

COORDINACIÓN INTERNIVELES, IMPORTANCIA DEL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES Y FAMILIARES TRAS LA HOSPITALIZACIÓN

**INTERNAL COORDINATION, IMPORTANCE OF THE NURSING CONTINUITY OF
CARE REPORT AND PATIENT AND FAMILY SATISFACTION AFTER
HOSPITALIZATION**

Eva Tizón-Bouza⁽¹⁾, María Dolores Camiña Martínez ⁽¹⁾, María José López Rodríguez⁽¹⁾,
Alejandra González-Veiga⁽¹⁾, Isabel Tenreiro Prego⁽²⁾

⁽¹⁾ Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol (A Coruña)

⁽²⁾ Centro de Promoción de la Autonomía Personal de Bergondo (A Coruña)

Tizón-Bouza, E., Camiña Martínez, M., López Rodríguez, M., González-Veiga, A., Piñeiro Leira, N., & Tenreiro Prego, I. (2021). Coordinación interniveles, importancia del Informe de continuidad de cuidados de Enfermería y satisfacción de los pacientes y familiares tras la hospitalización. Revista Ene De Enfermería. Consultado de <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1171>

Resumen

Objetivo: conocer las variables relacionadas con la coordinación interniveles asistenciales en el Área Sanitaria de Ferrol (ASF), según la perspectiva de pacientes y familiares.

Métodos: estudio observacional, descriptivo, transversal, en ASF, con pacientes hospitalizados y un familiar directo. Se diseñó un cuaderno ad hoc con 20 variables, agrupadas en tres bloques: variables sociodemográficas, información sobre ingresos hospitalarios previos y coordinación entre niveles asistenciales. Se obtuvo permiso del Comité Autonomo de Ética y la gerencia del ASF, firmaron consentimiento informado, se confeccionaron hojas informativas y se garantizó confidencialidad de datos y anonimato. Se realizó un estudio descriptivo de variables y análisis multivariado de las variables asociadas (aceptando un nivel de significancia $p < 0.05$).

Resultados: participaron 187 pacientes (60%) y 120 familiares (38%), iguales en género (49%), con una media de ingreso de 11,85 días. Un 59% estaba preparado para el alta hospitalaria durante su último ingreso, el 8% no recibieron un Informe de Continuidad de cuidados enfermero (ICE) en el ingreso anterior. El 62% recibió una información adecuada por parte de las enfermeras y un 39% que en la comunicación interniveles es-

taban “bastante” coordinados. Un 70% creen conveniente recibir un ICE. La media sobre grado de satisfacción con cuidados enfermeros fue 8.76 puntos.

Discusión: la continuidad asistencial es básica para afrontar las necesidades de los pacientes y familiares, fortalecer su autonomía e independencia y para la coordinación del equipo sanitario. Debemos fomentar el registro en la historia clínica del ICE, como medida de desarrollo profesional.

Palabras clave: Satisfacción del paciente. Cuidados de enfermería. Enfermera y enfermero. Alta hospitalaria. Coordinación intersectorial.

Abstract

Aim: to know the variables related to the internal care coordination in the Health Area of Ferrol (HAF), according to the perspective of patients and relatives.

Methods: an observational, descriptive, cross-sectional study in the HAF, with hospitalized patients and a direct relative. An ad hoc notebook was designed with 20 variables, grouped in three blocks: socio-demographic variables, information on previous hospital admissions and coordination between care levels. Permission was obtained from the Autonomous Ethics Committee and the management of the HAF, informed consent was signed, information sheets were prepared and data confidentiality and anonymity was guaranteed. A descriptive study of variables and multivariate analysis of the associated variables were performed (accepting a significance level $p < 0.05$).

Results: 187 patients (60%) and 120 family members (38%) participated, equal in gender (49%), with a mean admission of 11.85 days. Fifty-nine percent were prepared for discharge from hospital during their last admission and 8% did not receive a Continuity of Care Report (CCR) on the previous admission. Sixty-two percent received adequate information from the nurses and 39% were "fairly well" coordinated in internal communica-

tion. 70% felt that they should receive a CCR. The average level of satisfaction with nursing care was 8.76 points.

