



Acta Paulista de Enfermagem

ISSN: 0103-2100

ape@unifesp.br

Escola Paulista de Enfermagem
Brasil

Seva-Llor, Ana Myriam; López Montesinos, María José; Barberá Ortega, Carmen; Cecagno, Diana;
Pina Roche, Florentina

Relatório de enfermagem no hospital

Acta Paulista de Enfermagem, vol. 28, núm. 2, marzo-abril, 2015, pp. 101-106

Escola Paulista de Enfermagem
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307038016002>

- ▶ [Como citar este artigo](#)
- ▶ [Número completo](#)
- ▶ [Mais artigos](#)
- ▶ [Home da revista no Redalyc](#)

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Relatório de enfermagem no hospital

Report of nursing at hospital

Ana Myriam Seva-Llor¹

Maria José López Montesinos¹

Carmen Barberá Ortega²

Diana Cecagno¹

Florentina Pina Roche¹

Descritores

Processos de enfermagem; Pesquisa em administração de enfermagem; Registros médicos; Continuidade da assistência ao paciente

Keywords

Nursing process; Nursing administration research; Medical records; Continuity of patient care

Submetido

17 de novembro de 2014

Aceito

12 de dezembro de 2014

Resumo

Objetivo: Conhecer a opinião dos enfermeiros sobre a realização do Relatório de Enfermagem na alta hospitalar.

Métodos: Um estudo sociológico-exploratório e transversal incidental em uma amostra de conveniência de 400 enfermeiros em hospitais na Região de Múrcia (Espanha) através da aplicação de um questionário.

Resultados: Foram encontradas associações significativas entre as variáveis unidade de trabalho e redação do relatório de enfermagem ($p= 0,000$) e entre educação continuada sobre este ($p= 0,027$). O mesmo se aplicou às variáveis centro de saúde ($p= 0,001$) e educação universitária ($p = 0,049$).

Conclusão: Os enfermeiros afirmam não estarem preparados teoricamente nem metodologicamente para enfrentar a redação do Relatório de Enfermagem na alta hospitalar.

Abstract

Objectives: To know the opinion of nurses report on the realization of nursing report at hospital discharge.

Methods: A sociological study - exploratory and cross-sectional incidental in a convenience sample of 400 nurses in the hospitals of the Region of Murcia (Spain), by applying a questionnaire.

Results: Significant associations between the variable unit of work and writing of the paper ($p= 0.000$) and continuing education about it ($p= 0.027$) was obtained. The same applies to the health center variable ($p= 0.001$) and higher academic education ($p = 0.049$).

Conclusions: The nurses say they are not prepared either theoretically or methodologically, to tackle the writing of the Nursing report at hospital discharge.

Autor correspondente

Ana Myriam Seva Llor

Campus Universitario de Espinardo,
Edificio 23, 30100, Murcia, Espanha.
anamyriam.seva@um.es

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500018>

¹Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia, Murcia, Espanha.

²Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

Todas as etapas do Processo de Enfermagem (Avaliação, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento, Implementação e Avaliação) devem estar integradas no sistema de registro do paciente, permitindo a comunicação entre os profissionais da equipe de saúde. O diário dos cuidados de enfermagem aos pacientes é uma tarefa essencial tanto para oferecer qualidade sanitária adequada quanto para o desenvolvimento da profissão.⁽¹⁾

Os Registros de Enfermagem podem ser definidos como “documentação de apoio, onde são coletadas todas as informações sobre a atividade de enfermagem referente a uma pessoa em particular e sobre sua avaliação, o tratamento recebido e a evolução”.⁽²⁾ Além de servir como um registro documental, tais registros podem ser usados para o benefício do centro de saúde e do pessoal, bem como na defesa contra uma ação legal e em um sistema de avaliação para a gestão dos cuidados de enfermagem.

O registro da prática de enfermagem no histórico clínico do paciente envolve a atualização contínua do conhecimento teórico e metodológico da profissão, e o intercâmbio de informações padronizadas para todos. Tal registro também assegura o planejamento e alocação dos cuidados através de taxonomias padronizados de NANDA, NIC e do diagnóstico NOC e facilita a aplicação do processo de enfermagem em todas as suas etapas. Entretanto, apesar dessa ser uma maneira eficaz de influenciar a prática de enfermagem, ela continua a ser deficiente e escassa.⁽³⁾

Entre os vários registros gerenciados pelos enfermeiros vale mencionar o mais moderno, conhecido como relatório de alta de enfermagem ou, mais recentemente, o Relatório de Cuidados Continuados.

