

# USO DE TERMINOLOGÍA ENFERMERA NORMALIZADA EN LOS INFORMES DE CUIDADOS AL ALTA EN UN HOSPITAL DE CANARIAS: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO.

USE OF STANDARDISED NURSING TERMINOLOGY AT DISCHARGE CARE  
REPORTS IN A CANARY ISLANDS HOSPITAL: A DESCRIPTIVE STUDY.

Claudio Alberto Rodríguez-Suárez <sup>(1)(2)</sup>, María Naira Hernández-De Luis <sup>(3)</sup>,  
Héctor González-De la Torre<sup>(1)(2)</sup>, María Isabel Mariscal-Crespo<sup>(4)</sup>, Rafaela Camacho-Bejarano<sup>(4)</sup>

(1) Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI), Servicio Canario de Salud (SCS).

(2) Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (ULPGC).

(3) Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria, Servicio Canario de Salud (SCS)

(4) Universidad de Huelva (UHU).

Rodríguez-Suárez, C., Hernández-De Luis, M., González-De la Torre, H., Mariscal-Crespo, M., & Camacho-Bejarano, R. (2023). Uso de terminología enfermera normalizada en los informes de cuidados al alta en un hospital de Canarias: Un estudio descriptivo. *Revista Ene De Enfermería*, 17(2).

<http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/2217>

RECIBIDO: Enero 2023  
ACEPTADO: Febrero 2023

## Resumen

**Objetivos:** Analizar el uso de lenguajes normalizados en los informes de enfermería identificando tipologías, etiquetas y contenidos diagnósticos. **Método:** Estudio descriptivo transversal sobre una muestra aleatoria simple (n = 370) de informes al alta hospitalaria en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil (Islas Canarias, España). Se han calculado media y desviación estándar para las variables cuantitativas y frecuencias para las cualitativas usando SPSS® (versión 25). **Resultados:** Menos de la mitad de los informes (49,23%) incorporaron terminología normalizada, incluyendo n = 1922 diagnósticos activos, n = 93 diagnósticos resueltos, n = 72 intervenciones y n = 103 resultados enfermeros. **Conclusiones:** Los informes que usan lenguajes normalizados son insuficientes, mostrando elevado número de etiquetas diagnósticas que revelan escasa resolución de diagnósticos focalizados en el problema, con menor registro de intervenciones y resultados enfermeros.

**Palabras clave:** Diagnóstico de Enfermería; Registros electrónicos de Salud; Resumen del Alta del Paciente; Sistemas Nacionales de Salud; Terminología Normalizada de Enfermería.

## Abstract

**Objectives:** To analyse the use of standardised language in nursing care reports identifying typologies, labels and diagnostic content. **Methods:** Cross-sectional descriptive study of a simple random sample (n = 370) in the Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil (Canary Islands, Spain). The mean and standard deviation for quantitative variables, and frequency for qualitative variables were calculated using SPSS® (version 25). **Results:** Less than half of the reports (49.23%) incorporated standardized terminology, including n = 1922 active diagnoses, n = 93 resolved diagnoses, n = 72 interventions, and n = 103 nurses outcomes. **Conclusions:** Reports using standardized languages are insufficient, showing a high number of diagnostic labels that reveal poor resolution of problem-focused nursing diagnoses, with less recording of interventions and nurses outcomes.

**Keywords:** Nursing Diagnosis; Electronic Health Records; Patient Discharge Summaries; National Health Systems; Standardized Nursing Terminology.

## INTRODUCCIÓN

El aumento de las enfermedades crónicas, unido a la creciente complejidad de las organizaciones sanitarias dificultan la atención integral, continuada y centrada en las personas<sup>1,2</sup>; sobre todo en los casos que la prevalencia de estas enfermedades y el número de demandas asistenciales e ingresos hospitalarios se incrementan significativamente<sup>3</sup>. Estas sinergias promueven la necesidad de coordinar recursos que mejoren la calidad de vida y satisfacción de las personas. En este sentido, la agencia Joint Commission International es la encargada de acreditar la calidad asistencial a través de la evaluación de los centros hospitalarios<sup>4</sup>; entre sus criterios se incluye el trabajo en equipo multidisciplinario<sup>5</sup> y la adecuada coordinación interprofesional e interorganizacional en relación al tiempo, donde la información sobre el estado de salud se personaliza de forma eficaz y coherente en sintonía con la percepción, las necesidades de salud y el contexto personal de los pacientes<sup>6</sup>.

