

**BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index**  
**<http://http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>**

**Cómo citar este documento**

Ruiz Gómez, M. Carmen. Utilización del diagnóstico enfermero en los informes de enfermería al alta hospitalaria. Biblioteca Lascasas, 2005; 1. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0012.php>

**UTILIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO ENFERMERO EN LOS  
INFORMES DE ENFERMERÍA AL ALTA HOSPITALARIA**

**M.Carmen Ruiz Gómez**

**2º CICLO DE ENFERMERÍA**

**Universidad de Zaragoza, 6 de julio de 2004.**

# UTILIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO ENFERMERO EN LOS INFORMES DE ENFERMERÍA AL ALTA HOSPITALARIA

## INTRODUCCIÓN

El informe de alta hospitalaria es un documento básico y obligatorio, con un marco legal<sup>1,2</sup> que avala su estructura, y reconoce el derecho de los usuarios a que “quede constancia por escrito de todo su proceso”<sup>3</sup>. Todos los profesionales que tratan al paciente deben dejar constancia de sus cuidados por escrito.

El informe médico de alta hospitalaria es un elemento imprescindible para la continuidad asistencial del enfermo ya que asegura un correcto conocimiento de la patología y futuro tratamiento del paciente<sup>4</sup>. Existen aspectos que no están contemplados en los Informes médicos de alta hospitalaria actuales, como dieta, rehabilitación, tratamiento del dolor crónico y educación sanitaria, entre otros. La participación del colectivo de enfermería puede contribuir a corregir estos déficits<sup>5</sup>. Grande Gascón y Hernández Padilla<sup>6</sup> contemplan estos apartados como componentes esenciales del informe de enfermería al alta.

El informe de enfermería al alta es un importante documento de la actividad enfermera, ya que supone la recogida resumida y estructurada de información acerca de las circunstancias en que se ha desarrollado el cuidado<sup>7</sup>. Puede ser el vehículo que sirva para evaluar los cuidados enfermeros prestados y permitir la continuidad de los mismos<sup>8,9,10</sup>. Este informe debe integrar cuidados dirigidos al paciente, familia (o bien cuidador informal o su red de apoyo), si queremos lograr unos cuidados domiciliarios óptimos<sup>11</sup>.

Hay estudios que abogan, también, por informes de evolución de enfermería realizados en el Centro de Salud<sup>8,12,13</sup>. Estos informes pueden aportar los conocimientos que Enfermería tenga de la comunidad, de la situación familiar y del propio individuo, cuando éste ingrese en un centro hospitalario. Un 90% de los profesionales de Atención Primaria creen que el informe de enfermería al alta les permite una buena comunicación con atención especializada<sup>14</sup>.

El informe de enfermería al alta no debe ser una copia del alta médica, sino que deben complementarse y ofrecer aspectos diferentes de la hospitalización del paciente, poniéndose así de manifiesto la autonomía de dos profesiones que trabajan desde la interdisciplinariedad. Tampoco debe convertirse en un papel más a rellenar y entrar a formar parte de una historia, ya muy voluminosa.

## JUSTIFICACIÓN

En el Hospital Santa Bárbara de Soria las altas hospitalarias van acompañadas de informes de enfermería al alta. Estos registros se denominan "*Recomendaciones y cuidados de enfermería al alta hospitalaria*". Nacen de una necesidad sentida por el colectivo enfermero de este Hospital. Una de las ventajas por las que este colectivo decide implantar el informe de enfermería al alta es porque consideran que facilita la continuidad de cuidados, siendo esta idea coincidente con la manifestada por Jiménez Bernal<sup>15</sup>, González Rodríguez<sup>13</sup>, Pedro J<sup>16</sup> y Sevilla Sierra<sup>17</sup> en sus trabajos.

