



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO X – N. 24 – 2016

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n24/098.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN en "¿REGISTRAMOS O CUIDAMOS?" **Forandalus 2016 - VIII Reunión Internacional de Investigación en Enfermería – III Reunión del Grupo Aurora Mas**, reunión celebrada del 15 al 16 de abril de 2016 en Zaragoza, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Impacto del Informe de Cuidados de Enfermería al Alta en la Historia Clínica Electrónica**

Autores **Montserrat Pérez Martí, Imma Zamora Muniente**

Centro/institución Hospital Comarcal Alt Penedès. Universidad Rovira i Virgili

Ciudad/país Tarragona, España

Dirección e-mail moperez73@gmail.com

RESUMEN

Justificación/Objetivos: El objetivo del estudio es promocionar el Informe de cuidados de Enfermería (ICE) al alta hospitalaria. Conocer el número de ICE realizados. Conocer qué tipo de pacientes y factores de relación (edad, sexo, patología) y unidades están implicados en la realización del informe. Conocer en qué situaciones es imprescindible el informe, y con ello, poder establecer propuestas de mejora que puedan ayudar a consolidar y visibilizar el documento en la Historia Clínica Electrónica (HCE).

Diseño: Se ha realizado un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo de los pacientes ingresados en un hospital comarcal durante marzo del 2013 a febrero del 2014 con ICE.

Metodología: Se ha realizado un análisis descriptivo de las variables categóricas y cuantitativas. También se ha realizado el análisis bivariante mediante tablas de contingencia y estadístico chi-cuadrado. Se ha considerado un nivel de significación con $p < 0,05$ y el análisis estadístico se ha realizado con PPSP.

Resultados principales: El número de casos estudiados ha sido de 2778 y el total de ICE's realizados ha sido un 8,93% sobre el total de la población. Los resultados del estudio nos indican que los pacientes con más ICE's registrados son personas con una edad avanzada, procedentes de unidades de especialidad médica y con destino a consorcios socio-sanitarios de media-larga estada. Solo un 12,9% de ICE's realizados tienen destino a domicilio.

Conclusión: Creemos que el porcentaje tan bajo de informes realizados se debe a que este es sólo usado en pacientes trasladados a otros centros sanitarios, con el objetivo de ser un instrumento de comunicación entre profesionales. Creemos que se tendría que promocionar la elaboración del ICE en todos los destinos al alta, incluyendo el destino a domicilio, ya que es una herramienta propia del colectivo de enfermería que proporciona educación sanitaria fundamental para el mantenimiento de la salud de la población.

ABSTRACT IMPACT OF NURSING CARE REPORT TO HIGH IN THE ELECTRONIC HEALTH RECORD

Main objective: is to promote the Report nursing care at hospital discharge.
Methodology: Descriptive, cross-sectional, retrospective study of patients admitted to a local hospital for 1 year registered report Care Nursing.
Main results: The number of cases studied was 2778 and the total of reports was 8.93%. Patients with more reports are registered with elderly people, from medical specialty units and destined for socio-sanitary consortia. Only 12.9% of the reports have made home destination.
Main conclusion: The percentage of reports made is low and is directly related to the transfer of patients to other health centers. It is necessary to promote the development of the report in all destinations at discharge, because it is a proprietary tool of nursing that provides basic health education for the health of the population.
Key-words: Nursing records/ Report care/ Health education.

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

Los profesionales de la Enfermería cuidan y atienden a toda la población de forma continua y sin descanso. Para ello es necesario el uso de instrumentos de registro para realizar y ejecutar los cuidados de enfermería.

A lo largo de la estancia hospitalaria, los pacientes ingresados generan gran multitud de registros de forma continua y diaria, desde el mismo día del ingreso hasta el momento del alta, y todos estos registros formaran parte de la Historia Clínica de cada individuo.

Podemos considerar que el Informe de Cuidados de Enfermería (ICE) es el resultado final del proceso de atención de enfermería, entendido como un método sistematizado para brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos relacionados con la salud de forma eficiente (¹⁻³).

Podemos enumerar múltiples ventajas y utilidades del ICE que hacen del mismo un instrumento imprescindible para la práctica enfermera diaria.

