



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



Tesis:

*“Conocimiento del Profesional de Enfermería y
Continuidad de Cuidados en Adultos con DT2”*

Presenta:

LE. Mercedes Arteaga Ocotecatl

Director de Tesis:

MCE. Rosa María Galicia Aguilar

Para Obtener el Grado de
Maestra en Enfermería

Agosto 2016



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



Tesis

*“Conocimiento del Profesional de Enfermería y
Continuidad de Cuidados en Adultos con DT2”*

Presenta:

LE. Mercedes Arteaga Ocotecatí

Para Obtener el Grado de
Maestra en Enfermería

Agosto 2016



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



Tesis:

*“Conocimiento del Profesional de Enfermería y
Continuidad de Cuidados en Adultos con DT2”*

Presenta:

LE. Mercedes Arteaga Ocotecatí

Co-tutor de Tesis:

DCE. Erick Alberto Landeros Olvera

Para Obtener el Grado de
Maestra en Enfermería

Agosto 2016

Tesis: Conocimiento del Profesional de Enfermería y Continuidad de Cuidados en el Adulto con Diabetes Tipo 2

Número de registro: SIEP/ME/015/2016

Jurado de Examen de Grado

MCE. Rosa María Galicia Aguilar
Presidente

DCE. Erick Alberto Landeros Olvera
Secretario

DCE. Gudelia Nájera Gutiérrez
Vocal

DCE. Mtra. Irma Vera Sánchez
Vocal

MCE. Rosa María Galicia Aguilar
Director de Tesis

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

MCE. Graciela Arrijoja Morales
Secretaria de Investigación y de
Posgrado

Agosto 2016

Resumen

Mercedes Arteaga Ocotecatí
Benemérita Universidad Autónoma de
Puebla

Facultad de Enfermería

Título del estudio: Conocimiento del Profesional de Enfermería y Continuidad de
Cuidados en Adultos con Diabetes Tipo 2

Número de páginas: 54

Fecha de Graduación: Agosto 2016

Candidata para obtener el grado de
Maestra en Enfermería

Introducción: Los pacientes con Diabetes Tipo 2 (DT2) que han sido hospitalizados por alguna complicación aguda o crónica derivada de un mal control metabólico, requieren de intervenciones diferenciadas e innovadoras sobre todo al momento del egreso hospitalario, dado que requieren de cambios importantes en su vida para evitar el reingreso. La Continuidad de Cuidados (CC) es el seguimiento que el profesional de enfermería otorga mediante intervenciones de información, relación y gestión al paciente con DT2.

Objetivo:

Describir el grado de conocimiento del profesional de enfermería sobre la Continuidad de Cuidados y su relación con la percepción del adulto con DT2 sobre la Continuidad de Cuidados al egreso hospitalario.

Metodología:

Correlacional y transversal, en 108 enfermeras a cargo de pacientes con DT2 y 108 pacientes con DT2 con indicación de alta. Se emplearon dos cuestionarios válidos y confiables. Se empleó estadística descriptiva y estadística inferencial Kolmogorov-Smirnov y coeficientes de correlación Spearman y Pearson. El estudio se realizó con apego a las consideraciones éticas.

Resultados:

En la muestra de las enfermeras más del 50% tienen un bajo conocimiento acerca de la CC. Con respecto a la muestra de los pacientes, el 50% tiene buena percepción de la CC. No se encontró una relación significativa entre las variables ($p > .05$), sin embargo, se obtuvo una correlación positiva, con un tamaño de efecto pequeño y estadísticamente significativo entre la subescala de continuidad informacional y los años de experiencia laboral de la enfermera. ($r = .195$ y $p = .043$).

Conclusión: Los años de experiencia de una enfermera le confieren un factor que propicia una CC informacional, sin embargo, dado el resultado estadístico no queda aún clarificado. En este estudio se realizan modestas contribuciones para diseñar e implementar el modelo de la CC en instituciones públicas de salud.

Firma del Director de Tesis:

Dedicatoria

A Dios por darme vida y salud, permitiendo concluir esta etapa en mi vida profesional

A mis padres + quienes me han hecho falta desde su partida y me enseñaron un camino en tan noble profesión.

A mi hijo Luis Gerardo Reyes Arteaga, por ser parte importante en mi vida y el motor para seguir adelante, gracias por tu apoyo.

A toda mi familia por el apoyo incondicional y por ser la fuente de inspiración, ante este reto, por estar conmigo en las buenas y en las malas, siempre me dijeron que nada era imposible y que a pesar de los obstáculos que se presentaran lo lograría.

A ti amado compañero por convertirte en una extensión de mi espíritu y porque me has ayudado a lo largo de mi vida profesional, que Dios te premie por la paciencia que tuviste durante estos dos años en esperar siempre a que tuviera el tiempo para estar juntos y compartir con la familia el día a día. Pero sobre todo, porque padeciste intensamente esta etapa de trabajo, pero finalmente llegó el momento de culminar esta etapa.

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el apoyo brindado para realizar la Maestría en Enfermería.

A la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, por otorgarme todas las facilidades para estudiar, permitiendo adquirir nuevos conocimientos además de gozar nuevamente como alumna.

A la Facultad de Ciencia de la Salud de la Universidad Autónoma del Carmen por las facilidades otorgadas y por el apoyo incondicional del Dr. Manuel Antonio López Cisneros y el MCE. Juan Yovani Telumbre-Terrero, en especial al MCE. Jose Alfredo Pimentel Jaimes por su apoyo en los momentos difíciles del proyecto, porque nunca escatimó esfuerzo y tiempo para corregir y mejorar este trabajo, así como al LE. Pedro Noh Moo por la atención a cada una de las peticiones para continuar con este proyecto y por compartir sus experiencias.

A la Secretaria de Salud del estado de Puebla por las facilidades otorgadas para llevar a cabo este proyecto de investigación.

A mi director de tesis la MCE. Rosa María Galicia Aguilar, por sus valiosos conocimientos, por ser parte muy importante en mi formación académica y por cada una de sus observaciones en el proyecto de tesis. Pero sobre todo porque me demostró en el trayecto de este trabajo que parecía no tener fin, que es un gran ser humano, pero sobre todo una excelente catedrática.

A todos los docentes del posgrado que estuvieron involucrados en esta nueva etapa, gracias por sus enseñanzas y por su tiempo, en especial al PhD. Erick Alberto Landeros Olvera por sus enseñanzas y experiencias compartidas en este proceso de

formación, por creer en mí y alentarme a seguir adelante en mi preparación académica.

A mis amigos y compañeros de la maestría por compartir esos momentos de estudio, así como los problemas presentados en el día a día, permitiendo disfrutar de las vivencias estudiantiles, si tuviera que realizar un listado para agradecer todo lo que hicieron por mí no acabaría, lo resumo solo diciendo gracias a todos por su apoyo y amistad.

Tabla de Contenido

	Páginas
Capítulo I	
Introducción	1
1.1 Planteamiento del Problema	1
1.2 Pregunta de Investigación	4
1.3 Marco de referencia	4
1.3.1 Continuidad de Cuidados	4
1.4 Estudios relacionados	10
1.5 Definición de términos	16
1.5.1 Definición de términos para la muestra de Enfermeras	16
1.5.2 Definición de términos para la muestra de personas con DT2	16
1.6 Objetivo general	17
1.6.1 Objetivos específicos	17
Capítulo II	
Metodología	18
2.1 Diseño del Estudio	18
2.2 Población	18
2.3 Muestreo y Muestra	18
2.4 Criterios de Selección de la Muestra del Profesional de Enfermería	19
2.4.1 Criterios de inclusión para la muestra del profesional de enfermería	19

2.4.2 Criterios de exclusión para la muestra del profesional de enfermería	19
2.4.3. Criterios de eliminación para la muestra del profesional enfermería	19
2.5 Criterios de Selección para la muestra del adulto con DT2	20
2.5.1 Criterios de inclusión para la muestra del adulto con DT2.	20
2.5.2 Criterios de exclusión para la muestra del adulto con DT2	20
2.5.3 Criterios de eliminación para la muestra del adulto con DT2	20
2.6 Instrumento de medición para el Profesional de Enfermería	20
2.7 Instrumento de medición para el Adulto con DT2	21
2.8 Procedimientos	22
2.9 Ética del Estudio	23
2.10 Plan de Análisis Estadístico	24
Capítulo III	
Resultados	26
3.1 Análisis Descriptivo de la muestra del Profesional de Enfermería	26
3.2. Consistencia Interna del Instrumento del Profesional de Enfermería	27
3.3 Prueba Kolmogorov-Smirnov	28
3.4 Estadística Inferencial	30
3.5 Análisis Descriptivo de la muestra del Adulto con DT2	30
3.6 Consistencia Interna del cuestionario del Adulto con DT2	32
3.7 Prueba Kolmogorov smirnov	32
3.8 Estadística Inferencial	34

Capítulo IV	
Discusión	35
4.1 Conclusión	39
4.2 Recomendaciones	40

Apéndices

	Páginas
A. Consentimiento Informado Para Enfermeras	47
B. Cédula de Datos Generales de Enfermeras que cuidan al adulto con Diabetes Tipo 2	48
C. Instrumento para Explorar el Grado de Conocimientos sobre la Continuidad de Cuidados en el Personal de Enfermería	49
D. Consentimiento Informado para el adulto con DT2	51
E. Cédula de Datos Generales del Adulto con Diabetes Tipo 2	52
F. Cuestionario para la Continuidad de Cuidado al Alta Hospitalaria del Paciente con Diabetes Tipo 2	53

Lista de Tablas

	Página
1. Factores Personales del Profesional de Enfermería	26
2. Trayectoria Profesional del Profesional de Enfermería	27
3. Confiabilidad del instrumento de medición del Profesional de Enfermería	27
4. Prueba de Kolmogorov – Smirnov para la variable de estudio.	28
5. Grado de Conocimientos sobre la Continuidad de Cuidado en el Profesional de Enfermería	29
6. Correlación de Pearson, grado de conocimiento del profesional de enfermería y la percepción del adulto con DT2	30
7. Factores Personales del adulto con DT2	30
8. Datos del ingreso hospitalario del adulto con DT2	31
9. Coeficiente Alfa de Cronbach y por factores del Cuestionario para la Continuidad de Cuidado al Alta Hospitalaria del Paciente con Diabetes Tipo 2	32
10. Prueba de Kolmogorov–Smirnov en el Cuestionario para la Continuidad de Cuidado al Alta Hospitalaria del Paciente con DT2.	32
11. Cuestionario para la Continuidad de Cuidado al Alta Hospitalaria del Paciente con Diabetes Tipo 2	33
12. Correlación de Pearson, para años de experiencia y la percepción del adulto con DT2	34

Lista de Figuras

	Página
1. Estructura de vinculación de las variables de estudio	8
2. Estructura conceptual sobre la Continuidad de Cuidado	9
3. Índice General del Cuestionario para la Continuidad de Cuidado al Alta Hospitalaria del Paciente con DT2	29

Capítulo I

Introducción

1.1 Planteamiento del Problema

La Continuidad de Cuidados (CC) es el grado de asistencia que necesita el paciente al alta hospitalaria; es una actividad importante de enfermería, que se realiza a partir de la información resumida y estructurada de las necesidades de cuidado del paciente, favoreciendo la calidad de atención. La CC es un soporte asistencial y un derecho que tienen las personas en situación de cronicidad y dependencia; así como de recibir información suficiente acerca de cómo cuidarse después del egreso hospitalario (Rodríguez y Hernández, 2014).

