

INFORME DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA, PROGRAMA CONECTA72 Y LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS: ESTUDIO DE OPINIÓN MÉDICA

Eva Tizón-Bouza ⁽¹⁾, José-Ángel
Pesado-Cartelle ⁽²⁾, Noemí Pérez-
Felpete ⁽³⁾

- 1.- Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol -
Sergas. España.
- 2.- Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.
Servizo Galego de Saúde (Sergas) (Ferrol,
España). Facultad de Enfermería y Podología de
Ferrol. Universida de da Coruña (Ferrol, España).
- 3.- Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.
Servizo Galego de Saúde (Sergas) (Ferrol,
España).

Tizón-Bouza, E., Pesado-Cartelle, J.,
& Pérez-Felpete, N. (2019). INFORME
DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA, PROGRAMA
CONECTA72 Y LA ENFERMERA GESTORA DE
CASOS: ESTUDIO DE OPINIÓN
MÉDICA. *Revista ENE de Enfermería*,
13(2).

Consultado de [http://www.ene-
enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/
article/view/959](http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/959)

RECIBIDO: 24/03/2019
ACEPTADO: 03/05/2019

Resumen:

Antecedentes y objetivos: El Informe de Cuidados de Enfermería (ICE) recoge cuidados enfermeros durante la estancia hospitalaria. CONECTA72 es un programa para asegurar el seguimiento de cuidados al alta, y su hilo conductor es el ICE. La enfermera gestora de casos (EGC) focaliza su actividad en la práctica avanzada del cuidado. El objetivo es conocer la opinión de los médicos/as del Área Sanitaria de Ferrol sobre ICE, CONECTA72 y EGC.

Métodos: Estudio observacional descriptivo con 172 facultativos especialistas y residentes. Participación voluntaria, mediante cuaderno de datos ad hoc enviado por correo electrónico tras los correspondientes permisos.

Resultados: El 78,1% conocen la existencia del ICE; 73,1% lo habían leído en alguna ocasión, 88,6% cree conveniente que los pacientes lo reciban. 61,6% conocen CONECTA72, aunque el 23,2% no han participado en él. El 83,2% creen conveniente la existencia de EGC.

Conclusiones: El ICE es un instrumento efectivo para dar continuidad a los cuidados, pero existe un desconocimiento importante sobre cuándo se realiza y su contenido. Parece necesario promocionar CONECTA72, ya que es desconocido por un tercio del personal

médico; aunque no parece que su existencia pueda suplir la figura de EGC.

Palabras clave: Enfermería, gestión de la calidad, continuidad de la atención al paciente, Alta del Paciente, Comunicación en salud.

Abstract:

NURSING CARE REPORT, CONECTA72 PROGRAM AND THE CASE MANAGEMENT NURSING: MEDICAL OPINION STUDY.

Background and objectives: Patient Care Report (PCR) collects nursing care, which is provided to the patient during the hospital stay. CONECTA 72 is a program to ensure the monitoring of these cares and, the PCR is the overarching element. Case Management Nurse focuses its activity on advanced practice of care. The objective is known the doctor's opinion about PCR, CONECTA 72 and Case Management Nurse in Health Area of Ferrol.

Methods: Descriptive observational study with 172 specialists and residents. They participated voluntarily in the study through an ad hoc data collection notebook sent by email after the corresponding permits.

Results: About 78.1% of them know the existence of PCR; 73.1% had read it occasionally; 88.6% believe it is convenient for patients to receive it when

they left the hospital. About 61.6% of them know CONECTA72, although 23.2% have not participated in the program. 83.2% believed the figure of case management nurse is convenient.

Conclusion: The PCR is an effective instrument to give continuity of care, but there is a significant lack of knowledge about when is performed and its content. It seems necessary to deepen the promotion of CONECTA72, since it is unknown by a third of the medical staff; although it does not seem that its existence can replace the figure of Nurse Case Manager.

Key Words: Nursing, quality management, Continuity of Patient Care, Patient Discharge Health Communication.