Las tres dimensiones que integran esta continuidad asistencial<sup>7</sup> incluyen la continuidad de la información, que refiere al intercambio de información entre profesionales y pacientes durante la relación terapéutica a través de los registros formales de datos clínicos, complementados con un conocimiento tácito

sobre preferencias, valores y contexto del paciente. La continuidad de la relación, que está sustentada en el conocimiento acumulado de las preferencias y circunstancias del paciente a través de las decisiones compartidas, que pueden documentarse o no en los registros formales; así como la confianza interpersonal basada en la relación establecida a lo largo del tiempo y las expectativas. La continuidad de la administración, que conlleva la planificación convenida de intervenciones coordinadas con responsabilidad explícita, proporcionando previsibilidad y seguridad tanto para los pacientes como para los proveedores de salud.

Los principios generales en los que se sustenta el Sistema Nacional de Salud (SNS) determinan que su estructura esté organizada en dos niveles asistenciales diferenciados, el nivel de atención primaria (AP) y el nivel secundario, hospitalario o, comúnmente denominado atención especializada (AE), con la finalidad de acercar la atención a la salud con criterios de equidad y calidad<sup>8</sup>. Esta división jerárquica constituye una importante barrera que amenaza la continuidad de la atención integral.

La enfermera es un profesional clave para el desarrollo de servicios especializados y avanzados en el ámbito de la continuidad asistencial, en el que a

través de la adquisición de posiciones de liderazgo debe ser capaz de minimizar desencuentros asistenciales perjudiciales para la población. En el ámbito de las competencias enfermeras, las situaciones susceptibles de discontinuidad pueden deberse a la omisión, duplicidad o contradicción acerca de la información sobre los pacientes, los cuidadores, o los propios cuidados entre niveles asistenciales<sup>9</sup>.

Para que esta continuidad sea eficaz, al alta hospitalaria es preciso combinar la información verbal con la información escrita normalizada<sup>10</sup>, facilitando la transferencia de datos estandarizados entre los niveles asistenciales a través de los sistemas de información<sup>11</sup>.

La relación coordinada entre las enfermeras y los pacientes constituye un reto que va más allá de la comunicación significativa centrada en las personas en un contexto dotado de complejidad en el seno del proceso de enfermedad/bienestar<sup>12</sup>. No obstante, para favorecer una prestación de servicios de salud que respeten y satisfagan las necesidades de estos pacientes y sus cuidadores, es esencial promover la implementación de herramientas de comunicación tales como los informes de cuidados de enfermería (ICE), cuya elaboración permite plasmar el derecho de las personas a

disponer de información sobre su proceso de salud.

El ICE es un documento normalizado de rápida localización, que se adapta a las diferentes necesidades y situaciones utilizando los contenidos de los sistemas de información con la finalidad última de unificar y dejar constancia de la prescripción enfermera, así como garantizar la continuidad asistencial. En España, la información específica acerca del registro enfermero con sistemas de lenguajes normalizados está regulada por el anexo VII del Real Decreto 1093/2010, en el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos del SNS<sup>13</sup>. El ICE está estructurado en tres bloques que agrupan la información sobre datos administrativos, datos del paciente y datos del proceso enfermero (PE). En relación al bloque sobre datos del PE, los apartados que incorporan lenguajes enfermeros corresponden por un lado a los Diagnósticos enfermeros (DE) activos y a DE resueltos, donde los primeros conciernen a los problemas de salud reales o potenciales identificados en el individuo, tanto al ingreso como al alta hospitalaria, que no han sido resueltos durante la estancia hospitalaria y los segundos a problemas de salud resueltos durante la estancia hospitalaria. Por otra parte están los lenguajes enfermeros que describen las In-

tervenciones enfermeras planificadas y ejecutadas y por último, los Resultados enfermeros para señalar la evolución del estado de salud del paciente. En España, el Real Decreto 1093/2010 dispone expresamente que los ICE deberán cumplimentarse usando las terminologías NANDA International (NANDA-I), Nursing Interventions Classification (NIC) y Nursing Outcomes Classification (NOC). Las clasificaciones NANDA-I y NOC presentan una configuración estructural jerarquizada en dominios y clases, mientras que la NIC se organiza en campos y clases.

Se han planteado como objetivos analizar el uso de sistemas de lenguajes normalizados en los ICE al alta hospitalaria, así como identificar tipologías de DE y examinar las etiquetas y los contenidos diagnósticos.

## MÉTODOS

Diseño: Estudio descriptivo transversal realizado en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI) en Gran Canaria (Islas Canarias, España). El CHUIMI está conformado por dos hospitales universitarios de tercer nivel, por un lado el Hospital Universitario Insular de Gran Canaria (HUIGC) y por otro lado el Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias

(HUMIC); este último se trata de un hospital dedicado exclusivamente a la atención obstétrica y pediátrica.

Participantes: La población diana es la totalidad de ICE validados al alta hospitalaria en la historia clínica electrónica entre el 1 de enero y 31 de diciembre de 2017.

