

INFLUENCIA DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA SATISFACCIÓN Y CALIDAD DE VIDA DEL USUARIO

AUTORÍA

Molero Hernández, Rocío Ana*.
Barbero Sinoga, M^a Carmen*.
Ledesma García, Pilar*.
Martínez Rodríguez, M^a Ángeles **.
Sotomayor Palma, Jesús ***

* D.U.E de urgencias del H.A.R Valle del Guadiato. Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir

** Supervisora de Enfermería de Urgencias/Hospitalización del H.A.R Valle del Guadiato. Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir

*** Licenciado en Investigación y técnicas de mercado

Dirección para correspondencia:

enfermeriadeurgencias@enfermeriadeurgencias.com

RESUMEN

En la actualidad asistimos a importantísimos cambios demográficos y sociales, que están generando nuevas demandas en los servicios sanitarios y con ello la necesidad de dar respuestas integradas y continuadas a las personas que requieren dichos servicios. Así pues, la continuidad de cuidados de enfermería constituye hoy un potente instrumento de mejora en la atención a los ciudadanos que transitan de un ámbito a otro de la asistencia, con especial atención a los pacientes frágiles y sus cuidadores/as familiares.¹

La gestión por Procesos es un elemento básico del Plan de Calidad de la Consejería de Salud para garantizar la continuidad asistencial. Así sería necesaria una Valoración integral con la utilización de cuestionarios de evaluación y un plan de cuidados basado en las taxonomías para problemas, intervenciones y resultados.²

Esta metodología se basa en el proceso enfermero como método científico de prestación de cuidados, que tiene como objetivo, brindar mejores cuidados de enfermería, gestionar de manera más eficiente los recursos y por tanto aumentar la satisfacción de nuestros pacientes.

Por ello, nos planteamos un estudio de cohortes que pretende determinar la influencia de la continuidad de cuidados en el proceso asistencial del usuario entre un servicio de atención primaria y especializada. Para ello vamos a analizar la adquisición de recursos humanos y materiales al paciente para la mejora de su calidad de vida, así como la satisfacción percibida por el usuario tras recibir continuidad de cuidados entre el hospital y su centro de salud.

PALABRAS CLAVE:

Enfermería, Niveles Asistenciales, Proceso Enfermero, Continuidad de Cuidados, satisfacción, Calidad de vida, Comunicación interniveles, Enfermera Gestora de Casos

TITLE

INFLUENCE OF CONTINUITY OF CARE ON SATISFACTION AND QUALITY OF LIFE FOR USERS

ABSTRACT

Today we witness very important demographic and social changes that are generating new demands on health services and thus the need for integrated and sustained responses to people who require health services. That is why the continuity of nursing care, is now a powerful tool for improving attention to citizens who travel from one area to another of assistance, with special attention to fragile patients and their caregivers / as familiares ¹

Process Management is a basic element of the Quality Plan Health Counseling to ensure continuity of care. So it would be necessary comprehensive assessment with the use of questionnaires and an evaluation plan taxonomies based care for problems, interventions and results.²

This methodology is based on the nursing process and scientific method of provision of care, which aims, provide better care nursing, manage resources more efficiently and therefore increase satisfaction of our patients.

Therefore, we considered a cohort study aiming to determine the influence of continuity of care in the care process between a user primary care services and specialized. To do this we will analyze the acquisition human and

material resources to the patient to improve their quality of life, so satisfaction as perceived by the user after receiving continuity of care between hospital and health center

KEY WORDS:

Nursing, Welfare Levels, Nursing Process, Continuity of Care, Satisfaction, Quality of Life, Communication between level, Nurse Case manager.

INTRODUCCIÓN

– En el momento actual donde asistimos a cambios demográficos y sociales tales como el envejecimiento de la población, la cronificación de algunos procesos, los cambios en los roles socio-sanitarios y un largo etcétera, se están generando nuevas demandas en los servicios sanitarios y con ello la necesidad de dar respuestas integradas y continuadas a las personas que requieren dichos servicios. Es por esto por lo que la continuidad de cuidados en enfermería constituye hoy un potente instrumento de mejora en la atención a los y las ciudadanas que transitan de un ámbito a otro de la asistencia, con especial atención a los pacientes frágiles y sus cuidadores/as familiares (Palomo, 2008).

– La Gestión por Procesos es un elemento básico del Plan de Calidad de la Consejería de Salud para garantizar la continuidad asistencial. Así sería necesaria una valoración integral con la utilización de cuestionarios de evaluación y un plan de cuidados basado en las taxonomías para problemas, intervenciones y resultados²

– Esta sistemática de trabajo se basa en el proceso enfermero como método científico de prestación de cuidados, que tiene como objetivo, brindar mejores cuidados de enfermería, gestionar de manera más eficiente los recursos y por tanto aumentar la satisfacción de nuestros pacientes.

– Por ello, nos planteamos un estudio de cohortes que pretende determinar la influencia de la continuidad de cuidados en el proceso asistencial del usuario entre un servicio de atención primaria y especializada. Para ello vamos a analizar la adquisición de recursos humanos y materiales al paciente para la mejora de su calidad de vida, así como la satisfacción percibida por el usuario tras recibir continuidad de cuidados entre el hospital y su centro de salud.

ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

– Una de las quejas habituales que plantean las personas con necesidades complejas es la fragmentación de las intervenciones de los servicios sociosanitarios. Éstos a menudo no tienen en cuenta que la persona es sólo una, que sus circunstancias son cambiantes y que la tipología e intensidad de las intervenciones han de adaptarse a ellas. Para afrontar esta fragmentación, en la década de 1970 surgió en Estados Unidos la gestión de casos (*case management*). Se trata de un modelo de intervención holístico, centrado en el cliente como un todo inserto en un entorno, que potencia la autonomía personal y la participación social y, sobre todo, que facilita el acceso a recursos coordinados que responden a las necesidades integrales de los clientes.¹⁰

– En el ámbito anglosajón se vienen desarrollando muchas investigaciones sobre los beneficios de iniciativas conjuntas entre atención primaria y especializada mediadas por enfermeras/os, que consiguen reducir el riesgo de institucionalización, el número de reingresos, los costes sanitarios, mejorar la adherencia terapéutica, la calidad de vida y la satisfacción.³

– Si bien desde la década de los años 70 en Estados Unidos ya se indicaba la importancia de la continuidad asistencial entre la Atención Primaria y la atención hospitalaria, no es hasta la década de los 90 cuando en España se impulsa esta iniciativa.¹⁵

– La Ley de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud regula que la atención especializada garantizará la continuidad de la atención integral del paciente, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que aquel pueda reintegrarse en dicho nivel (Art 13.1). Asimismo, la Ley de Ordenación de las profesiones sanitarias recoge que el ejercicio de las profesiones ha de realizarse de acuerdo con diferentes principios, entre los que se incluye “la continuidad asistencial de los pacientes” (Art 4.7d.).³

– Se entiende por asistencia continuada la asistencia prestada durante un tiempo en varios centros. Comprende la atención desde la enfermedad hasta el bienestar. Por ello es importante observar la asistencia como parte de un sistema integrado de lugares, servicios, profesionales y ámbitos que configuren una continuidad de la asistencia, por lo que los pacientes deberían recibir un nivel de cuidados y la tecnología adecuada a la severidad de sus problemas de salud, requiriendo la utilización de diferentes estructuras o niveles de atención. La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations define la continuidad de la asistencia como la adecuación continua de las necesidades del paciente al nivel y tipo adecuados de servicio médico, de salud o social.¹³

– Las actividades relacionadas exclusivamente con la competencia profesional de enfermería son identificadas como “continuidad de cuidados”. Según Marjory Gordon, “la buena comunicación aumenta la posibilidad de que el cuidado enfermero continúe sin interrupción”.¹³

– La continuidad de cuidados es un continuum integrado por TRES elementos esenciales que se disponen de forma jerárquica:

PERSONAS: pacientes y cuidadores

INFORMACIÓN: intervenciones cuidadoras / recursos de manejo de la salud...

ENTORNOS: hospitales, servicios, unidades, áreas, centros, domicilios, residencias...²⁰

– Para garantizar la continuidad de cuidados en cada nivel asistencial se implanta la figura de la Enfermera Gestora de Casos (EGC): EGC en Atención Primaria – EGC en el Hospital.⁹

– La enfermera gestora de casos (EGC) gestiona el informe de continuidad de cuidados que es un documento elaborado por la enfermera que ha atendido al paciente durante su hospitalización. Es redactado a su alta y recoge los aspectos fundamentales del proceso de atención de enfermería durante el ingreso del paciente, y va dirigido a los profesionales que le atenderán después, garantizando la continuidad de los cuidados.¹⁴

– Con este informe de enfermería: se favorece la comunicación interniveles asistenciales; se garantiza una continuidad de cuidados; se aumenta la confianza de nuestros pacientes hacia otros profesionales de otros niveles; se mantiene informado del proceso asistencial de enfermedad del paciente a su cuidador principal y a su enfermera referente de su Centro de Salud; se mejoran sus expectativas y su calidad de vida; con todo esto nuestros pacientes se incluirían en los programas de la cartera de servicio de atención primaria y, junto con sus cuidadores informales, se verían beneficiados con las mejoras establecidas por la Ley de Dependencia de octubre 2006, y otros programas en marcha, hipertensión, diabetes, Planificación familiar, etc.⁸

– Los cuidados que prestan las enfermeras son un servicio específico y diferenciado que en muchas ocasiones queda oculto tras la prestación sanitaria global y que no obstante es responsable de aspectos fundamentales de los resultados en salud de la población como los recuperación funcional, fisiológica, conductual, de satisfacción o calidad de vida entre otras.²⁰

– En definitiva, en la actualidad existen enfermedades que el sistema sanitario no cura, recidivantes o de progresivo deterioro, produciendo importantes repercusiones personales y sociales. Esto conlleva un aumento en la asistencia reglada y urgente, ingresos hospitalarios, discapacidad progresiva, así como una elevada mortalidad. La adecuada administración de cuidados a estos pacientes requiere un manejo multidisciplinar clínico y social, donde la continuidad asistencial es imprescindible siendo de mayor calidad si se hace de forma coordinada y complementaria entre ambos niveles asistenciales.¹⁵

– En este modelo de atención compartida, todos los agentes sanitarios de ambos niveles están coordinados, no solo enfermeros sino también trabajadores sociales y médicos, entre otros; intentando superar el concepto de derivación por el de trabajo en equipo, uniendo el valor cuidado al valor curación, facilitando no solo la atención integral de las diferentes patologías, sino también la continuidad en la asistencia y el manejo compartido de los pacientes.¹⁵

HIPÓTESIS

Hipótesis general

“La continuidad de cuidados entre niveles asistenciales mejora el proceso asistencial del usuario.”

