práctica de enfermería	0	1	2	3	4
Relevancia	8.El modelo describe y especifica los resultados esperados en el cuidado de la personas para heridas	0	1	2	3	4
	9.El modelo describe y especifica los resultados esperados para la práctica de enfermería	0	1	2	3	4
	10.El modelo otorga suficiente dirección al profesional para decidir que existe una necesidad de continuidad de cuidados	0	1	2	3	4

Relevancia	11.El modelo describe y especifica los resultados esperados para las instituciones de la salud	0	1	2	3	4
	12.El modelo contribuye al desarrollo de conocimiento de la disciplina	0	1	2	3	4
Consistencia Interna	13.Los conceptos y las relaciones entre ellos se representan lógicamente en el modelo	0	1	2	3	4
	14.El esquema del modelo representa de forma clara y sencilla sus componentes	0	1	2	3	4
	Componente Funcional					
Simplicidad	15.El modelo define y describe de forma clara y sencilla los elementos del metaparadigma	0	1	2	3	4
	16.Se define y describe de forma clara y sencilla a la persona	0	1	2	3	4
	17.Se define y describe de forma clara y sencilla al entorno	0	1	2	3	4
	18.Se define y describe de forma clara y sencilla al cuidado	0	1	2	3	4
	19.Se define y describe de forma clara y sencilla la intervenciones de continuidad de información	0	1	2	3	4
	20.Se define y describe de forma clara y sencilla la intervenciones de continuidad relacional	0	1	2	3	4
	21.Se define y describe de forma clara y sencilla la intervenciones de gestión	0	1	2	3	4
	22.Se define y describe de forma clara y sencilla a la salud	0	1	2	3	4
	23. Se define y describe de forma clara las intervenciones de la enfermera gestora de casos.	0	1	2	3	4
	24. Se define y describe de forma clara la habilidad de cuidado.	0	1	2	3	4
Suficiencia	25.El modelo vincula los indicadores empíricos que sustenten la necesidad de CC.	0	1	2	3	4

Formato elaborado con base a los criterios de análisis y evaluación de modelos de Fawcett (2004) y Smith (2014) (Herrera, Galicia y Carrillo 2020)

Por favor, realice comentarios, cambios sugeridos o áreas identificadas que se han omitido en cualquiera de los ítems.

_____

_____

_____

¡Muchas gracias por participar en la evaluación de contenido del modelo!

Apéndice C

Instrumento Continuidad de Cuidado del Paciente con Enfermedad de Larga Duración (ICCUPAELD) (Díaz, Galicia y Landeros, 2018).

INSTRUCCIONES: Los siguientes enunciados afirmativos miden la continuidad de cuidado brindado en su estancia, próxima a su alta hospitalaria. Lea atentamente y marque con una ✔, el número de acuerdo a la opción que elija. La numeración es del 1 al 5. Si la afirmación se presenta nunca marque (1), casi nunca marque (2), Algunas veces marque (3), casi siempre marque (4) y siempre marque (5).	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
Continuidad de Relación					
1. Las enfermeras responsables de mi cuidado conocían y manejaban la información relativa a mi proceso de salud/enfermedad.	1	2	3	4	5
2. Las enfermeras responsables de mi cuidado se presentaron o identificarón desde el primer momento.	1	2	3	4	5
3. Las enfermeras a cargo de mi cuidado, responden de manera clara a mis dudas e inquietudes.	1	2	3	4	5
4. Las enfermeras responsables de mis cuidados mantuvieron una comunicación clara y oportuna con mi familia.	1	2	3	4	5
5. Las enfermeras a cargo de mi cuidado, respetan mis valores y creencias.	1	2	3	4	5
6. Las enfermeras a cargo de mi cuidado involucraron a mi familia para otorgarme cuidados.	1	2	3	4	5
7. Considero que la atención recibida por la enfermera, es coordinada y oportuna.	1	2	3	4	5
8. Me siento preparado y tranquilo para regresar a mi domicilio.	1	2	3	4	5
Continuidad de Información					
9. Las enfermeras responsables de mi cuidado me brindaron información clara respecto a mis problemas de salud.	1	2	3	4	5

INSTRUCCIONES: Los siguientes enunciados afirmativos miden la continuidad de cuidado brindado en su estancia, próxima a su alta hospitalaria. Lea atentamente y marque con una ✔, el número de acuerdo a la opción que elija. La numeración es del 1 al 5. Si la afirmación se presenta nunca marque (1), casi nunca marque (2), Algunas veces marque (3), casi siempre marque (4) y siempre marque (5).	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
10. La enfermera me informó de manera puntual y precisa sobre mi alta hospitalaria.	1	2	3	4	5
11. Tanto yo como mi cuidador/a familiar recibimos información clara y precisa por parte de la enfermera para asumir el autocuidado en mi domicilio.	1	2	3	4	5
12. Tanto yo como mi cuidador/a familiar recibimos información clara y precisa por parte de la enfermera acerca de los cuidados especiales derivados de determinados procesos o dispositivos (heridas, estomas, sondas).	1	2	3	4	5
13. Tanto yo como mi cuidador/a familiar recibimos información verbal o escrita por parte de la enfermera acerca de mi prescripción terapéutica (dieta prescrita, tratamiento farmacológico, actividad física, movilización).	1	2	3	4	5
14. La enfermera me facilitó información sobre la atención a recibir por parte de diferentes profesionales tras mi alta.	1	2	3	4	5
15. Mi familia y yo recibimos por parte de la enfermera educación para el autocuidado y control de mis problemas de salud.	1	2	3	4	5
16. La enfermera consensuó conmigo y mi familia un plan de cuidados para dar continuidad en mi domicilio.	1	2	3	4	5
Continuidad de Gestión					
17. Recibí fecha para mi próxima cita de control.	1	2	3	4	5
18. Fui referido a otro nivel de atención, para dar continuidad a mis cuidados.	1	2	3	4	5
19. Me entregaron los medicamentos prescritos por mi médico.	1	2	3	4	5
20. Tengo claro a dónde acudir en caso de necesidad para mis cuidados de urgencia.	1	2	3	4	5