INTRODUCCIÓN

La Ley 14/1986, General de Sanidad, establece en España la configuración de las Áreas de Salud para organizar un sistema sanitario coordinado con dos niveles de asistencia: Atención Primaria (AP) y Atención Hospitalaria (AH) 1, 2. La Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), establece que la AP es el nivel básico e inicial de atención; la AH garantiza la continuidad asistencial, una vez superadas las posibilidades en AP y hasta poder reintegrarse en ella 1, 3.

El Servicio Gallego de Salud (Sergas) ha desarrollado las Estructuras Organizativas de Gestión Integrada (EOXI), para mejorar la gestión en las áreas de salud y lograr una atención integral, eliminando las barreras interniveles; requiere la actuación interdisciplinar y coordinada entre AH-AP para garantizar continuidad asistencial⁴.

Entre las nuevas estrategias de gestión del Sergas para el seguimiento de pacientes hospitalarios destaca el programa CONECTA72 que se encarga de realizar, en las primeras 72 horas, una consulta telefónica del enfermero/a de AP⁵. Su finalidad es mejorar la calidad asistencial, aumentar la confianza entre pacientes y profesionales y agilizar los cuidados a los pacientes tras el alta⁶. El hilo conductor es el Informe de Cuida-

dos de Enfermería (ICE) realizado en el hospital.

Una parte fundamental del trabajo diario son los registros, soporte documental que recoge la actividad enfermera, los cambios evolutivos del paciente, se toman decisiones relacionadas con sus necesidades y aseguran la continuidad de los cuidados^{7, 8}. Dentro del Conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el SNS, se encuentran los ICE⁹, como respuesta a la necesidad de comunicación entre los enfermeros/as de los niveles asistenciales^{1, 10}. Al finalizar la estancia del usuario en una institución hospitalaria, una asistencia a urgencias, una intervención quirúrgica o acudir a una consulta, el paciente recibe un ICE^{1, 11}, para realizar educación para la salud o aminorar su ansiedad^{1, 12}.

Como nexo de unión interniveles, varios servicios de salud cuentan con enfermera/o gestor de casos (EGC) (antes conocida como enfermería de enlace). La EGC procura la coordinación del plan asistencial y enmarcan su trabajo en un modelo de práctica avanzado dirigido a los pacientes frágiles y vulnerables con grandes necesidades de cuidados en domicilio^{1, 13}.

Los enfermeros son los encargados de la gestión de casos, por ser considerados los profesionales idóneos para el desarrollo del plan de atención, su me-

Metodología de trabajo, la formación socio-sanitaria integral en salud, su cercanía y accesibilidad al paciente y familia, así como la capacidad de gestión y planificación a corto, medio y largo plazo¹⁴. Se encargan de coordinarse entre los profesionales de distintos niveles, potenciando una atención integral antes del alta hospitalaria y con la mira puesta en el retorno domiciliario¹⁵.

El objetivo de este estudio es conocer la opinión de los médicos/as del Área Sanitaria de Ferrol (ASF) sobre el ICE, programa CONECTA72 y la EGC.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal.

La población de estudio estaba formada por médicos/as especialistas e internos residentes (MIR) de la EOXI Ferrol. Según la última memoria del ASF (2016)¹⁶, 256 médicos pertenecían a AH (incluyen 27 jefes de servicio/sección, 27 médicos de Urgencias), 158 médicos a AP (incluyen 21 médicos coordinadores y 25 pediatras) y 70 MIR.

Se determinó un tamaño muestral de 150 respuestas, para una significancia estadística del 95%, precisión 4% y proporción esperada 10%.

Los criterios de selección fueron: aquellos médicos/as especialistas y MIR, que voluntariamente aceptaran participar, tras ser debidamente informados.

Se diseñó un cuaderno ad hoc agrupado en cuatro bloques:

1. Características sociolaborales: sexo, edad, tipo de contrato, lugar de actividad profesional (AP vs. AH), especialidad médica.

2. Conocimientos sobre el Informe de Cuidados de Enfermería: ¿Conoce la existencia de los ICE?, ¿Ha leído en alguna ocasión un ICE?, ¿Cuándo debe realizar el personal de Enfermería el ICE?, ¿Qué apartados debe contener?, ¿Cree conveniente que todo

paciente hospitalizado reciba un ICE al alta, al igual que el informe médico?, ¿Cuál es su opinión respecto a la realización de ICE por Enfermería?