O Relatório de Enfermagem na Alta hospitalar (REA) é o documento elaborado e redigido no momento da alta pelo enfermeiro que atendeu o paciente durante a internação.⁽⁴⁾ O relatório inclui os fundamentos do processo de enfermagem para admissão do paciente,⁽⁵⁾ garante a continuidade dos cuidados,^(6,7) facilita o acompanhamento de pacientes⁽⁸⁾ e clarifica o papel dos enfermeiros na população servida por eles.⁽⁹⁾ Outra definição descreve o re-

latório como “o documento que finaliza o processo de cuidado em enfermagem iniciado no momento da admissão do paciente a um hospital, pois comunica as informações sobre o referido paciente entre os dois níveis de apoio existentes em nosso sistema de saúde”.⁽¹⁰⁾

A importância deste relatório foi determinada desde que a Lei Geral de Saúde de 1986 estabeleceu na Espanha os cuidados de saúde em dois níveis assistenciais interligados: atenção primária (funcionando como porta de entrada dos usuários no sistema) e atenção especializada (apoio e complemento à atenção primária e necessária nos processos em que a complexidade exija).⁽¹¹⁾ Desde então, a continuidade de cuidados entre os dois níveis continuou a ser um dos principais desafios que os vários serviços de saúde vêm enfrentando rotineiramente, com resultados bastante discretos até agora. Dentre as estratégias específicas propostas por especialistas, o relatório de enfermagem aparece como um instrumento de intercomunicação, junto com a criação de profissionais como os enfermeiros de ligação, também chamado de enfermeiros domiciliares, enfermeiros gestores de casos ou enfermeiros de continuidade, enquadrados em programas de gestão de casos.⁽¹¹⁾ Esses profissionais são as figuras responsáveis por garantir a continuidade dos cuidados entre os vários segmentos (médicos, serviços sociais, outros enfermeiros) e níveis de cuidado, portanto, podemos dizer que fazem o papel de agentes dos pacientes quando estes necessitam de serviços sociais e de saúde.⁽¹²⁾

Estas circunstâncias influenciam diretamente o fato de que a enfermagem na Espanha é referência na Europa desde os anos 70 do século passado, o que incentiva os enfermeiros gestores a investigar sobre o conteúdo, as aplicações e a formação que os profissionais têm sobre tal documento, a fim de continuar desenvolvendo a disciplina.

Por isso, é necessário analisar o desafio inicial de enfermeiros clínicos nos hospitais da Região de Múrcia para a implementação imediata do relatório de Enfermagem na alta hospitalar. Os objetivos estabelecidos neste estudo são, inicialmente, conhecer a sua opinião profissional (elaboração, segurança e adequação ao paciente) e focar

na identificação das barreiras que os gestores de saúde encontrarão quando chegar o momento de trabalhar com o documento (formação, carga de trabalho, falta de tempo e as relações profissionais com outras equipes de saúde).

Métodos

Apresentamos um estudo descritivo - exploratório e incidental com abordagem transversal. Na sequência, foi realizada a primeira fase da revisão da literatura, seguida por um estudo de campo, onde foi feita uma análise das variáveis qualitativas e quantitativas através de um questionário validado pelos hospitais objeto de estudo, e adaptado para a amostra após a análise utilizando pré-teste.

A população do estudo é formada por enfermeiros da atenção especializada da região de Múrcia, localizada em hospitais em nove áreas de saúde CCAA Múrcia (Tabela 1). A amostra foi selecionada aleatoriamente entre os profissionais dos nove hospitais da Região de Múrcia, pertencentes às nove áreas de saúde da região escolhidas para o estudo.

O questionário final foi desenvolvido após a realização obrigatória de um piloto durante o mês de junho de 2010, com uma amostra de 100 pré-testes em nove hospitais da região, fundamentados nos conteúdos metodológicos utilizados na plataforma *SELENE*,⁽¹³⁾ com base nos padrões de *Gordon*.⁽¹⁴⁾ Os métodos e ferramentas foram utilizados em todos os hospitais na região de Múrcia para a conclusão do registro médico e de enfermagem e gestão de cuidados. Após coleta e análise dos dados, foi elaborado o modelo final do questionário,

adaptado para a população-alvo de nosso estudo. A versão final inclui 46 questões numéricas, escala do tipo *Likert* ou respostas dicotômicas nominais (sim/não), divididos em blocos que incluem perguntas sociodemográficas, de trabalho, sobre formação universitária/educação continuada e quatro questões específicas relacionadas ao conhecimento e uso da nomenclatura profissional padronizada, objeto de estudo deste trabalho.