Hipótesis específicas

– La calidad de vida del usuario mejora tras la adquisición de recursos humanos y materiales gestionados según su proceso.

– La continuidad de cuidados entre niveles asistenciales aumentan la satisfacción percibida por el paciente sobre los servicios sanitarios.

– La hipótesis es el resultado de una minuciosa revisión bibliográfica, de nuestra experiencia enfermera en la realización de continuidad de cuidados a través de nuestros ICC y la coordinación con EGC de atención primaria. Podemos justificar que trabajar con esta metodología conlleva una eficiente gestión de recursos humanos y materiales que precisa un usuario según su proceso, mejorando su problema de salud y calidad vida, así como aumentando el grado de satisfacción.

OBJETIVOS

Objetivo principal

Determinar la influencia de la continuidad de cuidados en el proceso asistencial del usuario entre el HARE Valle del Guadiato y UGC Peñarroya–Pueblonuevo.

Objetivos específicos

– Analizar la adquisición de recursos humanos y materiales al paciente para la mejora de su calidad de vida.

– Identificar la satisfacción percibida por el usuario tras recibir continuidad de cuidados entre el hospital y atención primaria.

METODOLOGÍA

Diseño

Estudio cuantitativo, observacional longitudinal retrospectivo. Estudio de Cohortes.

Sujetos de estudio

- Pacientes a los que se les ha realizado gestión de casos al ser dados de alta en el HARE Valle del Guadiato y pertenecientes a la UGC Peñarroya–Pueblonuevo.
- El usuario que requiere gestión de su caso, son aquellos que por un especial cambio en su estado de salud o ser paciente frágil sin detectar previamente, va a tener necesidad de continuar su cuidado, facilitándole recursos sociales, tanto humanos como materiales, que por la ley de la dependencia como por el servicio público sanitario se les puede ofrecer.
- Se ha optado por estos dos niveles asistenciales, atención especializada y primaria del Valle del Guadiato, para evaluar el proceso, ya que reúnen las características definitorias adecuadas para el proyecto de investigación.

Características definitorias:

- HARE Valle del Guadiato (EPHAG), nivel asistencial secundario, atención especializada con personal de enfermería que trabaja con una metodología basada en el proceso enfermero y la continuidad de cuidados.
- UGC Peñarroya–Pueblonuevo, nivel asistencial primario, atención primaria con personal de enfermería que trabaja con metodología basada en el proceso enfermero y la continuidad de cuidados.
- La técnica de muestreo vendrá definida por el número de altas en el HARE Valle del Guadiato y que han sido gestiones de casos pertenecientes a la UGC Peñarroya–Pueblonuevo.
- En consecución del objetivo del estudio, se inicia el análisis considerando la población de estudio. El total de altas en el HARE Valle del Guadiato es de 763 casos en el período estudiado (Ejercicio 2011), siendo 121 casos las altas gestionadas; es por tanto, que dicha población (N) tiene un tamaño de 121 casos, con un nivel de confianza o seguridad $(1-\alpha)$ igual al 95%, resultando del mismo un tamaño muestral de 57 casos. Aún teniendo presentes la posible pérdida de valores en el estudio de la muestra, se considera una proporción esperada de pérdidas (R) de un 15%, lo que supone ajustar la muestra a 67 casos.
- La disponibilidad de datos para el estudio arroja un total de casos disponibles de estudio de 109, de los cuales tan sólo 89 son válidos, esto es un 81,65% de la población.

total ingresos	121
total casos (N)	109
caso estudiados	89
% caso validos	81,65%

– Es, por tanto, que, para minimizar el error en la valoración de resultados, se ha decidido hacer el estudio contando con el 100% de los casos disponibles, siendo este superior al cálculo de la muestra, pues el esfuerzo y coste de hacer frente al mismo no suponía un incremento representativo.

Criterios de inclusión

- Gestiones de casos con alta a domicilio o residencia.
- Gestiones de casos alta con destino a residencia, nuevo ingreso.
- Gestiones de casos con traslado a otro hospital.

Criterios de exclusión

- Altas sin criterios de gestión de casos.
- Pacientes que se niegan a realizar la encuesta.
- Encuestas incompletas.
- Altas de reingresos de pacientes gestionados.

Tiempo para recoger la muestra

Los datos recogidos corresponden a los casos definidos anteriormente, comprendidos en el intervalo de tiempo: Enero 2010 – Diciembre 2010 (12m).

Variables

Variable Independiente 1 (F1): Continuidad de cuidados entre niveles asistenciales.