Tras una serie de reuniones entre Atención Hospitalaria (AH) y Atención Primaria (AP) surge, por consenso, el formato de dicho registro en el año 1994 (anexo 1). Los estudios de García Vílchez<sup>18</sup>, Juvé Ubina<sup>19</sup> y Paz Baña<sup>20</sup> también apuntan al consenso entre profesionales enfermeros de diferentes campos, a la hora de elegir un formato para el informe de valoración de enfermería al alta. Sin embargo, son muy diversos los datos que en estos informes se registran.

El **objetivo general** de este estudio es determinar si, en el Hospital Santa Bárbara de Soria, las altas hospitalarias van acompañadas del informe de enfermería al alta.

Los **objetivos específicos** son:

1. Comprobar en qué Unidades de hospitalización se realizan más informes de enfermería al alta hospitalaria.
2. Describir qué datos se registran en estos informes y si todos los apartados se cumplimentan.
3. Analizar si los cuidados al alta parten de una valoración según un modelo enfermero y si utilizan diagnósticos enfermeros en el registro.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El Complejo Hospitalario de Soria cuenta con dos hospitales: Virgen del Mirón y Santa Bárbara. Se diseñó un estudio descriptivo transversal de los registros de enfermería al alta cumplimentados desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2003 en el Hospital Santa Bárbara de Soria.

El citado hospital tiene carácter provincial, dando cobertura a una población de 89.504 habitantes con un total de 223 camas. El nº de ingresos durante el año 2003 fue de 8632, siendo el índice de ocupación del 71,92%.

Es el único, de los dos hospitales del Complejo Hospitalario que tiene servicios quirúrgicos. El nº de ingresos en la Unidad de Cirugía, en el año 2003, fue de 1087 pacientes, lo que corresponde a un índice de ocupación del 65,5%.

De estos 1087 pacientes, 755 fueron intervenidos con hospitalización, el resto mediante cirugía sin ingreso o Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), en funcionamiento desde el año 1999.

De los 755 pacientes intervenidos no todos han sido hospitalizados en la Unidad de Cirugía, por diversas causas, o bien han sido trasladados de esta unidad antes del alta, por lo que no se hace el estudio sobre los 755. A esto hay que añadir que solamente llevan este informe aquellos que necesitan cuidados enfermeros en su domicilio. Por todo esto el estudio lo realizamos de 355 informes que se cumplimentaron en esta Unidad en el periodo de estudio.

El tipo de intervenciones que se realizan en este Hospital están clasificadas en:

- Cirugía mayor: apendicectomía, gastrectomía, colecistectomía, colectomía, mastectomía, apendicectomía, tiroidectomía, paratiroidectomía, esplenectomía, resección de intestino...
- Cirugía menor: fisura anal, quiste pilonidal, hemorroides, exéresis de lipoma, biopsia ganglio axilar, absceso perianal, prolapso rectal, herniorrafia, safenectomía, amputación dedo de pie, extirpación tumor en cuero cabelludo...

Este informe de enfermería al alta consta de 4 apartados, además de los datos generales del paciente:

- Datos generales: (estos datos son facilitados por Coordinadora en forma de pegatinas).
- Datos generales a rellenar por la enfermera.
- Apartado 1: Resumen de problemas al ingreso y evolución.
- Apartado 2: Valoración de las necesidades post-hospitalización. Cada una de las necesidades consta de una serie de ítems, la mayoría con respuesta cerrada dicotómica: si/no y alguno con respuesta abierta que complementa la información de las respuestas cerradas.
- Apartado 3: Recomendaciones y cuidados al alta.
- Apartado 4: Educación Sanitaria.
- Al final del registro: Nombre y dos apellidos del enfermero/a, Firma, teléfono de contacto y fecha.

La parte posterior del registro consta de:

- Normas para la correcta cumplimentación del informe:

Las **variables** estudiadas han sido los siguientes datos recogidos en el informe:

1. Edad (en años); 2. Tiempo de estancia (en días); 3. Sexo: 1V/2M; 4. Domicilio de procedencia: 1R(rural)/2U(urbano); 5. Tipo de intervención quirúrgica: 1Ma(mayor)/2Me (menor). La valoración de las necesidades posthospitalización, las recomendaciones y cuidados al alta, la educación sanitaria y el registro del nombre, apellidos y firma de la enfermera son de respuesta dicotómica Si/No.