Elección de la muestra: Muestreo probabilístico aleatorio simple de  $n = 370$  ICE usando el software Excel®. Para el cálculo del tamaño muestral se ha estimado una proporción de atributo deseado al 50%, 95% nivel de confianza y 5% margen de error para una distribución multinominal con un universo finito de población que atiende al peor de los supuestos.

Acceso a la población de estudio: Los datos han sido proporcionados por el servicio de control de gestión del CHUIMI mediante archivo encriptado y dissociado; todo ello a través de descarga automatizada de los registros, previa solicitud.

Criterios de inclusión y exclusión: Han sido incluidos todos los ICE realizados y validados a pacientes en los que ha acontecido alta hospitalaria en el período de estudio. Han sido excluidos los casos en los que el apartado “Etiquetas de diagnósticos activos” no se ha cumplimentado, así como los casos en los

que el ICE no haya sido realizado con motivo del alta hospitalaria del paciente.

Variables: Las variables sociodemográficas corresponden a edad (cuantitativa discreta, expresada en años), sexo (cualitativa nominal dicotómica, mujer/hombre), unidad de hospitalización (cualitativa nominal policotómica, la unidad clínica de hospitalización del paciente, habitualmente suele corresponder con especialidades clínicas médicas de referencia), días de estancia hospitalaria (cuantitativa discreta), tipo de ICE (cualitativa nominal dicotómica, estándar/especial), fecha de creación del ICE estándar (cualitativa ordinal), fecha de validación del ICE estándar (cualitativa ordinal), días para la realización del ICE estándar (cuantitativa discreta), fecha de creación del ICE especial (cualitativa ordinal), fecha de validación del ICE especial (cualitativa ordinal), días para la realización del ICE especial (cuantitativa discreta), diagnóstico médico de ingreso hospitalario (cualitativa nominal policotómica), motivo de alta (cualitativa nominal policotómica). Las variables clínicas son uso del formato PES (Problema, Etiología, Sintomatología) (cualitativa nominal dicotómica, si/no), etiquetas de diagnósticos activos (cualitativa nominal policotómica), etiquetas de diagnósticos resueltos durante la estancia hospitalaria (cualitativa nominal policotómica), facto-

res relacionados y de riesgo del DE (cualitativa nominal policotómica), características definitorias del DE (cualitativa nominal policotómica), problemas de colaboración (cualitativa nominal policotómica), causa del problema de colaboración (cualitativa nominal policotómica), resultados NOC (cualitativa nominal policotómica), intervenciones NIC (cualitativa nominal policotómica), modelo de enfermería utilizado (cualitativa nominal policotómica).

Proceso de análisis: Análisis descriptivo de las variables cuantitativas mediante el cálculo de la media ( $\mu$ ) y desviación estándar (De) y de las variables cualitativas mediante la distribución de frecuencias de sus categorías. No ha sido realizado análisis bivalente. Los resultados han sido expresados mediante tablas y explicados de forma narrativa. Para el análisis estadístico se ha empleado el software SPSS® (versión 25).

Criterios éticos: Se ha garantizado el anonimato, la confidencialidad y el uso exclusivo de los datos para la investigación tras la aprobación por el comité de ética de la investigación de la provincia de Las Palmas (España), con número de registro 2019-190-1.

## RESULTADOS

El número total de ICE realizados al alta fue 20856. Tras aplicar los criterios de inclusión, la población diana quedó conformada por N = 10268 (49,23%) ICE. El tiempo medio de estancia hospitalaria de los pacientes fue  $\mu = 7,93$  (De = 12,52) días, con promedio de tiempo desde la apertura del ICE hasta su validación  $\mu = 7,07$  (De = 37,03) días. Según el sexo, n = 231 (62,4%) ICE correspondieron a mujeres y n = 139 (37,6%) a hombres, mostrando edad media de los individuos  $\mu = 2,55$  (De = 23,18) años. El modelo teórico utilizado en el PE no se cumplimentó n = 361 (96,1%) ocasiones. Los principales motivos clínicos de hospitalización en el HUIGC fueron Sepsis n = 11 (3%) e Insuficiencia cardíaca congestiva descompensada n = 10 (2,7%). En el HUMIC destacaron Pródromos de parto n = 24 (6,5%) y Rotura prematura de membranas n = 22 (5,9%).

### Etiquetas diagnósticas (ED)

En relación a los DE activos se registraron n = 1922 ED que atendieron a tipología focalizados en el problema n = 997 (51,9%), de riesgo n = 785 (40,8%) y de promoción de la salud n = 140 (7,3%). Las ED prevalentes fueron Riesgo de infección n = 235 (12,2%),

Riesgo de sangrado n = 140 (7,3%), Deterioro de la movilidad física n = 89 (4,6%) y Dolor agudo n = 84 (4,4%). Los contenidos diagnósticos incluyeron n = 2906 etiologías, cuyos factores relacionados (FR) y factores de riesgo (Fr) prevalentes correspondieron a deterioro neuromuscular n = 158 (5,4%), dolor n = 115 (4%), deterioro músculo esquelético n = 97 (3,3%), cirugía n = 82 (2,8%), ser portador de vía venosa n = 76 (2,6%) y procedimientos invasivos n = 73 (2,5%); las enfermeras registraron n = 1853 características definitorias (CD) entre las que destacaron limitación de la capacidad para las actividades motoras gruesas n = 75 (4%), observación de evidencias de dolor n = 61 (3,3%), incapacidad para acceder al cuarto de baño n = 58 (3,3%) y disnea n = 51 (2,8%).