3. Conocimientos sobre el Programa CONECTA72: ¿Conoce CONECTA72?, ¿Ha participado en CONECTA72?

4. Conocimientos sobre la Enfermera gestora de casos: ¿Conoce la existencia de EGC? Si la respuesta era negativa, se especificaba una definición de EGC, para continuar con: ¿Cree conveniente la existencia de una EGC entre AH y AP?, ¿Considera la EGC una figura facilitadora de la continuidad de los cuidados y de mejora de la comunicación interdisciplinar e interniveles asistenciales?

Se obtuvo permiso para la realización del estudio por parte de la Dirección de EOXI Ferrol.

Se envió el cuaderno de datos por correo electrónico corporativo, mediante un enlace web.

Se respetaron las normas de buena práctica clínica, se garantizó la confidencialidad de la información y todos los participantes tuvieron en el tratamiento de datos una garantía de estricta confidencialidad y anonimato.

Para el análisis de datos, las variables cuantitativas se expresaron como Media \pm desviación típica, las variables

cualitativas como valor absoluto y porcentaje con su estimación del 95% índice de confianza, la comparación de medias se realizó por medio de la t de Student o test de Mann Whitney, según procediese. La asociación de variables cualitativas se estimó por medio del estadístico Chi-cuadrado. Se realizan dos análisis bivariados entre las respuestas procedentes de aquellos especialistas en MFyC respecto al resto de especialidades médicas y entre el lugar de trabajo (AP respecto a AH). El análisis se realizó con el paquete IBM SPSS en su versión 20.0.

RESULTADOS

Se recogieron 151 respuestas correctamente cumplimentadas.

Características sociolaborales. El 53% fueron mujeres. La media de edad 46,2 años ($\pm 10,4$ años, rango 25-65 años). Participaron médicos/as de todas las categorías, incluidos psicólogos/as y farmacéuticos/as. El 37,1% pertenecían a MFyC. Un 54,3% trabajaban en AH. Dos personas tenían puestos de gestión. El 70,2% tenían una vinculación laboral fija, mientras que el 14,6% eran eventuales, un 9,3% MIR.

El primer análisis bivariado entre las respuestas de los MFyC respecto al resto de especialidades médicas (Tabla 1), indicó que la media de edad entre

MFyC fue de 49,9 años (DT±8,2 años, mediana 52 años), mayor que en las demás especialidades (44,0 años DT±10,9 años, mediana 45 años). Respecto al lugar de atención, se objetiva una media de edad mayor en médicos/as que trabajan en AP (50,9 años DT±8,3 años, mediana 52 años); mientras en las restantes especialidades es 42,0 años (DT±10,4 años, mediana 42 años). En la Tabla 1, se pueden observar el resto de resultados sobre las características sociolaborales.

Conocimientos sobre el ICE: El 78,1% conocían la existencia del ICE; de los cuales, un 73,1% había leído uno en alguna ocasión. Un 34,9% consideraban “muy necesario” la existencia de ICE, un 32,2% como “imprescindibles”. Para el 29,5%, eran “necesarios en algunas ocasiones”. Un 88,6% creían conveniente que los pacientes recibieran un ICE tras el alta hospitalaria.

A la pregunta sobre cuándo se deben realizar los ICE, un 66,9% indicó al “alta hospitalaria”, mientras que un 61%, respondió que “se va conformando en base a los cuidados proporcionados por enfermería”.

Sobre el contenido de cada ICE, un 76,5% indicó la valoración de Enfermería, un 68,1% el evolutivo de Enfermería, un 79,8% diagnósticos de Enfermería, un 26,1% diagnósticos médicos,

un 70,6% consejos de promoción de la salud, un 96,6% información complementaria (sondas, heridas, curas, estomas...), un 66,4% consejos sobre medicación y un 0,8% indica que debe contener la firma de la Enfermera.

Conocimientos sobre el Programa CONECTA72: El 61,6% conocen la existencia del CONECTA72. Sobre su participación, un 23,2% “no habían accedido nunca al programa”. Un 6,6% participan “siempre que le dan el alta hospitalaria a uno de mis pacientes”. Al 2,6% no le interesa el programa.