O programa GRANMO foi usado para calcular o tamanho da amostra, com um nível de confiança de 95%, chegando a uma amostra final de 400 questionários. Durante os meses de novembro e dezembro de 2010 e janeiro de 2011 foram distribuídos 530 questionários, junto com uma apresentação geral do caráter do estudo em nove hospitais das correspondentes áreas de saúde da Região de Múrcia. Junto aos questionários foi anexada uma apresentação do estudo de caráter geral, garantindo em todos os momentos o sigilo e anonimato dos dados coletados, e para isso, contando com a colaboração de profissionais responsáveis de cada uma das unidades dos centros de saúde. Os critérios de inclusão foram os seguintes: enfermeiros ativos nos centros estudados na época da pesquisa e com funções assistenciais. O critério de exclusão foi ser enfermeiro inativo no momento do preenchimento do questionário. As variáveis objeto de estudo compreenderam ainda independentes sociodemográficas e sociolaborais, além da aplicação de variáveis dependentes, que medem as dimensões permitindo o alcance dos objetivos do estudo: a opinião dos profissionais de enfermagem sobre o Relatório de Enfermagem na Alta hospitalar e as potenciais dificuldades para a sua implantação.

Tabela 1. Hospitais estudados e número de enfermeiros pesquisados

Áreas de saúde/Múrcia	Hospitais	Pesquisas	Pesquisas nulas (não respondidas corretamente ou não devolvidas)	Enfermeiros pesquisados
I: Múrcia/Oeste	Hospital Virgen de la Arrixaca	180	62	118
II: Cartagena	Hospital Santa María Del Rosell	40	18	22
III: Lorca	Hospital Rafael Méndez	40	21	19
IV: Noroeste	Hospital Comarcal Del Noroeste	40	5	35
V: Altiplano	Hospital Virgen del Castillo (Caravaca de la Cruz)	40	0	40
VI: Vega Media del Segura	Hospital General Universitario Morales Meseguer	50	0	50
VII: Múrcia/Leste	Hospital General Universitario Reina Sofía	50	0	50
VIII: Mar Menor	Hospital Los Arcos	50	18	32
IX: Vega Alta del Segura	Hospital de la Veja Lorenzo Guirao (Cieza)	40	6	34
Total		530	130	400

Para a análise descritiva, foram utilizadas medidas de tendência central e percentual de frequência. A associação das variáveis quantitativas foi realizada através do teste *t* de *Student*, utilizando a distribuição Qui-quadrado para a medição de variáveis qualitativas. As análises univariada e multivariada foram realizadas ajustando o modelo por antiguidade no posto de trabalho.

A análise estatística foi feita com o uso do software SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 19.0 para *Windows* e com a criação de um banco de dados de nossas variáveis.

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

Com relação a *dados sociodemográficos e sociolabornais*, a idade dos enfermeiros pesquisados situa-se entre 25 e 61 anos, com idade média de 37,24 anos. Há um predomínio do sexo feminino (76,8%) em comparação com o masculino (23,2%).

O serviço mais representativo é a unidade de medicina interna com 30,3% (n = 121) do total, seguido pelas unidades cirúrgicas com 24,8% (n = 99) e por último as consultas com pacientes externos, com 0,5% (n = 2).

Em relação à variável carga de trabalho, 64,8% (n = 259) dos enfermeiros consideram que o pessoal de enfermagem no serviço onde trabalham não é adequado.

O conjunto de questões relacionadas com a *opinião profissional* sobre a realização de um Relatório de Enfermagem na alta hospitalar revela em primeiro lugar, que 71,8% (n = 287) dos enfermeiros inquiridos expressaram “estar de acordo” com a elaboração do relatório de Enfermagem na alta hospitalar e para 89,8% (n = 359) da amostra, o documento permite a continuidade dos cuidados aos pacientes. Além disso, em 92% dos casos sua realização influenciaria um melhor acompanhamento do paciente por enfermeiros, para futuras intervenções de enfermagem. Quando o paciente recebe a alta de seu médico, 56,5% dos profissionais (n = 226), informam reportá-la por escrito. No entanto, 74,8%

(n = 299) dos enfermeiros pesquisados afirmam não reportar por escrito quando um paciente é transferido para outro departamento no mesmo hospital.