Sobre la gestión, el ICE permite conocer y evaluar los resultados de las intervenciones enfermeras, permitiendo la obtención de indicadores. Esto tiene una influencia directa en las políticas directivas de cada institución y organismo (⁴⁻⁹).

La revisión bibliográfica pone de manifiesto que el ICE es una herramienta que refleja el trabajo enfermero, la naturaleza de nuestra disciplina y autonomía profesional, debido a que es utilizado en un marco conceptual propio, diferenciándose de otras disciplinas (^{4, 5, 7, 9, 10-15}).

Es un instrumento de vital importancia en términos de educación sanitaria hacia el paciente y familia con la finalidad de dar continuidad a los cuidados una vez ha finalizado la hospitalización. El problema de salud no finaliza en el momento en que la persona es dada de alta del hospital, el ICE es un instrumento imprescindible de comunicación y perdurabilidad (¹⁵⁻²⁹).

Esta necesidad de coordinación y continuidad asistencial, es significativa cuando se plantean cuestiones como, el aumento de la esperanza de vida, el envejecimiento progresivo de la población, con aumento de enfermedades crónicas y fragilidad,

incrementándose la necesidad de cuidados. Y, por otro lado, la estancia media hospitalaria cada vez es menor, haciendo que se necesiten más cuidados en domicilio^(16, 17, 19).

En el año 2010, se publica el Real Decreto 1093/2010, que normaliza y estructura el informe, reconociendo a su vez su importancia y fomentando su visibilidad⁽²⁹⁾

El Hospital Comarcal del Alt Penedés (HCAP), atiende a toda la comarca y su área de influencia es una población de 96.389 habitantes. Dispone de 94 camas de hospitalización convencional y cuatro unidades de hospitalización: toco-ginecología, medicina interna, cirugía y traumatología. En el 2013 atendió 5328 altas de hospitalización convencional, de las cuales un 68,90% eran de la especialidad médica y 68,06% quirúrgicas. Presenta una estancia media de 5,4 días y un índice de ocupación de 84,3% y 1978 intervenciones mayores con hospitalización^(30,31).

El HCAP, elaboró su primer Informe de Cuidados de Enfermería (ICE) en el año 1997 en formato papel, implantándose en todas las unidades de hospitalización, convirtiéndose en el único documento vigente y de referencia para los profesionales de enfermería de hospitalización. En el 2012 y 2013 se revisó y actualizó el informe, integrándolo en la Historia Clínica Electrónica.

Por todo lo expuesto anteriormente y después de más de un año de su proceso de digitalización, hemos considerado adecuado conocer el grado de implantación del informe en las unidades de hospitalización y el grado de impacto, de visibilidad, en la continuidad de cuidados de salud.

Material y método

Se ha realizado un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo de los pacientes ingresados en el HCAP durante marzo del 2013 a febrero del 2014 (al año de la implantación) con ICE.

El objetivo del estudio es promocionar el Informe de cuidados de Enfermería (ICE) al alta hospitalaria. Conocer el número de ICE realizados durante un año dentro del marco de un hospital comarcal. Conocer qué tipo de pacientes y factores de relación (edad, sexo, patología) están implicados en la realización del informe. Identificar cuáles son las unidades de hospitalización y especialidades médicas con mayor número de ICE registrados. Conocer en qué situaciones es imprescindible el informe debido a la necesidad de presentar una continuidad de los cuidados enfermeros de cara al alta hospitalaria, y con ello, poder establecer propuestas de mejora que puedan ayudar a consolidar y visibilizar el documento en la Historia Clínica Electrónica (HCE).

Los criterios de inclusión son pacientes ingresados por hospitalización convencional con estancia ≥ 3 días. Los criterios de exclusión son pacientes ingresados por hospitalización convencional de obstetricia, ginecología y pediatría, pacientes ingresados por corta estancia de cualquier unidad, pacientes ingresados cuyo destino al alta ha sido otro hospital o éxitus.

El estudio se ha realizado mediante la consulta de dos fuentes de datos secundarios. La primera mediante la información obtenida de la página web del observatorio del sistema de salud de Cataluña (tabla Cataluña). La segunda mediante consulta de la base de datos de la Historia Clínica Electrónica del centro (tabla hospital). Generando dos tablas de datos en formato Excel con las variables de estudio⁽³¹⁾.