Los pacientes que egresan de los hospitales precisan de un alto grado de CC y coordinación de asistencia, debido a que necesitan realizar cambios importantes en sus vidas para prevenir complicaciones. En este sentido, la CC se convierte en un elemento clave de la calidad del cuidado y de la satisfacción del paciente, mejorando la coordinación de los servicios después del egreso (Vargas y Fernández, 2011).

La CC es una herramienta primordial para el nivel de atención primaria y el nivel de atención especializada; está intrínsecamente relacionada con la satisfacción de la persona y su calidad de vida, se considera como un servicio que hace parte de la gestión de procesos de atención, seguimiento integral, continuado y centrado en la persona que egresa del hospital; este seguimiento implica procesos terapéuticos mediante intervenciones de enfermería para posibilitar la CC en ambos niveles, logrando mayor satisfacción, calidad y seguridad (Martínez y Cantero, 2013).

Algunas investigaciones reportan beneficios relacionados con la CC en personas con enfermedad crónica; entre los que destacan, la disminución de la estancia hospitalaria, reducción de ingresos hospitalarios, menos complicaciones, disminución del número de camas por estancias prolongadas, la optimización de los recursos y una mayor satisfacción tanto para el adulto como para los profesionales de enfermería (Endrino, 2011).

La atención de los pacientes en situación de cronicidad, como lo es la Diabetes Tipo 2 (DT2), es uno de los principales retos para la mayoría de los sistemas de atención de la salud; debido a que es una enfermedad sistémica, crónica degenerativa no transmisible, que se presenta cuando el páncreas no produce insulina, la que se produce no es utilizada de manera eficiente por el organismo; se asocia con la interacción variable de factores genéticos, ambientales, fisiológicos y conductuales ocasionando complicaciones micro vasculares (retinopatía, neuropatía, nefropatía) y macro vasculares (enfermedad cerebrovascular) (American Diabetes Association [ADA], 2014). Actualmente la Federación Internacional de Diabetes [FID], 2015) menciona que a nivel mundial existen 415 millones de personas que padecen DT2 y para el 2040 existirán 642 millones de personas con esta enfermedad.

En México esta situación no es diferente, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012), existen 6.4 millones de personas con DT2 con una prevalencia de 9.2 % y el total de los casos registrados el 59% corresponde al género femenino y es la segunda causa de atención hospitalaria. Los estados con mayor prevalencia de DT2 en la República Mexicana es: Distrito Federal, Nuevo León, Veracruz, Estado de México, Tamaulipas, Durango,

San Luis Potosí y Puebla. Con respecto a este último la prevalencia en población de 20 años o más, fue de 8.4%.

Esta situación se agrava si se considera que las personas que padecen DT2 no llevan un tratamiento integral que contribuya al control metabólico de sus niveles de glucosa, lo que puede derivar en la aparición de complicaciones; las personas mueren de enfermedad cardiovascular, principalmente por cardiopatía isquémica. De igual forma, la DT2 es la principal causa de retinopatía, insuficiencia renal y amputación no traumática de extremidades inferiores. La DT2 tiene un alto impacto en la hospitalización y en los costos sanitarios, consumen más recursos sanitarios que los individuos que no la padecen, sus intervenciones han de estar centradas hasta el punto de satisfacer sus necesidades y anticiparse a la aparición de complicaciones (Pérez, Gómez, Álvarez, García, Mediavilla y Menéndez, 2012).

Por lo tanto, la DT2 es considerada un grave problema de Salud Pública, que el equipo de salud debe atender con estrategias específicas. Tal es el caso del profesional de enfermería que diseña e implementa dichas estrategias que requieren de un fundamento o conocimiento científico de formación. El grado de conocimiento del profesional de enfermería que cuida o se encargará del alta hospitalaria de las personas con DT2, debe ser especializado y dirigido a la continuidad de cuidado para disminuir los problemas de salud y contribuir a la sostenibilidad de los sistemas sanitarios.

Sobre todo porque una persona que ha permanecido ingresado en una unidad hospitalaria, tiene durante este periodo, respuesta a sus necesidades de cuidados durante las 24 horas del día y por tanto, una alta percepción de seguridad, sin embargo, esta situación se invierte al producirse el alta hospitalaria, de tal manera,

que al volver a su entorno domiciliario la persona puede encontrar dificultades para llevar a cabo el plan terapéutico propuesto después del egreso hospitalario (Santos, 2016).

La evidencia científica ha comprobado que el 75% de los reingresos hospitalarios son evitables dentro de los 30 días siguientes al alta. Son los profesionales de enfermería quienes deben intervenir ya que está dentro de su campo profesional la valoración integral del paciente con un enfoque humanista así como la implementación de estrategias que mejoren la comunicación en el proceso de alta hospitalaria y promuevan una monitorización estrecha con el paciente mediante la CC (Calvo, Infantes, Solano, Rebollo y Martin, 2015).

Actualmente en Puebla no se tiene evidencia de que los profesionales de enfermería se encuentren trabajando la CC; así mismo, las publicaciones no son tangibles en México por lo que surge la inquietud de estudiar la relación que existe entre el grado de conocimiento del profesional de enfermería y la percepción de la CC en el adulto con DT2.

1.2 Pregunta de Investigación.

¿Cuál es el conocimiento del profesional de enfermería sobre la Continuidad de Cuidado, y su relación con la percepción del paciente con DT2 sobre la Continuidad de Cuidado al egreso hospitalario?

1.3 Marco de Referencia

1.3.1 Continuidad de Cuidados.

La CC tiene su origen en 1984 en Estados Unidos de Norteamérica como una respuesta a las necesidades del cuidado que se derivó del proceso de desinstitucionalización; con la consecuencia en la reducción del número de camas en

los hospitales psiquiátricos. Posteriormente este modelo fue retomado en especial, como un reto del sistema sanitario para garantizar la atención de calidad a las personas con cuidados específicos; el profesional de enfermería emite recomendaciones y proporciona orientación, con el fin de reincorporar al paciente a la sociedad, proporcionando una visión rápida y completa del estado de salud del paciente (Tixtla, Alba, Córdoba y Campos, 2014).

Posteriormente en España se establecieron los niveles de Atención Primaria y Especializada, siguiendo la estructura de la Ley General de Sanidad de 1986. El reto del Sistema Sanitario ha perseguido alcanzar la continuidad asistencial; por lo tanto, la CC es un instrumento fundamental en el cuidado de los adultos que tienen cierta peculiaridad y exigencia de cuidados específicos. La CC se define como el grado de asistencia que necesita el adulto de manera eficaz entre los diferentes profesionales y organizaciones (Martínez y Cantero, 2013).

La CC es un elemento de mejora y calidad, surge para garantizar la atención que se brinda al usuario y a su familia; es un concepto base, en cuanto a la experiencia de los pacientes con condiciones vulnerables y de larga evolución. De esta forma se establece información continua entre los niveles de Atención Primaria y Especializada, siendo el ámbito ideal para proporcionar una respuesta eficaz a las necesidades de cuidado de las personas con pluripatología; así como el nivel, donde se debe liderar y coordinar las estrategias asistenciales referente a los adultos. (González, Quinteiro, Castillo, Cao, Fernández y Álvarez, 2014).

Correa (2014) menciona que los elementos que van a posibilitar la CC es la información, relaciones interpersonales y la coordinación-gestión, clasificándose en: 1) Continuidad informacional, 2) Continuidad relacional y 3) Continuidad de gestión.

La primera se refiere a la aplicación de la información; la segunda describe la solidez y calidad de las relaciones entre los clientes, los proveedores para relacionar el cuidado con el tiempo y la tercera detalla la provisión oportuna y coordinada de servicios adicionales que respondan a las necesidades del cliente que vincula el cuidado (Cook, Wedel, Spenceley y Gelber, 2016).

La CC es una competencia profesional de enfermería; se trata de un modelo de intervenciones centradas en las necesidades individuales del adulto, con el fin de potencializar su autonomía en el cuidado, sobre todo evita la fragmentación de la información necesaria para obtener resultados positivos. Este modelo tiene como eje principal otorgar la información necesaria para el cuidado y tratamiento del adulto y su familia (González, 2011).

La CC se logra a través de la emisión de información oral y escrita durante la estancia hospitalaria y el alta de enfermería; los reportes de investigación muestran beneficios de la CC en personas con distintas condiciones de salud, entre las que destacan la disminución de la estancia hospitalaria, disminución del reingreso, optimización de los recursos, mejora la eficacia del cuidado y se obtiene una mayor satisfacción del usuario (Corrales-Nevado, Alonso-Babarro y Rodríguez-Lozano, 2012).

Pocos estudios reportan las situaciones en las que las personas con DT2 reciben la CC después del egreso hospitalario, siendo la información acerca de su problema de salud, orientación en el tratamiento farmacológico, seguir con la educación en la alimentación, esta información retoma la aparición progresiva de las complicaciones crónicas de la enfermedad (Sánchez-Martín, 2014).

Sin embargo en la práctica profesional, las personas que ejercen en el ámbito

hospitalario, no reciben un plan que contemple la CC lo que puede favorecer complicaciones que agudizan al incremento del ingreso hospitalario y en consecuencia afecta la calidad de vida de quien egresa; es importante aumentar su confianza hacia otros profesionales, en donde mejorarán sus expectativas de vida, (Molero, Barbero, Ledesma, Martínez y Sotomayor, 2012).

