



Monserrat Ballesteros García
Lourdes Jiménez Navascués
M.^a Carmen Ruiz Gómez

Profesoras de la Escuela Universitaria de Enfermería de Soria.
Alumnas del 2º ciclo de Enfermería. Universidad de Zaragoza.

Correspondencia:

Lourdes Jiménez Navascués
Escuela Universitaria de Enfermería
Ctra. Logroño s/n
42004-Soria
Tfnos.: 975 22 09 00, 975 23 36 45

Revisión bibliográfica del informe de valoración al alta de enfermería

Bibliographic review on the Assessment Report at the Time of Nursing Care Discharge

RESUMEN

La utilización sistemática de un informe de valoración al alta de enfermería nos proporciona ventajas desde distintos puntos de vista profesional: de la gestión de cuidados, docente, de investigación y desde la legalidad.

Objetivo: En nuestro trabajo analizamos las publicaciones existentes sobre el informe de valoración al alta de enfermería (IVAE), siendo éste el resumen de la historia de enfermería.

Material y método: Realizamos un estudio descriptivo cuantitativo, sobre la revisión bibliográfica acerca del IVAE, en 32 artículos publicados en revistas de enfermería en el contexto español.

Resultados: La mayoría valora las ventajas de su utilización, destacando que mejora la continuidad de cuidados, facilita la coordinación y comunicación entre profesionales y refleja el trabajo de enfermería. Entre las desventajas o problemas de su utilización se encuentran la necesidad de tener unos conocimientos previos y motivación. Para su elaboración consideran requisito importante la adopción de un modelo de enfermería. Entre los elementos que componen el informe de alta no hay unanimidad de criterios.

Conclusiones: Su utilización ofrece bastantes ventajas profesionales.

SUMMARY

Systematic performance of an assessment report at the time of nursing care discharge provides significant advantages from the professional, educational and legal points of view as for research and health care management.

Objective: *In this study we carried out an evaluation of the existing publications on the performance and value of the assessment report at the time of nursing care discharge (ARNCD), which is basically equivalent to the summary of the nursing care chart.*

Materials and methods: *We have carried out a quantitative, descriptive study based on a bibliographic review of 32 papers on the ARNCD published in Spanish nursing journals.*

Results: *Most reports have focused on the potential usefulness of the ARNCD and have emphasized its role in the improvement in aspects like continuity of nursing care or coordination and communication among health care professionals; it is also an excellent way of proving the work carried out by nursing staff. The main drawbacks or disadvantages of its use are the need of both prior specific knowledge and motivation. A fundamental requirement for its development is the adoption of a particular nursing model. There is not an overall consistency in the criteria for elaboration of the nursing care discharge report.*

Conclusions: *The use of ARNCD offers a range of professional advantages.*

Informe de valoración, alta de enfermería, modelo de enfermería, calidad.

Assessment report, nursing care discharge, nursing care model, quality.

En nuestro trabajo tratamos de analizar si el colectivo enfermero utiliza registros para plasmar los cuidados de enfermería y si, cuando el paciente es dado de alta en el hospital, le hace entrega de un informe con el resumen de sus cuidados y las recomendaciones al alta.

Conceptuar las ideas a veces resulta complejo, por este motivo, al analizar los diferentes artículos objeto de este trabajo, nos encontramos con que no todos los autores coinciden a la hora de denominar el documento base de este estudio. Las denominaciones encontradas son:

- Alta de enfermería.
- Alta de enfermería hospitalaria.
- Informe de valoración al alta de enfermería.
- Informe de enfermería al alta.
- Informe de alta hospitalaria por enfermería.
- Registro de enfermería al alta del paciente.
- Informe de recomendaciones al alta de enfermería.
- Informe de valoración al alta de enfermería.
- Informe de cuidados de enfermería al alta hospitalaria.

En nuestra opinión la denominación más apropiada sería *Informe de Valoración al Alta de Enfermería* (IVAE), ya que *informe de alta* o *alta de enfermería* pueden dar lugar a confusiones o a cuestionarse si es el personal de enfermería quien da el alta hospitalaria al paciente. La denominación elegida especifica que lo que realiza la enfermería es un informe basado en una valoración del paciente donde constan los cuidados que se recomiendan al paciente/familia cuando éste regresa a su lugar de residencia habitual después de haber estado ingresado en un centro sanitario.