Discussion: continuity of care is essential for meeting the needs of patients and families, strengthening their autonomy and independence and for coordinating the healthcare team. We should encourage recording the CCR in the clinical history as a measure of professional development.

Key words: Patient Satisfaction. Nursing care, Nurses. Patient Discharge. Patient-Centered Care. Intersectoral Collaboration.

INTRODUCCIÓN

La continuidad asistencial se fundamenta en la interrelación profesional de los diferentes niveles asistenciales. En el ámbito hospitalario, este proceso comienza cuando el paciente es ingresado y termina con la elaboración de un Informe de Cuidados de Enfermería (ICE), sobre todo, para los pacientes que precisan atención tras el alta ⁽¹⁾, y que son transferidos a otros niveles asistenciales ⁽²⁾.

Una medida altamente necesaria de cumplimentar por Enfermería, sería la realización de los ICE en todo paciente que ingresa en una unidad de hospitalización, recibe una intervención quirúrgica o acude a una consulta de Atención especializada, así como, al contrario, que todo paciente disponga de una hoja de continuidad de cuidados si son necesarios a la hora de acudir a un servicio de Urgencias o quedar ingresado en el hospital.

El ICE es un documento de comunicación escrita en el que las enfermeras de Atención Hospitalaria (AH), de forma autónoma y utilizando metodología enfermera, recogen información acerca del estado de salud del usuario, lo que conlleva a la elaboración de planes de cuidados que se inician durante el proceso de hospitalización ^(1, 3). El contenido del ICE, implantado en la historia clínica

del paciente, tiene su base en el Real Decreto 1093/2010 de 3 de Septiembre ^(1, 4), por el que se aprueba el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los informes clínicos del Sistema Nacional de Salud (SNS) (artículo 3).

El ICE tiene como objetivo mejorar el bienestar del paciente y la atención sanitaria que se le presta mediante la coordinación de los servicios sanitarios; de esta manera, para lograr los objetivos de salud marcados con la mayor eficacia y eficiencia facilitando la consecución del máximo nivel de salud, la continuidad de sus cuidados y la accesibilidad de la atención, teniendo siempre en cuenta la opinión del ciudadano.

Esta información facilita la comunicación interniveles y aumenta la posibilidad de que los cuidados enfermeros no se interrumpan ⁽⁵⁾ y asegura la continuidad asistencial, ya que el informe va dirigido al paciente y a las enfermeras y enfermeros de Atención Primaria (AP) y Atención Sociosanitaria (AS), por lo que se ha de tener en cuenta que la información va a ser leída tanto por profesionales, como por el paciente y también su familia ⁽²⁾. Dicho informe está informatizado en la historia clínica electrónica de cada paciente (en Galicia, a través del programa IANUS) por lo que supone un fácil acceso para el personal de AP o para auditorias e investigaciones poste-

riores y se entrega en mano, en papel impreso, al paciente. Además, tienen acceso desde su domicilio a través de la aplicación Chave365.

Una comunicación insuficiente y deficitaria al alta tiene efectos negativos afectando tanto a pacientes como a profesionales. Debido a la brecha comunicativa entre AP y AH, en múltiples ocasiones es el propio paciente el que demanda la atención una vez dado de alta. La presencia del ICE es un factor de protección frente a la insatisfacción, de forma que los pacientes con este informe tienen una probabilidad 10% superior a los que no tienen informe de estar más satisfechos con la continuidad ⁽⁵⁾.

Medir la satisfacción del paciente con los cuidados de la enfermería, según Donabedian ⁽⁶⁾, es uno de los indicadores de calidad de la satisfacción global del paciente durante su estancia en el hospital.

Existen nuevos modelos asistenciales que basan sus estrategias en la continuidad de la atención y en la coordinación interniveles ^(7, 8), donde destaca el papel desarrollado por las enfermeras ⁽⁹⁾. Debemos velar, proporcionar y garantizar un cuidado de calidad y seguridad al paciente, a su familia y entorno ⁽¹⁰⁾.

El objetivo de este estudio es conocer las variables relacionadas con la coordinación interniveles asistenciales

en el Área Sanitaria de Ferrol (ASF), según la perspectiva de pacientes y familiares.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal, llevado a cabo en el Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol (CHUF) en la provincia de A Coruña, perteneciente al ASF en el Servicio Galego de Saúde (Sergas).