Figura 1 Estructura de vinculación de las variables de estudio

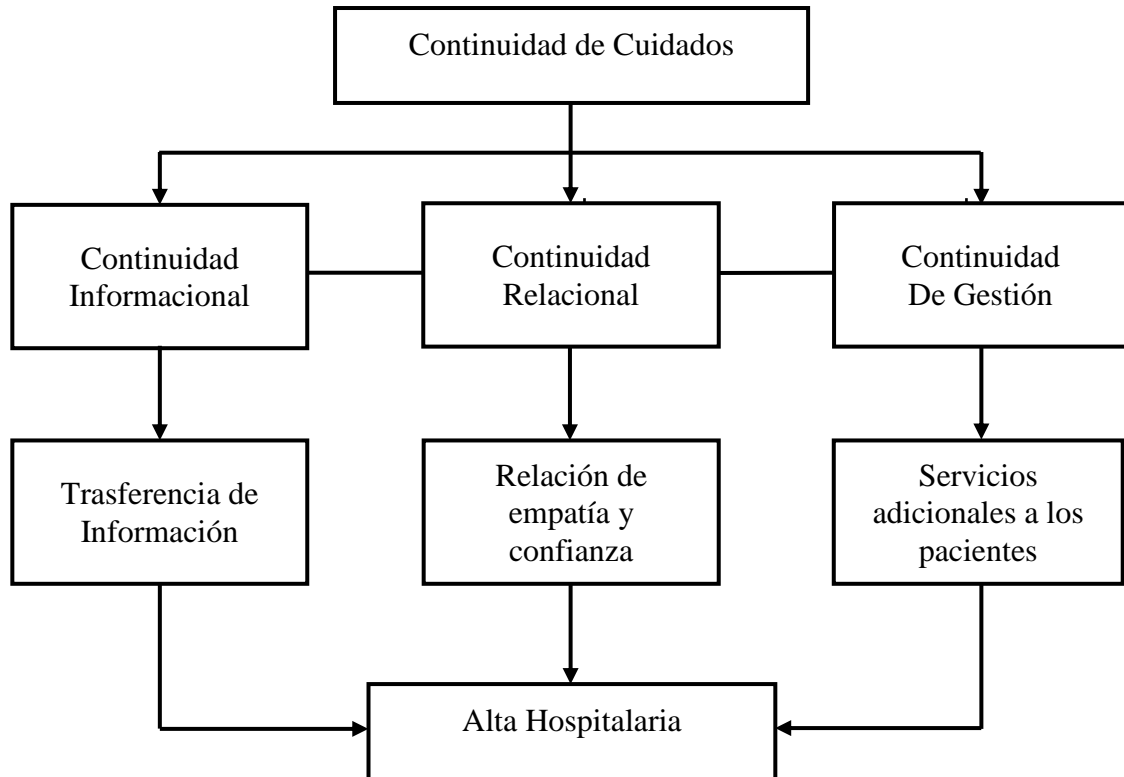
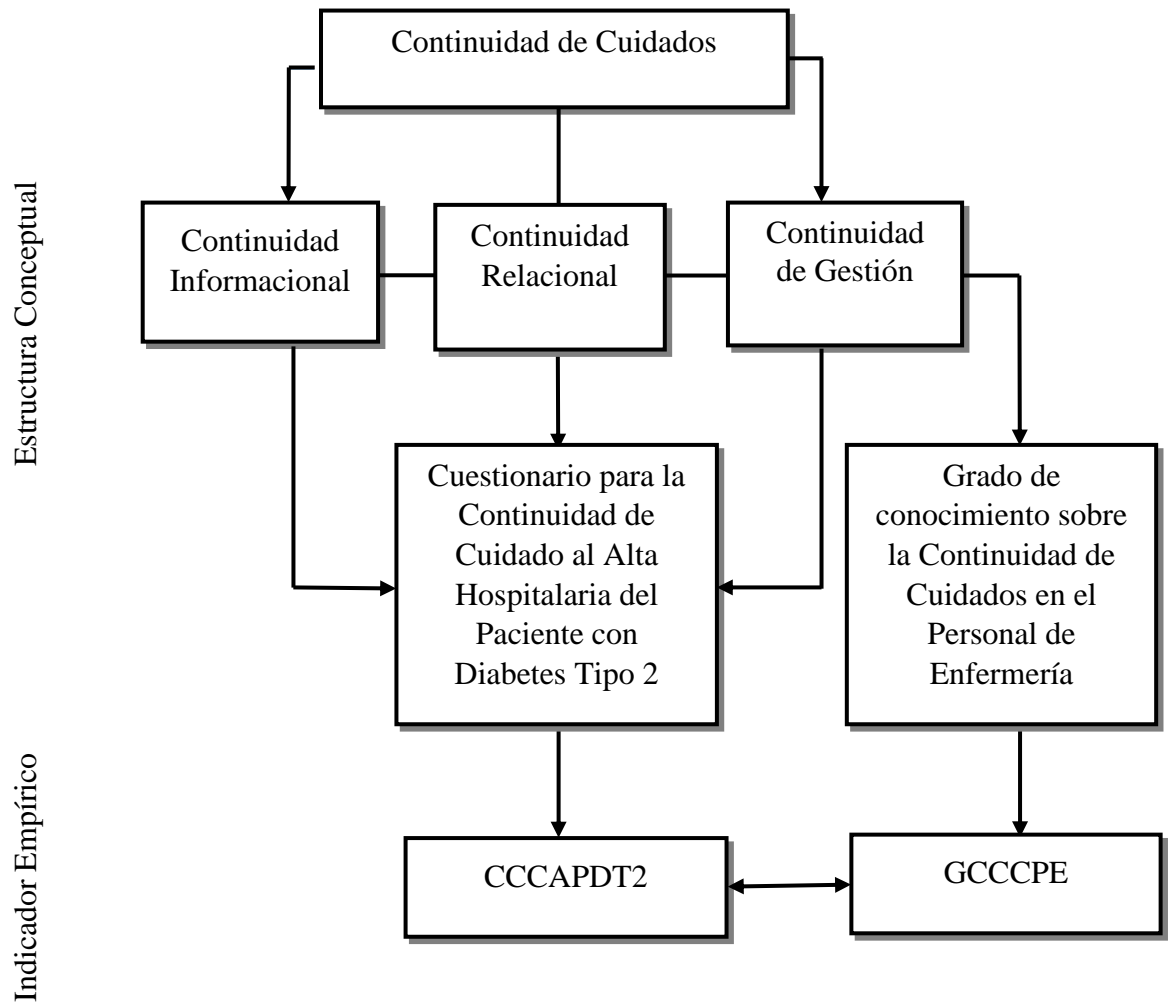


Figura 2 Estructura conceptual sobre la continuidad de cuidado



1.4 Estudios Relacionados

Bayliss, Ellis, Shoup, Zeng, McQuillan y Steiner (2015), efectuaron un estudio de cohorte retrospectivo en una muestra de 12,200 personas con diferentes enfermedades, entre ellas DT2. Se calculó la continuidad de atención primaria y la continuidad de atención especializada por separado en dónde se observó cada uno con un menor riesgo de hospitalización, IC 95% = 0.97 (0.96 – 0.99), 0.95 (0.93 – 0.98) y menos visitas a urgencias. La continuidad de atención especializada se asoció independientemente con una disminución a ingresos hospitalarios 0.94 (0.92 – 0.97). Los autores concluyen que la disminución de la estancia hospitalaria de debe a los beneficios de la continuidad de atención especializada.

Kyoung, Sang, Byungyool, Bo-Young, Jae-Hyum y Eun-Cheol (2015), realizaron un estudio transversal, con el objetivo de analizar la asociación de la Continuidad de Cuidados y la admisión hospitalaria, en una muestra de 1100 pacientes con DT2. Reportaron que el 4 % experimentaron admisión hospitalaria, el análisis de regresión logística mostró que la Continuidad de Cuidados estuvo relacionada significativamente con la hospitalización, fue de 2.95% (CI 95%, 2.78 y 3.12). La distribución de acuerdo a la admisión hospitalaria, la relación entre el nivel de continuidad y el estatus de admisión hospitalaria para cada índice de continuidad la razón de momios del grupo con una continuidad de 0.00 y 0.25 fue de 17.71 (CI 95%: 8.51 y 36.86), 4.84 (95% CI: 3.94 y 5.96), 3.27 (95% CI: 2.53 y 4.23) y 4.60 (95% CI: 2.80 y 7.54) basados en el UPC, COC, SECON, e ICOC. Del mismo modo la asociación entre la Continuidad del Cuidado y la admisión hospitalaria en pacientes con DT2 disminuyó gradualmente al incrementar la Continuidad del Cuidado.

Gjevjon, Romoren y Kjos (2013), evaluaron un estudio de tipo cualitativo en 16 directivos de 12 unidades para explorar la continuidad de la atención desde la perspectiva de los gerentes, los datos se obtuvieron mediante entrevistas semi-estructuradas. Reportaron que su experiencia como gerente varió de 6 meses a 28 años con una media de 5.5 años; nueve de ellos tenían educación en gestión y una licenciatura, el 100 % fueron enfermeras. Con respecto a la falta de continuidad, refirieron las restricciones presupuestarias, la escasez de personal y esto influye para garantizar la continuidad a los pacientes, las consecuencias de estas prioridades son inciertas.

Fairbrother et al. (2012), realizaron un estudio de tipo cualitativo, mediante entrevistas semiestructuradas en una muestra de 38 pacientes con enfermedad obstructiva crónica (EPOC) con el propósito de evaluar el impacto de la telemonitorización en la Continuidad de Cuidados, reportaron que el 47% fueron del sexo masculino y la edad promedio fue de 67.5 años, los pacientes y los profesionales del cuidado de la salud consideraron que la Continuidad del Cuidado es importante. Los autores concluyeron que la telemonitorización es una mejora al cuidado, debido a su accesibilidad en la entrega de diversos servicios y algunos reconocieron que la telemonitorización condiciona alcanzar y mantener la Continuidad del Cuidado.

Waibel, Henao, Aller, Vargas y Vázquez (2012), realizaron un meta-síntesis descriptivo de 25 resultados cualitativos de investigación publicados, en donde examinaron las percepciones y experiencias de continuidad de la atención de los pacientes, con enfermedades crónicas como la DT2, incluyeron 25 artículos que cumplían con una metodología rigurosa, cuyo propósito fue mejorar el conocimiento

sobre la Continuidad Relacional (CR), Continuidad de Información (CI) y la Continuidad de Gestión (CG) a través de los niveles de atención. Los autores llegaron a la conclusión e identificaron los elementos que mejoran o distraen la Continuidad de Cuidado de la atención a través de los niveles de atención primaria y atención especializada y consideran que su participación personal es un elemento facilitador en la continuidad de la atención. Las variaciones en la importancia percibida parecen depender tanto de factores individuales como contextuales que deben tenerse en cuenta durante la prestación de asistencia sanitaria.

Gulliford, Cowie y Morgan (2011), llevaron a cabo un estudio de tipo cuantitativo, prospectivo y longitudinal con el propósito de cuantificar los tipos de Continuidad Relacional y el manejo en pacientes con problemas de salud de larga evolución. Los resultados mencionan, que los pacientes con tres o más condiciones de larga evolución experimentaron más dificultades con el manejo del cuidado y fue del 21%. La condición de larga evolución no es congruente con la Continuidad Relacional ($p = .002$), los pacientes con una autoevaluación de salud baja experimentaron más dificultades en cuanto a la continuidad relacional se correlaciona con las prácticas generales con ($p = .001$). La Continuidad Relacional fue correlacionada con consultas generales con un coeficiente de correlación de intraclass ($p=.001$) y el 34% reportaron tres o más dificultades de manejo ($p= .005$).

Worrall y Knight (2011), efectuaron un estudio de cohorte retrospectivo en una muestra de 305 pacientes con Diabetes Tipo 2, con el propósito de examinar la relación entre la continuidad de la atención y la hospitalización en personas mayores con DT2, reportaron que la media de edad fue de $74.3 \pm 6,7$ años, el 42.6% corresponde al género masculino. En total, 177 personas (58.8%) estuvieron una vez

hospitalizados, la mayoría de las personas padecían DT2. Los pacientes del grupo de alta continuidad, eran significativamente más jóvenes que los que se encontraban en el grupo de baja continuidad ($p = .13$). Los autores concluyeron que a medida que el número de personas aumente, mayores serán los beneficios de la continuidad.