Em relação ao fato de, uma vez escrito, se entregam ou não o documento em papel, 42,3% (n = 169) dos entrevistados afirmam que o entregam ao paciente ou à sua família e 27,8% (n = 111) não entregam. Uma parcela de 30% (n = 120) da amostra não respondeu.

Sobre a demonstração de nível acadêmico no documento, 60% (n = 240) dos profissionais pesquisados relatam que a realização do relatório de Enfermagem na alta hospitalar serve para realçar o nível acadêmico atual da enfermagem. E 89% (n = 356) da amostra considera o documento como um indicador de segurança do paciente, com o qual evitar futuras complicações e efeitos adversos.

A comparação das distribuições feitas pelo teste do Qui-quadrado mostra diferenças significativas entre as seguintes variáveis: análise do relatório de Enfermagem na Alta hospitalar e a unidade de trabalho ($\chi^2 = 50,145$; $p = 0,012$), e também com a relação (razão) enfermeiro/paciente ($\chi^2 = 17,142$; $p = 0,000$).

O bloco de questões focadas nos *aspectos que dificultam a implementação* do Relatório de alta de enfermagem na Região de Múrcia mostra primeiramente, que 68,8% dos profissionais entrevistados acreditam precisar de treinamento específico sobre o relatório de Enfermagem na Alta hospitalar.

Para 81% (n = 324) da amostra, a carga de trabalho em unidades hospitalares dificultaria a conclusão do Relatório de enfermagem na Alta hospitalar, e 86% dos entrevistados considerariam difícil completar o documento se tivessem tempo para realizar o restante de suas atividades de enfermagem em seus turnos de trabalho.

Segundo os enfermeiros entrevistados, a relação entre a enfermagem e outros profissionais de saúde não seria um inconveniente para a realização do relatório. Para 69% (n = 276) dos entrevistados, a relação profissional existente entre os enfermeiros e os médicos não dificultaria a realização do relatório, e em 92% dos casos (n = 368) não seria impedida pela relação profissional com os auxiliares de enfermagem. Para 82,8% (n = 331) dos entrevistados, a relação com outros profissionais de saúde (assis-

tentes sociais e fisioterapeutas) não seria um aspecto dificultador para a realização do relatório.

Também foram encontradas diferenças estatisticamente significativas usando o teste do Qui-quadrado entre as variáveis 'treinamento em REA' e a unidade de trabalho ($\chi^2 = 27,282$; $p = 0,027$), e entre as variáveis dificuldade temporal para completar o REA e unidade de trabalho ($\chi^2 = 42,666$; $p = 0,000$). O cruzamento das variáveis faixa etária e a dificuldade de escrever o relatório de Enfermagem na Alta hospitalar mostra que 82,8% dos profissionais reconheceu que teria dificuldades para realizar tal relatório, especialmente aqueles com idades entre 21 e 34 anos (88,3%).

Discussão

Os resultados do nosso estudo mostram a opinião e os vieses profissionais sobre a aplicabilidade deste documento no acompanhamento e *feedback* do cuidado. Estudos locais em diferentes áreas da saúde incluídas nos diversos sistemas de saúde espanhóis (Serviço de Saúde espanhol de Valência, Serviço de Saúde espanhol da Cantábria, etc.) também obtiveram resultados semelhantes. Mais de 90% dos entrevistados sempre acham necessário elaborar o documento, frente a uma pequena porcentagem que discorda dessa opinião, e que também geralmente coincide com profissionais veteranos em seus postos de trabalho.⁽¹⁵⁾ Números semelhantes são encontrados ao considerar a sua utilidade e relevância e além disso, o fato de que 24% dos profissionais expressam estar em concordância é um resultado compatível com as diversas dificuldades mencionadas na literatura,^(16,17) quando os rumos da Enfermagem decidem iniciar a obrigatoriedade desse documento.