Las variables de estudio han sido: número de historia clínica (NHC), edad, sexo, grupo relacionado con el diagnóstico (GDR), tipo de ingreso, unidad de enfermería, días de

estancia hospitalaria, destino al alta, informe de ICE, recomendaciones del ICE cuando destino es domicilio.

Para cada una de las variables se ha realizado un análisis descriptivo de todas ellas incluyendo la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov. Para las variables categóricas se expresan los resultados en porcentajes y frecuencias. Y las variables cuantitativas, se han calculado medidas de tendencia central (media, mediana) y variables de dispersión (varianza). La relación entre las diferentes variables, se ha realizado el análisis bivariante mediante tablas de contingencia y estadístico chi-cuadrado. Se ha considerado un nivel de significación con $p < 0,05$ y el análisis estadístico se ha realizado con PPSP (inversión de las siglas SPSS, StatisticalPackagefor Social Sciences) de Free Software Foundation).

Este trabajo de investigación ha sido autorizado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Hospital Universitario de Bellvitge, con referencia PR030/15. Los investigadores se comprometen a mantener la confidencialidad de los datos.

Resultados

El número total de casos es de 2778, de los cuales 45,86% son mujeres y 54,14% son hombres.

Tabla I. Relación sexo y edad de los pacientes ingresados con estancia ≥ 3 días.

	Edad Mujer (p=45,86%)	Edad Hombre (p=54,14%)
Media	74,82	71,39
Límite superior	75,71	72,22
Límite inferior	73,93	70,56
Mediana	80,00	74,00
Varianza	263,023	270,011

Aunque haya una proporción mayor de hombres ingresados que de mujeres, podemos ver que la edad mediana de las mujeres es superior, con una diferencia de 6 años más de vida

De las variables cuantitativas analizadas, la edad y la estancia media hospitalaria, han dado una distribución no normal de la prueba de Kolmogorov-Smirnov. La edad media es de 73 (72,35-73,58), y la mediana 77. La estancia media es de 7,44 (7,27-7,61) y la mediana 6.

Existen diferencias entre la edad media entre hombres y mujeres (tabla I).

Continuando con el análisis descriptivo de otras variables del estudio, podemos decir que el 79,70% de casos (2214) han sido destino al alta el domicilio, un 10,84% (301) traslado a centro sanitario de mediana o larga estada, un 6,55% (182) residencia, un 2,3% (65) a otro centro hospitalario de agudos y el 0,57% (16) otros destinos.

El número de total de ICE realizados ha estado un 8,93% sobre el total de la población.

Si comparamos el número de altas totales de hospitalización convencional por tipo de especialidad del HCAP con el resto de centros hospitalarios de Cataluña, obtenemos que la distribución es similar. Durante el año 2013 el HCAP tuvo 5328 altas de hospitalización convencional (68,90% médicas y 68,06% quirúrgicas) y los hospitales de Cataluña 598411 altas (63,85% médicas y 69,23% quirúrgicas).

En cambio, si realizamos el mismo análisis con el total de la población de este estudio (2778 casos), obtenemos que el 62,8% (1745) de altas han estado ingresados en las unidades médicas, un 32,07% (891) en las unidades quirúrgicas y el 5,11% (142) en otras unidades.

Por lo que podemos decir, aunque la distribución total del número de altas por especialidades es similar, existen más altas con días de estancia ≥ 3 días de las especialidades médicas que de las quirúrgicas. Por lo que las especialidades quirúrgicas tienen una proporción mayor de pacientes ingresados de corta estancia.

Si analizamos el tipo de especialidad (médica o quirúrgica) con la edad recodificada y los días de estancia, obtenemos que existe relación con cada una de las variables. Las personas ingresadas en las unidades médicas tienen una edad superior que en las quirúrgicas: el 45,0% de los ingresos médicos tienen una edad >81 años y el 49,5% de los ingresos quirúrgicos tienen edad comprendida entre 61-80 años. También obtenemos que la media de los días de estancia es significativamente mayor en las especialidades médicas (7,56 días) que en las quirúrgicas (6,89 días).