Los **criterios de inclusión** de las Unidades Hospitalarias fueron:

1. Aquellas que tuvieran un mayor número de informes de enfermería al alta.

Los **criterios de exclusión**:

1. Las Unidades Hospitalarias cuyos formatos de registro del informe de enfermería al alta fueran diferentes.

Para el **tratamiento estadístico** de las variables hemos diferenciado entre variables cuantitativas y cualitativas.

En el caso de variables cuantitativas, en primer lugar se ha realizado una descripción de todas ellas incluyendo la prueba de normalidad de Kolmogorov Smirnov. Si las distribuciones resultaban normales, en una segunda fase se ha realizado una estadística inferencial paramétrica, mediante el cálculo del intervalo de confianza para cada variable y la comparación de medias entre dos variables, eligiendo el estadístico oportuno en dependencia de que cumplieran o no el supuesto de homocedasticidad.

Si las distribuciones resultaban no normales, las comparaciones se han realizado, dada la independencia de las variables mediante la U de Mann-Whitney.

En el caso de **variables cualitativas**, la comparación se ha realizado mediante el estadístico chi-cuadrado en su aspecto de independencia, y si las variables resultaban dependientes se midió el grado de relación mediante el coeficiente fi de Kendall.

En todos los casos el nivel de significación ha sido  $\alpha = 0'05$  y los cálculos han sido realizados mediante el paquete estadístico SPSS 11.5

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se encontraron registros cumplimentados en las Unidades de Hospitalización de: Toco-Gine, Cirugía, Otorrino, Urología, Traumatología, Oftalmología y Medicina Interna.

1. Las dos Unidades que, con mucha diferencia, presentaban más informes de enfermería al alta cumplimentados fueron Toco-Gine y Cirugía. Esto difiere del estudio realizado por Hernández y cols.<sup>21</sup>, donde aseguran que es más elevada la valoración de los informes de enfermería al alta en las Unidades de hospitalización médicas que en las quirúrgicas.

Excluimos del estudio la Unidad de Toco-Gine, con 547 registros cumplimentados, por ser el formato diferente. Indica su especificidad la denominación del mismo: "*Recomendaciones y cuidados de enfermería al alta hospitalaria de las puérperas*", así como los ítems contenidos en el apartado 2: valoración de las necesidades post-hospitalización

2. Al analizar los 355 informes de la Unidad de Cirugía, nos encontramos con los siguientes datos registrados:

### Datos generales.

- El 63,1% de los pacientes ingresados son de procedencia rural y el 36,9% de procedencia urbana.

- El 41,6% han ingresado para intervención quirúrgica de cirugía mayor de los que 19,3% son varones y 22,3% mujeres y el 58,4% para cirugía menor, de los cuales son varones el 42,5% y mujeres el 15,9%. Se observa que las mujeres ingresan más para intervenciones de cirugía mayor y los hombres para cirugía menor.

- La población que ingresa para ser intervenida quirúrgicamente en el Hospital Santa Bárbara de Soria es de una edad elevada: 59 (<sup>+</sup>) 18,56 años, presentando una asimetría izquierda, lo que indica que la mayoría de los pacientes están por encima de la media. La edad media por sexos es coincidente en 59,55 años.

- La estancia media es muy corta: 4,75 (<sup>+</sup>) 4,7 días, presentando una asimetría derecha lo que significa que la mayoría de los pacientes permanecen ingresados menos de 4 días, hecho que lo corrobora la forma leptocúrtica de la distribución, con un gran apuntamiento en 2'5 días. Las mujeres son las que presentan una estancia mayor, aunque las diferencias no son estadísticamente significativas (5,30 versus 4,41 en los hombres), esto puede ser debido a que el tipo de intervenciones quirúrgicas a las que son sometidas éstas son más de cirugía mayor: colecistectomías, mastectomías... y requieren, por tanto, un mayor tiempo de hospitalización.