Outro ponto a salientar é que, em unidades onde há uma relação desproporcional enfermeiro/paciente, os profissionais não redigem a RAE. Sendo ao contrário a UTI (Unidade de Terapia Intensiva), o serviço onde se está experimentando com os conteúdos, formatos e modelos de documentos.⁽¹⁸⁾

É importante ressaltar que a segurança do paciente exige cumprir certos indicadores de boas práticas, dentre as quais está 'a adoção de normas padronizadas pelo

pessoal de enfermagem',⁽¹⁹⁾ o que não está sendo cumprido, conforme revelado por nossos dados.

A partir de janeiro de 2010, a continuidade dos cuidados na Região de Múrcia atinge seu nível máximo com o lançamento do projeto 'Gerenciamento Único'. O atendimento ao paciente é considerado um processo longitudinal, sem divisões e com prestação de cuidados de saúde de forma integrada, caracterizando-se pelo desaparecimento das até então existentes barreiras entre atenção primária e atenção especializada.⁽²⁰⁾ O projeto piloto começou inicialmente na área de saúde de Yecla, posteriormente em Lorca e chegando logo ao restante das áreas de saúde da Região de Múrcia. No próprio ano de 2010 foi aprovado o Real Decreto 1093/2010, de 03 de setembro, em que foi estabelecido o mínimo de dados dos relatórios clínicos no Sistema Nacional de Saúde, com o relatório dos cuidados de enfermagem detalhadamente desenvolvido no anexo VII.⁽²¹⁾

Desde junho de 2012, o Sistema Único de Saúde espanhol assume que a qualidade dos cuidados envolve o uso adequado dos recursos e tecnologias de saúde, e para garantir a sustentabilidade, segurança, continuidade do cuidado, equidade e participação social, os gestores têm focado sua estratégia na abordagem da cronicidade.⁽²²⁾ Esta medida é justificada por mudanças nas necessidades de atenção de saúde e sociossanitárias ocasionadas pelo envelhecimento da população, pelo aumentando das condições crônicas de saúde e pelas limitações de atividade na sociedade de hoje.

A Região de Múrcia está em processo de implementação do documento a nível regional, para posteriormente expandi-lo a todo território nacional, com cada área de Saúde utilizando um modelo próprio do relatório. Para tanto, é essencial que a equipe de enfermagem inicialmente preencha esse relatório no momento da alta hospitalar para todos os pacientes atendidos, não se concentrando apenas em completá-lo no caso de pacientes com certas condições médicas crônicas. Cometer este erro pode implicar em consequências negativas para o desenvolvimento da gestão clínica em enfermagem. Um dos primeiros enganos encontrados é a nomenclatura do documento, que continua sem padronização até este ponto. Após revisão da literatura, encontramos várias denominações para o documento,

que foi citado como Relatório de cuidados na alta hospitalar, Relatório de alta de enfermagem, Laudo de avaliação da alta de enfermagem, Relatório de recomendações da alta de enfermagem ou Relatório de Continuidade de Cuidados (RCC). Optar pelo RCC ao invés do Relatório de Enfermagem na Alta hospitalar pode supor certa confusão na busca pelo desenvolvimento da profissão.

O próximo elemento a ser melhorado e padronizado é a sua estrutura, tema para pesquisas futuras.

Conclusão

A profissão de enfermagem na Região de Múrcia manifestou não estar preparada teoricamente nem metodologicamente para concluir o Relatório de Enfermagem na Alta hospitalar, reconhecendo ser necessário um treinamento específico para utilizar o registro de cuidado no documento. Além disso, as variáveis identificadas que dificultam de forma direta a realização do relatório são o centro de saúde, a unidade hospitalar onde é desenvolvido o trabalho rotineiro e a formação universitária dos enfermeiros.