Conocimientos sobre la EGC: El 66,2% desconocen su existencia. Una vez explicada su función, el 76,8% ve necesaria su existencia. El 83,2% considera conveniente que exista la EGC. El 4,6% refleja que sólo es necesaria según su complejidad, el 2% consideran que esa labor la realiza la enfermera de AP y el 0,7% indica que debe estar supeditada al médico.

El análisis bivariado entre los MFyC respecto al resto de especialidades médicas (Tabla 2), muestra que ninguna de las variables estudiadas entre el conocimiento y opinión de médicos/as sobre el ICE, se relacionan de manera significativa según la especialidad médica. Los porcentajes de conocimiento (82,1% vs. 75,8%), lectura (76,1% vs. 71,2%) y conveniencia de recibir un ICE

(91,1% vs. 85,3%) son mayores entre los MFyC.

Respecto al momento en el que se debe realizar el ICE, existen diferencias estadísticamente significativas entre el conocimiento de médicos/as respecto a que “se van conformando en base al plan de cuidados” ($p=0,031$) y “al ingreso hospitalario” ($p=0,047$). Son los médicos/as de otras especialidades los que tienen un mayor porcentaje en la respuesta “el ICE se va conformando en base al plan de cuidados”.

Ninguna de las variables estudiadas sobre el contenido que debe tener un ICE se relacionan de manera significativa con la especialidad médica, aunque el conocimiento sobre los datos que debe contener el ICE es mayor en las otras especialidades.

En relación al conocimiento y opinión sobre la figura de la EGC, las variables “conviene la EGC” ($p=0,035$) y “necesidad de EGC” ($p=0,020$) se asocian de manera significativa con la especialidad médica (Tabla 3). Los especialistas en MFyC no consideran conveniente la EGC [OR 2,1; 95% IC (1,0-4,3)]. Los datos son similares respecto a la necesidad de esta figura, reflejándose una necesidad percibida más elevada por parte del resto de especialidades (35,5% vs. 6,5%) [OR 2,3; 95% IC (1,1-4,7)].

Las variables estudiadas respecto al conocimiento ($p<0,001$) y participación ($p=0,010$) de médicos/as en CONECTA72, se asocian de manera significativa con la especialidad médica (Tabla 3); los MFyC conocen y participan en CONECTA72 más que otras especialidades médicas. El 51,6% de otros especialistas no conocen este programa [OR 0,4; 95% IC (0,2-0,7)], dato que se relaciona con su falta de participación (76,1%) [OR 0,7; 95% IC (0,5-0,9)].

En el análisis bivariado entre el lugar de trabajo y nivel asistencial, ninguna de las variables estudiadas entre el conocimiento y opinión sobre el ICE, se relacionan de manera significativa según el nivel de asistencia. Los porcentajes de conocimiento (85,1% vs. 72,6%), lectura (78,9% vs. 67,7%) y conveniencia de recibir un ICE (91% vs. 84,5%) son mayores entre los que trabajan en AP (Tabla 4).

Respecto al momento en el que se debe realizar el ICE, existen diferencias estadísticamente significativas entre los conocimientos respecto a que “se van conformando en base al plan de cuidados” ($p=0,041$), “al ingreso hospitalario” ($p=0,001$) y el lugar de trabajo. Son los profesionales de AH, los que responden en mayor porcentaje que el ICE “se va conformando en base al plan de cuidados”. Respecto a la opinión

que el ICE se realiza “al alta hospitalaria”, el mayor porcentaje se da en los profesionales de AP.

Ninguna de las variables estudiadas sobre el contenido que debe tener un ICE se relacionan de manera significativa con el lugar de trabajo. Los datos sobre el contenido en cada uno de los apartados, son mayores en AH.

En relación al conocimiento y opinión sobre la EGC, ninguna de las variables se asocia de manera significativa con el lugar del trabajo. Los porcentajes sobre las cuestiones son más altos en las respuestas de AH: conocimientos sobre la EGC (32,8% vs. 34,5), conveniencia de EGC (77,6% vs. 84,5%) y necesidad de EGC (80,3% vs. 85,5%) (Tabla 5).