El envejecimiento de la población unido a la cirugía de alta precoz, convierte a los hospitales en centros de corta estancia, produciéndose un cambio de los lugares habituales de atención, de manera que la demanda de cuidados enfermeros domiciliarios y la atención primaria están adquiriendo un mayor protagonismo.

#### Resumen de problemas al ingreso y evolución.

En esta sección aparece registrado el nombre de la intervención quirúrgica a la que va a ser sometido el paciente. En todos los informes aparece cumplimentada. En alguna ocasión esporádica aparece el nombre de la/s patología/as del paciente.

No consta en las instrucciones al dorso, creo que por evidente, qué datos deben registrarse en este apartado. Deberían plasmarse los datos que refleja Sevilla Sierra<sup>17</sup> en su trabajo y son, la evolución del enfermo durante su estancia en la unidad, así como todas las necesidades que tiene alteradas en el momento del alta, los diagnósticos de enfermería que presenta y las actuaciones que se han llevado a cabo para resolverlas.

#### Valoración de las necesidades posthospitalización.

Los datos de valoración se registran para ofrecer a todos los miembros del equipo de cuidados de salud una base de datos de la cual extraer conclusiones sobre los trastornos del paciente<sup>22</sup>. El grado de cumplimentación de este apartado es del 96,6%.

Observamos que se registran todos los ítems, aunque al ser la mayoría de respuesta cerrada no aporta mucha información.

#### Recomendaciones y cuidados al alta.

Las recomendaciones y cuidados al alta que más frecuentemente se indican son: Acudir a consulta 85,4%; curas 82%; quitar puntos 78%; fármacos 13,2% (la mayoría analgésicos). Si comparamos la incidencia de recomendaciones y cuidados al alta con el tipo de intervención quirúrgica (mayor o menor) observamos que tienen más recomendaciones de quitar puntos ( $p=0,007$ ), acudir a consulta ( $p=0,038$ ), tratamiento farmacológico ( $p=0,016$ ) los intervenidos de cirugía menor que los de cirugía mayor. Esto puede ser debido a que los intervenidos de cirugía menor tienen una estancia media más baja en el hospital y por lo tanto más necesidad de cuidados cuando son dados de alta.

Considero que acudir a la consulta, quitar puntos o indicaciones farmacológicas son recomendaciones que se fundamentan en una orden médica, y que suelen quedar reflejadas en el informe médico.

#### Educación sanitaria.

La JCAHO (Joint Comision Accreditation of Healthcare Organizations) marca los criterios de la documentación de los pacientes e insiste además de la planificación del alta en la educación al cliente y la familia.

El número de pacientes a los que se les hace algún tipo de educación sanitaria es muy diverso.

El porcentaje más elevado, 90,1%, es para las indicaciones en cuanto a la movilidad: dar paseos frecuentes. A los intervenidos de safenectomía (cirugía menor) se les añade que no permanezcan en bipedestación pasiva.

Del 74,4% que llevan indicaciones sobre mecánica corporal: no coger pesos, no existe diferencia entre los de cirugía mayor y menor.

Llevar indicaciones de higiene de la herida: lavado-secado el 14,6% de los pacientes con una diferencia significativa hacia los intervenidos de cirugía menor ( $p=0,01$ ).

Al 14,4% de pacientes intervenidos se les instruye sobre algún tipo de dieta, siendo más frecuente en los intervenidos de cirugía mayor ( $p=0,001$ ). La dieta más indicada es la pobre en grasas correspondiendo a los intervenidos de colecistectomía.

Sobre cómo evitar el estreñimiento llevan indicación el 3,9% todos ellos intervenidos de hemorroidectomía y/o fistulectomía anal.

También queda reflejada la educación a la familia junto con el paciente en la enseñanza de alguna técnica, 3,1% de los casos, correspondiendo todos ellos con los ostomizados.

Otros cuidados que se plasman son: vestido 6,8% en los intervenidos de herniorrafia; sondaje vesical 8%; cuidados de úlcera por presión 6%; descanso-sueño 5,6%; cuidados de sondaje nasogástrico 3%; vendaje y cuidados de drenaje 3%.