En cuanto a las definiciones encontradas sobre el IVAE, la que consideramos más sencilla en su expresión es “Resumen de la historia de enfermería” (1), pero a su vez de gran complejidad, si pretendemos unificar criterios, puesto que no es un concepto preciso.

Definiciones como “Se trata de un documento escrito en el que se reflejan todos los cuidados que el enfermo tiene que conocer para conseguir una total reincorporación a la vida cotidiana, así como los datos que necesitan otros

profesionales para dar una continuidad a los cuidados recibidos en el hospital” (2) o “El informe de cuidados de enfermería al alta hospitalaria es el documento que cierra el proceso de atención de enfermería iniciado al ingreso del paciente en un Centro Hospitalario puesto que comunica información acerca de dicho paciente entre los dos niveles de asistencia existentes en nuestro Sistema Sanitario” (3) nos parecen bastante apropiadas, aunque la primera nos parece más completa, ya que indica como destinatarios del informe, por un lado, a los usuarios, y, por otro lado, a los enfermeros que van a continuar con los cuidados.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1. ¿Existe realmente la necesidad de un informe de alta de enfermería?
2. ¿Se puede realizar un informe de alta de enfermería sin un plan de cuidados previo?
3. ¿Qué elementos deben formar parte de un IVAE?

JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

La implantación de los IVAE la podemos justificar desde varios puntos de vista:

Profesional

El centro de interés y donde encuentra su razón de ser la enfermería son los cuidados humanos. La utilización de un modelo conceptual delimita de manera más clara el campo de actuación de la enfermera, organiza los cuidados de manera coherente para todos los miembros del equipo, haciendo que todos tiendan hacia el mismo fin, hace más personales y humanos los cuidados, permite a los profesionales de enfermería utilizar un lenguaje común, realiza una aportación propia al equipo interdisciplinario y revaloriza el rol autónomo de la enfermera (4), idea transmitida también por Kérouac en su libro *El pensamiento enfermero*.



211 Para llevar el modelo a la práctica necesitamos una metodología científica. El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes orientados al logro de objetivos. Consta de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación (5).

Autoras como Alfaro y Phaneuf analizan el instrumento metodológico para el cuidado y ponen de manifiesto su importancia como herramienta fundamental en el proceso de cuidar en enfermería y como instrumento básico en el desarrollo disciplinar.

El proceso enfermero conforma una dirección de los cuidados. 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 cliente (6).

Estas conclusiones se realizan a través de los diagnósticos enfermeros, que proporcionan un mecanismo útil para estructurar los conocimientos en un intento de definir el rol y ámbito de la enfermera (7).

Un sistema de clasificación para la enfermería define el cuerpo de conocimientos de los cuales ésta se responsabiliza, y esto le da mayor responsabilidad y mayor autonomía profesional (8).

Abdellah y Levine (1965) ya señalaron la necesidad de un lenguaje de enfermería especializado para describir la práctica de la enfermería.

La *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) cree que su esfuerzo contribuye significativamente a la realización de esta tarea (9).

Dentro del proceso enfermero, la planificación se inicia en el primer contacto con el paciente y prosigue hasta que la relación enfermera-cliente termina, por lo general, cuando el paciente recibe el alta.

Según Kozier (10), la planificación del alta, el proceso de prever y planificar las necesidades del paciente al salir del hospital, se está convirtiendo en una parte crucial de la atención integral a la salud. Una planificación eficaz del alta comienza en el momento del ingreso. En todo cliente deben valorarse las necesidades potenciales de cuidados, la disponibilidad y capacidad de la red de apoyo del cliente para satisfacer sus necesidades y cómo el entorno domiciliario respalda al cliente. También deben evaluarse, al considerar las necesidades del alta, los recursos del cliente, su familia y comunidad.

Gestión

31

La dirección de cada institución de cuidados de salud selecciona el método que se emplea para documentar los cuidados al cliente. El método refleja la filosofía de la dirección enfermera e incorpora los estándares de cuidados.

Los estándares de cuidados se demuestran a través del proceso enfermero. Dentro de estos estándares se encuentran las responsabilidades enfermeras sobre la diversidad: seguridad, educación, promoción de la salud, tratamiento, autocuidados y planificación de la continuidad de los cuidados (ANA, 1998).