Los DE resueltos durante la estancia hospitalaria contabilizaron n = 93 ED que atendieron a tipología focalizados en el problema n = 31 (33,33%), de riesgo n = 58 (62,37%) y de promoción de la salud n = 4 (4,3%). Las ED prevalentes fueron Riesgo de infección n = 23 (24,7%), Riesgo de sangrado n = 12 (12,9%) y Dolor agudo n = 6 (6,5%). Los contenidos de estas ED resueltas durante la estancia hospitalaria contabilizaron n = 147 FR/Fr, sobresaliendo cirugía n = 13 (8,8%), vía venosa periférica n = 13 (8,8%), sonda vesical n = 11 (7,5%) y

redón  $n = 10$  (6,8%). Por otra parte, se incluyeron  $n = 56$  CD entre las que destacaron expresa dolor  $n = 5$  (8,9%), observación de evidencias de dolor  $n = 4$  (7,1%), expresión verbal del paciente  $n = 3$  (5,4%) y postura para evitar el dolor  $n = 3$  (5,4%).

Atendiendo a la estructura jerárquica de NANDA-I, entre los DE activos sobresalieron los dominios Actividad/Reposo  $n = 602$  (31,3%) y Seguridad/Protección  $n = 586$  (30,5%); mientras que en el nivel clase, destacaron Lesión física  $n = 329$  (17,1%), Autocuidado  $n = 251$  (13,1%) e Infección  $n = 235$  (12,2%). En los DE resueltos durante la estancia hospitalaria también destacaron los dominios Seguridad/Protección  $n = 45$  (48,4%) y Actividad/Reposo  $n = 14$  (15,1%), resaltando en esta ocasión las clases Infección  $n = 23$  (24,7%), Lesión física  $n = 22$  (23,7%) y Confort físico  $n = 10$  (10,8%), tal como se muestra en la [Tabla 1](#).

### Intervenciones enfermeras

Se registraron  $n = 72$  NIC correspondientes a distintos campos y clases, entre los que sobresalieron el campo Familia  $n = 20$  (27,8%) y la clase Mediación del sistema sanitario  $n = 13$  (18,1%); el resto de NIC incluidas se muestran en la [Tabla 2](#).

### Resultados enfermeros

Se registraron  $n = 103$  NOC, destacando el dominio Conocimiento y conducta de salud  $n = 32$  (31,1%) y la clase Conocimientos sobre promoción de la salud  $n = 18$  (17,5%), el resto de frecuencias de NOC se muestran en la [Tabla 3](#).

### DISCUSIÓN

El análisis de los ICE ha revelado que la mayor prevalencia de DE corresponde al dominio Actividad/Reposo y la clase Autocuidado, así como al dominio Seguridad/Protección y las clases Lesión física e Infección; lo que informa acerca de los problemas de salud registrados por las enfermeras hospitalarias. La mayoría de los DE activos correspondieron a etiquetas focalizadas en el problema y de riesgo, mientras que la mayor parte de los DE resueltos atendieron a la tipología de riesgo. Esta circunstancia ofrece una primera impresión de cuáles son las necesidades de cuidados identificadas por las enfermeras; no obstante, es necesario profundizar mediante estudios que aborden las dinámicas de trabajo en el entorno hospitalario para conocer las implicaciones derivadas de estos registros.

En otros contextos, se ha observado que el registro de ED también está

vinculado a dominios NANDA-I semejantes. Así, D'Agostino y colaboradores<sup>14</sup> (N = 2283) determinaron que los dominios destacados correspondieron con Seguridad/Protección (34,1%) y Actividad/Reposo (26,9%); del mismo modo, el estudio realizado por Güler y colaboradores<sup>15</sup> sobre una población de mayores (N = 154) también mostró entre sus dominios prevalentes Actividad/Reposo y Seguridad/Protección. Entre los DE prevalentes identificados por D'Agostino, al igual que nuestro estudio, se encontró Riesgo de infección (64,6%;  $p < 0,001$ ). Por su parte, Feng & Chang<sup>16</sup> también señalaron Riesgo de infección como el DE más utilizado. Otro estudio sobre población infantil<sup>17</sup> mostró igualmente que el Riesgo de infección se sitúa entre las ED destacadas. A falta de análisis concluyentes, se revela que los dominios y ED señalados son las mayoritariamente identificadas y registradas por las enfermeras en el contexto internacional.