#### Identificación del enfermero/a

El 94,4% de los profesionales enfermeros registran su firma en el informe y el 82,5%, además de firmar, anotan su nombre y apellidos.

**3.** Los cuidados al alta, parten de una valoración que no está basada en un modelo de cuidados definido. Si tomamos como referencia el modelo de Henderson, por ser con el que más similitudes tiene, podemos observar que las necesidades que aparecen son todas ellas de orden biológico: oxigenación, nutrición/metabolismo, eliminación, movilidad (la reflejan como independencia para las actividades de la vida



diaria), descanso/sueño, a excepción de la relación-comunicación, que pertenece a la parte psico-social de la persona.

No figuran items, y por lo tanto no hay datos recogidos, sobre las necesidades de mantener la temperatura corporal, higiene y protección de la piel (incluyen la alteración de la piel en el nutricional/metabólico), evitar peligros, valores/creencias, actividades recreativas. Es coincidente con el trabajo presentado por Navarro Arnedo<sup>23</sup> la falta de referencias a las necesidades de vestirse, trabajar y aprender. Espejo Matorrales<sup>24</sup> afirma que las necesidades de tipo físico y biológico se cumplimentan en un porcentaje mucho más elevado que las de tipo psicosocial.

Considero que cuando enfermería realiza una valoración ha de hacerla desde la perspectiva enfermera. Desde esta perspectiva contemplamos a la persona con una visión humanística (ser activo con recursos y potencialidades) y holística (totalidad e interacción de los aspectos que la componen: biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales)<sup>25</sup>.

Debemos de tener en cuenta también aquellos aspectos que se encuentran en el campo de lo afectivo, las emociones y los sentimientos, como elementos que influyen en la salud, la enfermedad, la recuperación y la muerte de las personas. Germán Bes<sup>26</sup> señala que estos elementos pueden y deben ser tomados como variables de investigación y que elevar a la categoría de ciencia lo que hasta ahora está en el mundo de lo doméstico es un importante reto para los profesionales de enfermería.

En ninguno de los apartados se registra en lenguaje enfermero. Los diagnósticos enfermeros, nos proporcionan un instrumento útil para estructurar los conocimientos en un intento de definir el rol y ámbito de la enfermería<sup>27</sup>. Sin embargo esto es vivido por muchos profesionales como “un trabajo más que hay que hacer”, sin encontrarle sentido en la práctica cotidiana.

Esto coincide con lo publicado por Salvatores<sup>28</sup> quien dice que no hay uniformidad en cuanto al lenguaje utilizado y las anotaciones se hacen siguiendo un patrón biomédico y con mucha anotación técnica. González Rodríguez<sup>13</sup>, expresa que los registros enfermeros responden al tratamiento prescrito por el médico y otras actividades interdependientes.

No hay que olvidar la gran presión asistencial que existe hoy en día en los hospitales teniendo que dar cuidados de calidad a un gran número de pacientes que enfermería tiene asignados. Esta presión asistencial hace que enfermería tenga que priorizar y se decante hacia las actividades interdependientes, es decir aquellas en las que su rol es el de colaboración. Esta decisión suele estar basada en el hecho de que es este trabajo el que, por lo general, se le exige.

A pesar de lo expuesto anteriormente, muchos son los autores que abogan por la utilización de diagnósticos enfermeros en los informes de

enfermería al alta, entre ellos Alfambra<sup>10</sup>, Navarro<sup>23</sup>, Ramos<sup>29</sup> o Darías<sup>30</sup> que afirma en su estudio que casi la totalidad de los profesionales de enfermería consideran adecuado el uso de los diagnósticos de enfermería en los informes de alta como lenguaje común entre los profesionales.

## **CONCLUSIONES**

1. La mayoría de los informes de enfermería al alta hospitalaria, en el Hospital Santa Bárbara de Soria, se realizan en las Unidades de hospitalización quirúrgicas.
2. Los datos registrados corresponden a patrones biomédicos y son recomendaciones de tipo técnico y basadas en órdenes médicas.