La población de estudio está formado por:

- Pacientes hospitalizados que voluntariamente aceptaron participar en el estudio tras ser debidamente informados y con mayoría de edad cumplida.
- Un familiar directo que acompaña al paciente durante su hospitalización, que decidiese participar de modo voluntario en el presente estudio y con mayoría de edad cumplida.

Se diseñó un cuaderno de datos ad hoc formado por un total de 20 variables, agrupadas en tres bloques, así como una pregunta final de dudas y sugerencias:

Bloque A - Variables sociodemográficas: género, edad, nivel de estudios, especialidad médica, ingreso previo, situación laboral.

Bloque B - Información sobre ingresos hospitalarios previos: ingreso previo hospitalario, ingreso previo en la unidad, preparación para el alta hospitalaria, recibió ICE, recibió información adecuada.

Bloque C - Valoración de coordinación entre niveles asistenciales: relación entre AP, AH y AS, comunicación entre la AP y la AE y conveniencia recibir un ICE al alta hospitalaria, al igual que el informe médico.

Se obtuvo permiso para la realización del presente estudio al Comité Autonómico de Ética de la Investigación Clínica de Galicia (CAEIG) (Número de registro 2014/487) y de la gerencia de soporte del ASF para llevar a cabo la investigación. Se confeccionaron hojas informativas sobre la temática a investigar, el fin del estudio, el tratamiento legal de datos y sus derechos, las cuáles se entregaron a cada participante. Así, todas las partes implicadas en el estudio tuvieron en el tratamiento de datos una garantía de estricta confidencialidad y anonimato.

Para el análisis de las variables incluidas se utilizó el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22.0. Se realizó un estudio descriptivo de las variables cuantitativas y cualitativas y, posteriormente, el correspondiente análisis inferencial. La

asociación de las variables cualitativas se midió por medio del estadístico Chi-cuadrado (χ^2) o Pruebas Exactas de Fisher, según se precisara. Para determinar las variables asociadas de forma independiente al tipo de usuario se realizó un análisis multivariado de regresión logística. Se aceptaron diferencias estadísticamente significativas cuando el nivel de significancia era menor a 0.05 ($p < 0.05$).

RESULTADOS

Variables sociodemográficas. El perfil de los 187 pacientes (60%) y 120 familiares (38%) era igual en cuanto al género (49%), con un rango de edad entre los 51-70 años (39%), con estudios primarios (40%), jubilados (50%) y una media de ingreso desde urgencias (80%) de 11,85 días, a cargo del servicio de Cardiología (28%).

Se objetiva respecto al género que el rol más prevalente entre los hombres era el de paciente (77% vs. 23%), mientras que el caso de las mujeres, destacó en los familiares (53.2% vs. 46.8%). Según la edad de los usuarios, prevalecen los pacientes entre 51-70 años (80.9%), y los familiares entre 31-50 años (61.8%). Por lo que respecta al nivel de estudios, predominaron los pacientes y familiares con estudios primarios, seguidos de aquellos con estudios de formación profesional o bachiller.

Respecto a la situación laboral, prevalecen los usuarios jubilados, seguidos de los que permanecen en activo.

Información sobre Ingresos hospitalarios previos. Entre las personas que ya habían estado ingresadas, y reuniendo además la opinión de sus familiares, preguntamos si estaban preparados para continuar sus cuidados en su domicilio o AS al alta del hospital. Un 59% contestó que sí estaba preparado, mientras que un 15% indicó que no lo estaba.

En la [Tabla 1](#), se puede observar la distribución de frecuencias y porcentajes de las preguntas relacionadas con la información sobre ingresos hospitalarios previos.

Se realizó análisis bivariado entre los usuarios del estudio, pacientes y familiares, respecto al resto de variables estudiadas: Existen diferencias estadísticamente significativas entre la edad ($p=0.004$) y el tipo de usuario ($p=0.03$) respecto a si estaban preparados para continuar sus cuidados en domicilio.