Colaborações

Seva-Llor AM; Montesinos MJL; Ortega CB; Cegagno D e Pina Roche F contribuíram com a concepção do projeto, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual, desenvolvimento de pesquisa e interpretação dos dados, elaboração e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. García Ramírez S, Navío Marco A, Valentín Morganizo L. Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería. *Nure Investigación* [Internet]. 2007; 28:1-8. [Acceso 2014 Jun 14]. Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/ficheros_administrador/protocolo/pdf_protocolo28.pdf. Jiménez JC, Cerrillo D. *Registros de enfermería: un espejo del trabajo asistencial. Metas de enfermería.* 2010; 6(3):8-11.
2. Currell R, Urquhart C. Sistemas de registro de enfermería: efectos sobre la práctica de la enfermería y resultados en la asistencia sanitaria (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus [Internet]. 2008 (4). Oxford: Update Software Ltd. [Acceso 2014 Nov 12]. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons).
3. Lucendo A, Noci J. El informe de alta de enfermería, un instrumento para la continuidad de los cuidados. *Enferm Clín.* 2004; 14(3):184.
4. Del Olmo SM, Casas L, Mejías A. El registro de enfermería: un sistema de comunicación. *Enferm Clín.* 2007; 17(3):142-5.
5. Ruiz MC. Utilización del diagnóstico enfermero en los informes de enfermería al alta hospitalaria [Internet]. Biblioteca Lascasas; 2005. [Acceso 2014 Jun 12]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0012.pdf>.
6. Ubé Pérez JM, Urzánqui Rodríguez M, Rodríguez Herce C, Blasco Ros M, Ascarza Rubio S, Musitu Pérez V. Evaluación de la relevancia del informe de enfermería al alta hospitalaria por el usuario interno y externo. *Nure Invest.* 2006; 24:1-23.
7. Grupo de Enfermería Gestora de Casos Hospitalaria de Granada. Relevancia del contenido y transmisión del Informe de Enfermería al alta hospitalaria. *Evidencia* [Internet]. 2011; 8(36). [Acceso 2014 Nov 8]. Disponible en: <http://indexf.publicaciones.saludcastillayleon.es/evidencia/n36/ev7623.php>.
8. Caamaño C, Sáinz A, Martínez JR, Alonso M, Carro J. Evolución y valoración de la calidad del informe de enfermería al alta. *Rev Calid Asist.* 2004; 19(6):396-401.
9. Macía ML, Rueda RM, Garrido MA. Utilidad de un modelo práctico de informe urológico de enfermería al alta hospitalaria. *Rev Asoc Enf Urología.* 1996; 60:6-7.
10. Sevilla, F. La Ley General de Sanidad: el impulso necesario. *Rev Adm Sanit.* 2007; 5 (3):407-25.
11. Jódar-Solà G, Cadena-Andreu A, Parellada-Esquiú N, Martínez-Roldán J. Continuidad asistencial: rol de la enfermera de enlace. *Atenc Primaria.* 2005; 36(10):558-62.
12. Sánchez Ros N, Reigosa Gago LF. SELENE. Informatización de la historia clínica electrónica: implicación sobre el proceso de enfermería. *Enferm Glob.* 2006; 5(8):1-10.
13. Gordon, M. Pasado, presente y futuro de los diagnósticos de Enfermería. *Cult Cuid.* 2000; 7:128-38.
14. Chica Fernández M J, Costa Ruiz, A, Rodríguez Villagordo M J, Sánchez Salmerón A, Torres Gómez J F. Informe alta enfermería: historia clínica integral. *Enfuro.* 2012; (122):19-24.
15. Egea González SC, Bravo Esteban AM. Opinión y realidad del informe de alta de enfermería en el Servicio de Urología. *Enfuro.* 2007; (104):6-10.
16. 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. *Enferm Clín.* 2008; 18(2):77-83.
17. Navarro Arnedo JM Orgiler Uranga PE, Haro Marín S de. Nuevo informe de alta de enfermería de cuidados intensivos: grado de satisfacción y cumplimentación de los colectivos implicados. *Enferm Clín.* 2006; 16(4):190-7.
18. Saturno PJ. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español. Madrid: MSC; 2008.
19. Consejería de Sanidad y Política Social. Sanidad apuesta por las gerencias únicas para mejorar la coordinación entre centros de salud y hospitalares [Internet]. 2011. [Acceso 2014 Jun 14]. Disponible en: <http://www.muriasalud.es/noticias.php?op=ver&id=172032&idsec=66>.
20. Seva-Llor AM. El conjunto mínimo de datos de los informes clínicos. *Enferm Glob.* 2010; 19(1):1-2.
21. Nuño R, Toro N. Estrategias de abordaje de la cronicidad en el SNS: una innovación cuyo tiempo ha llegado. *Economía y Salud.* 2013; 76:6-8.
22. Martínez L, Cantero M L. Informe de cuidados en enfermería: revisión de su situación actual. *Enferm Glob.* 2013; 12(32):336-45.