En el apartado de Educación sanitaria es donde mejor queda reflejada la actuación enfermera.

3. El personal de enfermería no se identifica correctamente, ya que un 17,5% no anota su nombre y apellidos junto a la firma, criterio indispensable para reconocer a una persona.
4. El modelo de cuidados utilizado en estos informes es el de V. Henderson, aunque de manera parcial. La mayoría son datos que hacen referencia al campo biológico de la persona, pero no están todos. De la parte psico-social solamente se registran la relación/comunicación.
5. No utilizan diagnósticos enfermeros para definir los problemas.

Mi propuesta, para que este proyecto sirva para mejorar (en cuanto al proceso) la calidad de nuestro trabajo enfermero, sería:

1. Establecer unos criterios de calidad enfermeros para su cumplimentación, haciendo mucho hincapié en la educación sanitaria.
2. Conseguir que se lleven a cabo tanto en unidades quirúrgicas como médicas, para que todos los enfermos puedan beneficiarse de ellos.

## BIBLIOGRAFÍA

<sup>1</sup> Orden de 6 de septiembre de 1984, de obligatoriedad del informe del alta. (Boletín Oficial del Estado, número 221, de 14-09-84).

<sup>2</sup> Orden de 23 de noviembre de 1990, de regulación del informe clínico del alta hospitalaria y el conjunto mínimo de datos de alta hospitalaria. DOGC 1379/1990.5647-5648.

<sup>3</sup> Ley 14/86 de 25 de abril, de Ley General de Sanidad. (Boletín Oficial del Estado, nº 102, de 29-04-86).

<sup>4</sup> Buxadé Martí I, Canals Innamorati J, Montero Alcaraz JC, Pérez Galindo J, Bolívar Rivas E. El informe de alta hospitalaria en atención primaria (I). Análisis de su utilización. *Atención Primaria* 2000; 26 (6): 383-388.

<sup>5</sup> Canals Innamorati, Montero Alcaraz JC, Buxadé Martí I, Bolívar Ribas E. El informe de alta hospitalaria en atención primaria (II). Opiniones y satisfacción de los médicos de familia. *Atención Primaria* 2002; 30 (9): 561-566.

<sup>6</sup> Grande Gascón ML, Hernández Padilla M. Cómo entienden las enfermeras el alta de enfermería. *Enferm. Clínica (Barc)* 6 (3):119-121.

<sup>7</sup> Mompart García MP, Durán Escribano M. Administración y Gestión. Madrid: DAE: 2001.

<sup>8</sup> Camacho Ojeda A, Llanes Montero E, García Requena c, Romero Corchero M. Informe de enfermería al alta. *Rol de enferm.* 1998; 235: 17-20.

<sup>9</sup> Torres Navarro M, Cazorla Pérez AJ, Fernández Ayala JC, Fernández Lozano G, Gil Milán ML. ¿Qué opinan los enfermeros de atención primaria de los informes de enfermería al alta hospitalaria? *Enferm. Científica* 2000; 222-223: 6-10.

<sup>10</sup> Alfambra Montelongo I, Alonso Díaz M, Rodríguez Marzo A, Ramos Calero E. Informe de alta de enfermería: un instrumento para la continuidad de los cuidados. *Index de Enfermería* 1996;15:39-43.

<sup>11</sup> Wells MI. Planificación de altas. Cómo llenar los vacíos de una atención continuada. *Nursing de enferm.* 1984; 6: 25.

<sup>12</sup> García Crespo FJ, Montero Raya M, Sánchez Ibáñez F, Arias Solís J. Necesidad del alta hospitalaria de enfermería en atención primaria. *Hygia* 1999; 43: 24-28.

<sup>13</sup> González Rodríguez A. El informe de alta hospitalaria por enfermería, una necesidad para los cuidados enfermeros interniveles. *Enferm. Científica* 234-235: 33-40.