Apendice D

Valoración clínica de la persona con herida

Nombre: Edad:

Alergias: Genero:

Cuidador principal: Esposo (a) 2) Padres 3) Hijo 4) Hermano (a)

Comorbilidades: Diabetes Hipertensión arterial Obesidad Cáncer

Enf. vasculares Insuficiencia venosa Insuficiencia arterial

Otros:

Fuma: Si No unidades/día

Alcohol: Si No unidades/semanales

Movilidad: Muy pobre Probablemente inadecuada Adecuada Excelente

Actividad: Muy pobre Probablemente inadecuada Adecuada Excelente

Medicamentos que toma actualmente:

Etiología de la herida: Traumatismo Quirúrgica Quemadura Pie diabético

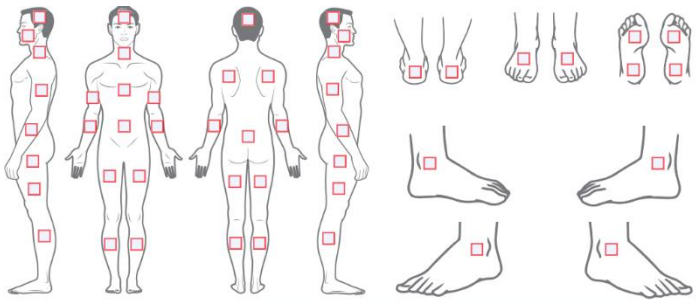
UPP Ulcera venosa Ulcera arterial Ulcera mixta

Otro:

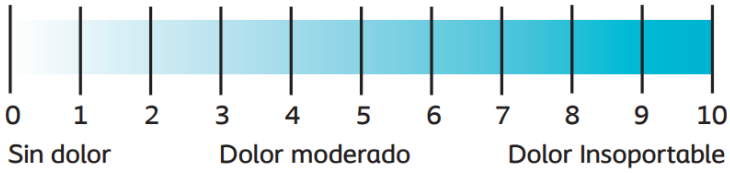
Tiempo de evolución de la herida: Aguda Cronica

Tratamientos previos:

Localización de la herida (Marque con una x)



Nivel de dolor:



Apendice E

Índice Resultados Esperados de la Valoración y Evaluación de la Cicatrización de las Heridas Crónicas RESVECH 2.0 (Restrepo, 2018)

Ítems	Medida 0	Medida 1	Medida 2	Medida 3
1. Dimensión de la lesión				
0. Superficie = 0 cm^2				
1. Superficie < 4 cm^2				
2. Superficie = 4 ≤ 16 cm^2				
3. Superficie = 16 ≤ 36 cm^2				
4. Superficie = 36 ≤ 64 cm^2				
5. Superficie = 64 ≤ 100 cm^2				
6. Superficie ≥100 cm^2				
2. Profundidad/ Tejidos afectados				
0. Piel intacta cicatrizada				
1. Afectación de la dermis-epidermis				
2. Afectación del tejido subcutáneo (tejido adiposo sin llegar a la fascia del músculo)				
3. Afectación del músculo				
4. Afectación de hueso y/o tejidos anexos (tendones, ligamentos, capsula articular o escara negra que no permite ver los tejidos debajo de ella)				
3. Bordes				
0. No distinguibles (no hay bordes de herida)				
1. Difusos				
2. Delimitados				
3. Dañados				
4. Engrosados (“envejecidos”, “evertidos”)				
4. Tipo de tejido en el lecho de la herida				
4. Necrotico (escara negra seca o húmeda)				
3. Tejido necrótico y/o esfacelos en el lecho				
2. Tejido de granulación				
1. Tejido epitelial				
0. Cerrada/cicatrización				

Ítems	Medida 0	Medida 1	Medida 2	Medida 3
5. Exudado				
3. Seco				
0. Húmedo				
1. Mojado				
2. Saturado				
3. Con fuga de exudado				
6. Infección/Inflamación (signos-Biofilm)				
6.1 Dolor que va en aumento (Si = 1, No = 0)				
6.2 Eritema en la perilesión (Si = 1, No = 0)				
6.3 Edema en la perilesión (Si = 1, No = 0)				
6.4 Aumento de la temperatura (Si = 1, No = 0)				
6.5 Exudado que va en aumento (Si = 1, No = 0)				
6.6 Exudado purulento (Si = 1, No = 0)				
6.7 Tejido friable o que sangra (Si = 1, No = 0)				
6.8 Herida estancada, que no progresa (Si = 1, No = 0)				
6.9 Tejido compatible con Biofilm (Si = 1, No = 0)				
6.10 Olor (Si = 1, No = 0)				
6.11 Hipergranulación (Si = 1, No = 0)				
6.12 Aumento del tamaño de la herida (Si = 1, No = 0)				
6.13 Lesiones satélite (Si = 1, No = 0)				
6.14 Palidez del tejido (Si = 1, No = 0)				
PUNTUACIÓN TOTAL DE CADA SUB-ÍTEM				
PUNTUACIÓN TOTAL (máx. = 35, min. = 0)				