Podemos evidenciar relación entre los días de estancia hospitalaria y la edad recodificada. Los grupos de edades más mayores presentan más días de estancia hospitalaria que los grupos de edades más jóvenes, la media del grupo del grupo >80 es de 8,09 días (Tabla II).

Tabla II. Tipo de altas por especialidad.

	Unidades médicas	Unidades quirúrgicas
Altas Hospitales de Catalunya (N=598411)	63,85% ¹	69,23% ¹
Altas HCAP (N=5328)	68,9% ¹	68,06% ¹
Altas HCAP estancia > 3 días (N=2778)	62,8% (1745)	32,07% (891)
Edad (N=2778) ⁽¹⁾	45% >81 años	49,5%, 61-80 años
Días de estancia (N=2778) ⁽²⁾	7,56 días	6,89 días
¹ (error X2 0,00<0,05) ² T student 0,02<0,05)		

Del total de la población N=2771, existen 304 tipos de GDR distintos. Con la finalidad de facilitar el análisis de los datos hemos escogido los GDR con un porcentaje superior al 10% sobre el total. Esto nos ha dado como resultado un total de 10 GDR diferentes. Es decir, los más representativos.

Del análisis de la relación entre las variables GDR $>10\%$ y sexo podemos decir que el sexo de la persona está relacionado con padecer ciertas enfermedades. Obtenemos que hay enfermedades como la EPOC y neumonía que padecen más los hombres que las

mujeres, y en cambio otras, como el tracto biliar y la patología de columna vertebral que afectan más a mujeres.

También existen diferencias entre la edad media y cada uno de los GDR. La media del grupo fallo cardíaco y shock es de 81,47, I Renal 80,59, ICC 83,74 y neumonía 77,20 (Tabla III).

Tabla III. GDR más representativos, con un porcentaje >10% del total, por sexo y edad								
GDR	Descripción del GDR	Nº Total	Porcentaje sobre el total (304) > 10%	Especialidad	Hombres	Mujeres	Edad media	
1	541	Neumonía simple y otros trastornos respiratorios excepto bronquitis, asma con ccc mayor	259	85,19%	Médica	73%	27%	77,2
2	127	Fallo cardíaco y shock	145	47,69%	Médica	51%	49%	81,47
3	544	Insuficiencia cardíaca crónica y arritmia con complicaciones mayores	109	35,85%	Médica	45,90%	54,10%	83,74
4	209	Enfermedades del tracto biliar con cc	92	30,26%	Quirúrgica	34,80%	65,20%	74,52
5	88	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	75	17,43%	Médica	76%	24%	75,61
6	14	ictus con infarto	73	20,72%	Médica	47,90%	52,10%	
7	316	Insuficiencia renal	69	22,69%	Médica	56,50%	43,50%	80,59
8	818	Substitución de cadera excepto por complicaciones	52	17,10%	Quirúrgica	53,80%	46,20%	69,73
9	208	Enfermedades del tracto biliar sin cc	50	16,44%	Quirúrgica	58,00%	42,00%	71,66
10	243	Patología médica de columna vertebral	49	16,11%	Quirúrgica	38,80%	61,20%	68,53
		TOTAL	973	35,11%				
Una muestra compuesta por 973 casos, con un NC del 95% en una situación de máxima heterogeneidad (p=q) y un error del 3% sería representativa de la población total. Por lo que podemos decir que la muestra obtenida (n=973) es representativa					error X2 0,00<0,05, y V Cramer 0,27, error 0,000<0,05 (bajo)		Comparación medias ANOVA Games-Howel	

Si relacionamos las variables reingresos hospitalarios y tipo de alta (médica o quirúrgica) y sexo, obtenemos que el 98,4% de los reingresos son de la especialidad médica frente un 1,6% de la quirúrgica. I que un 67,2% son hombres y un 32,8% mujeres.

Si centramos este estudio en el ICE con el resto de variables relacionadas, podemos detallar algunos datos muy interesantes que nos hacen reflexionar.

El porcentaje de ICE que han sido realizados por las especialidades médicas es de un 85,1%, frente al 14,9% de las quirúrgicas.