<sup>14</sup> López Medina IM, Pancorbo Hidalgo PL, Sánchez Jurado LI, Sánchez Criado V. Diagnósticos e Informes de Enfermería ¿Una relación adecuada? *Rol Enf (Barc)* 2003; 26 (3): 230: 63-66.

<sup>15</sup> Jiménez Bernal MJ, García Berbel M. Informe de continuidad de cuidados. *Index de Enferm. Año VIII (27):* 73.

<sup>16</sup> Pedro J, Gallo J, Zaforteza C, Bover J, Bover A. Problemas de las personas mayores al alta de un hospital de agudos. *Gerokomos* 12 (1): 29-32.

<sup>17</sup> Sevilla Sierra V, Sanpelayo Matos A, Hernández González C, Pérez Martínez T. Opinión de las enfermeras sobre el informe de recomendaciones al alta de enfermería. *Metas de Enferm.* 2002; 47: 6-11.

<sup>18</sup> García Vílchez A N, Bonilla Puertas E, Rubio Jaime A. Valoración al alta de enfermería. Un método científico para cuidar. *Gerokomos* 2000; 11 (1): 24-30.

<sup>19</sup> Juvé Ubina ME, Carbonell Ribalta MD, Domínguez M, Ortega Matas C, Buj Fernández A, Artigas Lage M, et al. Alta de enfermería hospitalaria. Implantación y validación de un formato estándar. *Rev ROL Enferm.* (12): 873-880.

<sup>20</sup> Paz Baña A, Aldrey Rey D, Carbajosa Blanco R, Castiñeiras Pérez D, Bello Cambón L, Vidal Fernández M, Vidal Bahamonde M. Recomendaciones y registro de seguimiento de enfermería al alta hospitalaria y en atención primaria del paciente con sonda vesical. *Rev. AE. enferm.Urológica.* 73: 44-53.

<sup>21</sup> Hernández M, Bermejo R, Garnés S, Martínez JM, Ortells MJ, Salmerón E. Análisis del cumplimiento y utilidad del informe de alta de los pacientes ingresados en cuidados intensivos. En: SEEIUC XXVII Congreso. Las Palmas de Gran Canaria. SEEIUC 2001: 99.

<sup>22</sup> Potter P. Fundamentos de Enfermería 5ª edición. Madrid: Harcourt; 2001.

---

<sup>23</sup> Navarro Arnedo JM. Evaluación del informe de enfermería de alta de la unidad de cuidados intensivos como instrumento para garantizar la continuidad de la asistencia. *Enferm. Clínica* 2004; 14 (2): 61-9.

<sup>24</sup> Espejo Matorrales F. Relación Atención Primaria-Atención Especializada. Calidad de los informes de enfermería. *Rol de Enferm.* 1998; 233:13-17.

<sup>25</sup> Fernández Ferrín C. Modelos y teorías de enfermería. Breve historia de la ciencia enfermera. En: *Enfermería fundamental*. Barcelona: Masson; 1995:148.

<sup>26</sup> Germán Bes C. La aplicación práctica a través del autocuidado. *Index Enferm.* 1995; IV (12-13): 17-19.

<sup>27</sup> Carpenito L J. *Diagnósticos de Enfermería*. 5ª edición. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana; 1995.

<sup>28</sup> Salvatores P, Limia S, Venturini C, Morillo J, Pileño E, Jiménez R. Análisis de los registros de alta: presencia de los diagnósticos de enfermería. *A Coruña* 2002, Pp. 46-7. Comunicación.

<sup>29</sup> Ramos Mr, Bonillo J, Galdeano N, Beltrán MI, Polo CM, Sánchez M, et al. Informe de enfermería al alta. Una experiencia en la práctica asistencial. *Rev. ROL Enferm.* 1999; 22(2): 143-148.

<sup>30</sup> Darías S, Leal M, Arias M, Cabrera J, Alonso M. Opinión de los profesionales sobre el informe de alta de enfermería. *Metas Enferm.* 1999; 19:22-24.