La comunicación interprofesional es un pilar básico que tiene como finalidad favorecer la continuidad asistencial, lo que exige la participación conjunta de AP y AE. No obstante, la sombra de la discontinuidad está siempre presente debido a la falta de alianzas entre los profesionales implicados antes y después del alta hospitalaria. Para garantizar la continuidad de los cuidados, en

nuestro contexto, han sido desarrolladas diferentes medidas que están agrupadas en líneas estratégicas relacionadas con la gestión y coordinación de los procesos asistenciales, así como mejoras en la calidad de la información. En lo que respecta al ICE, se precisa que sea cumplimentado con información útil y de mayor claridad; en este sentido, en España, el estudio realizado por Reig-García y colaboradores<sup>18</sup> han señalado como aspectos destacados que las enfermeras manifiestan falta de tiempo para cumplimentar el ICE y precisan mayor formación en la utilización clínica de los lenguajes normalizados que minimicen las interpretaciones erróneas de la información entre distintos centros sanitarios, a través de una planificación al alta dotada de mayor flexibilidad y que proporcione más información sobre la situación social y psicológica de los pacientes. No obstante, es preciso implementar sistemas para la atención de esta continuidad asistencial a partir de la implementación de nuevos modelos de gestión de casos<sup>19</sup> que comprendan una atención transdisciplinar, personalizada y centrada en las personas, con la finalidad de desarrollar estrategias de empoderamiento de los distintos perfiles profesionales implicados.

Las limitaciones encontradas en los registros de los ICE exponen la ne-

cesidad de establecer canales activos de comunicación que mejoren la utilidad y satisfacción derivadas de su uso<sup>20-23</sup>. Para ello, se requieren acciones que refuercen la competencia profesional y el pensamiento crítico<sup>24</sup> a través de mejoras en las habilidades, los conocimientos, la capacidad de síntesis y el dominio de los lenguajes estandarizados<sup>25</sup>.

En otro orden, se debe destacar que para cumplimentar un ICE, en España, existe un condicionante legislativo que determina el uso de terminologías NANDA-I, NIC y NOC; esta exigencia establece un sesgo relacionado con el uso de otras terminologías o sistemas de lenguajes normalizados con reconocimiento internacional. Por otra parte, la regulación de los contenidos de estos informes, necesaria para la normalización de la práctica asistencial, se vincula con limitaciones en la creatividad profesional de las enfermeras.

Como limitaciones del estudio destacan los aspectos relativos al diseño y alcance de la investigación, con resultados meramente descriptivos en un único contexto hospitalario. Además, la literatura científica disponible acerca del uso de los lenguajes enfermeros en los ICE es escasa y procedente de investigaciones que no reportan información actualizada. En este sentido, sería interesante desarrollar futuras investigacio-

nes con abordajes multicéntricos usando metodologías observacionales con diseños analíticos.

A modo de conclusión, se ha observado que los ICE que usan lenguajes normalizados son escasos, mostrando un elevado registro de terminología NANDA-I frente a una menor utilización de NIC y NOC. Las tipologías de los DE atienden principalmente a etiquetas focalizadas en el problema y de riesgo, con preferencias por los dominios Actividad/Reposo y Seguridad/Protección. El número de registros relativos a DE activos es elevado en comparación con el número de DE resueltos durante la estancia hospitalaria; del mismo modo, el número de etiologías y características definitorias registradas es notable.

Cumplimentar el ICE es una práctica clínica que favorece la continuidad asistencial de los cuidados; no obstante, es preciso mejorar el registro normalizado de las enfermeras para transmitir por escrito la información relativa a los procesos de salud de las personas entre niveles asistenciales.