Variable dependiente (V1): satisfacción percibida por el paciente o cuidador principal.

Variable dependiente (V2): recursos humanos y materiales adquiridos por el usuario (adjudicadas por el servicio público sanitario o por la ley de la dependencia):

- Teleasistencia, seguimiento telefónico a través de Salud Responde.
- Asistencia a domicilio.
- Residencia.
- Cama articulada, sillas de ruedas, andador, colchón y cojín antiescaras, grúa, oxigenoterapia y aerosolterapia domiciliaria, ...

Recogida y análisis de datos

– Los datos se han recogido a través de los Informes de Continuidad de Cuidados realizados por el personal de enfermería del HARE Valle del Guadiato al alta y la gestión que realizan los Enfermeros de Enlace de la UGC Peñarroya–Pueblonuevo, los cuales son EGC de Pya–Pvo, Fuente Obejuna y Espiel, correspondientes a las localidades: Belmez, Blázquez (Los), Espiel, Fuente Obejuna, Granjuela (La), Peñarroya–Pueblonuevo, Valsequillo y Villanueva del Rey.

– Los datos sobre la satisfacción del usuario se han recogido de una encuesta pilotada y validada realizada telefónicamente por los investigadores a los sujetos del estudio, si el paciente presentó deterioro en la comunicación o fallecimiento, se realizó a su cuidador principal o familiar¹.

– El análisis estadístico de los datos se realiza a través del programa informático estadístico SPSS for Windows.

– Del programa estadístico, se desprenderán resultados provenientes de metodología estadística, por lo que se practicarán los estudios citados a continuación, entendiéndose así, medidas estadísticas a realizar.

– Después de crear el fichero SPSS conteniendo la información sobre los individuos, pasamos a realizar el análisis:

Estadísticos Descriptivos:

- Media
- Mediana
- Moda
- Varianza
- Desviación Típica
- Mínimo
- Máximo
- Asimetría
- Curtosis

– Teniendo en cuenta el estudio que se está procesando, consideramos necesario comprobar la existencia por tanto de la relación entre la variable dependiente y las independientes, para ello procederemos al análisis de la varianza con uno y dos factores, con el estadístico ANOVA I y ANOVA II.

– Con el fin de obtener unos datos veraces, se trabaja con una probabilidad máxima de error del 5% ($\alpha=0,05$).

– Finalmente, se construirán las conclusiones nacientes de los resultados provenientes del estudio estadístico, que en cualquier caso no dejan de mostrar probabilidades, lo que significa que no en todos sus casos sigan la misma tendencia, aunque estos nos permitan construir reflexiones coherentes, y significativas con la realidad.

Limitaciones

- Inaccesibilidad de los sujetos por cambio de domicilio, o datos de contacto.
- Registros incompletos de las encuestas y negativa de los sujetos o cuidador a colaborar.
- Pacientes gestionados previamente por atención primaria.

PLAN DE TRABAJO

– Se han previsto necesarios 18 meses que se distribuyen de la siguiente manera:

- 1–6 mes: Búsqueda bibliográfica.
- 7–11 meses: Recogida de datos.
- 12–14 meses: Tabulación de datos.

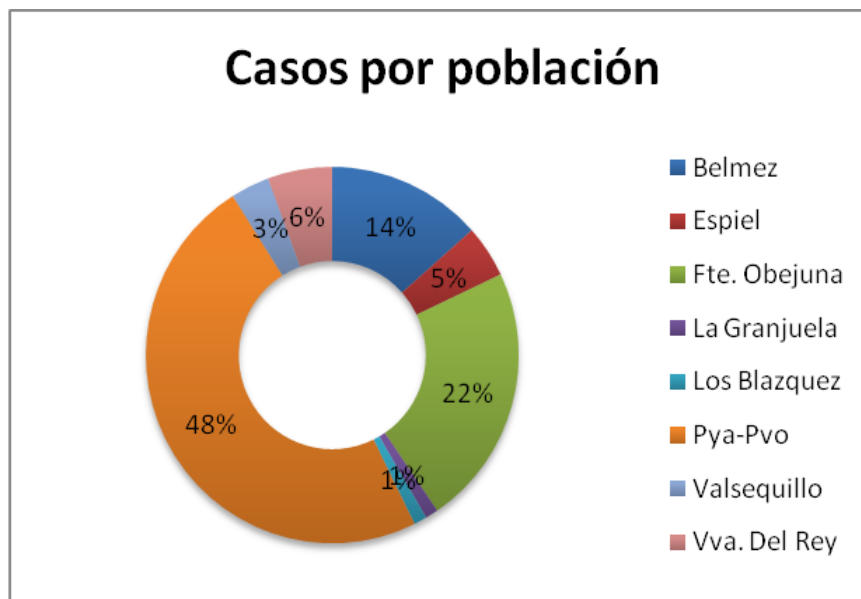
- 15-17 meses: Análisis e interpretación de estos.
- 18 mes: Redacción Informe final.