Las variables estudiadas respecto al conocimiento ($p < 0,001$) y participación ($p = 0,001$) en el CONECTA72, se asocian de manera significativa con el lugar de trabajo; los especialistas de AP conocen y participan en CONECTA72 más que los pertenecientes a AH. Más de la mitad de los especialistas de AH no lo conocen (57,1%) [OR 0,3; 95% IC (0,1-0,5)], dato que se relación con su no participación en el mismo (83,3%) [OR 0,6; 95% IC (0,5-0,8)] (Tabla 5).

DISCUSIÓN

La necesidad de conocer las percepciones de los médicos/as del ASF respecto al ICE, su actuación ante el nuevo programa CONECTA72 y su opinión sobre las EGC se ha visto cumplida con este estudio, al conseguir una alta participación y una muestra significativa para poder extrapolar los resultados en la organización. No es posible realizar una comparación de resultados, puesto que estas tres preguntas no han sido respondidas con anterioridad. Por primera vez, se ha preguntado a médicos/as, respecto a estos aspectos actuales y que importan en el trabajo diario enfermero. Además, tampoco se han encontrado estudios realizados en otras áreas de salud (CONNECTA72 sólo está instaurado en Galicia).

Existen diferencias entre las diferentes especialidades y el lugar de atención de cada profesional. La media de edad de los profesionales de la especialidad de MFyC es 5,9 años mayor respecto a médicos/as de otras especialidades; esta media se corresponde con los años de experiencia, lo que contribuye a un mayor conocimiento sobre el objetivo de estudio.

El Sergas promueve la continuidad asistencial mediante una organización centrada en el paciente para asegurar la calidad asistencial, que supere la

separación entre AP-AH, integrando la atención sociosanitaria¹, 17; resulta prioritario aportar nuestro granito de arena para acercar los niveles asistenciales¹, 18, al menos entre enfermeras 19.

El conocimiento, lectura y conveniencia sobre el ICE es mayor entre los MFyC, revelándose un mayor déficit de conocimientos entre los médicos/as hospitalarios (51,6%), lo que influye negativamente en el trabajo enfermero diario; no conocer su importancia o el tiempo dedicado, acrecienta las probabilidades de no cumplimentación del mismo por parte de las enfermeras. Uno de los principales motivos de no realizar los ICE es por la falta de planificación de las altas hospitalarias (o su comunicación con suficiente antelación para una previsión de cuidados). A pesar del alto porcentaje de médicos/as que conocen o han leído alguna vez un ICE, consideramos que más de un 20% de desconocimiento, es un porcentaje pobre, por lo que se deberían plantear medidas formativas de mejora al respecto.

El ICE garantiza la continuidad de los cuidados, revelándose como un instrumento excelente para realizar educación, al paciente y su familia¹, 20. Sin embargo, el 39% desconoce cuándo se debe realizar, cuya implementación es diaria, a través del plan de cuidados y

según la evolución de cada persona, para terminarlos al alta hospitalaria.

El contenido de los ICE viene legislado desde el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos²¹, pero no todos los facultativos conocen sus apartados. El porcentaje de conocimiento oscila entre el 66,4 y el 79,8%, a excepción de la firma de la enfermera responsable, cuyo porcentaje no llega al 1%.

Se recomienda incluir en el ICE un apartado dedicado a diferentes aspectos relacionados con educación, centrado en cada persona y familia, teniendo en cuenta el grado de conocimientos de la persona, su nivel cultural y social; debemos comenzar esta enseñanza tan pronto como el paciente se haya estabilizado y la familia esté receptiva como para poder asimilar lo que estamos intentando enseñarles. Este importante paso enfermero debe realizarse durante la estancia hospitalaria y continuarse en el domicilio por parte de las enfermeras de AP¹, 22.

EL 66,2% desconocen la figura y las funciones de la EGC; aunque este porcentaje aumenta un 10,6% tras conocer sus funciones, así como la necesidad percibida sobre la conveniencia de tener una EGC, que lo hace en un 17%. Un pequeño porcentaje de participantes considera que la actuación enfermera es la de mero facilitador de actividades y

órdenes biomédicas; muchos incluso consideran que las funciones de EGC las debe realizar la enfermera de AP (2%). A pesar de este desconocimiento, no parece que su existencia pueda suplir la figura de EGC (con excelente valoración percibida y que refieren como necesaria más del 80% de los médicos y las médicas).