El indicador de calidad es una característica, parámetro o situación de la atención sanitaria, que reviste la suficiente importancia para ser determinante de esa calidad. Mompert (11, 12), al definir los indicadores de calidad, identifica como indicadores de estructura entre otros a los registros. El IVAE puede ser un indicador de calidad.

En los últimos años los sistemas sanitarios han sufrido un proceso de transformación. Las instituciones han emprendido un camino innovador: entre las tendencias actuales está la transformación de los entornos habituales de atención, con mayor protagonismo de la Atención Primaria, convirtiendo los hospitales en centros de corta estancia. En esta situación la aportación de los cuidados enfermeros es de especial relevancia.

La Enfermería juega un papel fundamental; no obstante, todavía hoy ha de definir claramente su aportación a este desarrollo y su contribución a la mejora de la calidad de vida de la población española.

Este hecho ha contribuido a la firma de un convenio entre el Ministerio de Sanidad y Consumo, el Insalud y el Consejo General de Enfermería para el desarrollo del Proyecto NIPE, Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería (13).

Los fines del proyecto pueden resumirse en:

- Establecer un lenguaje común para describir la práctica de la enfermería.
- Describir los cuidados que enfermería presta a la población estableciendo su competencia profesional.
- Aportar instrumentos de enseñanza mediante la unificación de criterios.
- Mejorar los procesos de registro de los cuidados en los historiales de los pacientes.

Dentro de este marco de normalización se encuentra también el proyecto NUBINE, cuyo fin es precisamente la determinación del Conjunto Mínimo Básico de Datos de Enfermería y los proyectos NIC o CIE (Clasificación de Intervenciones Enfermeras) (14) y NOC o CRE (Clasificación de los Resultados de Enfermería) (15).

La documentación de los pacientes necesita del establecimiento de unos criterios. La JCAHO (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*) especifica las recomendaciones para la documentación. Exige la documentación en el contexto del proceso enfermero, así como la evidencia de educar al cliente y la familia y la planificación del alta.

Docente

En la docencia, los cuidados representan el constructo en el que adquieren significado enfermero la totalidad de los contenidos de la formación. Los alumnos de distintas disciplinas emplean la historia del paciente y los registros como instrumento para su formación.

Investigación

La información de los registros es un instrumento valioso para investigar. Los cuidados señalan el campo de trabajo sobre el que profundizar y teorizar para construir, desarrollar y validar el conocimiento enfermero (16). Son un buen recurso para describir las características de las poblaciones de clientes en un centro de cuidados de salud.

Legislación

Desde el punto de vista legal, la Ley General de Sanidad (L.G.S.) 1986 (17) tiene como finalidad regular todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en la Constitución. Esta ley hace alusión en varios de sus artículos a nuestro tema de estudio:

- Art. 10.11: Los usuarios tienen derecho “a que quede constancia por escrito de todo su proceso. Al finalizar la estancia del usuario en una Institución hospitalaria, el paciente, familiar o persona a él allegada recibirá su Informe de Alta”.

- Art. 18.16: Recoge la necesidad de control y mejora de la calidad de la asistencia sanitaria en todos sus niveles.

La documentación es una de las mejores defensas frente a las reclamaciones legales asociadas con el cuidado enfermero.

Nuestra opinión es que el registro del IVAE tendría todas las ventajas de la comunicación escrita. Por un lado, transmitir el mensaje a varias personas (paciente y enfermeras de otra institución) en la misma forma y con el mismo contenido, el deseado por el emisor. Por otro lado, subraya el carácter permanente del mensaje, facilitando su estudio e interpretación por parte del sujeto que lo recibe, el cual puede analizarlo detalladamente después de la recepción.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza un estudio descriptivo sobre la revisión bibliográfica acerca del informe de valoración al alta de enfermería.

La búsqueda la realizamos durante el mes de febrero de 2003, con los siguientes motores y palabras clave.

Motores de búsqueda: CUIDEN, CUIDATGE, BEDIE, MEDLINE, Catálogos de la Red de Bibliotecas Universitarias Españolas y en portales Enfermundi, Enfersalud.

Palabras clave: valoración, registros, informes, alta, informe de alta de enfermería, plan de cuidados, continuidad de cuidados, alta hospitalaria, relación Atención Primaria-atención especializada, seguimiento, diagnóstico de enfermería, gestión del cuidado, registro de enfermería al alta.