Los pacientes que se les ha realizado ICE tienen edades mayores (media 82,68) en comparación a los pacientes que no lo tienen (media 72,01).

El porcentaje de ICE que son mujeres es de 59,7, frente al 40,3% que son hombres.

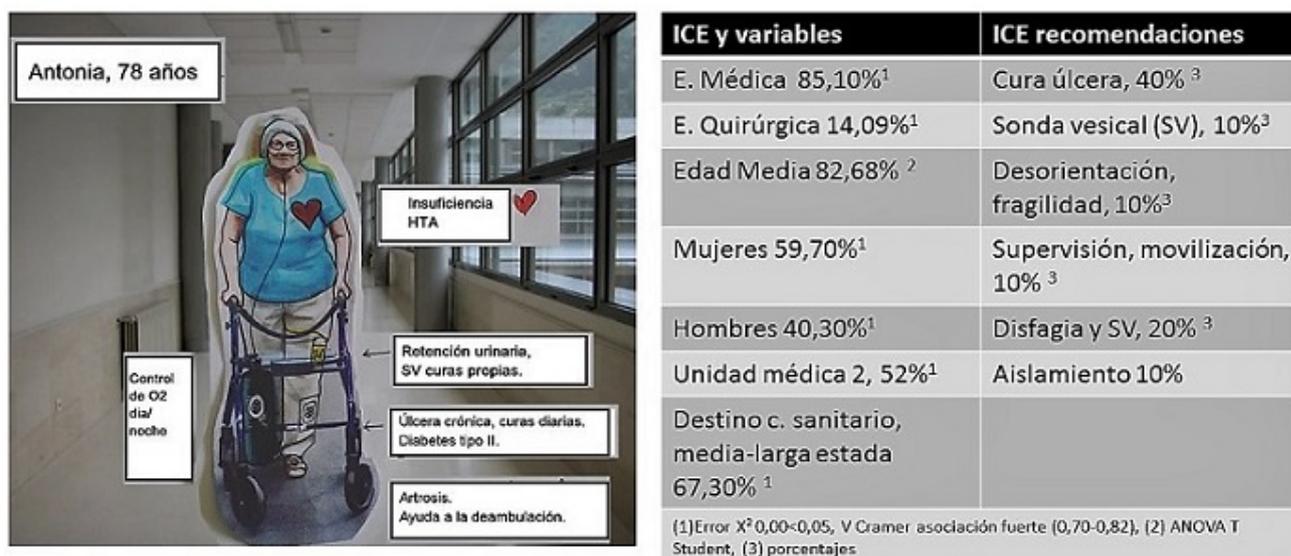
El porcentaje de ICE que tienen la unidad médica 2 es de 52,0% y de la unidad médica 3 es de 25,8%, unidad de soporte 11,7%, unidad de trauma 8,5% y unidad de cirugía 1,6%.

De informes con destino al alta a domicilio es de 12,9%, traslado a residencia social 19,8% y traslado a centro sanitario de media y larga estada es de 67,3%.

De pacientes con destino al alta a domicilio son mujeres 43,3%, y de hombres un 56,7%. Con destino al alta a residencia social son mujeres, 57,1% y 42,9% hombres. Y de traslado a centro sanitario de media y larga estada que son mujeres es de 57,5% y de hombres un 42,5%.

Finalizamos los resultados con el porcentaje de informes cuyo destino al alta es domicilio se analizan las recomendaciones al alta más frecuentes de cada informe para poder conocer los motivos de educación sanitaria.

Figura 1. Ejemplo ilustrado de un perfil de paciente con destino centro socio-sanitario. Elaboración propia.



Podemos vislumbrar que los motivos de continuidad de cuidados a domicilio más frecuentes son la cura de las heridas, cuidados de la sonda vesical, cuidados del paciente frágil o desorientado, recomendaciones para mantener el aislamiento cutáneo, y recomendaciones para la ayuda en la movilización (Figura 1).