Un total de 117 personas NO recibieron un ICE (38%) en el ingreso anterior, mientras que un 35% sí lo había recibido. Se asoció significativamente la variable nivel de estudio ($p=0.008$), la especialidad médica ($p=0.021$) y se encontraban en el límite de la significancia estadística (LSE) la edad ($p=0.075$), res-

pecto a si habían recibido en ese ingreso un ICE.

Por otro lado, un 62% de los participantes, afirma que recibió una información adecuada por parte de las enfermeras, mientras que un 11% no la había recibido. La variable Ingreso previo se asoció de manera significativa con haber recibido información adecuada [$p=0.002$; OR 0.1 – 95% IC (0.02-0.57)].

Valoración de coordinación entre niveles asistenciales. En la [Tabla 2](#), se muestra la distribución de frecuencias y porcentajes, puntuación media y desviación típica sobre las variables coordinación interniveles, comunicación AP-AE y grado de satisfacción según los usuarios relacionados con la opinión sobre la continuidad de Cuidados.

Para conocer su opinión sobre la coordinación interniveles asistenciales, es decir, la relación entre AP, AH y AS, preguntamos cómo consideraban que estaban coordinados: un 39% contestaron que estaban “bastante” coordinados, seguido de un 18% que indicaron que estaban “totalmente” coordinados. La puntuación obtenida fue mayor en caso de los pacientes, respecto a los familiares (3.7 ± 1.1 vs 3.6 ± 1.0). Existían diferencias estadísticamente significativas entre la especialidad médica ($p=0.002$), el tipo de ingreso ($p=0.008$), y el ingreso

previo ($p=0.007$) y la opinión sobre esta coordinación.

Seguidamente, preguntamos entre la comunicación entre la AP y la AE. Un 38% indicaron que la comunicación interniveles era “buena”, seguido de un 21% que indicó que era “regular” o de un 17% que indicó “excelente”. La puntuación media fue mayor entre los pacientes, respecto a los familiares (3.7 ± 0.1 vs. 3.6 ± 0.9). Existían diferencias estadísticamente significativas entre el género ($p=0.048$), ingresos previos ($p=0.017$) y el tipo de ingreso ($p=0.014$) respecto a la comunicación AP-AE.

Un 70% de los participantes creen conveniente recibir un ICE cuando salen del estar ingresados en el hospital, al igual que el informe médico. Existen diferencias estadísticamente significativas entre la especialidad ($p=0.005$), ingreso previo ($p=0.005$) y tipo de usuario ($p=0.006$) con la necesidad de ICE.

Se realizó análisis bivariado entre los usuarios del estudio, pacientes y familiares, respecto al resto de variables estudiadas: Las variables que se asociaron de manera estadística respecto al tipo de usuario fueron: el género ($p < 0.001$; OR 3.8; 95% IC 2.3-6.3), la edad ($p < 0.001$), el nivel de estudios ($p < 0.001$) y la situación laboral ($p < 0.001$).

Teniendo en cuenta las variables que se asocian estadísticamente, se rea-

liza un análisis multivariante conjunto de las mismas, objetivándose que las variables que realmente se asociaban a los usuarios de estudio, son el género ($p < 0.001$, OR 3.9; 95% IC 2.3-6.8) y el nivel de estudios ($p < 0.001$, OR 1.6; 95% IC 1.2-2.1).

Respecto al siguiente apartado de coordinación interniveles, mediante un análisis bivariado, se objetivó que los pacientes consideraron mejor coordinados la AP, AE y AS que los familiares (3.7 ± 1.09 vs. 3.56 ± 1.04). Igual aconteció respecto a su valoración de la comunicación existente entre AP y AE, donde también los pacientes lo valoraron más positivamente (3.73 ± 0.99 vs. 3.64 ± 0.89). No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas respecto a estas 2 variables estudiadas.

Les pedimos que puntuaran entre 0 y 10 puntos, su grado de satisfacción con los cuidados recibidos por parte del personal de Enfermería de nuestra unidad (o los aplicados a su familiar) durante su ingreso hospitalario actual. La nota media obtenida corresponde a 8.76 puntos.