## BIBLIOGRAFÍA

- Lafuente-Robles N, Fernández-Salazar S, Rodríguez-Gómez S, Casado-Mora MI, Morales-Asencio JM, Ramos-Morcillo AJ. Desarrollo competencial de las enfermeras en el sistema sanitario público de Andalucía. *Enfermería Clínica* [Internet]. 2019 Mar 22 [citado 2019 Mar 2];29(2):83–9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862119300452>
2. Kwame A, Petrucka PM. A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nurs* [Internet]. 2021 Dic 3;20(1):158. Disponible en: <https://bmcnurs.biomed-central.com/articles/10.1186/s12912-021-00684-2>
  3. Company-Sancho MC, Estupiñán-Ramírez M, Sánchez-Janáriz H, Tristáncho-Ajamil R. The connection between nursing diagnosis and the use of healthcare resources. *Enfermería Clínica* (English Ed) [Internet]. 2017 Jul 1 [citado 2018 Abr 13];27(4):214–21. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2445147917300656>
  4. Donahue KT, Vanostenberg P. Joint Commission International accreditation: relationship to four models of evaluation. *Int J Qual Heal Care* [Internet]. 2000 Jun 1 [citado 2018 Jul 6];12(3):243–6. Disponible en: <https://academic.oup.com/intqhc/article-lookup/doi/10.1093/intqhc/12.3.243>
  5. Joint Commission. Hot Topic in Health Care, Issue 2: Transitions of Care: The need for collaboration across entire care continuum [Internet]. 2013 [citado 2018 Jul 8]. Disponible en: [https://www.jointcommission.org/-/media/deprecated-unorganized/imported-assets/tjc/system-folders/assetmanager/toc\\_hot\\_topicspdf.pdf?db=web&hash=771E68D-C706144E8A23553D961F9D12E](https://www.jointcommission.org/-/media/deprecated-unorganized/imported-assets/tjc/system-folders/assetmanager/toc_hot_topicspdf.pdf?db=web&hash=771E68D-C706144E8A23553D961F9D12E)
  6. Vaseghi F, Yarmohammadian MH, Raeisi A. Interprofessional Collaboration Competencies in the Health System: A Systematic Review. *Iran J Nurs Midwifery Res* [Internet]. 2022;27(6):496–504. Disponible en: <https://www.ijnmrjournal.net/text.asp?2022/27/6/496/361482>
  7. Bahr SJ, Weiss ME. Clarifying model for continuity of care: A concept analysis. *Int J Nurs Pract* [Internet]. 2019 Abr 4;25(2):e12704. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijn.12704>
  8. Boletín Oficial del Estado. Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2003 [citado 2019 Mar 16]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-10715>
  9. Gutiérrez-Rodríguez L, García Mayor S, Cuesta Lozano D, Burgos-Fuentes E, Rodríguez-Gómez S, Sastre-Fullana P, et al. Competencias en enfermeras Especialistas y en Enfermeras de Práctica Avanzada. *Enfermería Clínica* [Internet]. 2019 Nov 1 [citado 2019 Nov 11];29(6):328–35. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862119303729>
  10. Johnson A, Sandford J, Tyndall J. Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2003 Oct 20 [citado 2018 Nov 9];(4). Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003716>
  11. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams M V., Basaviah P, Baker DW. Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians. *JAMA* [Internet]. 2007 Feb 28 [citado 2018 Jul 6];297(8):831. Disponible en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.297.8.831>
  12. Luchsinger JS, Jones J, McFarland AK, Kissler K. Examining nurse/patient relationships in care coordination: A qualitative metasynthesis. *Appl Nurs Res* [Internet]. 2019 Oct;49(Marzo):41–9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.07.006>
  13. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. 2018 [citado 2018 Oct 7]; Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2010-14199>
  14. D'Agostino F, Sanson G, Cocchieri A, Vellone E, Welton J, Maurici M, et al. Prevalence of nursing diagnoses as a measure of nursing complexity in a hospital setting. *J Adv Nurs* [Internet]. 2017 Sep [citado 2017 Mar 29];73(9):2129–42. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/jan.13285>
  15. Güler EK, Eşer İ, Khorshid L, Yücel ŞÇ. Nursing diagnoses in elderly residents of a nursing home: A case in Turkey. *Nurs Outlook* [Internet]. 2012 Ene [citado 2016 Oct 31];60(1):21–8. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0029655411000844>
  16. Feng R-C, Chang P. Usability of the Clinical Care Classification System for Representing Nursing Practice According to Specialty. *CIN Comput Informatics, Nurs* [Internet]. 2015 Oct [citado 2016 Feb 14];33(10):448–55. Disponible en: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landing-page&an=00024665-201510000-00010>
  17. Rodríguez Bestilleiro AM, Ferrer Pardavila MÁ. Prevalencia de diagnósticos enfermeros de la NANDA y necesidades alteradas de Henderson en una unidad de lactantes. *Enfermería Clínica* [Internet]. 2002 Jan 1 [citado 2018 Ene 26];12(6):255–61. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862102737625>
  18. Reig-García G, Bonmatí-Tomás A, Suñer-Soler R, Malagón-Aguilera MC, Gelabert-Vilella S, Bosch-Farré C, et al. Evaluation and perceptions of a nursing discharge plan among nurses from different