Hekmatpou, Mohammadi, Ahmadi y Arefi (2010), a través de un estudio de tipo cualitativo, exploraron el concepto de alta y sus factores asociados en 42 pacientes con insuficiencia cardíaca y con indicación de alta en el hospital. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semi-estructuradas, las cuales arrojaron 350 códigos agrupados en 28 categorías con tres temas principales que fueron: factores relacionados con el equipo de tratamiento, factores relacionados con el sistema de la salud y factores que influyen en el proceso de la gestión. Los participantes consideraron el alta como punto de terminación de la vigilancia de la salud y la responsabilidad de los médicos y las enfermeras, además indicaron que no eran sensibles en la planificación del alta. Con respecto a los factores relacionados con el equipo de tratamiento mencionan la falta de trabajo en equipo, horarios de trabajo pesados, falta de tiempo para cada paciente, conocimiento deficiente sobre el alta, falta de educación del paciente, falta de valoración de las necesidades y preocupaciones de los pacientes después del alta. En cuanto a los factores relacionados con el sistema de atención de salud mencionan la falta de aprobación de la gestión, la falta de programadas de alta y la falta de programas de motivación. Por otra parte los autores concluyen que la falta de continuidad de gestión contribuye a reingresos frecuentes aumentando de esta manera los costos de atención de salud y una menor calidad de vida, siendo indispensable la atención a la admisión del paciente y continuar al egreso hospitalario.

Seok, Chung y Kim (2010), a través de un estudio retrospectivo de cohorte, cuyo objetivo fue evaluar la continuidad del uso de los servicios externos en pacientes de edad avanzada y examinar cualquier asociación entre la continuidad de la atención y los resultados de salud (hospitalización, visitas a urgencias y los costos de atención de salud). En una población de personas mayores de entre 65 y 84 años de edad que fueron diagnosticados por primera vez con diabetes mellitus ($n = 268.220$), hipertensión arterial sistémica ($n = 858.927$), asma ($n = 129.550$) o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC, $n = 131.512$) en 2002 seguidos durante cuatro años, hasta el año 2006. La media de la Continuidad de Cuidados fue 0.735 ± 0.260 para hipertensión, 0.709 ± 0.263 para diabetes mellitus, 0.700 ± 0.294 para EPOC, y 0.663 ± 0.294 para asma. Los autores concluyeron que a medida que aumenta la continuidad de la atención así como las visitas realizadas por los pacientes a una misma institución, disminuye el riesgo de visitas a urgencias y de igual forma a una hospitalización, disminuyendo por ende los costos en la atención de salud.

Adler, Vasiliadis y Bickell (2009), ejecutaron una revisión sistemática con el propósito de evaluar la evidencia actual sobre la relación entre la continuidad y la satisfacción del paciente. Además de evidenciar la heterogeneidad en los instrumentos de medición, tanto para la continuidad como para la satisfacción del paciente, hubo 12 medidas de continuidad que consistieron en cinco cuantitativas y siete medidas subjetivas, la edad promedio de los sujetos eran entre 39 a 65 años y el 61% eran mujeres. Las medidas cuantitativas consistieron en los índices que miden los patrones de visitas o medidas de la cantidad de tiempo en años que un paciente ha sido visto por un médico. Las medidas subjetivas de la continuidad se basan en auto-

reporte de los pacientes y pueden dar una puntuación numérica, se encontró una relación entre la continuidad y la satisfacción de los pacientes, además se apreciaron dos tipos de continuidad.

Merino-Ruiz, Sebastián, Viana y Gómez (2008), realizaron un estudio descriptivo, prospectivo y transversal, en una muestra de 74 enfermeras de unidades de hospitalización, con el propósito de evaluar la percepción de la utilidad del plan de alta y CC. Reportaron que la media de edad de la muestra fue de 32 a 37 años, la media de los años de servicio profesional fue de 8.9, el 82.4% consideran de utilidad el informe de alta; para asegurar la Continuidad de Cuidados el 77% también estimaron que este informe facilita la información a los pacientes y el 51.4% coinciden en que es necesario la Continuidad de Cuidados.

Alazri, Neal, Heywood y Leese (2006), efectuaron un estudio de tipo cualitativo en una muestra de 79 pacientes con DT2, con el objetivo de explorar, las percepciones y experiencias de continuidad de la atención. La obtención de los datos se llevó a cabo mediante entrevistas de grupos focales; reportaron que el 57% fueron hombres, el 43.0% fueron mujeres, la media de edad fue de 67.2 ± 11.1 , el 59.5% padecen diabetes desde hace cinco años. Con respecto a las experiencias de los pacientes sobre la continuidad, experimentaron tres tipos, Continuidad Relacional, Continuidad Informacional y Continuidad de Gestión, los pacientes que fueron registrados se agruparon de acuerdo a su edad, en grupos de edad de 10 años (21-30, 31-40, 41-50, 51-60, 61-70, > 71 años) y se tomaron muestras de cada grupo de edad en función del número representado en esa franja, cabe enfatizar que los proveedores de salud deben ser reflexivos de la comprensión de los pacientes sobre la continuidad de la atención.

1.5 Definición de Términos

En este apartado se describen las variables de estudio, en primer lugar las que corresponden al grado de conocimientos del profesional de enfermería y en seguida la Continuidad de Cuidados en adultos con Diabetes Tipo 2.

1.5.1 Definición de términos para la muestra de Enfermeras.

Grado de conocimiento del profesional de enfermería sobre la Continuidad de Cuidados: información que posee el profesional sobre la transferencia de información, coordinación y consistencia de la atención del adulto con DT2 al momento del alta hospitalaria

1.5.2 Definición de términos para la muestra de personas con DT2.

Percepción del adulto con DT2 sobre la Continuidad de Cuidados al egreso hospitalario: idea que tiene el paciente con DT2 sobre la información que recibe acerca de su cuidado en el momento del alta hospitalaria por parte del profesional de enfermería

1.6 Objetivo General

Describir el grado de conocimiento del profesional de enfermería sobre la Continuidad de Cuidado y su relación con la percepción del adulto con DT2 sobre la Continuidad de Cuidado al egreso hospitalario.

1.6.1 Objetivos específicos

1. Describir los factores personales de la muestra de estudio del (profesional de enfermería y el adulto con Diabetes Tipo 2).
2. Determinar el grado de conocimiento sobre la CC por parte del profesional de enfermería.
3. Determinar la percepción de la CC en los adultos con DT2.

Capítulo II

Metodología

En este apartado se describe el diseño del estudio, Población, Muestreo y muestra, Criterios de selección de la muestra del Profesional de Enfermería y adultos con DT2, Instrumentos de Medición, Procedimientos, Ética del Estudio y Plan de análisis estadístico.

2.1 Diseño del Estudio

Es de tipo descriptivo, correlacional y trasversal dado que se realizó la descripción y características de las variables (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

2.2 Población

Profesional de enfermería

La población de interés para el estudio fue constituida por profesionales de enfermería que estén a cargo de adultos con DT2 de ambos géneros de los servicios de medicina interna, cirugía y urgencias de un hospital de tercer nivel.

Adultos con DT2

La población de interés para el estudio se conformó por adultos de ambos géneros, de 30 a 60 años de edad con diagnóstico de DT2.

2.3 Muestreo y Muestra

Enfermeras

El tipo de muestreo fue por muestras finitas: El tamaño de la muestra para las enfermeras se calculó a través de la fórmula de muestras finitas: $n = \frac{n/Z / pq}{nd + Zpq}$ y para amortiguar el efecto de atrición, se añadió a la muestra 10%, por lo que se obtuvo

como resultado un tamaño de muestra de 108 enfermeras asignadas en los servicios de medicina interna, cirugía y urgencias.

Adultos con DT2

El tipo de muestreo fue por muestras finitas para los adultos con DT2. El tamaño de la muestra para los adultos con DT2 se calculó a través de la fórmula de muestras finitas: $n = \frac{n/Z / pq}{nd + Zpq}$ y para amortiguar el efecto de atrición, se añadió a la muestra 10%, por lo que se obtuvo como resultado un tamaño de muestra de 108 adultos con DT2 que se encontraban con pre alta o alta hospitalaria, con diagnóstico de DT2.

2.4 Criterios de Selección de la Muestra del Profesional de Enfermería.

2.4.1 Criterios de inclusión para la muestra del profesional de enfermería.

Profesionales de enfermería de ambos sexos que se encuentren en los servicios de medicina interna, cirugía y urgencias y que estén a cargo de pacientes con diagnóstico de DT2.

2.4.2 Criterios de exclusión para la muestra del profesional de enfermería.

Enfermeras auxiliares, pasantes, jefes de piso, enfermeras que tengan menos tiempo en el servicio.

2.4.3 Criterios de eliminación para la muestra del profesional de enfermería.

Se eliminarán los cuestionarios que tengan doble respuesta o que no se encuentren contestados en su totalidad.

2.5 Criterios de Selección para la muestra del adulto con DT2

2.5.1 Criterios de inclusión para la muestra del adulto con DT2.

Se incluyeron en el estudio adultos de ambos géneros, con edad de 30 a 60 años y que padecen DT2. Previamente hospitalizados, con indicación de pre alta o alta hospitalaria de los servicios de medicina interna, cirugía y urgencias de un hospital de tercer nivel

2.5.2 Criterios de exclusión para la muestra del adulto con DT2.

Adultos con DT2, dependientes y con discapacidad cognitiva que no acepten participar en el estudio

2.5.3 Criterios de eliminación para la muestra del adulto con DT2.

Se eliminaron aquellos cuestionarios que no sean respondidos en su totalidad y aquellos que tengan doble respuesta así como adultos que decidan ya no participar en el estudio.

2.6 Instrumento de medición para el Profesional de Enfermería

En esta investigación se utilizó una Cédula de Datos Generales de enfermeras que cuidan al adulto con Diabetes Tipo 2 (CEDAGENF, Arteaga y Galicia, 2015); contiene tres apartados I) Datos generales (fecha de aplicación); II) Factores Personales (edad y género); III) Trayectoria profesional, (Categoría, Años de estudios, Años de experiencia laboral. Servicio en el que labora, Tipo de contratación y formación especializada en el cuidado de personas con DT2).

Para abordar la variable de interés se aplicó un instrumento para explorar el Grado de Conocimientos sobre la Continuidad de Cuidados en el Personal de Enfermería (GCCCPE, Suárez y Galicia 2013). Este instrumento contiene 19 preguntas que exploran el grado de conocimientos sobre la Continuidad de Cuidados

que tiene el personal de enfermería, las preguntas se plantean en una escala de tipo Likert con cuatro opciones de respuesta (1) En desacuerdo, (2) Parcialmente de acuerdo, (3) De acuerdo y (4) Totalmente de acuerdo. Con un valor mínimo de 19 y un valor máximo de 76. En donde a mayor puntaje, mayor conocimiento. Se transformó del 0 al 100 para establecer los puntos de corte, quedando de la siguiente forma de 0 a 33 bajo grado de conocimiento, de 34 a 66 regular grado de conocimiento y de 67 a 100 buen grado de conocimiento. Este instrumento fue empleado en una muestra de enfermeras poblanas con un alfa de Cronbach de 0.88

2.7 Instrumento de medición para el Adulto con DT2.

En la muestra del adulto con DT2 se emplearon dos indicadores empíricos el primero fue una Cédula de Datos Generales (CEDAGEADT2, Arteaga y Galicia, 2015), contiene 9 preguntas, con tres apartados I) Factores Personales (fecha de aplicación); II) Factores Personales (edad y género); III) Datos del ingreso (complicación presentada, tipo de complicación, primera vez que es hospitalizado, días de hospitalización, años con su enfermedad, servicio del que egresa.