El nivel bajo de conocimiento sobre la EGC, parecen influir en su opinión, conveniencia y necesidad, como así se especifica en los resultados estadísticamente significativos respecto a este desconocimiento. Se ha demostrado que, tras conocer qué significa esta figura, los datos sobre su conveniencia y necesidad aumentan, por lo que habría que profundizar en este conocimiento. El desconocimiento sobre EGC se configure como un factor protector para no creer en la necesidad (OR 2,3) ni conveniencia de la misma (OR 2,1).

Años después de la presentación del CONECTA72, el 38,4% de los médicos/as de la EOXI Ferrol siguen sin conocerlo, y hasta un 23,2% no han participado. Preocupa ese 2,6% a quien no le interesa el programa, a pesar de informarles sobre su importancia. Los datos mejoran respecto al conocimiento sobre los ICE y el programa CONECTA72 entre los especialistas en MFyC, y de manera general entre los profesionales que

trabajan en AP. En AH no pueden participar en el programa de manera directa por desarrollarse en AP, pero estimamos que un mayor compromiso por su parte redundaría en una mejor coordinación. Se hace necesario profundizar en la promoción del CONECTA72, así como realizar estudios de viabilidad y conocer resultados de mejora tras su implantación, ya que, tras más de tres años de implantación, es desconocido todavía por un tercio del personal médico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rivera Bugallo A, Pesado Cartelle JA (Dir.), Tizón Bouza E (Dir.). 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. Universidade da Coruña. 2013. Disponible en:
https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/10211/RiveraBugallo_Aurora_tfg_2013.pdf?sequence=2&isAllowed=y.
2. Ley 14/1986 de 25 de abril, General de sanidad. Boletín oficial del estado. Nº 102 (Abril. 29, 1986). Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1986-10499>
3. Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del estado. Nº 128 (Mayo. 29,2003). Disponible en:
<http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-10715>.
4. Xunta de Galicia. Estrategia SERGAS 2014. La Sanidad Pública al servicio del paciente. Santiago de Compostela: Servicio Galego de Saúde. 2014. Disponible en: http://www.sergas.es/Docs/Conselleria/Estrategia_Sergas_2014.pdf
5. Servicio Galego de Saúde. Conecta 72 [Página Web] [Citado 14 de Ene de 2017]. Disponible en: <http://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Conecta-72?idioma=es>
6. Servicio Galego de Saúde. Conecta 72 [Página Web]. [Citado 3 de Jun de 2018]. Disponible en: <https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/658/B.%20Conecta%2072.pdf>
7. García-Sampedro R, Rodríguez-Muriel JM, Figueira-Vicente M, Yáñez-Garrote M. Opinión de los familiares acerca del informe de alta de Enfermería en el lactante quirúrgico. *Enferm Clin* [Internet]. 2008 [Citado 13 Ene 2016]; 18 (5): 239-44.
8. García-Sampedro R, Rodríguez-Muriel JM, Figueira-Vicente M, Yáñez-Garrote M. Opinión de los familiares acerca del Informe de Alta de Enfermería en el lactante quirúrgico. *Enferm Clin*. 2008; 18 (5): 239-44.
9. Boletín Oficial del Estado. 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. [Citado 2 Jun 2018]. Disponible en:
<http://www.boe.es/boe/dias/2010/09/16/pdfs/BOE-A-2010-14199.pdf>
10. Corrales-Nevado D, Palomo-Cobos L. La importancia de la longitudinalidad, integralidad, coordinación y continuidad de los cuidados domiciliarios efectuados por enfermería. *Enferm Clínica* [Internet]. [Citado 13 Ene 2016]; 24 (1). Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862113001319>.
11. Jurado-Campos J, Anglada-Dilme MT, Canet-Ponsa M, Privat-Marcè ML, Fàbrega-Pairó T, Juvinyà-Canal D. Implementación de un modelo integrado de enfermería gestora de casos: un estudio descriptivo. *Enferm Clin* [Internet]. 2008 [Citado 13 Ene 2016]; 18 (5): 253-61.
12. Gala Fernández B, Romeo López AS, Pérez Hernández RM. La enfermera, profesional clave para la coordinación de la atención socio-sanitaria a personas con dependencia. *Index Enferm* [Internet]. 2006 Oct [Citado 15 Ene 2018]; 15 (54): 7-9. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000200001&lng=es.
13. Martínez Martín ML, Canalejas Pérez MC, Vera Corte ML, Cid Galán ML, Martín Salinas C, Otero Puime A. Déficit de autocuidado de los pacientes con 75 y más años, después del alta hospitalaria, en unidades médico quirúrgicas del Hospital Universitario La Paz. *NURE Inv*. [Internet] 2010 [Citado 6 Feb 2018]; 7 (47): [21 páginas]. Disponible en:
http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/proyectomayores75_47.pdf
14. Calero Romero MR. La continuidad de cuidados de los pacientes intervenidos de fractura de cadera. *Enferm global*.2012; (27): 238-58.
15. Servicio Andaluz de Salud. Manual de la Gestión de Casos en Andalucía: Enfermeras Gestoras de Casos en el Hospital. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. 2006.
16. Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol. Memoria 2016. Ferrol: Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. 2017.
17. Xunta de Galicia. Funcións do Servizo Galego de Saúde. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia. Disponible en:
http://www.sergas.es/MostrarContidos_N3_T01.aspx?IdPaxina=10029
18. Rubén Pérez JM, Urzanqui Rodríguez M, Rodríguez Herce C, Blaco Ros M, Ascarza Rubio S, Musitu Pérez V. Evaluación de la rele-