Los criterios de inclusión han sido: artículos publicados en revistas sanitarias, trabajos referentes a los registros IVAE en España.

Las variables analizadas han sido:

Tabla 1. Año de publicación de los estudios

Año de publicación	Antes 1996	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Número de publicaciones	4	7	2	3	6	5	4	1



213 *Variables cuantitativas:* número de documentos, tipo de documento, procedencia de los autores, año de publicación, objetivos planteados en los estudios, requisitos para su ejecución, ventajas, desventajas, elementos que componen el registro.

- Modelo de Enfermería: 13.
- Utilizar lenguaje NANDA: 4.
- Programar reuniones interniveles: 4.
- Historia de enfermería previa y completa: 3.

RESULTADOS

Hemos encontrado 32 documentos que reúnen los criterios de inclusión.

Tipo de documento

- *Original o de fuente primaria*, es decir, la descripción de la investigación es escrita por la persona responsable de ésta: 30.
- *Revisión o fuentes secundarias*, entendida como la descripción de un estudio redactado por alguien que no es el autor de la investigación original: 2.

Procedencia de los autores

- Atención Primaria: 4.
- Atención Especializada: 19.
- Docencia: 4.
- Otros: gestión, trabajos en colaboración: 8.

Año de publicación

Presentamos los datos en la Tabla 1.

Objetivo de los estudios

- Justificación IVAE: 11.
- Estudios de opinión: 4.
- Propuesta de modelo: 6.
- Seguimiento cuidados con IVAE: 3.
- Diseño-implantación-validación: 4.
- Valoración calidad: 1.

Requisitos

- Historia de enfermería completa: 3.
- Directrices desde la Gestión: 2.

Ventajas

- Coordinación, comunicación entre profesionales: 20.
- Continuidad de cuidados: 20.
- Refleja trabajo enfermería o documentación escrita: 15.
- Refuerzo del programa educativo: 8.
- Lenguaje común: 7.
- Agilización atención a domicilio: 5.
- Seguridad para el paciente: 4.
- Alta precoz: 3.
- Evita reingresos: 2.
- Otras: Defensa legal, implicación a la familia, reducción del coste sanitario, indicador de calidad, reparto de poder.

Desventajas

- Resistencia al cambio: 3.
- Precisa motivación: 3.
- Necesita conocimiento: 4.
- Falta de tiempo: 2.
- No interesa a la dirección.
- No es para todos los pacientes.
- Dificultad en estandarizar el modelo.
- Precisa más recursos humanos.

Elementos que componen el registro de alta

- Identificación paciente: 10.
- Valoración inicial o situación al ingreso: 10.
- Diagnóstico médico: 4.
- Motivo de ingreso: 3.
- Alergias: 3.
- Fecha de ingreso: 3.
- Constantes al ingreso: 1.
- Diagnósticos de Enfermería: 4.
- Actuaciones o plan de cuidados: 7.
- Situación al alta: 8.
- Recomendaciones y observaciones: 6.

- Entorno familiar: 1.
- Centro al que va dirigido: 1.
- Fecha y firma: 6.

Propuestas planteadas por algunos autores

- Formación continuada.
- Elementos motivadores.
- Enfermera coordinadora.
- Comunicación AP-A Especializada.

DISCUSIÓN

En primer lugar, nos gustaría expresar la dificultad a la hora de poder poner de relieve las diferencias o coincidencias entre los distintos trabajos revisados, puesto que la mayoría de las publicaciones son muy dispersas en cuanto a muestras de estudio u objetivos planteados.

La mayoría de las publicaciones están de acuerdo en que existen múltiples ventajas, cuando en el momento del alta hospitalaria de una persona se acompaña un informe de valoración de enfermería. Destacan las siguientes:

Permite una continuidad de cuidados

Los cuidados representan la esencia y propiedad que caracteriza a la profesión y a la disciplina, y, por tanto, el eje para su actuación en todos los campos de su práctica. Beare y Myers (18), afirman que “la continuidad de la atención del paciente durante la hospitalización y después del alta es una responsabilidad fundamental de la enfermera”.