El segundo fue el Cuestionario para la Continuidad de Cuidado al Alta Hospitalaria del Paciente con Diabetes Tipo 2 (CCCAPDT2, Suárez y Galicia, 2013). Contiene 34 ítems, con tres sub escalas 1) Continuidad Informacional (1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21), 2) Continuidad Relacional (22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30) y 3) Continuidad de Gestión (6, 15, 29, 31, 32, 33, 34). El patrón de respuesta para cada reactivo se valoró en una escala tipo Likert de cinco puntos que oscilan entre (1) Muy en desacuerdo, (2) En desacuerdo, (3) No puede decidir, (4) De acuerdo y (5) Muy de acuerdo, en donde a mayor puntaje, mayor percepción sobre la Continuidad de Cuidado, fue validado mediante análisis factorial y aplicado

en muestras de pacientes con DT2, reporta confiabilidad con un coeficiente de alfa de Cronbach de 0.92.

Para medir la percepción del paciente con DT2 se transforman las variables originales a un valor de 0 a 100 estableciendo los puntos de corte, en donde el valor de 0 a 25 es igual a una mala percepción de la CC por el paciente, de 26 a 50 regular percepción, de 51 a 75 buena percepción y de 76 a 100 excelente percepción de la CC por parte del paciente

2.8 Procedimientos

El proyecto fue aprobado por la secretaría de investigación y estudios de posgrado de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (FE-BUAP) Y del comité tutorial integrado por profesores investigadores de la facultad de Enfermería, con apego a los requisitos que establecieron en materia de investigación.

La recolección de los datos para ambas muestras fue mediante entrevista semiestructurada y autodirigida. Los datos del profesional de enfermería se recolectaron en un lugar cómodo y privado, en primer lugar se dio a conocer y a firmar el consentimiento informado y en seguida se aplicaron los indicadores empíricos, primero la cédula de datos generales y enseguida el instrumento que indaga el Grado de Conocimientos de la Continuidad de Cuidados.

Para conocer la percepción de la continuidad de cuidados de los pacientes con DT2, se abordaron en su unidad al momento de su pre alta y alta hospitalaria, se dio a conocer el consentimiento informado y una vez firmado se recolectaron los datos mediante dos indicadores empíricos, el primero fue una cédula de datos generales y

posteriormente el Cuestionario para la Continuidad de Cuidado al Alta Hospitalaria del Paciente con DT2.

Una vez concluido el llenado de los instrumentos, se clasificaron con un número de identificación personal, se colocaron en un sobre y fueron resguardados por el investigador, se les recordó a los participantes que la información que proporcionaron es confidencial y anónima y solo se emplearía para los fines especificados en el consentimiento informado. Finalmente se agradeció su participación.

2.9 Ética del Estudio

Este estudio de investigación se llevó a cabo de acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SS], 2015). La cual establece que para el desarrollo de investigación en salud se tomaron en cuenta aspectos éticos que garantizan la dignidad y el bienestar de las personas. Se tuvo en cuenta lo dispuesto en el Título Segundo, de los Aspectos Éticos de los Seres Humanos, Capítulo I, Artículo 13, que establece que en cualquier investigación en la que un ser humano participe, debe prevalecer el criterio de respeto a la dignidad y protección de los derechos y bienestar. Para cumplir con lo anterior, se respetó la dignidad de la persona llamándole por su nombre, se hizo mención sobre la libre elección de participar sin ningún tipo de compensación.

De acuerdo con el Artículo 14, Fracciones V, VI, VII y VIII, se obtuvo la autorización de la del comité de investigación de la FE-BUAP y de los directivos del hospital de tercer nivel en el que laboran los profesionales de enfermería y se atienden los adultos con DT2 considerados para el estudio; además se solicitó el

consentimiento informado por escrito de los participantes.

De acuerdo al Artículo 16, Fracción VIII, en la presente investigación se protegió la privacidad del adulto con DT2, por tal motivo se contempló un espacio físico designado por las autoridades del hospital, quienes contestaron los instrumentos de medición para la investigación en plena libertad. Los cuestionarios fueron resguardados en un lugar seguro asignado por el investigador, así mismo los resultados encontrados en el estudio se presentaron de forma general, nunca de manera individual, lo que aseguró que los participantes no podrán ser identificados.

De acuerdo al Artículo 17, Fracción II, el presente trabajo se consideró de riesgo mínimo, dado que solo se aplicaron instrumentos de medición; mas no procedimientos invasivos en el orden biológico ni en la esfera emocional. En cuanto al Artículo 21, Fracciones I, II, VI y XI, se le proporcionó información clara y completa al participante sobre los objetivos de investigación, se respetó la decisión de participar en la investigación, se dio respuesta a las dudas. El participante tuvo la libertad de retirarse en cualquier momento si así lo decidía, sin que esto interfiera en su atención de salud del hospital. Al finalizar el estudio, se les indicó que si deseaba la información obtenida del estudio, se le proporcionaría.

2.10 Plan de Análisis Estadístico

Para la captura y análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22 en español. Se obtuvo la consistencia interna de los instrumentos a través del coeficiente de alfa de Cronbach; se utilizó estadística descriptiva para obtener frecuencias, porcentajes, rangos y desviación estándar de las muestras de estudio. Para la estadística inferencial se realizó la prueba de bondad de normalidad Kolmogorov-Smirnov y

determinar la distribución de las variables y establecer el uso de estadísticos paramétricos (Coeficiente de Correlación de Pearson) o no paramétricos (Coeficiente de Correlación de Sperman)

Para poder emplear el estadístico inferencial se plantearon los siguientes supuestos: a) dos variables de razón, b) muestras con distribución normal, c) homocedasticidad d) relación lineal por cada (x) hay una (y), dado que no se cumplió con el segundo supuesto ($p < .05$), se decidió utilizar la correlación de Sperman.

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se describen los resultados estadísticos del Profesional de Enfermería y del adulto con Diabetes Tipo 2 (DT2) que se enlistan a continuación: a) Análisis Descriptivo de los Factores Personales del Profesional de Enfermería y el adulto con Diabetes Tipo 2, b) Consistencia Interna del Instrumento, c) Prueba Kolmogorov-Smirnov, e) Estadística Inferencial.

3.1 Análisis Descriptivo de la muestra del Profesional de Enfermería

Tabla 1
Factores Personales del Profesional de Enfermería

Variable	<i>f</i>	%
Género		
Femenino	101	93.5
Masculino	7	6.5
Edad		
20 a 30	15	14.0
31 a 40	42	39.0
41 a 50	40	37.0
51 a 60	11	10.0
<i>Nota :f= frecuencia; % = porcentaje</i>		<i>n=108</i>

La tabla 1, muestra los factores personales en donde predomina el género femenino, con relación a la edad se obtuvo un promedio de \bar{x} 40.1 años \pm 8.1

Tabla 2
Trayectoria Profesional del Profesional de Enfermería

Variable	f	%
Categoría		
Enfermera General	34	31.5
Licenciada en Enfermería	61	56.5
Enfermera Especialista	9	8.3
Maestra en Enfermería	4	3.7
Años de experiencia laboral		
1 a 10	26	23.8
11 a 20	46	42.2
21 a 30	37	34.0
Servicio en el que labora		
Medicina Interna	36	33.3
Cirugía	27	25.0
Urgencias	45	41.7
Tipo de contratación		
Base	45	41.6
Homologada	37	34.3
Formalizada	11	10.2
Eventual	15	13.9
Tiene formación especializada en el cuidado de personas con DT2		
Si	38	35.2
No	70	64.8
<i>Nota :f= frecuencia; % = porcentaje</i>		<i>n=108</i>

Como se pudo observar en la tabla 2, las categorías que dan un grado académico (licenciados en enfermería y maestría) obteniendo 60.2%, con respecto a los años de experiencia laboral adicionalmente se puede mencionar que la \bar{x} fue de 16.0 años \pm 7.6, la mayoría de los profesionales afirmó no tener formación especializada en DT2.

3.2. Consistencia Interna del Instrumento del Profesional de Enfermería

Tabla 3
Confiabilidad del instrumento de medición del Profesional de Enfermería

Instrumento	Reactivos	Alfa de Cronbach
GCCCPE	19	.896

Nota: GCCCPE= Grado de Conocimientos sobre la Continuidad de Cuidado en el Profesional de Enfermería.

En la tabla 3, se muestra la consistencia interna del instrumento aplicado en el estudio para medir el grado de conocimientos sobre el personal de enfermería obteniendo un alfa de Cronbach aceptable de acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2014).

3.3 Prueba Kolmogorov-Smirnov

A continuación se presentan los resultados de la prueba de bondad de ajuste Kolmogorov–Smirnov, para conocer la distribución de los datos referidos por los profesionales de enfermería.

Tabla 4

Prueba de Kolmogorov – Smirnov para la variable de estudio.

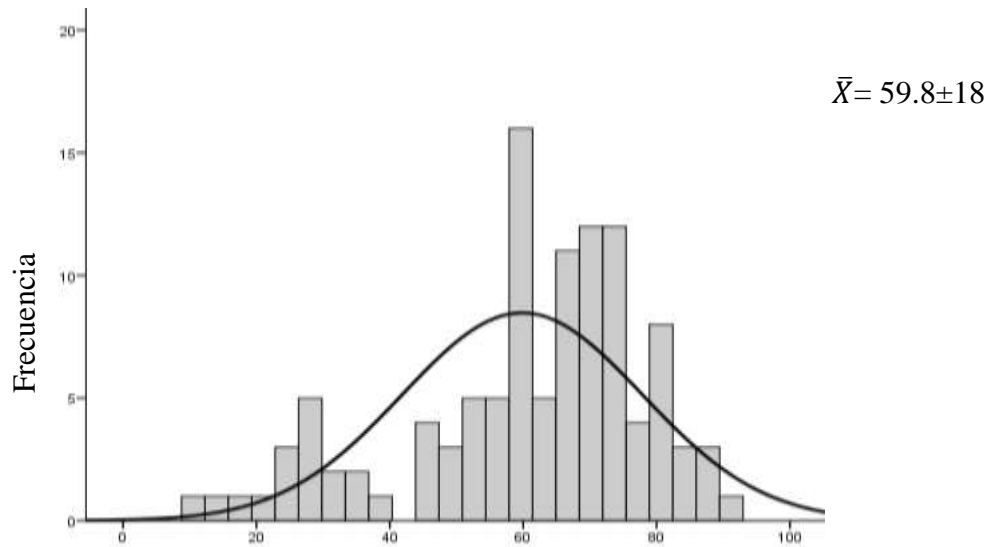
Variable	K-S	Valor de p (Bilateral)
GCCCPE	1.495	.023

Nota: GCCCPE=Grado de Conocimientos sobre la Continuidad de Cuidado en el Profesional de Enfermería.