DISCUSIÓN

La continuidad de cuidados en Enfermería, constituye un potente instrumento de mejora en la atención a las personas que transitan de un ámbito a

otro de la asistencia ⁽¹¹⁾. Una comunicación insuficiente y deficitaria al alta tiene efectos negativos afectando tanto a pacientes como a profesionales ⁽¹⁾. Es necesario mejorar la coordinación con AP y AS, ya que sólo un 18% de usuarios consideran que los distintos niveles asistenciales están bien coordinados y sólo 38% consideran que la comunicación es buena.

La continuidad asistencial es básica para afrontar las necesidades de los enfermos agudos, crónicos y al final de la vida. Para conseguir esa continuidad, debemos superar las barreras organizativas de los distintos niveles asistenciales, estableciendo mecanismos de coordinación adecuados.

Existen diferencias estadísticamente significativas respecto a la importancia que tanto familiares como pacientes otorga a la necesidad de mayor coordinación entre AP y AE, y la necesidad de mejorar la información y preparar para los cuidados necesarios en domicilio, al alta hospitalaria. Esta diferencia es mayor cuando ya habían estado ingresados previamente en el hospital. En la actualidad, nuestro principal empeño debe ser el registro del ICE en la historia clínica electrónica como medida de desarrollo profesional y como fomento de la relación interniveles. En la AH, debemos fomentar nuestra labor de enferme-

ras de enlace con AP y AS para continuar los cuidados y la educación para la salud que necesiten en muchos procesos, así como para seguir adecuadamente el plan de cuidados iniciado durante su estancia hospitalaria.

El ICE es un instrumento efectivo para dar continuidad a los cuidados, optimizando recursos del sistema sanitario, excelente para realizar EPS y aminorar la ansiedad del paciente ⁽¹¹⁾.

Consideramos los resultados como buenos, pero debemos tener en cuenta que el 70% de los participantes considera necesario recibir un ICE al igual que el informe médico, lo que nos hace plantearnos la necesidad de un esfuerzo mayor para conseguir mayor satisfacción de los usuarios con los cuidados ya que valoran muy positivamente nuestro trabajo y lo reconocen como importante. Los pacientes con un ICE tienen un nivel alto de satisfacción con la continuidad de cuidados ⁽⁵⁾. Este ICE resultó ser un factor de protección para la insatisfacción con la continuidad de cuidados; sin embargo, el hecho de que se entregue en la mano o se explique no parece afectar a la misma.

Realizar y entregar el ICE de cada paciente resulta imprescindible para los pacientes, sus familiares como para las enfermeras de ambos niveles asistenciales. La comunicación y la

coordinación del equipo sanitario se exponen como una pieza fundamental que se podría conseguir a través de la utilización de una herramienta útil como es el ICE ⁽¹¹⁾.

El ICE es un documento imprescindible para garantizar la continuidad de los cuidados. Refleja el trabajo enfermero, poniendo de manifiesto nuestro grado de autonomía profesional, haciendo partícipes al usuario, a la familia y a su enfermera, de forma que el paciente dispone por escrito de los cuidados que debe seguir en casa y que han comenzados durante su estancia y al alta hospitalaria.

Los resultados del estudio de Roldán-Chicano y cols. ⁽⁵⁾ indican que la presencia del ICE es un factor de protección frente a la insatisfacción, de forma que los pacientes con informe tienen una probabilidad 10% superior a los que no tienen informe de estar más satisfechos con la continuidad. Las llamadas telefónicas para interesarse por la situación del paciente 72 horas después de la hospitalización o los programas de entrenamiento para el autocuidado después de salir del hospital parecen tener resultados positivos sobre la satisfacción con la continuidad de cuidados ⁽⁵⁾.

El ICE se conforma como un instrumento adecuado para coordinar los cuidados, optimizando y racionalizando recursos del sistema sanitario, ya que se

reflejen en él todos los cuidados proporcionados y los que deben proporcionarse en el futuro inmediato.

El ICE constituye un avance en nuestra labor enfermera particular e independiente y aporta los datos que necesitan otros profesionales, el propio individuo o su familia para dar continuidad a la asistencia recibida. En la elaboración del ICE se desarrolla nuestra autonomía profesional, al tiempo que fomentan el reconocimiento socio-profesional, potencia la coordinación y la comunicación interprofesional, pues “la continuidad de los cuidados de los pacientes entre los diferentes niveles asistenciales no queda garantizada sin el ICE al alta hospitalaria”. Entre los aspectos a mejorar, destacan su extensión, la metodología empleada o su contenido ⁽¹⁾, pero debemos tener en consideración que los contenidos mínimos están establecidos en RD 2010.