Pero para poder hacer realidad esta idea de continuidad de cuidados es importante trabajar desde un método que nos permita valorar las necesidades de cuidados desde el inicio del problema de salud, como expresa Juvé Udiña (19). Deducimos que es necesaria una formación continuada de los profesionales sobre el modelo, proceso enfermero y diagnósticos para plasmar la valoración y cuidados en los registros, de una manera profesional.

El uso de criterios de resultados ayuda a describir el nivel de preparación del enfermo al alta, y, por tanto, ayuda a determinar la necesidad de continuidad de cuidados enfermeros ya desde el hospital. Dado que la tendencia actual es dar altas cada vez más precoces, el IVAE

puede ser el vehículo que sirva para evaluar los cuidados prestados y permitir esta continuidad (1, 2, 20). 214

El momento en que una persona deja el hospital puede ser de gran angustia ante el desconocimiento en la forma de cuidarse; con el IVAE se puede mitigar esa ansiedad según lo describe Ramos Alfonso (21), ya que ayuda a evitar sensación de abandono (2, 21-23). Además, como han descrito varios autores (2, 20, 24), el IVAE es un instrumento que agiliza la atención domiciliaria, puesto que son captadas más rápidamente las personas con problemas de salud, así como su red de apoyo familiar.

Mejora de la comunicación entre profesionales

Otra de las ventajas compartida por muchos es la idea de que el IVAE mejora la comunicación entre profesionales y ayuda a construir un lenguaje común. Camacho Ojeda (1) afirma textualmente en su trabajo “la información entre los distintos niveles de atención del sistema de salud favorecerá la utilización y divulgación de la nomenclatura específica de nuestra profesión, no sólo en cuanto al diagnóstico, sino también en el resto de los apartados de la Historia de Enfermería”.

En cuanto a la necesidad de comunicarnos entre las distintas instituciones, no existen discrepancias: para atender a la misma persona hay que hacerlo desde un mismo objetivo, pero si queremos una comunicación eficaz lo debemos hacer con un mismo lenguaje. Para esto existen distintas propuestas, como la de González López (25), de utilizar los diagnósticos de la NANDA.

Nieto Blanco (26), Salvadores (27), Jiménez Bernal (28), entre otros, han analizado en sus respectivos trabajos la metodología enfermera e informan de que ha mejorado mucho la formulación de diagnósticos, aunque todavía existen errores como el de reformular diagnósticos médicos y exponen como causa la falta de formación de los profesionales y la escasa implantación del proceso enfermero en la práctica asistencial.

Aunque en las publicaciones revisadas no hemos visto referencias, no debemos olvidar que existen varias líneas de trabajo para unificar criterios. En este sentido, la ANA (*American Nurse Association*) comenzó aprobando y legitimizando el término *diagnóstico de Enfermería*,



215 lo que proporcionó al profesional de enfermería un apoyo legal y una obligación profesional de utilizar el proceso diagnóstico.

El proyecto NIPE establece un lenguaje común y una metodología homogénea en el proceso enfermero, mediante la elaboración de normas de enfermería. Entre sus objetivos, como ya hemos mencionado anteriormente, está el de establecer un lenguaje común para describir la práctica de la enfermería.

Los proyectos NUBINE, NIC y NOC también están en esta misma línea. Así mismo, la JCAHO tiene establecidas unas recomendaciones para cumplimentar la documentación.

Ventaja del documento escrito

También coinciden varias publicaciones en la ventaja de tener un documento escrito, porque es beneficioso para la disciplina enfermera, ya que “clarifica los cuidados de enfermería” o, como refieren con otras palabras diversos autores (10, 19, 20), “refleja el trabajo enfermero”.

Nosotras compartimos la idea de que los instrumentos y métodos de trabajo siempre tienen importantes consecuencias para el desarrollo profesional y para el desarrollo de la enfermería como disciplina, favorecen la unificación del lenguaje, la normalización de las actividades, según los patrones óptimos de actuación y la unificación de criterios acerca de cuál ha de ser la finalidad y los componentes del hacer enfermero (29).

En el trabajo de Sevilla (30) observamos que el porcentaje de profesionales que comparten esta opinión, que el IVAE es indicador del desarrollo profesional, varía según el ámbito de trabajo. Para un 73% de los profesionales de Atención Primaria sí lo es, pero sólo el 49,9% de los que llevan a cabo su labor asistencial en Atención Especializada lo considera como tal.