A continuación se presentan los resultados de la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorv-Smirnov, para conocer la distribución de los datos referidos por el profesional de enfermería y para poder dar este tratamiento estadístico se transformaron los índices de 0 a 100 de los puntajes crudos para observar el comportamiento de las variables

Para apoyar el resultado anterior, se muestra el siguiente histograma

Figura 1



Índice General del Instrumento para Explorar el Grado de conocimientos sobre la Continuidad de Cuidado en el Personal de Enfermería

Tabla 5

Grado de Conocimientos sobre la Continuidad de Cuidado en el Profesional de Enfermería

Variables	<i>f</i>	%
Bajo grado de conocimiento	51	47.0
Regular grado de conocimiento	42	39.0
Buen grado de conocimiento	15	14.0

Nota: GCCCPE, 2013

En relación al objetivo específico dos, que plantea determinar el nivel de conocimiento por parte del profesional de enfermería, se obtuvo que en su mayoría tienen un bajo grado de conocimientos sobre la Continuidad de Cuidado.

3.4 Estadística Inferencial

Tabla 6
Correlación de Pearson, grado de conocimiento del profesional de enfermería y la percepción del adulto con DT2

No.	Variables (índices)	1	2	3	4	5
1	Escala general 1	1				
2	Escala general 2	-.074	1			
		.444				
	Sub escalas					
3	Continuidad Informacional	-.164	.947**	1		
	Valor <i>p</i>	.090	.000			
4	Continuidad Relacional	-.029	.859**	.685**	1	
	Valor <i>p</i>	.765	.000	.000		
5	Continuidad de Gestión	.108	.894**	.755**	.773**	1
	Valor <i>p</i>	.266	.000	.000	.000	

Nota: Escala 1= Instrumento para explorar el grado de conocimientos sobre la continuidad de cuidado en el personal de enfermería.

Escala 2= Cuestionario para la continuidad de cuidado al alta hospitalaria del paciente con DT2

En la tabla 6 se observa que no existe una relación significativa en las variables entre el grado de conocimiento del profesional de enfermería y la percepción del adulto con DT2, de acuerdo al objetivo general planteado.

3.5 Análisis Descriptivo de la muestra del Adulto con DT2

Tabla 7
Factores Personales del adulto con DT2

Variable	<i>f</i>	%
Género		
Femenino	61	56.5
Masculino	47	43.5
Edad		
30 a 40	17	17.0
41 a 50	27	31.0
51 a 60	46	52.0

Nota: *f* = frecuencia; % = porcentaje

n=108

En la tabla 7, se presentan los factores personales de la muestra del adulto con DT2 y se puede observar que predominó el género femenino; la edad promedio de los participantes fue con una \bar{x} 49.8 ± 8.4

Tabla 8
Datos del ingreso hospitalario del adulto con DT2

Variable	<i>f</i>	%
Complicación presentada		
Si	96	88.9
No	12	11.1
Complicación presentada		
Metabólica	42	38.9
Angiopatía	32	29.6
Nefropatía	15	13.9
Retinopatía	9	8.3
Otras enfermedades	10	9.3
Primera vez que se hospitaliza		
Si	51	47.2
No	57	52.8
Cuantos días de hospitalización		
1 a 10	85	78.7
11 a 20	18	16.7
21 a 30	5	4.6
Años con su enfermedad		
1 a 10	54	50.0
11 a 20	45	41.6
21 a 30	8	7.4
31 a 40	1	1.0
Servicio del que egresa		
Medicina Interna	55	50.9
Cirugía	24	22.2
Urgencias	29	26.9
<i>Nota</i> : <i>f</i> = frecuencia; % = porcentaje		<i>n</i> =108

En la tabla 8, se reporta que los pacientes hospitalizados presentan alguna complicación metabólica, la mayoría de los pacientes refiere que no es la primera vez que se hospitaliza, en cuanto a los días de hospitalización se obtuvo una \bar{x} 7.8 ± 6.5 , en relación a los años de padecer la enfermedad la \bar{x} 12.2 ± 7.0 y los participantes egresaron del servicio de medicina interna.

3.6 Consistencia Interna del cuestionario del Adulto con DT2

Tabla 9

Coefficiente Alfa de Cronbach y por factores del Cuestionario para la Continuidad de Cuidado al Alta Hospitalaria del Paciente con Diabetes Tipo 2

Sub escala	No. Reactivos	Coefficiente
Continuidad informacional	19	.913
Continuidad relacional	8	.888
Continuidad de gestión	7	.846
Alfa General	34	.950

Nota: CCCAPDT2 (Suarez y Galicia, 2013)

n=108

En la tabla anterior se muestra que el CCCAPDT2 tiene una consistencia interna aceptable de acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2014)

3.7 Prueba Kolmogorov Smirnov

A continuación se presentan los resultados de la prueba de bondad de ajuste Kolmogorov–Smirnov, para conocer la distribución de los datos referidos del cuestionario para la Continuidad de Cuidado al Alta hospitalaria del paciente con DT2

Tabla 10

Prueba de Kolmogorov–Smirnov en el Cuestionario para la Continuidad de Cuidado al Alta Hospitalaria del Paciente con DT2.

	\bar{X}	DE	Min	Max	K-S Z cal	P
Índice General para la Continuidad de Cuidados	60.20	16.21	14	100	.611	.849

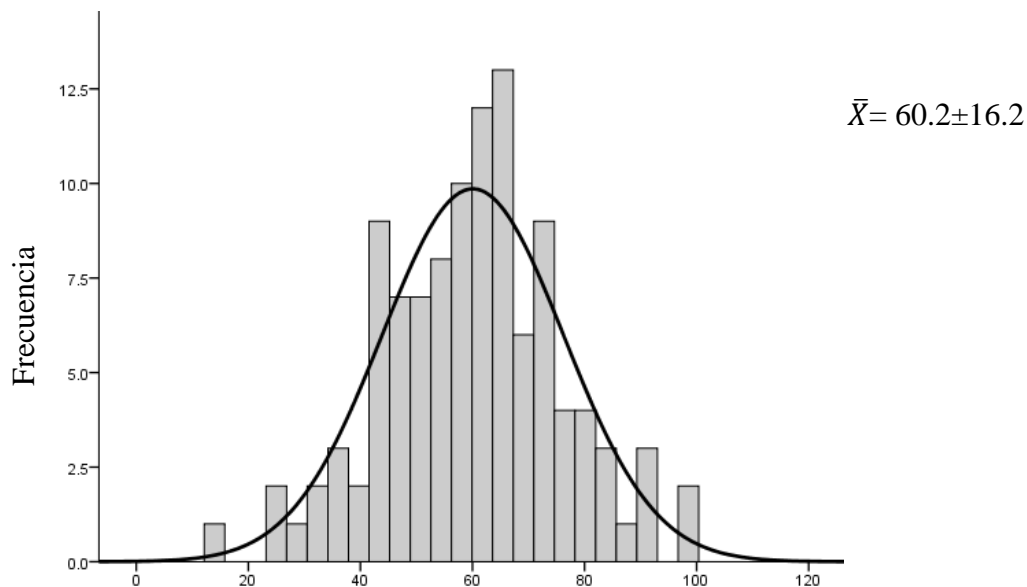
Nota: CCCAPDM (Suárez & Galicia, 2013)

A continuación se presentan los resultados de la prueba de bondad de ajuste de K-S, para conocer la distribución de los datos referidos por el adulto con DT2 y

para poder dar este tratamiento estadístico se transformaron los índices de 0 a 100 de los puntajes crudos para observar el comportamiento de las variables

Para apoyar el resultado anterior, se muestra el siguiente histograma

Figura 2



Índice General del Cuestionario para la Continuidad de Cuidado al Alta Hospitalaria del Paciente con DT2

Tabla 11

Cuestionario para la Continuidad de Cuidado al Alta Hospitalaria del Paciente con Diabetes Tipo 2

Variables	<i>f</i>	%
Mala percepción de la Continuidad de Cuidado	3	2.8
Regular percepción de la Continuidad de Cuidado	28	25.9
Buena percepción de la Continuidad de Cuidado	62	57.4
Excelente percepción de la Continuidad de Cuidado	15	13.9

Nota: CCCAPDT2, 2013

Con relación al objetivo específico tres, que plantea determinar la percepción de la Continuidad de Cuidado en los adultos con DT2, se observó una buena percepción de la Continuidad de Cuidado.

3.8 Estadística Inferencial

Tabla 12

Correlación de Pearson, para años de experiencia y la percepción del adulto con DT2

No.	VARIABLES (ÍNDICES)	1	2	3	4	5
1	Años de experiencia Valor $p =$	1				
2	Escala general =	.139	1			
3	Continuidad Informacional Valor $p =$	.195* .043	.947** .000	1		
4	Continuidad Relacional Valor $p =$	.053 .589	.859** .000	.685** .000	1	
5	Continuidad de Gestión Valor $p =$	.055 .569	.894** .000	.755** .000	.773** .000	1

Nota: Escala general= Cuestionario para la continuidad de cuidado al alta hospitalaria del paciente con DT2

En la tabla 12, se pudo observar que hubo una correlación positiva y estadísticamente significativa entre la sub escalada de continuidad Informacional y los años de experiencia ($r=.195$ y $p=.043$), sin embargo de acuerdo a Cohen esta correlación demuestra un efecto pequeño a pesar de ser significativa.

Capítulo IV

Discusión

El estudio permitió describir el grado de conocimiento del profesional de enfermería sobre la Continuidad de Cuidado y su relación con la percepción del adulto con DT2 sobre la CC al egreso hospitalario, en una muestra de 108 profesionales de enfermería y 108 adultos con DT2.

La discusión se realizó de acuerdo a los objetivos específicos planteados, cabe mencionar que de acuerdo al primer objetivo, se presentan los factores personales, primero los datos de los profesionales de enfermería y posteriormente el de los adultos con DT2; enseguida se abordan los objetivos específicos dos y tres, para concluir posteriormente con el objetivo general y discutir en este los resultados estadísticos con los resultados de otras investigaciones.

Para describir los factores personales que caracterizaron a la muestra de los profesionales de enfermería, se encontró que en su mayoría son mujeres, licenciadas en enfermería y que no tienen formación especializada en el cuidado de personas con DT2. Esta situación puede deberse a que no existen diplomados que sean especializados o enfocados en DT2 y CC, los que existen, son relacionados en cuidados intensivos con un enfoque a paciente crítico. Los diplomados que se proponen en las universidades para el cuidado y tratamiento del adulto con DT2 son escasos y no todas las instituciones lo ofrecen, esto apunta a una necesidad importante en la formación de profesionales de salud, específicamente en el profesional de enfermería. Lo anteriormente descrito concuerda con lo reportado por Gjevjon, Romeron y Benteo (2013) quienes revelaron en su muestra que fueron

enfermeras, que contaban con licenciatura y que no presentaban formación especializada en DT2.