vancia del informe de enfermería al alta hospitalaria por el usuario interno y externo. NURE Inv [Internet] 2006 [Citado 24 Feb 2016]; (24): [23 páginas]. Disponible en:

http://www.fuden.org/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/Original_24.pdf

19. Melguizo Jiménez M, Cámara González C, Martínez Pérez JA, López Santiago A, Prieto Orzanco A, García Ortiz T, et al. Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Proyecto AP-21 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007 [Citado 4 Dic 2017]. Disponible en:

http://www.msc.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf

20. Manito Lorite I, Ondiviela Cariteu A, Servera Mir M, Tomás Sánchez, M. Estudio sobre las dificultades en la implantación y seguimiento de la continuidad asistencial entre niveles. Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona de la fundación "la Caixa "[Internet]; 2005 [Citado 20 Jun 2017]; [57 páginas]. Disponible en:

<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21507/1/2005.pdf>

21. García Pérez E. La gestión de casos en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Metas de Enferm. 2009; 12 (4): 50-7.

22. García-Sampedro R, Rodríguez-Muriel JM, Figueira-Vicente M, Yáñez-Garrote M. Opinión de los familiares acerca del Informe de Alta de Enfermería en el lactante quirúrgico. Enferm Clin. 2008; 18 (5): 239-44.

TABLAS

Tabla 1: Relación de variables sociodemográficas según especialidad médica MFYC u otras y según lugar de atención.

VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICAS					
VARIABLES		%	%	P	OR (95% IC)
		MFYC	OTRAS		
Sexo	Hombre	44,3	55,7	0,160	1,5 (0,8-2,9)
	Mujer	35	65		
Tipo de Contrato	Fijo	42,5	57,5	0,096	-
	Interino	66,7	33,3		
	MIR	21,4	78,6		
Lugar de Atención	AH	6,1	93,6	<0,001	0,1 (0,04-0,2)
	AP	79,4	20,6		5,9 (3,7-9,7)
		AP	AH		
Sexo	Hombre	52,1	47,9	0,076	1,8 (0,9-3,4)
	Mujer	37,8	62,2		
Tipo de contrato	Fijo	51,4	48,6	0,011	-
	Interino	66,7	33,3		
	MIR	13,3	86,7		

Tabla 2: Análisis bivariado entre MFyC y el resto de especialidades, respecto al ICE.