Se evidencia la necesidad demandada por los pacientes y familiares de educación y formación sobre cuidados al alta de los pacientes, revelando, además, la importancia de los ICE para los usuarios de los servicios de Salud. Respecto a la opinión de las enfermeras del ASF, una media de un 86% consideran que ambos niveles asistenciales están entre nada o algo coordinados y el 80,4% considera que la comunicación

entre niveles asistenciales está entre nula y regular ⁽¹¹⁾, lo que contrasta con su opinión al respecto sobre la realidad de la práctica actual, ya que el 95,5% del personal de AH y el 96,8% del de AP consideran que la continuidad asistencial se sitúa entre bastante importante e imprescindible dentro de los servicios sanitarios ⁽¹¹⁾; así se resumen que en el ASF la comunicación y la coordinación no son un pilar fuerte dentro del equipo sanitario y, por tanto, la continuidad asistencial no está plenamente garantizada a pesar de la gran importancia que le otorgan ⁽¹¹⁾.

La satisfacción con la continuidad de cuidados se relacionó de forma positiva con el tiempo de estancia hospitalaria (5). En este estudio, se ha objetivado que los usuarios de nuestra unidad tienen una percepción de alta calidad de los cuidados de enfermería ofrecidos, puntuando su grado de satisfacción con un 8.76 sobre 10.

A modo de conclusión, comentar que la continuidad asistencial es básica para afrontar las múltiples necesidades de nuestros usuarios y para la comunicación y la coordinación del equipo sanitario, por lo que se deben superar las barreras organizativas de los distintos niveles asistenciales. Nuestro objetivo es fortalecer la autonomía e independencia en los cuidados de nuestros usuarios, por lo que es necesario implicar al el res-

to de profesionales. Debemos fomentar el trabajo dentro de un equipo multidisciplinar, en el que no existan las jerarquías de poder, así como el registro en la historia clínica del ICE, como medida de desarrollo profesional.

BIBLIOGRAFÍA

- García Ríos M, Canga Pérez R, García Bango A, Fernández Fernández B, Manjón García P, Ferrero Fernández IE. Utilidad percibida del informe de continuidad de cuidados de Enfermería. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA) [Internet]. Nov 2019 [citado 19 May 2020]; 7 (4): 35-46. Disponible en: https://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Revistas/Otono%202019/5_Continuidad%20V7-N4.pdf
- Sánchez Aragón S. Percepción del Informe de Continuidad de Cuidados al alta quirúrgica en Enfermería. NURE Inv [Internet]. Jun-Jul 2018 [citado 14 May 2020]; 15 (94). Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1362/832>
- Rivas Cilleros E, Velasco Montes J, López Alonso JC. Valoración del informe de enfermería al alta tras la hospitalización. Nuberos Científica [Internet]. Ene 2013 [citado 3 Jun 2020]; 2 (8). Disponible en: <http://nc.enfermeriacantabria.com/index.php/nc/article/view/63>
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. Documento consolidado Boletín Oficial del Estado-A-2010-14199. [citado 3 Jun 2020]; Núm. 225. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2010/09/03/1093/con>
- Berenguer-García N, Roldán-Chicano MT, Rodríguez-Tello J, García-López M del M, Dávila-Martínez R, Bueno-García MJ. Validación del cuestionario CTM-3-modificado sobre satisfacción con la continuidad de cuidados: un estudio de cohortes. Aquichan [Internet]. 12 feb 2018 [citado 14 May 2020]; 18 (1). Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/6967>
- Donabedian A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Salud Pública de México [Internet]. 1993 [citado 15 Sept 2014]; 35: 238-47. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10635302>
- Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: The chronic caremodel (part 2). JAMA [Internet]. 2002; 288:1909-14. Disponible en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=195407>
- Panamerican Health Organization. Innovative care for chronic conditions: Organizing and delivering a high quality care for noncommunicable diseases in the Americas [citado 3 sept 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/11dld8C>.
- Corrales-Nevado D, Palomo-Cobos Luis. La importancia de la longitudinalidad, integralidad, coordinación y continuidad de los cuidados domiciliarios efectuados por enfermería. Enferm Clín [Internet]. Enero 2014 - Febrero 2014 [citado 23 Oct 2014]; 24 (1). Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862113001319>
- Tarruella-Farré M. Registros de enfermería: por qué, para qué y cómo. Rev. Tesela [Internet]. 2013 [citado 23 Sept. 2014]; 14. Disponible en: <http://www.indexf.com/tesela/ts14/ts9378.php>
- Rivera Bugallo A, Pesado Cartelle JA, Tizón-Bouza E. Comunicación entre niveles asistenciales como garantía de continuidad asistencial: Situación actual del Informe de Alta de Enfermería en la Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol. Ferrol: Universidade da Coruña. Facultade de Enfermaría e Podoloxía. 2013: 98. Disponible en: <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/10211>

TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1. Distribución de Frecuencias y porcentajes de las preguntas relacionadas con la información sobre Ingresos Hospitalarios Previos.

INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS HOSPITALARIOS PREVIOS					
Variable		Paciente	Familiar	Análisis univariado	
		n (%)	n (%)	p	OR
Ingresos previos	Sí	134 (60.4)	88 (39.6)	0.574	0.85 (0.5-1.5)
	No	43 (64.2)	24 (35.8)		
Ingreso previo unidad	Sí	73 (64.0)	41 (36.0)	0.205	1.4 (0.8-2.4)
	No	59 (55.7)	47 (44.3)		
Preparación al alta	Sí	111 (64.2)	62 (35.8)	0.117	0.6 (0.3-1.1)
	No	22 (51.2)	21 (48.8)		
Recibió IAE	Sí	62 (57.4)	46 (42.6)	0.304	1.3 (0.8-2.3)
	No	75 (64.1)	42 (35.9)		
Información adecuada	Sí	120 (62.5)	72 (37.5)	0.549	0.8 (0.4-1.7)
	No	20 (57.1)	15 (42.9)		
Necesidad IAE	Sí	132 (61.1)	84 (38.9)	0.539	1.2 (0.7-2.2)
	No	38 (65.5)	20 (34.5)		

Tabla 2. Distribución de frecuencias y porcentajes, puntuación media y desviación típica sobre las variables coordinación interniveles, comunicación AP-AE y grado de satisfacción según los usuarios relacionadas con la opinión sobre la continuidad de Cuidados.

VARIABLES	PUNTUACIÓN	PACIENTE	FAMILIAR	P
¿CÓMO CONSIDERA QUE ESTÁN DE COORDINADOS LOS NIVELES ASISTENCIALES		Media ±DT	Media ±DT	0,941
		3,70 ± 1,09	3,56 ± 1,04	
		n (%)	n (%)	0.451
	Nada	8 (66.7)	4 (33.3)	
	Poco	18 (54.5)	15 (45.5)	
	Algo	24 (50.0)	24 (50.0)	
	Bastante	74 (61.2)	47 (38.8)	
Totalmente	36 (66.7)	18 (33.3)		
¿CÓMO VALORA LA COMUNICACIÓN ENTRE AP Y ESPECIALIZADA		Media ±DT	Media ±DT	0,444
		3,73 ± 0,99	3,64 ± 0,89	
		n (%)	n (%)	0.475
	Nula	5 (71.4)	2 (28.6)	
	Mala	14 (63.6)	8 (36.4)	
	Regular	35 (52.2)	32 (47.8)	
	Buena	72 (60.0)	48 (40.0)	
Excelente	34 (68.0)	16 (32.0)		
GRADO DE SATISFACCIÓN		Media ±DT	Media ±DT	0,868
		9,31 ± 1,20	9,27 ± 1,20	
		n (%)	n (%)	0.609
	3	1 (50.0)	1 (50.0)	
	4	1 (50.0)	1 (50.0)	
	5	4 (100)	-	
	6	-	1 (100)	
	7	4 (44.4)	5 (55.6)	
	8	20 (60.6)	13 (39.4)	
	9	37 (60.7)	24 (39.3)	
10	110 (61.8)	68 (38.2)		