Con respecto a los factores personales del adulto con DT2, muestra que predomina el género femenino; con relación a la edad el porcentaje esta alrededor de los 60 años, datos que coinciden con Alder, Vasiliadis y Bichel (2009) y Worrall y Knight (2011) quienes presentaron muestras predominantemente femeninas y alrededor de los 65 años, sin embargo este último presento una edad mayor por tratarse de personas de edad avanzada, en general los datos coinciden con lo reportado por la ENSANUT (2012), donde es evidente que la prevalencia de la DT2 es en el género femenino y en edades de adulto maduro y al inicio del adulto mayor, situación que se puede comprender dado que existen las complicaciones metabólicas por los estilos de vida que manejan.

Los adultos con DT2 fueron hospitalizados de 1 a 10 días por presentar complicaciones metabólicas, siendo las más sobresalientes, la retinopatía, neuropatía y la nefropatía; la mayoría reportó que no es la primera vez que se hospitaliza y refirieron tener aproximadamente entre 1 a 10 años de padecer DT2, coincidiendo con lo reportado por Alazri, Neal, Heywood y Leese (2006), quienes reportaron que los pacientes tenían 5 años con diagnóstico de diabetes; tales evidencias contrastan con lo reportado por Seok, Chung y Kim (2010), al demostrar que las complicaciones presentadas fueron hipertensión arterial sistémica, asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Los resultados obtenidos son congruentes con lo reportado por la ADA (2014), que indica que la complicaciones más frecuentes son las micro vasculares (retinopatía, neuropatía y nefropatía) y las complicaciones macro vasculares (enfermedad cerebrovascular).

Con respecto al objetivo que plantea determinar el grado de conocimiento sobre la CC por parte del profesional de enfermería, se obtuvo que la mayoría posee bajo grado de conocimientos sobre la CC, resultados que difieren a las evidencias presentadas por Merino-Ruiz, Sebastian y Gomez (2008) y Fairbrother et al. (2012) quienes muestran que las enfermeras tienen un alto grado de conocimiento sobre la CC, los últimos autores también refieren que a pesar de tener bajo grado de conocimiento las enfermeras consideran que es importante la CC para mejorar la calidad de cuidado.

Lo anterior puede deberse a que el concepto ha sido poco estudiado en México, a diferencia de los países europeos, en donde existen prototipos que incluyen este modelo. El sistema de salud mexicano no contempla programas determinados para el egreso hospitalario, los programas de salud solo incluyen un plan de alta como tradicionalmente lo tienen los protocolos, por lo que es necesario que este sea un proyecto que vaya enfocado a la educación continua para estandarizar cada uno de los servicios de hospitalización de cualquier especialidad y no solo que vaya encaminado a los adultos con DT2, situación que podrá otorgar beneficios como se han presentado en los modelos europeos en donde se practica la CC.

Con respecto al último objetivo específico el mayor porcentaje de los pacientes mostraron una buena percepción de la CC, a diferencia de los reportado por Fairbrother et al. (2012), evidenciando una alta percepción de la CC en pacientes con enfermedad crónica, cabe hacer mención que este autor no utilizó el mismo instrumento para valorar la CC, aunque si se refiere a la misma variable de interés de este trabajo.

No obstante en un estudio cualitativo realizado por Hekmatpou, Mohammadi, Ahmadi y Arefi (2010), difieren con los reportes encontrados, dado que muestran que los pacientes que ellos entrevistaron no son sensibles al alta hospitalaria por parte de los profesionales de salud y expresado de otra manera las enfermeras no realizan una planeación de lo que es la CC en estos pacientes.

En el mismo orden de ideas los hallazgos encontrados en esta investigación y en particular en todas las que han identificado la percepción del paciente con respecto a la CC, hace pensar en la necesidad de potencializar el sistema de salud que cuente con servicios de hospitalización para poder ofrecer una CC y fortalecer tanto el conocimiento del paciente como del cuidador para evitar el reingreso hospitalario y traduciéndose en la disminución de los costos y tratamientos, así como la estancia prologada y quirúrgica que se traduce en una mejor calidad de vida y de igual forma poder reducir la incapacidad por amputaciones, insuficiencia renal y ceguera.

Respecto al objetivo general, que planteó el grado de conocimiento del profesional de enfermería y la percepción de la CC en el adulto con DT2, no se encontró una relación significativa entre las dos variables; existen trabajos que son contradictorios con los hallazgos como el de Kyoung et al. (2015), que al asociar la CC y el egreso hospitalario en pacientes con DT2, este disminuyó gradualmente al incrementar la CC. Así como Bayliss, Ellis, Ann, Zeng, McQuillan y Steiner (2015), quienes reportaron que la CC en la atención especializada disminuye la estancia hospitalaria, situación que podría deberse a los factores individuales como contextuales, es posible que cuando los pacientes desconocen la CC por parte de los profesionales de enfermería y por lo tanto no dan una Continuidad Informacional, tampoco se lleva a cabo la Continuidad Relacional y por consiguiente la Continuidad

de Gestión, con esta riqueza de propuestas por parte del profesional de enfermería, se puede contribuir a la CC para mantener y mejorar la calidad de vida del adulto con DT2, para así alcanzar satisfacción y bienestar a través de la coordinación. La CC es una estrategia de comunicación y de vinculación entre los profesionales de enfermería y los adultos con DT2. En donde al apoyar la participación continúa de los recursos humanos en enfermería y así poder lograr diseños exploratorios para obtener la atención integral.

Limitaciones

Una limitante en este estudio puede ser el diseño descriptivo, sin embargo el concepto de la CC ha sido poco explorado por investigadores mexicanos, por esta razón el estudio aportó datos preliminares que serán el fundamento para poder realizar trabajos de intervención y longitudinales con un mayor control de las variables. Otra limitante del estudio es el tamaño de la muestra, a pesar de que se calculó por poblaciones finitas que indican que los hallazgos obtenidos en esta investigación son confiables para lo que está pasando en el hospital de una manera general

4.1 Conclusiones

El estudio mostro que los pacientes con diabetes tipo 2 tienen una buena percepción de continuidad de cuidados a pesar de que los profesionales de enfermería muestran un bajo nivel de conocimientos, tales resultados sugieren que es necesario realizar nuevas investigaciones para profundizar sobre el concepto de la continuidad de cuidados; dado que el profesional tiene la responsabilidad de evitar la duplicidad u omisión del cuidado, por esta razón es necesario que el profesional de enfermería

cuenta con un alto grado de conocimiento para otorgar intervenciones diferenciadas e innovadoras que favorezcan la calidad de vida de los pacientes con diabetes tipo 2

4.2 Recomendaciones

Profundizar en las variables de estudio, grado de conocimientos del profesional de Enfermería en la continuidad de cuidado y la percepción del adulto con DT2.

Fomentar que el profesional de enfermería enfatice la continuidad de cuidado al alta hospitalaria.

Diseñar estudios de intervención con otros profesionales en salud que contribuyan en la continuidad de cuidado.

Diseñar intervenciones para la continuidad de cuidado y verificar su eficacia mediante metodología experimental.

Promover la publicación empírica con el fin de contribuir a la continuidad de cuidado.

Referencias

- Adler, R., Vasiliadis, A., y Bickell, N. (2009). The relationship between continuity and patient satisfaction: a systematic review. *Family practice*, 099.
doi: 10.1093/fampra/cmp099
- American Diabetes Association. (2014). Diagnosis and classification of diabetes. *Diabetes Care*, 37(1), 581-590. Recuperado de: http://care.diabetesjournals.org/content/27/suppl_1/s5
- Alazri, M. H., Neal, R. D., Heywood, P. y Leese, B. (2006). Patients' experiences of continuity in the care of type 2 diabetes: a focus group study in primary care. *Br J Gen Pract*, 56(528), 485-495. doi: Published 1 July 2006
- Bayliss, E. A., Ellis, J. L., Shoup, J. A., Zeng, C., McQuillan, D. B., y Steiner, J. F. (2015). Effect of continuity of care on hospital utilization for seniors with multiple medical conditions in an integrated health care system. *The Annals of Family Medicine*, 13(2), 123-129. doi: 10.1370/afm.1739.
- Calvo, M. J., Infantes, R. J. A., Solano, V. C., Rebollo, L. E. y Martin, M. J. L. (2015). La enfermera de AP como garante de la continuidad de cuidados: Intervención proactiva tras el alta hospitalaria. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*, 7(1), 3. Recuperado de: <http://www.risai.org/index.php/risai/article/view/9/9>
- Cook, L. L., Spenceley, S., Wedel, R., y Gelber, T. (2016). Improving primary care Continuity is about relationships. *Canadian Family Physician*, 62(2), 116-119. Recuperado de: <http://www.cfp.ca/content/62/2/116.full.pdf+html>
- Corrales-Nevado, D., Alonso-Babarro, A. y Rodríguez-Lozano, M. A. (2012). Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales

en la atención a pacientes crónicos y terminales Informe SESPAS *Gaceta.*

Sanitaria, 26(5), 63-68. Recuperado de

<http://www.gacetasanitaria.org/es/continuidad-cuidados-innovacion-redefinicion-papeles/articulo/S0213911111003700/>

Correa, C. M. (2014). El informe de continuidad de cuidados como herramienta de

comunicación entre atención hospitalaria y atención primaria. *Revista*

Española Comunicación en salud, 5(2), 102-111. Recuperado de:

http://www.aecs.es/5_2_4.pdf

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2012) Recuperado de

<http://ensanut.insp.mx/>

Endrino, L. V. (2011). El informe de continuidad de cuidados en urgencias como

herramienta de mejora de la comunicación y continuidad de cuidados entre

atención primaria & atención especializada. *Biblioteca Lascasas*, 7(1).

Recuperado de: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0582.pdf>

Fairbrother, P., Pinnock, H., Hanley, J., McCloughana, L., Sheikh, A., Pagliaria, C.,

y McKinstry, B. (2012) Continuity, but at what cost? The impact of

telemonitoring COPD on continuities of care: a qualitative study. *Primary*

Care Respiratory Journal, 21(3), 322-328 doi: 10.4104/pcrj.2012.00068

Gjevjon, E. R., Romoren, T. T. I., y Kjos, B. (2013). Continuity of care in home

health-care practice: two management paradoxes. *Journal of nursing*

management, 21(1), 182-190. doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01366.x

González, A. M. A., Quinteiro, D. M. T., Castillo, A. F., Cao, F. A., Fernández, G. E.

y Álvarez, A. M. E. (2014). Hacia un nuevo modelo de atención en los

cuidados del paciente pluripatológico: Punto de vista de las enfermeras de

Atención Primaria. *Enfermería Comunitaria*, 2(3), 36-42. Recuperado de:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5037329>

González, R. A. (2011). Programas de continuidad de cuidados: éxitos, fracasos y retos futuros. *Estudos de Psicologia* (Natal), 16(3), 305-312. Recuperado de:
<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=623213&indexSearch=ID>

Gullifor, M., Cowie, L., y Morgan, M. (2011). Relational and management continuity survey in patients with multiple long-term conditions. *Family practice*, 16(2), 67-74. doi: 10.1258/jhsrp.2010.010015

Hernandez, S. R., Fernandez, C. C y Baptista, L. P. (2014). Analisis de datos cuantitativos. En Autor (ed.), *Metodologia de la Investigacion* (pp. 270-335). Mexico: McGraw-Hill.