- healthcare settings in Spain. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2022 Dic 28;22(1):710. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08109-9>
19. Reig-García G, Suñer-Soler R, Mantas-Jiménez S, Bonmatí-Tomas A, Malagón-Aguilera MC, Bosch-Farré C, et al. Assessing Nurses' Satisfaction with Continuity of Care and the Case Management Model as an Indicator of Quality of Care in Spain. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 Jun 19;18(12):6609. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/12/6609>
20. Correa Casado M. El informe de continuidad de cuidados como herramienta de comunicación entre atención hospitalaria y atención primaria. *Rev Española Comun en Salud* [Internet]. 2014 Nov 4 [citado 2018 Jul 8];5(2):102–11. Disponible en: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3337>
21. Rivas Cilleros E, Montes Velasco J, Alonso López JC. Valoración del informe de enfermería al alta tras la hospitalización. *Nuberos Científica* [Internet]. 2013 Ene 1 [citado 2018 Jul 8];2(8). Disponible en: <http://nc.enfermeriacantabria.com/index.php/nc/article/view/63>
22. Sierra Talamantes C, Sayas Chuliá V, Famoso Poveda M, Muñoz Izquierdo A, Peiró Andrés A, Garrigós Hernández E, et al. Continuidad de cuidados: alta de enfermería. *Enfermería en Cardiol* [Internet]. 2007 [citado 2018 Jul 8];41(2). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2382427.pdf>
23. Merino-Ruiz M, Sebastián-Viana T, Carmen Gómez-Díaz M, del Castillo YL. Utilidad y dificultades para la realización del informe de enfermería al alta hospitalaria según las enfermeras del Hospital de Fuenlabrada. *Enfermería Clínica* [Internet]. 2008 Mar [citado 2018 Jul 8];18(2):77–83. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862108707022>
24. González-Samartino M, Delgado-Hito P, Adamuz-Tomás J, Cano MFV, Creus MC, Juvé-Udina M-E. Precisión y exhaustividad del registro de eventos adversos mediante una terminología de interfase. *Rev da Esc Enferm da USP* [Internet]. 2018 Abr 16 [citado 2018 Jul 5];52(0). Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342018000100406&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100406&lng=es&tlng=es)
25. Rodríguez-Suárez CA, Hernández-y de Luis MN, Mariscal-Crespo MI. Continuidad de cuidados y alta hospitalaria. *Enfermería Clínica* [Internet]. 2020 Mar 4 [citado 2019 Feb 11];30(2):130–1. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862119300397>

## TABLAS, FIGURAS Y ANEXOS

Tabla 1. Distribución de los diagnósticos enfermeros según dominio y clase

Dominio	Activos	Resueltos	Clase	Activos	Resueltos
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)
1. Promoción de la salud	101 (5,3)	4 (4,3)	1. Toma de conciencia de la salud	5 (0,3)	2 (2,2)
			2. Gestión de la salud	96 (5)	2 (2,2)
2. Nutrición	152 (7,9)	9 (9,7)	1. Ingestión	55 (2,9)	1 (1,1)
			2. Digestión	-	-
			3. Absorción	-	-
			4. Metabolismo	55 (2,9)	4 (4,3)
			5. Hidratación	42 (2,2)	4 (4,3)
3. Eliminación/ intercambio	132 (6,9)	5 (5,4)	1. Función urinaria	46 (2,4)	1 (1,1)
			2. Función gastrointestinal	71 (3,7)	4 (4,3)
			3. Función tegumentaria	-	-
			4. Función respiratoria	15 (0,8)	-
4. Actividad/ reposo	602 (31,3)	14 (15,1)	1. Sueño/reposo	54 (2,8)	2 (2,2)
			2. Actividad/ejercicio	127 (6,6)	1 (1,1)
			3. Equilibrio de la energía	19 (1)	-
			4. Respuestas cardiovasculares/pulmonares	151 (7,9)	3 (3,2)
			5. Autocuidado	251 (13,1)	8 (8,6)
5. Percepción/ cognición	65 (3,4)	1 (1,1)	1. Atención	-	-
			2. Orientación	-	-
			3. Sensación percepción	-	-
			4. Cognición	51 (2,7)	1 (1,1)
			5. Comunicación	14 (0,7)	-
6. Autoconcepción	26 (1,4)	2 (2,2)	1. Autoconcepción	18 (0,9)	1 (1,1)
			2. Autoestima	2 (0,1)	-
			3. Imagen corporal	6 (0,3)	1 (1,1)
7. Rol y relaciones	13 (0,7)	1 (1,1)	1. Roles de cuidador	12 (0,6)	1 (1,1)
			2. Relaciones familiares	1 (0,1)	-
			3. Desempeño del rol	-	-
			1. Identidad sexual	-	-