Discusión

Según los datos del HCAP, los hombres que ingresan padecen patologías relacionadas con el sistema respiratorio como EPOC y neumonía mientras que las mujeres ingresan por patología de la columna vertebral y enfermedades de tracto biliar sin complicaciones. Los pacientes con edades avanzadas ingresan más días y padecen más fallo cardíaco y shock, I Renal, ICC y neumonía. Todas estas patologías son de especialidades médicas, por lo que tienen una población más envejecida y necesita de más recursos asistenciales para el cuidado de sus pacientes.

El 98,4% de reingresos se producen en las unidades de especialidad médica.

Existen más altas en las unidades médicas (81,61%) que en las quirúrgicas (18,39%) como también de realización de ICE's (85,1% médica frente a 14,9% quirúrgica). Este patrón puede justificarse debido a un criterio de exclusión utilizado para este estudio, relacionado con la actividad quirúrgica de intervenciones ambulatorias que suponen una estada de uno a dos días de ingreso. Se encuentra excluida toda actividad quirúrgica (intervenciones tipo catarata, herniorrafia, extirpación de quistes, o amigdalectomía) menor a 3 días de ingreso. Si se comparan estos resultados con el mismo criterio de exclusión (cirugía mayor ambulatoria) en otros centros hospitalarios de Cataluña no obtenemos diferencias, por lo que concluimos nuevamente que las unidades de especialidad médica son las unidades con más carga asistencial respecto a otras unidades, debido a que el porcentaje de ingresos es más elevado, como también los días de hospitalización, con una diferencia de casi un día más de estancia hospitalaria.

El análisis de datos también concluye que la edad mediana de las mujeres es de 80 años, muy superior a la de los hombres con 74 años, con una diferencia de 6 años más de vida. Existen más número de mujeres trasladadas a residencias (57,1%) y a consorcios socio-sanitarios de media-larga estancia (57,5%) que los hombres. Debido a la longevidad de las mujeres, estas necesitan más cuidados y atención sanitaria.

Los ICE's son un instrumento terapéutico enfermero utilizado para describir recomendaciones relacionadas con el cuidado de la salud de los pacientes en el momento del alta. Es muy útil para clarificar cuestiones médicas relacionadas con el tratamiento como también cuestiones relacionadas con recomendaciones para preservar la salud y el cuidado de heridas del paciente. Según nuestro estudio, este informe se realiza con más frecuencia en las mujeres (59,7%) respecto a los hombres (40,3%), como también existen muchos más ICE's realizados en las unidades de especialidad médica (85%) respecto a la quirúrgica (14,9%).

El número total de ICE's realizados ha estado un 8,93% sobre el total de la población. Según el análisis de los datos, los ICE's se utilizan con más frecuencia en pacientes con edades avanzadas (82,68 años) y con destino a consorcios socio-sanitarios de media-larga estancia con un 67,3%.

Se consultaron los ICE's de los pacientes con destino a domicilio (12,9%), y los motivos de su realización fueron básicamente por la existencia de úlceras.

Podemos concluir que existe un patrón o perfil de los pacientes con más número de ICE's realizados. Son de personas con una edad avanzada, procedentes de unidades de especialidad médica y que un 67,3% son trasladados a centros socio-sanitarios y 19,8% a residencias sociales. Solo un 12,9% de ICE's registrados tienen destino a domicilio. Entendemos que este informe es usado en pacientes trasladados a otros centros sanitarios con el objetivo de ser un instrumento de comunicación para otros profesionales y no para el paciente o familia.

Es necesario promocionar la elaboración del Informe de cuidados de Enfermería en todos los destinos al alta, incluyendo por supuesto al destino a domicilio, ya que es una herramienta propia del colectivo de enfermería que proporciona educación sanitaria fundamental para el mantenimiento de la salud de la población.