UTILIDAD PRÁCTICA

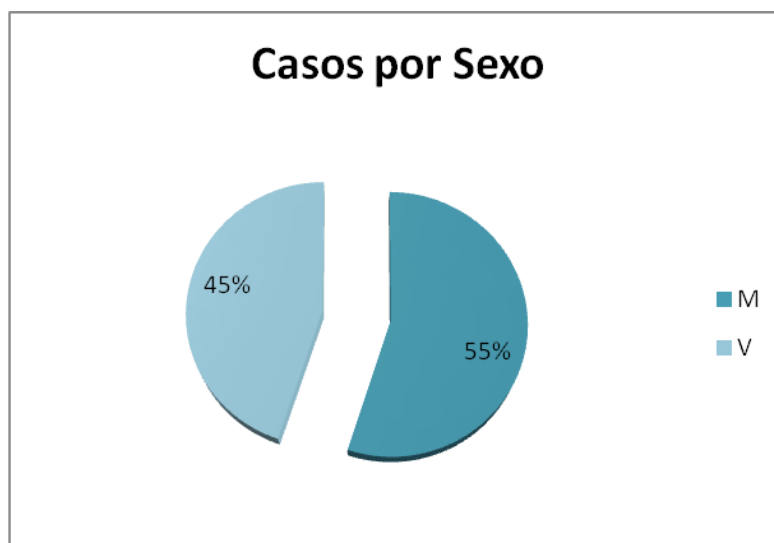
– Los resultados pretenden demostrar que la continuidad de cuidados y todo lo que ello engloba como la gestión de los recursos que requieren los usuarios según su proceso de enfermedad, afectan positivamente en la satisfacción y la calidad de vida percibida, orientando, de esta manera, a la profesión enfermera hacia la excelencia del cuidado, con una metodología de trabajo basada en el proceso de enfermería como es la continuidad de cuidados.

ANÁLISIS DE DATOS

– A continuación, se establece el análisis de datos de las distintas variables y consideraciones empleadas.
 – En primer lugar, cabe realizar una breve reseña sobre los casos por población. Tal y como se muestra en la tabla adjunta, la población de Pya-Pvo representa aproximadamente el 50% de los casos, seguida de Fuente Obejuna con un 22% y Bélmez (14%). El resto de las poblaciones: Villanueva del Rey, Espiel, Los Blázquez, Valsequillo y La Granuela representan en su totalidad un 16%.

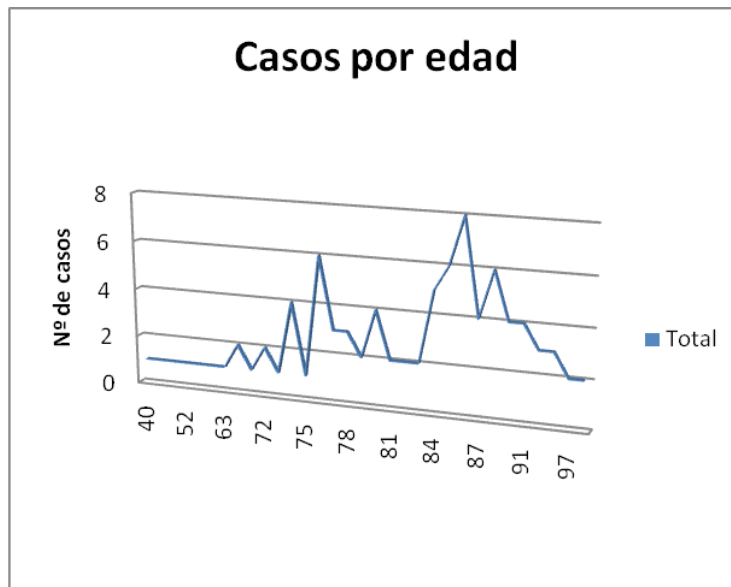


– Por otro lado, y atendiendo a la población analizada, un 45% de los casos realizados en el centro con Gestión de casos fue a varones, mientras la mayoría de los casos se dio en mujeres (55%), casusa derivada de una mayor esperanza de vida en la mujer.



– En lo que respecta a la edad de la población del estudio, se da una edad media de 81 años, siendo el mínimo y máximo de los valores 40 y 100 años respectivamente.

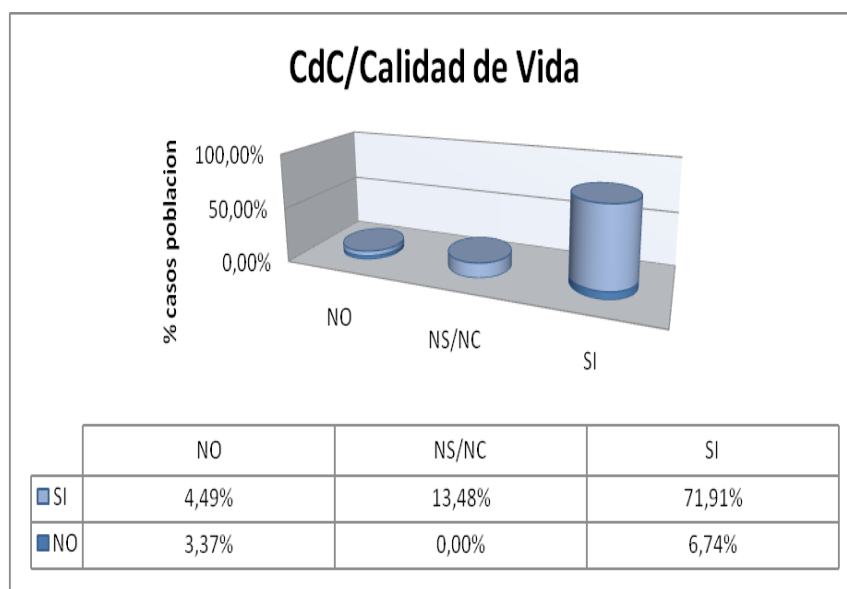
– A partir de la tabla siguiente, se puede comprobar el número de casos por edad, así como una alta inclinación de casos en la franja comprendida entre los 85 y 87 años, que supone más del 20% de la población. Sin embargo, la franja hasta los 65 años, edad de jubilación actual, no llega a ser del 7%.