VARIABLES		MFYC	OTRAS	P	OR (95% IC)	
		%	%			
INFORME DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (ICE)						
Conoce el ICE	Sí	82,1	75,8	0,441	1,2 (0,5-2,7)	
	No	17,9	24,2			
Lectura del ICE	Sí	76,1	71,2	0,561	1,2 (0,5-2,8)	
	No	23,9	28,8			
Conviene recibir ICE	Sí	91,1	85,3	0,299	1,1 (0,4-3,2)	
	No	8,9	14,7			
Momento en que se cumpliment a el ICE	Al alta hospitalaria	Sí	75,6	0,114	1,2 (0,9-1,6)	
		No	24,4		34,4	0,6 (0,4-1,1)
	En base al plan de cuidados	Sí	48,9	68,5	0,031	0,6 (0,2-0,9)
		No	51,1	31,5		1,3 (1,03-1,5)
	Al ingreso hospitalario	Sí	15,6	32,9	0,047	0,7 (0,5-1,01)
		No	84,4	67,1		1,6 (1,0-2,4)

Tabla 3: Análisis bivariado entre MFyC y el resto de especialidades, respecto a la figura del enfermero/a gestor de casos y el programa CONECTA72.

VARIABLES		MFYC	OTRAS	P	OR (95% IC)
		%	%		
ENFERMERA GESTORA DE CASOS (EGC)					
Conoce la EGC	Sí	37,5	31,6	0,457	1,1 (0,7-1,8)
	No	62,5	68,4		0,9 (0,7-1,2)
Conviene la EGC	Sí	75	85,3	0,035	0,8 (0,7-1,0)
	No	25	14,7		2,1 (1,0-4,3)
Necesidad de EGC	Sí	35,5	64,5	0,020	0,8 (0,7-0,9)
	No	60	40		2,3 (1,1-4,7)
PROGRAMA CONECTA72					
Conoce CONECTA72	Sí	83,9	48,4	< 0,001	1,6 (1,2-1,9)
	No	16,1	51,6		0,4 (0,2-0,7)
Participa en CONECTA72	Sí	48,9	23,9	0,010	2,2 (1,1-4,04)
	No	51,1	76,1		0,7 (0,5-0,9)

Tabla 4: Análisis bivariado según el nivel asistencial, respecto al ICE.

VARIABLES		AP	AH	p	OR (95% IC)
		%	%		
INFORME DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (ICE)					
Conoce el ICE	Sí	85,1	72,6	0,084	2,1 (0,9-4,7)
	No	14,9	27,4		
Lectura del ICE	Sí	78,9	67,7	0,168	1,7 (0,8-3,9)
	No	21,1	32,3		
Conviene recibir ICE	Sí	91	84,5	0,138	2,2 (0,8-6,6)
	No	9	15,5		
Momento en que se cumplimenta el ICE	Al alta hospitalaria	Sí	75	0,077	1,8 (0,9-4,1)
		No	25		40,3
	En base al plan de cuidados	Sí	50	0,041	0,7 (0,5-0,9)
		No	50		29
	Al ingreso hospitalario	Sí	12,5	0,001	0,3 (0,1-0,7)
		No	87,5		61,3

Tabla 5: Análisis bivariado según el nivel asistencial, respecto a la EGC y el programa CONECTA72.

VARIABLES		AP	AH	p	OR (95% IC)
		%	%		
ENFERMERA GESTORA DE CASOS					
Conoce la EGC	Sí	32,8	34,5	0,672	0,9 (0,4-1,7)
	No	67,2	65,5		0,9 (0,7-1,2)
Conviene la EGC	Sí	77,6	84,5	0,278	0,6 (0,3-1,5)
	No	22,4	15,5		2,1 (1,0-4,3)
Necesidad de EGC	Sí	80,3	85,5	0,271	0,6 (0,3-1,5)
	No	19,7	14,5		2,3 (1,1-4,7)
PROGRAMA CONECTA72					
Conoce CONECTA72	Sí	85,1	42,9	< 0,001	1,9 (1,5-2,5)
	No	14,9	57,1		0,3 (0,1-0,5)
Participa en CONECTA72	Sí	49,1	16,7	0,001	3,4 (1,5-8,1)
	No	50,9	83,3		0,6 (0,5-0,8)