Bibliografía

1. Seva LLor AM. El Informe de Cuidados de Enfermería al Alta: análisis situacional en la Región de Murcia [Tesis], Murcia; Universidad de Murcia; 2011
2. Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2000.
3. Sorrentino SA, Remmert LN, Gorek B. Fundamentos de enfermería práctica. 4ª ed. Madrid: ElsevierScience; 2012.
4. Ballesteros García M, Jiménez Navascués L, Ruiz Gómez MC. Revisión bibliográfica del informe de valoración al alta de enfermería. Gerokomos 2004;15(4):209–16.
5. Grupo de enfermería Gestora de Casos Hospitalaria de Granada. Relevancia del contenido y transmisión del Informe de Enfermería al Alta hospitalaria. Evidentia[Internet]. 2011 (consultado el 15 de diciembre de 2014);8 (36):1–6. Disponible a: <www.index-f.com/evidentia/n36/ev7623.php>
6. Ruiz Gómez MC. Utilización del diagnóstico enfermero en los informes de enfermería al alta hospitalaria. BibliotecaLascasas [Internet]. 2005 (consultado el 14 de diciembre de 2014);1:1–12. Disponible a: www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0012.php
7. Márquez Alonso A. Informe de enfermería al alta hospitalaria: herramienta imprescindible para garantizar la continuidad asistencial. Hygia [Internet]. 2006 (consultado el 10 de enero de 2015);64. Disponible a: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/ejemplar?codigo=267751>

8. Rivas Cilleros E, Velasco Montes J, López Alonso JC. Valoración del informe de enfermería al alta tras la hospitalización. Nuberos Científica Colegio de Enfermería de Cantabria [Internet]. 2013 (consultado el 10 de diciembre de 2014);1. Disponible a: <http://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/8/52>
9. Sociedad Española de Enfermería de Urgencias. Del Informe de Enfermería al alta de urgencias. CiberRev [Internet]. 2006 (consultado el 12 de enero de 2015). Disponible a: http://enfermeriadeurgencias.com/ciber/PRIMERA_EPOCA/2005/diciembre/informealta.htm
10. Sierra Talamante C, Sayas Chuliá V, Famoso Poveda MJ, Muñoz Izquierdo A, Peiró Andrés A, Garrigós Hernández E, et al. Continuidad de cuidados: alta de enfermería. Enfermería en Cardiología. 2007;41:35–40.
11. Navarro-Arnedo JM, Orgiler Uranga PE, de Haro-Marín S. Nuevo informe de alta de enfermería de cuidados intensivos: grado de satisfacción y cumplimentación de los colectivos implicados. Enfermería Clínica [Internet]. 2006 (consultado el 11 de diciembre de 2014); 16(4):190–7. Disponible a: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130862106712128>
12. Chica Fernández MJ, Costa Ruiz A, Rodríguez Villagordo MJ, Sanchez Salmerón A, Torres Gómez J. Informe alta enfermería: historia clínica integral. Asociación Española de Enfermería en Urología ENFURO [Internet]. 2012 (consultado el 12 de enero de 2015);122(1625):19–24. Disponible a: <http://www.enfuro.es/enfuro-2012.html>
13. Navarro Arnedo JM, Orgiler Uranga PE, de Haro Marín S. Evaluación del informe de enfermería de alta de la unidad de cuidados intensivos como instrumento para garantizar la continuidad de la asistencia. Enfermería clínica. 2004;14(2):61–9.
14. Torné Ortega MJ, Díaz Domínguez MJ. Razones de la no cumplimentación del Informe Continuidad de Cuidados en el Área de Hospitalización Quirúrgica de un Hospital de Agudos. Tesela [Internet]. 2013 (consultado el 14 d enero de 2015);13:7–11. Disponible a: <http://www.index-f.com/tesela/ts13/ts8056.php>
15. Caamaño C, Sáinz A, Martínez JR, Alonso M, Carro J. Evolución y valoración de la calidad del informe de enfermería al alta. Revista de Calidad Asistencial [Internet]. 2004 (consultado el 15 de enero de 2015);19(6):396–401. Disponible a: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1134282X04777301>
16. Carmona Heredia D, Pérez Sánchez JA, Márquez Mejías R, García Muñoz MD. Informe de Enfermería al Alta en el servicio de medicina interna: una garantía para la continuidad de cuidados. Hygia [Internet]. 2009 (consultado el 15 de enero de 2015);71:49–52. Disponible a: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/ejemplar?codigo=267724>
17. Corbalán Abril MD, Roldán Valcárcel MD. Eficiencia de la intervención educativa e informe de recomendaciones al alta para pacientes intervenidos de prostatectomía. Asociación Española de Enfermería en urología ENFURO [Internet]. 2008 (consultado el 15 de enero de 2015);108:25–9. Disponible a: <http://www.enfuro.es/images/Revistas%20ENFURO/Enfuro108.pdf>
18. Merino Ruiz M, Sebastián Viana T, Gómez Díaz MC, Leo del Castillo Y. Utilidad y dificultades para la realización del informe de enfermería al alta hospitalaria según las enfermeras del Hospital de Fuenlabrada. Enfermería Clínica [Internet]. 2008 (consultado el 15 de enero de 2015);18 (2):77–83. Availablefrom: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130862108707022>
19. Calero Romero MR. La continuidad de los cuidados de los pacientes intervenidos de fractura de cadera. Enfermería Global [Internet], 2012 (consultado el 2 de diciembre de 2014); 27. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412012000300013&script=sci_arttext
20. Comisión de cuidados de Enfermería Hospital San Juan de Dios de Alfarje. Informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería al Alta [Internet]. 2012 (consultado el 20 de febrero de 2014). Disponible a: <http://www.sanjuandedios-oh.es/?q=node/64>
21. Lucendo Villarín A, NociBelda J. El informe de alta de enfermería, un instrumento para la continuidad de los cuidados. Enfermería clínica [Internet]. 2004 (consultado el 15 de enero