- De la misma forma, y con el fin de alcanzar el objetivo del estudio, pasamos a analizar la relación existente en la población, de la continuidad de cuidados (CdC), frente a la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

- De la siguiente tabla, podemos extraer las sucesivas significaciones:

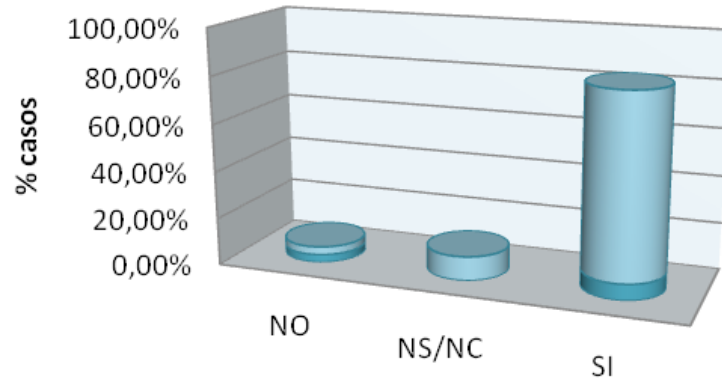
- En un alto grado de casos (71,91%), supone entender que la Continuidad de Cuidados está asociada a la mejora de la Calidad de Vida del paciente.
- Tan sólo, una pequeña proporción, el 6,74 % de los casos no se encuentra ligada la Continuidad de Cuidados con la mejora en la Calidad de vida.
- Por otro lado, un 13,48% de la población no encuentra mejoría en su Calidad de Vida, aún habiéndose cursado la Continuidad de Cuidados en el paciente.
- En cuanto a aquellos casos que no han recibido Continuidad de Cuidados, una pequeña proporción (4,49%) si encuentra mejoría en su Calidad de Vida, mientras un 3,37% confirman una respuesta negativa al mismo valor.



- Continuando con nuestro objetivo, a continuación, contraponemos las correlaciones existentes entre Continuidad de Cuidados (CdC), frente a Satisfacción percibida.

- En su estudio (Ver tabla adjunta), se puede extraer un alto índice de casos en los que se asocia una percepción positiva de la satisfacción del individuo, debido a la Continuidad de Cuidados (76,40%). Este valor se contrapone a aquellos casos en los que NO se siente satisfechos, a pesar de haber recibido Continuidad de Cuidados (3,37%), igual resulta se arroja para aquellos casos en los que sin darse la Continuidad de Cuidados, NO perciben de forma positiva su satisfacción.