8. Sexualidad	31 (1,6)	1 (1,1)	2. Función sexual	2 (0,1)	-	
			3. Reproducción	29 (1,5)	1 (1,1)	
9. Afrontamiento y tolerancia al estrés	55 (2,9)	1 (1,1)	1. Respuestas postraumáti-	-	-	
			2. Respuestas de afrontamiento	55 (2,9)	1 (1,1)	
			3. Estrés neurocomporta-	-	-	
10. Principios vitales	1 (0,1)	-	1. Valores	-	-	
			2. Creencias	-	-	
			3. Congruencia valores/creencias/acciones	1 (0,1)	-	
11. Seguridad/ protección	586 (30,5)	45 (48,4)	1. Infección	235 (12,2)	23 (24,7)	
			2. Lesión física	329 (17,1)	22 (23,7)	
			3. Violencia	-	-	
			4. Peligros del entorno	-	-	
			5. Procesos defensivos	-	-	
			6. Termorregulación	22 (1,1)	-	
12. Confort	158 (8,2)	10 (10,8)	1. Confort físico	96 (5)	10 (10,8)	
			2. Confort del entorno	62 (3,2)	-	
			3. Confort social	-	-	
13. Crecimiento/ desarrollo	-	-	1. Crecimiento	-	-	
			2. Desarrollo	-	-	
<b>1922 (100)</b>		<b>93 (100)</b>			<b>1922 (100)</b>	<b>93 (100)</b>

Tabla 2. Distribución de las intervenciones según dominio y clase

Campo	n (%)	Clase	n (%)
1. Fisiológico: básico	16 (22,2)	A. Control de actividad y ejercicio	-
		B. Control de la evacuación	5 (6,9)
		C. Control de inmovilidad	-
		D. Apoyo nutricional	-
		E. Fomento de la comodidad física	4 (5,6)
		F. Facilitación del autocuidado	7 (9,7)
2. Fisiológico: complejo	9 (12,5)	G. Control de electrolitos y acidobásico	-
		H. Control de fármacos	4 (5,6)
		I. Control neurológico	-
		J. Cuidados perioperatorios	-
		K. Control respiratorio	-
		L. Control de la piel/heridas	4 (5,6)
3. Conductual	-	M. Termorregulación	-
		N. Control de la perfusión tisular	1 (1,4)
		O. Terapia conductual	-
		P. Terapia cognitiva	-
		Q. Potenciación de la comunicación	-
		R. Ayuda para el afrontamiento	-
4. Seguridad	11 (15,3)	S. Educación de los pacientes	-
		T. Fomento de la comodidad psicológica	-
		U. Control en casos de crisis	-
5. Familia	20 (27,8)	V. Control de riesgos	11 (15,3)
		W. Cuidados de un nuevo bebé	11 (15,3)
		Z. Cuidados de crianza de un nuevo bebé	9 (12,5)
6. Sistema sanitario	16 (22,2)	X. Cuidados durante la vida	-
		Y. Mediación del sistema sanitario	13 (18,1)
		a. Gestión del sistema sanitario	-
7. Comunidad	-	b. Control de la información	3 (4,2)
		c. Fomento de la salud de la comunidad	-
		d. Control de riesgos de la comunidad	-
	<b>72 (100)</b>		<b>72 (100)</b>

Tabla 3. Distribución de los resultados según dominio y clase

Dominio	n (%)	Clase	n (%)
---------	-------	-------	-------

I. Salud funcional	7 (6,8)	A. Mantenimiento de la energía	1 (1,0)
		B. Crecimiento y desarrollo	5 (4,9)
		C. Movilidad	1 (1,0)
		D. Autocuidado	-
II. Salud fisiológica	26 (25,2)	E. Cardiopulmonar	3 (2,9)
		K. Digestión y nutrición	12 (11,7)
		F. Eliminación	-
		G. Líquidos y electrolitos	2 (1,9)
		H. Respuesta inmune	2 (1,9)
		I. Regulación metabólica	2 (1,9)
		J. Neurocognitiva	1 (1,0)
		Y. Función sensitiva	-
		AA. Respuesta terapéutica	-
		L. Integridad tisular	4 (3,9)
III. Salud psicosocial	10 (9,7)	M. Bienestar psicológico	4 (3,9)
		N. Adaptación psicosocial	1 (1,0)
		O. Autocontrol	-
		P. Interacción social	5 (4,9)
		Q. Conducta de salud	6 (5,8)
		R. Creencias sobre la salud	-
IV. Conocimiento y conducta de salud	32 (31,1)	FF. Gestión de la salud	-
		GG. Conocimiento sobre su condición de salud	2 (1,9)
		S. Conocimientos sobre promoción de la salud	18 (17,5)
		T. Control del riesgo	1 (1,0)
		HH. Seguridad	-
V. Salud percibida	10 (9,7)	U. Salud y calidad de vida	3 (2,9)
		EE. Satisfacción con los cuidados	-
		V. Sintomatología	7 (6,8)
VI. Salud familiar	18 (17,5)	W. Desempeño del cuidador familiar	1 (1,0)
		Z. Estado de salud de los miembros de la familia	6 (5,8)
		X. Bienestar familiar	1 (1,0)
		DD. Ser padre	10 (9,7)
VII. Salud comunitaria	-	CC. Protección de la salud comunitaria	-
		BB. Bienestar comunitario	-
<b>103 (100)</b>			<b>103 (100)</b>