Hekmatpou, D., Mohammadi, E., Ahmadi, F., y Arefi, S.H. (2010). Termination of professional responsibility: exploring the process of discharging patients with heart failure from hospitals. *International journal of nursing practice*, 16(4), 389-396. doi: 10.1111/j.1440-172X.2010.01856.x

Internacional Diabetes Federación. (2015). *Diabetes Atlas*. [Atlas de Diabetes] (7^a. ed.). Bruselas, Belgica: International Diabetes Federation

Instituto Nacional de Salud Pública. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición por Entidad Federativa*. México, D. F. Secretaría de Salud Recuperado de
<http://ensanut.insp.mx/informes/Puebla-OCT.pdf>

Kyoung, H. Ch., Sang, G. L., Byungyool, J., Bo-Young, J., Jae-Hyum, K., y Eun-Cheol, P. (2015). Effects of continuity of care on hospital admission in

patients with type 2 diabetes: analysis of nationwide insurance data. *Services Research*, 15(1), 107doi: 10.1186/s12913-015-0745-z

Martínez, V. L.E. y Cantero, G. M. (2013). Informe de cuidados en enfermería, revisión de su situación actual. *Enfermería Global*, 12(32), 336-345. .
Recuperado de <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/162521/153261>

Merino-Ruiz, M., Sebastián-Viana, T., Gómez-Díaz, M. C., & Leo, C. Y. (2008). Utilidad y dificultades para la realización del informe de enfermería al alta hospitalaria según las enfermeras del Hospital de Fuenlabrada. *Enfermería Clínica*, 18(2), 77-83. doi: 10.1016/S1130-8621(08)70702-2

Molero, H. R. A., Barbero, S. M. C., Ledesma, G. P., Martínez, R. M. A. y Sotomayor, P.J. (2012). Influencia de la continuidad de cuidados en la satisfacción y calidad de vida del usuario. *Revista científica de la sociedad de enfermería de urgencias de emergencias*, 27. Recuperado de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0229.pdf>

Pérez, P.A., Gómez, H. R., Álvarez, G. F., García, A. J., Mediavilla, B. J.J. y Menéndez, T.E. (2012). Documento de consenso sobre el tratamiento al alta hospitalaria del paciente con hiperglucemia. *Medicina clínica*, 138(15), 666.e1-666e10. doi: 10.1016/j.medcli.2012.02.019

Rodríguez, S. C. A. y Hernández, L. M. N. (2014). Aproximación al conjunto mínimo de datos: desde el informe al alta y el informe de continuidad de cuidados al informe de cuidados de enfermería. *Ene*, 8(3), 0-0. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2014000300007

- Vargas, B. Z. y Fernández, C. R. (2011). Programa de alta hospitalaria programada para preparar el egreso del paciente y familia. *Revista Enfermería Actual en costa rica*, 21, 1-20. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44821176005>
- Sánchez-Martín, C. I. (2014). Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico. *Enfermería Clínica*, 24(1), 79-89. doi: 10.1016/j.enfcli.2013.12.007
- Santos, G. A. (2016). La gerencia de área como facilitadora en la continuidad de cuidados en el paciente crónico. *Revista Elsevier* 33(1) Recuperado de: <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/00/1773/71/1v00n1773a90024741pdf001.pdf>
- Secretaría de Salud. (2015). Reglamento de la Ley General de Salud en Material de Investigación para la Salud. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSAM.pdf
- Seok, H. J., Chung, K. H., y Kim, J. (2010). Continuity of care for elderly patients with diabetes mellitus, hypertension, asthma, and chronic obstructive pulmonary disease in Korea. *Medicine General el Social Medicine*, 25, 1259-1271. doi: 10.3346/jkms.2010.25.9.1259
- Tixtla, L. E., Alba, L.Á., Córdoba, A. M.A. y Campos, C. E. M. (2014). El plan de alta de enfermería y su impacto en la disminución de reingresos hospitalarios. *Enf Neurol*, 13(1), 12-18. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2014/ene141c.pdf>
- Waibel, S., Henao, D., Aller, M. B., Vargas, I., y Vázquez, M. L. (2012). What do we know about patients' perceptions of continuity of care? A meta-synthesis

of qualitative studies. *International Journal for Quality in Health Care*
Advance Access published, 24(1), 39-48 doi:10.1093/intqhc/mzr068

Worrall, G., y Knight, J. (2011). Continuity of care is good for elderly people with
diabetes Retrospective cohort study of mortality and hospitalization.
Canadian Family Physician, 57(1), e16-e20.



Apéndice A
 Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
 Facultad de Enfermería
 Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
 Consentimiento Informado Para Enfermeras



A quien corresponda

La Lic. Mercedes Arteaga Ocotecatl me ha invitado a participar en este estudio de investigación denominado “Conocimiento del Profesional de Enfermería y Continuidad de Cuidados en el adulto con Diabetes Tipo 2” que realiza para obtener el grado de Maestría en Enfermería.

Me informó que mi participación es voluntaria y puedo suspenderla en cualquier momento sin que por ello se vean afectados mis derechos laborales en la institución. Se explicarán todas las dudas que yo presente y que no obtendré beneficios directos de mi participación, pero que la información que yo proporcione será de utilidad para establecer programas de capacitación para mejorar la Continuidad de Cuidados (CC) de enfermería en caso necesario. También me informa que no sufriré ningún riesgo y que mi participación consiste en el llenado de un cuestionario de 19 preguntas, tomando un tiempo aproximado de 15 minutos.

La información que yo proporcione es confidencial y no será divulgada sin mi consentimiento, una vez informada (o) claramente, doy mi consentimiento para participar en este estudio.

Nombre y Firma del Investigador

Firma del participante



Apéndice C
 Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
 Facultad de Enfermería
 Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
 Instrumento para Explorar el Grado de Conocimientos sobre la Continuidad
 de Cuidado en el Personal de Enfermería.
 (Adaptación por Suárez y Galicia, 2013)



Fecha de aplicación: día / mes / año /

Instrucciones:

Estimadas enfermeras de atención hospitalaria:

- 1.- Deseamos explorar su experiencia sobre la Continuidad de Cuidados en pacientes con DT2 al egreso hospitalario.
- 2.- Le solicitamos que conteste los siguientes planteamientos.
- 3.- Por favor responda todas y cada una de las preguntas de la manera más exacta posible
- 4.- Todas sus respuestas serán totalmente anónimas.
- 5.- Gracias por su colaboración.

Indique la frecuencia con que usted lleva a cabo cada acto mencionado y marque la letra que mejor corresponda a la respuesta:

1 = En desacuerdo 2 = Parcialmente de acuerdo 3 = De acuerdo 4 = Totalmente de acuerdo

No	Preguntas	Respuestas			
		1	2	3	4
1	Tiene información sobre el plan de alta en enfermería.	1	2	3	4
2	Favorece la continuidad de cuidados mediante el plan de alta	1	2	3	4
3	Considera que el informe de continuidad de cuidados es útil para su trabajo diario	1	2	3	4
4	Cree que el plan de alta es una herramienta de cuidado para el paciente con DT2	1	2	3	4
5	Utiliza algún modelo de plan alta para la continuidad de cuidados	1	2	3	4
6	Considera que el plan de alta favorece la continuidad de cuidados y ayuda al autocuidado en pacientes con DT2	1	2	3	4
7	Cree que la continuidad de cuidados mejora la adhesión al tratamiento, evita la descompensación y mejora la calidad de vida	1	2	3	4

No	Preguntas	Respuestas			
8	Está de acuerdo en que los enfermeros son responsables del plan de alta	1	2	3	4
9	Opina que la planificación del alta y la continuidad de cuidados permiten brindar un cuidado comprometido y solidario	1	2	3	4
10	Considera que la continuidad de cuidados y el plan de alta ayudan a que el paciente se sienta bien físicamente	1	2	3	4
11	Habitualmente, utiliza en su práctica diaria de trabajo la metodología del plan de alta	1	2	3	4
12	Cree adecuado que exista el plan de alta al egreso hospitalario del paciente con DT2	1	2	3	4
13	Cree importante que el contenido del plan de alta describa los problemas de salud y necesidades de cuidado del paciente al egreso hospitalario	1	2	3	4
14	Considera de utilidad para el paciente describir las recomendaciones de cuidado en el plan de alta para el seguimiento en su domicilio y así contribuir con la continuidad de cuidados	1	2	3	4
15	Cree que es importante la elaboración del plan de alta al alta hospitalaria de paciente	1	2	3	4
16	Cree que su nivel de conocimientos sobre el plan de alta y continuidad de cuidados es el adecuado	1	2	3	4
17	Ha recibido capacitación en su unidad de trabajo sobre el uso e implementación del plan de alta	1	2	3	4
18	Generalmente, tiene conocimiento acerca del plan de alta medico con el que egresa el paciente	1	2	3	4
19	Tras el alta hospitalaria, existe algún canal de comunicación que le permita saber cómo va evolucionando el paciente	1	2	3	4



Apéndice D

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
 Facultad de Enfermería
 Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
 Consentimiento Informado para el adulto con Diabetes Tipo 2



Fecha _____ 2016

A quien corresponda:

La LE. Mercedes Arteaga Ocotecatli me ha solicitado participar en su estudio de investigación denominado “Conocimientos del profesional de enfermería y Continuidad de Cuidados en adultos con Diabetes Tipo 2” (DT2) que realiza para obtener el grado de Maestría en Enfermería en la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Me explicó que el propósito del estudio es conocer la percepción sobre la Continuidad de Cuidado en personas con Diabetes Tipo 2.

Sé que voy a contestar algunas preguntas relacionadas con la información y cuidados que recibí durante mi estancia hospitalaria, me explicó que los datos sobre mi persona serán confidenciales y que tengo derecho a terminar mi participación en el momento que yo lo decida sin que afecte mi tratamiento o servicio de salud al que tengo derecho.

Nombre y Firma del investigador

Firma del participante



Apéndice E
 Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
 Facultad de Enfermería
 Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
 Cédula de Datos Generales del Adulto con Diabetes Tipo 2
 (CEDAGEADT2).
 Arteaga y Galicia, (2015)



Instrucciones:

Por favor marca con una X el cuadro de la respuesta correcta y escribe sobre las líneas la respuesta a cada una de las preguntas que se formulan.

I. Factores Personales

1. Fecha de aplicación: Día / mes/ año/

II. Factores Personales

2. Edad Años cumplidos _____

3. Género: 1) Femenino 2) Masculino

III. Datos del ingreso hospitalario

4. Complicación presentada: Sí No

5. Mencione que tipo de complicación presentó

1) Metabólica 2) Angiopatía 3) Nefropatía 4) Retinopatía

5) otras complicaciones

6. ¿Primera vez que es hospitalizado?: Sí No

7. ¿Cuántos días estuvo hospitalizado? _____

8. ¿Cuántos años tiene con su enfermedad? _____

9. Servicio del que egresa: 1) Medicina Interna 2) Cirugía 3)

Urgencias



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



Cuestionario para la Continuidad de Cuidado al Alta Hospitalaria del Paciente con Diabetes Tipo 2 CCCAPDT2, adaptado por Suárez y Galicia, (2013) versión final en español.

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

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

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