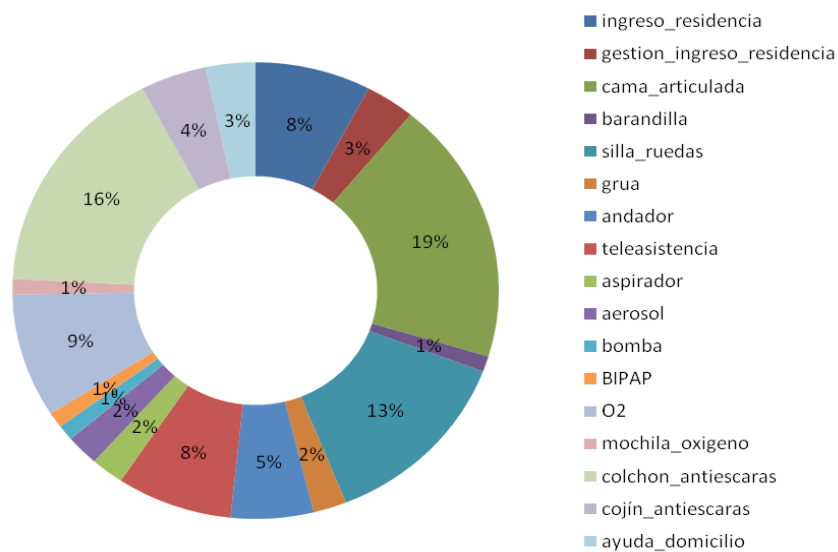
CdC / Satisfacción



	NO	NS/NC	SI
SI	3,37%	10,11%	76,40%
NO	3,37%	0,00%	6,74%

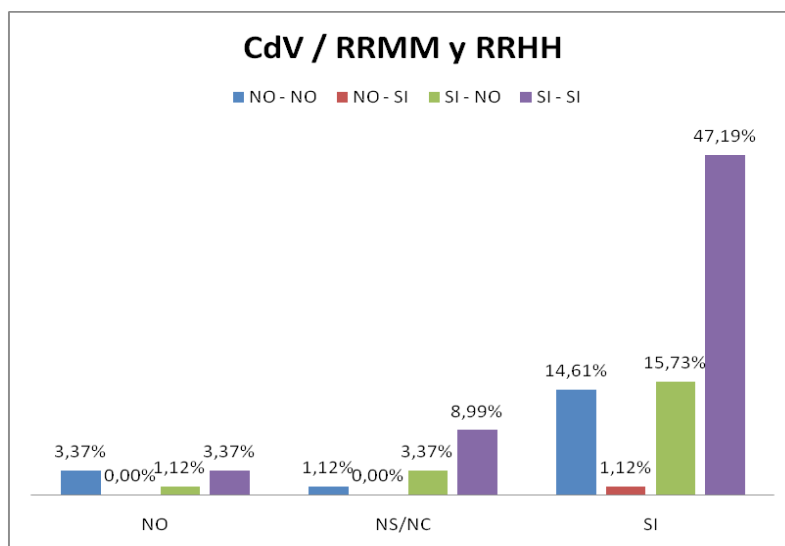
- A fin de completar el estudio en cuestión, se entiende a bien analizar la relación existente entre los recursos, materiales o humanos, designados al paciente para su continuidad.
- En el siguiente gráfico, podemos encontrar el porcentaje de recurso y tipo, que supone en la población de estudio.

RECURSOS



- Los principales recursos asignados a pacientes son materiales, tratándose estos de cama articulada en primer lugar (17), seguida por el colchón antiescaras (15) y sillas de ruedas (12).
- Por otro lado, nos encontramos que los recursos humanos, que, atendiendo a grado de implicación de personas en el mismo, se podrían englobar: ingreso en residencia, gestión de ingreso en residencia, Teleasistencia y ayuda a domicilio. Estos suponen un 17% de la población de estudio, con recursos asociado.
- Así mismo, la Calidad de Vida se ve influenciada tras la adquisición de recursos materiales y humanos, que, atendiendo al gráfico siguiente, suponen un 47,19% de la población. En este mismo grupo de casos con percepción positiva en la mejora de la calidad de vida, se encuentra un 15% de casos que en ningún caso tienen asignados recursos materiales y humanos, en igual porcentaje que aquellos que tiene asignado recurso material y no humano.
- En el lado contrario, nos encontramos con casos en los que teniendo asignados ambas tipologías de recurso, no mejoran su Calidad de Vida (3,37%), en igual proporción que aquellos que no tiene asignado ningún recurso. Tan sólo

un 1,12% trasladan respuesta negativa a la mejora de la Calidad de Vida, cuando ha sido asignado recurso material y no humano.



– Es de considerar la similitud de valoración que tienen tanto recurso humano como material, a la hora de verse condicionada a la percepción del paciente.

CONCLUSIONES

- Tras realizar el análisis de los datos se obtiene correlación positiva sobre la influencia de la continuidad de cuidados y la satisfacción y calidad de vida percibida por los sujetos de estudio.
- Se clarifica como el realizar continuidad de cuidados a un paciente durante su proceso, aumenta su satisfacción sobre la atención que recibe. Procesos que requieren gestión de su caso por un cambio importante en su estado de salud o por presentar un problema social, como no satisfacer sus necesidades básicas al no disponer del cuidado o de los recursos que se lo permitieran.
- La obtención de recursos sociales, tanto humanos como materiales, facilitan la realización de las actividades de la vida diaria de personas que por su estado de salud no las pueden realizar de manera independiente. Tras esta obtención la calidad de vida aumenta considerablemente y el usuario así lo percibe.
- Los cuidados que presta enfermería son un servicio específico y diferenciado que en muchas ocasiones queda oculto tras la prestación sanitaria global y que, no obstante es responsable de aspectos fundamentales de los resultados en salud de la población como los recuperación funcional, fisiológica, conductual, de satisfacción o calidad de vida entre otras.

BIBLIOGRAFIA

- Cruzado García M^a D, Moreno F, Clavijo J M, Fuentes Cebada L, Rivera Bautista J, Pérez Mateos A, López Fdez M^a J, García Villanego L, Cano F., Jiménez I. Muro F, Grandal C. Continuidad de Cuidados enfermeros tras alta hospitalaria (ICC). Comisión de Cuidados de Área Cádiz–S.Fernando. Servicio Andaluz de salud. Consejería de Salud
- Mejías Martín Y, Quero Rufián A, Guarnido Guindo E, Sánchez Ramírez M^a D, Vallejo Muros C, Acosta P. La gestión de los cuidados enfermeros: el informe de continuidad al alta de los pacientes ingresados en la unidad de agudos de salud mental de granada. 2^a Premio Comunicación oral en el XXII Congreso Nacional de Enfermería de salud Mental. Cáceres 2005
- Protocolo del servicio de continuidad de cuidados de enfermería entre ámbitos asistenciales. Dirección General de Programas Asistenciales Servicio Canario de la Salud
- Alfaro Latorre, Mercedes / Etereros Huerta, Javier / Terol García, Enrique / Rico Jiménez, Fermina. Coordinación entre niveles Asistenciales. INSALUD
- Terraza Núñez, R, Vargas Lorenzo I, Vázquez Navarrete M^a L. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit* [online]. 2006, Vol.20, n.6, pp. 485–495. ISSN 0213–9111.
- Interoperabilidad entre Niveles Asistenciales. SOCINFO. Mayo 2009
- Clar Gimeno C, Sofía; Marqués Espí, Juan Antonio. Integración de niveles asistenciales. Un nuevo modelo organizativo en la Comunidad Valenciana”, *Sedisa s.XXI*, 2010, N^o 16.