- de 2015);14(3):184. Disponible a: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-el-informe-alta-enfermeria-un-13064160>
22. Hernández Martínez-Esparza E, Barquín Arribas MJ, Mundet Riera I, RoyanoReigadas L; García Calderón M. La necesidad de un informe de enfermería al alta o traslado en una residencia geriátrica. Gerokomos. 2006;17 (3)(1):132–9.
 23. Navarro Arnedo JM, Orgiler Uranga PE, de Haro Marín S . Informes de alta de enfermería de cuidados intensivos en España: situación actual y análisis. Enfermería Intensiva. 2005;16(2):62–72.
 24. Navarro Arnedo JM, Orgiler Uranga PE, de Haro Marín S. Aurora 2003: gestor de informes de alta de enfermería de cuidados intensivos. Enfermería Intensiva. 2007;18(2):78–89.
 25. Urbano García G, Reche Molina A, Garrido González J, de Torres Villagrà M. ¿Asegura el Informe de Alta de Enfermería la Continuidad de Cuidados? Parainfo Digital [Internet]. 2008 (consultado el 3 de enero de 2015);5:7–13. Disponible a: <http://www.index-f.com/para/n5/sumario.php>
 26. Vidal Martínez LE, González Cantero, ML. Informe de cuidados en enfermería, revisión de su situación actual. Enfermería Global [Internet]. 2013 (consultado el 5 de enero de 2015); 32 :336–45. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412013000400020&script=sci_arttext
 27. Vicente Peralta LI, Bonil de las Nieves C, Montero Vegas R, Sautoho Napa S, Rodríguez Espejo A, García Gálvez M. Informe de continuidad de cuidados una herramienta para la mejora de la comunicación entre Atención Especializada y Atención Primaria. Evidentia. 2006;3(7):5.
 28. Carpenito LJ. Diagnósticos de enfermería: aplicaciones a la práctica clínica [Internet]. Madrid [etc.]: McGraw-Hill Interamericana; 2003 (consultado el 24 de mayo de 2014). Disponible a: http://cataleg.urv.cat/record=b1174146~S13*cat
 29. Castillo Gómez, M^a Teresa; Torre Lloveras, Pilar. Conjunto mínimo de datos de los informes clínicos: Informe de cuidados de enfermería . Real Decreto 1093/2010. Ágora de Enfermería (AgInf) Vol.15.3 Septiembre 2011. On cercar-lo: <http://www.agoradenfermeria.eu/?error=4&view=contacte&lang=CAST>
 30. Consorci Sanitari Alt Penedès [Internet]. Vilafranca del Penedès: Memoria 2013 [consultado el 27 de mayo de 2015]. Disponible a: <http://www.csap.cat/memoria/2013/>
 31. Generalitat de Catalunya [Internet]. Barcelona: Observatorio del sistema de salud de Cataluña Salud [consultado el 27 de mayo de 2015]. Disponible a: http://observatorisalut.gencat.cat/ca/central_de_resultats/