Nos parece muy importante la aportación realizada por García Víchez (31) y Ramos Alfonso (21), que plantean la necesidad de incluir este documento que estamos estudiando de forma obligatoria en la Historia Clínica. Según Temes (32), el Archivo de Historias Clínicas abarca la totalidad de la documentación clínica que se genera en el curso de la asistencia al paciente.

Refuerza el programa educativo

35

Al analizar los componentes del informe de alta, las recomendaciones y, sobre todo, la educación sanitaria, aparecen prácticamente en todos los artículos analizados.

Destacamos cómo en el estudio de Torres Navarro (2), al realizar una encuesta de opinión sobre IVAE, al 90% de los profesionales encuestados les parece bien este informe. Sin embargo, en el trabajo de Espejo Matorrales (33) se analiza el que sólo el 25% de las altas hospitalarias iban acompañadas por un informe de valoración de enfermería.

Las discrepancias más importantes están relacionadas con los datos que se deben incluir en el formato estándar del IVAE. Aunque algunos autores lo consideran normal, en nuestra opinión sería conveniente realizar más estudios sobre la puesta en práctica de este registro y los datos más relevantes que deben aparecer en el informe, sin olvidar las premisas de que debe ser ágil, útil y fácil, descritas por Juvé (19). Si se consigue, seguramente habrá más profesionales que se impliquen en la puesta en práctica de este registro.

No queremos terminar sin recordar la importancia de que las direcciones de enfermería se impliquen en el proyecto de potenciar y apoyar el desarrollo de este registro.

Hoy, en el siglo XXI, nuestra opinión es que ya va siendo hora de que los profesionales de enfermería tomemos conciencia histórica de nuestra situación y nos adaptemos a las nuevas corrientes de cambio, puesto que hoy en día los cambios son rápidos. La Enfermería no debe perder el tren del futuro.

En cuanto a la disciplina enfermera, el futuro de la universidad española no sólo pasa por la puesta en marcha de una nueva ley, la LOU (34), sino también por alinearse con el resto de países europeos en la construcción de un marco de enseñanza superior común (35) y, como todo cambio, tendrá repercusiones a nivel profesional.

Observamos que existe también una disociación entre el avance de la Gestión, que ha desarrollado los proyectos NIPE, NUBINE, NIC o CIE y NOC o CRE, descritos anteriormente, y la puesta en práctica por parte de los profesionales asistenciales.

Si los profesionales de enfermería nos adaptamos a todos estos proyectos e integramos los nuevos Modelos de Gestión, estaremos en disposición de garantizar nuestro desarrollo, así como nuestro reconocimiento social y profesional.

36 CONCLUSIONES

- La realización de un Informe de Valoración al Alta de Enfermería ofrece múltiples ventajas a la disciplina enfermera, destacando que mejora la comunicación entre profesionales, ayuda

a construir un lenguaje común, facilita la continuidad de cuidados y, por último, y no menos importante, ayuda a clarificar los cuidados de enfermería.

- Está suficientemente justificado desde el campo asistencial, docente, investigador y de gestión.