- Arrabal Téllez A.B, Martín Martínez J, Díez de los Ríos Cuenca Fco, Trujillo Campo C. Estrategias de mejoras en la continuidad de cuidados de pacientes nefrológicos entre diferentes niveles asistenciales. Hospital Carlos Haya. Málaga. Comunicación presentada en el XXXII Congreso nacional de la SEDEN
 - Manual de la gestión de casos en Andalucía: enfermeras gestoras de casos en el hospital. Revisión Noviembre 2006
 - Sarabia Sánchez A. La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional. Zerbitzuan Revista de servicios sociales ISSN 1134-7147, [Nº. 42, 2007](#) , págs. 7-17
 - [Pedro Batres Sicilia, Juan](#); [Álvarez Tello, Margarita](#); [Gallardo Santos, Pepa](#) De la precisión de cuidados a los cuidados imprescindibles. Las enfermeras gestoras de casos en Andalucía: la enfermera comunitaria de enlace. Publicado en Rev. Adm. Sanit.2009; 07(02):313-22 – Vol.07 núm. 02
 - Minué Lorenzo S. Continuidad asistencial y coordinación entre niveles. ¿Algo más que lugares comunes? SEMERGEN Vol.31 Núm. 09. . ISSN: 1138-3593
 - M González-Llinares R, Aramburu I, Ruiz de Ocenda M J. Identificación y evaluación de la efectividad de la indicación de la continuidad de cuidados de enfermería entre niveles asistenciales del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza. Calidad Asistencial Vol.17 Núm. ISSN: 1134-282X
 - Lucendo Villarín A.J, Noci Belda J. El informe de alta de enfermería, un instrumento para la continuidad de los cuidados. Enfermería Clínica Vol.14 Núm. ISSN: 1130-8621
 - Fernández Moyano A, García Garmendia J.L, Palmero Palmero C, García Vargas-Machuca B, J Páez Pinto J.M, Álvarez Alcina M, Aparicio Santos R, Benticuaga Martines M, Delgado de la Cuesta J, de a Rosa Morales R, Escorial Moya C, Espinosa Calleja R, Fernández Rivera J, González-Becerra C, López Herrero E, Marín Fernández Y, Mata Martín A.M, Ramos Guerrero A, Romero Rivero M.J, Sánchez-Dalp M, Vallejo Maroto I. Continuidad asistencial. Evaluación de un programa de colaboración entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria. Revista Clínica Española Vol.207 Núm. ISSN: 0014-2565
 - [Zamora Sánchez JJ](#), [Martínez Luque R](#), [Lladó Blanch M](#), [Quílez Castillo F](#). Programa de continuidad de cuidados al alta en una unidad de hospitalización a domicilio. : [Metas de enfermería](#), ISSN 1138-7262, [Vol. 12, N.º. 3, 2009](#) , Págs. 23-30
 - Cámara Anguita S, Valenzuela Rodríguez A.J. Continuidad de Cuidados y Continuación interniveles entre equipos de emergencias sanitarias y Atención Primaria. Enferurg. Revista Digital de Enfermería. Dic. 2008. num 00. ISSN 1989-2829
 - Ferrer Arnedo C. La Continuidad de Cuidados. Ponencias SUMMA112
 - Gonzalo Duarte Clíments G, Sánchez Gómez M^a B, Artero López C, Caballero Algarín M^a Mar, Fernández Rodríguez J, Fernández Sánchez M^a C, Gálvez Ramírez F, González Guerrero B, Batres Sicilia J.P, Lozano Martín S, Morcillo Muñoz Y, del Río Urenda S, Ruiz Arrés E. Continuidad de Cuidados. Grupo de trabajo SAS-ASANEC. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud
 - de Paz D, Galdeano N, Garrido M, Lacida M, Martín r, Morales J M, Pérez R, Sánchez N, Terol J. Continuidad de Cuidados entre atención especializada y atención primaria. Comisión para el desarrollo de la enfermería en el Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud
 - Cuaderno para la Continuidad de Cuidados. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud
 - García Salmerón ME, Martínez Trujillo S, Burgos Sánchez J, Varella Safont A, Sánchez Ruiz M, Lupiañez Castillo J. Validez del Informe de Continuidad de Cuidados del Hospital Clínico de Granada como instrumento favorecedor de la continuidad de la asistencia de enfermería. Biblioteca Lascasas, 2008; 4(2). Disponible en <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0331.php>
-