BIBLIOGRAFIA

1. Camacho Ojeda A, Llanes Montero E, García Requena C, Romero Corchero M. Informe de enfermería al alta. *Rev. Rol de enfermería* 1998; 235: 17-20.
2. 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? *Enf Cient* 2000; 222-223: 6-10.
3. Macía Soler M^aL, Rueda Rodríguez RM^a, Garrido Mora M^aA. Utilidad de un modelo práctico de informe urológico de enfermería al alta hospitalaria. *Rev Asoc Enf en Urología* 1996; 60: 6-7.
4. Phaneuf M. La planificación de los cuidados enfermeros. McGraw-Hill/Interamericana. México, 1999.
5. Alfaro-Lefevre R. Aplicación del proceso de enfermería. Guía práctica. 4^a edición. Harcourt Brace. Madrid, 1999.
6. Potter P. Fundamentos de enfermería. 5^a edición. Harcourt. Madrid, 2001.
7. Carpenito LJ. Diagnóstico de enfermería. 5^a ed. McGraw-Hill/Interamericana. Madrid, 1995.
8. Carpenito LJ. Diagnósticos de enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica. 9^a ed. McGraw-Hill/Interamericana. Madrid, 2002.
9. NANDA. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2001-02. Madrid: Harcourt; 2001.
10. Kozier B, Erb G, Blais K, Wilkinson J. Fundamentos de Enfermería. 5^a ed. McGraw-Hill/Interamericana. Madrid, 1999.
11. Mompert García MP, Durán Escribano M. Administración y Gestión. Editorial DAE. Madrid, 2001.
12. Mompert García MP. Curso de experto universitario en Gestión de Servicios de Enfermería. Módulo 1. Planificación y organización de los servicios de salud. UNED. Madrid, 1998.
13. Proyecto NIPE: Normalización de las Intervenciones para la Práctica Enfermera. Ministerio de Sanidad y Consumo. Consejo General de Enfermería. Madrid, 2002.
14. McCloskey JC, Bulechek GM. Clasificación de intervenciones enfermeras (CIE). Harcourt Mosby. Barcelona, 2001.
15. Jonson M, Maas M, Moorhead S. Clasificación de resultados de Enfermería (CRE) 2^a ed. Harcourt Mosby. Barcelona, 2001.
16. Benavent Garcés M^aA, Ferer Ferrandis E, Francisco del Rey C. Fundamentos de Enfermería. DAE. Madrid, 2001.
17. Ley 14/86 de 25 de abril, de Ley General de Sanidad. (B.O.E. de 29 de abril de 1986).
18. Beare PG, Myers JL. Enfermería: práctica y principios. Médica Panamericana. México, 1993.
19. Juvé Udina ME, Carbonell Ribalta MD, Domínguez 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 de Enfermería* 1999; 22 (12): 873-80.
20. 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. *Desarrollo Científ Enferm* 1996; 7 (6): 175-8.
21. Ramos Alfonso R, Bonillo Madrid J, Galdeano Rodríguez N, Beltrán Rodríguez IM, Polo Mañas C, Sánchez Bujaldón M, Barberá Rives JM. Informe de enfermería al alta: una experiencia en la práctica asistencial. *Rol de Enfermería* 1999; 22 (2): 143-8.
22. Merchán Felipe MN, Rojo Durán RM, Rodríguez-Arias Espinosa C, Galindo Casero A, Barca Durán J, Sánchez Martos J. Alta de enfermería. *Enf Científ* 1997; 180-181: 28-30.
23. de Pedro J, Gallo J, Zaforteza C, Bover J, Bover A. Problemas de las personas mayores al alta de un hospital de agudos. *Gerokomos* 2001; 12 (1): 29-32.
24. 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 Enf Urolog* 73: 44-53.
25. González López MC. Informe de alta de enfermería: marco teórico y caso clínico. *Impulso* 86: 22-27.
26. Nieto Blanco E, Ramos Calero O. Evolución del lenguaje enfermero: evaluación de los diagnósticos en un informe de enfermería al alta. *Metas Enferm III* 2000; 22: 45-52.
27. Salvatores P, Limia S, Venturini C, Morillo J, Pileño E, Jiménez R. Análisis de los registros de alta: la presencia de los diagnósticos de enfermería. *A-Coruña* 46-47. Comunicación.
28. Jiménez Bernal MJ, García Berbel M. Informe de continuidad de cuidados. *Index Enfer Año VIII* (27): 73.
29. Mompert García MP, Durán Escribano M. Administración y Gestión. DAE. Madrid, 2001.
30. Sevilla Sierra V, Sampelayo Matos A, González Lluva C, Pérez Martínez T. Opinión de las enfermeras sobre el informe de recomendaciones al alta de enfermería. *Metas enferm* (47): 6-11.
31. García Vilchez AM, Bonilla Puertas E, Rubio Jaime A, Valoración de alta de enfermería: un método científico para cuidar. *Gerokomos* 2000; 11(1): 24-30.
32. Temes Montes JL, Pastor Alderrguer V, Díaz Fernández JL. Manual de Gestión Hospitalaria 2^a ed. McGraw-Hill Interamericana. Madrid, 1997.
33. Espejo Matorrales F. Relación Atención Primaria-Atención especializada. *Rev Rol Enferm XXI* (233): 13-17.
34. Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades. BOE 24 de diciembre 2001.
35. Proceso de Bolonia. <http://www.univ.mecd.es/internacional/Bolonia.html>