

Identificación y evaluación de la efectividad de la indicación de la continuidad de cuidados de enfermería entre niveles asistenciales del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza

Rosa M. González-Llinares^a, Idoia Aramburu^a y M. Jesús Ruiz de Ocenda^b, en representación del equipo investigador FIS*

^aSubdirección de calidad. Organización central de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud.

^bAsesoría de enfermería. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud.

Correspondencia

Rosa M. González-Llinares.

Subdirección de calidad asistencial. Organización Central Osakidetza/Servicio Vasco de Salud.

Álava, 45. 01006 Vitoria.

Correo electrónico: rgonzalez@sscc.osakidetza.net

Resumen

Objetivo: Desarrollar y consensuar mediante grupos de discusión las indicaciones de enfermería que requieren continuidad de cuidados desde la asistencia hospitalaria hacia la asistencia primaria, cara a garantizar unos cuidados continuados entre niveles asistenciales a los usuarios que acuden al Servicio Vasco de Salud/Osakidetza, así como evaluar la efectividad de dichas indicaciones.

Material y métodos: Se acude a dos tipos de metodología: una primera parte del proyecto con grupos de discusión y una segunda con metodología cuantitativa. El ámbito de estudio lo constituyen 16 hospitales y siete comarcas de atención primaria del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza. Participan dos grupos de sujetos: el primero (estudio cualitativo) lo constituyen 102 enfermeras de hospitales y de atención primaria, y el segundo (estudio cuantitativo), los pacientes ingresados en hospitales durante el mes de mayo y junio de 2000 y que recibieron o no informe de continuidad de cuidados de enfermería. Análisis de variancia en relación con la variable continuidad de cuidados.

Resultados: Cualitativamente se han identificado 28 indicaciones de enfermería. Se agrupan en cinco variables con sus respectivas categorías: necesidades humanas (10 categorías), sistemas orgánicos (siete categorías), procesos (dos categorías), situaciones específicas (siete categorías) y medicación (dos categorías). Se han emitido desde los hospitales los informes de continuidad de cuidados del 14% de los pacientes dados de alta en el período de mayo a junio de 2000. Las indicaciones más señaladas en los mismos son las siguientes: la herida quirúrgica (45%), la necesidad de movimiento y actividad (25,3%), la necesidad de piel y mucosas (24,1%), la necesidad de seguridad física y psíquica (22%), la necesidad de eliminación (18,5%), la necesidad de nutrición (16,1%) y la necesidad de oxigenación (17,4%)

Discusión: Los pacientes que, con independencia de su proceso o diagnóstico médico, necesitan continuidad de cuidados en el ámbito asistencial primario son los que en el alta tienen alguna indicación establecida en el grupo de necesidades humanas y herida quirúrgica. Este resultado permite a las enfermeras, las organizaciones y las agencias financiadoras homogeneizar la práctica clínica sustentada en: la toma de decisiones basadas en la opinión, experiencias de los profesionales, revisión sistemática de la bibliografía e investigación y permite una evaluación de la efectividad del proceso.

Palabras clave: Continuidad de cuidados. Enfermería. Informe de alta. Niveles asistenciales.

Summary

Objective: To develop and use focal discussion groups to agree upon indications for nursing that call for continuity of care from hospital to primary care in order to guarantee continuous care between care levels to users of the Basque Health Service in Spain as well as to evaluate the effectiveness of the indications.

Material and methods: Two methodological tools were used: discussion groups in the first phase of the study and quantitative methodology in the second. The setting of the study consisted of 16 hospitals from the Basque Health Service and the seven primary care areas of the Basque Country. There were two kinds of subjects. The first, qualitative, phase of the study included 102 hospital and primary care nurses. The second, quantitative, phase included patients admitted to hospital from May to June, 2000, some of whom received the report on continuity of nursing care. Analysis of variance was used to evaluate continuity of care.

Results: Twenty-eight indications were identified in the qualitative phase. These were grouped into five variables with their respective categories: human needs (10 categories), organic systems (seven categories), processes (two categories), specific situations (seven categories) and medication (two categories). The hospitals issued reports on the continuity of care of 14% of the patients discharged between May and June, 2000. The most frequently identified indications were surgical wounds (45%) and the need for movement and activity (24.1 %), physical and psychological security (22%), elimination (18.5%), nutrition (16.1%) and oxygen therapy (17.4%)

Discussion: Patients who, independently of their diagnosis, required continuity of care in the primary setting were those who, on discharge, showed an established indication in the group of human needs or surgical wounds. This result enables nurses, organizations and financing agencies to make clinical practice more homogeneous based on opinion-based decision-making, professional experience, systematic literature reviews and research and allows evaluation of the effectiveness of the process.

Key words: Continuity of care. Nursing. Discharge planning. Levels of attendance.

*Equipo investigador: Carmen Causo, M. Jesús Barandiaran, Ave M. Orbe, José Antonio San Sebastián, Milagros Zapirain, Milagros Alonso, Francisca Manterola, Soledad Otegui, Inmaculada Anguiano, Belén Elezcano, Elena Aparicio, M. Eugenia Gotti, Amaia Madrazo, Begoña Asensio, Isabel Arenaza, Laura Capilla, Maite Montejo, Consuelo Barberena, Miren Nekane Urquiza, Carmen Gistau, Blanca Saitua, Eguskiñe Gallastegui, Elizabeth Angusto, Inmaculada Sánchez, Sagrario Díez, M. Ángeles Najarro, Mercedes Urruela, Carmen Esparza, M. Teresa Rodríguez.

Introducción

La tendencia actual de reducir las estancias hospitalarias crea la necesidad de una buena coordinación entre los distintos niveles asistenciales y de asegurar la continuidad de los cuidados al alta hospitalaria¹. Los profesionales sanitarios son los que asumen la responsabilidad sobre esta realidad.

Se entiende por asistencia continuada la asistencia prestada durante un tiempo en varios centros. Comprende la atención desde la enfermedad hasta el bienestar. Por ello es importante observar la asistencia como parte de un sistema integrado de lugares, servicios, profesionales y ámbitos que configuren una continuidad de la asistencia, por lo que los pacientes deberían recibir un nivel de cuidados y la tecnología adecuada a la severidad de sus problemas de salud, requiriendo la utilización de diferentes estructuras o niveles de atención. La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations define la continuidad de la asistencia como la adecuación continua de las necesidades del paciente al nivel y tipo adecuados de servicio médico, de salud o social².

Las actividades relacionadas exclusivamente con la competencia profesional de enfermería son identificadas como "continuidad de cuidados". Según Marjory Gordon³, "la buena comunicación aumenta la posibilidad de que el cuidado enfermero continúe sin interrupción".

Los elementos clave para garantizar el cuidado continuado son difundir, conocer y asumir por parte de los profesionales la atención continuada, tener instrumentos que lo faciliten⁴, establecer un circuito o sistema de coordinación a lo largo de la asistencia, estableciendo los responsables o referentes del proceso en el nivel que se sitúe⁵ y evaluar para poder mejorar^{6,7}.

Una de las líneas de actuación en las estrategias de cambio para la Sanidad vasca definidas el 23 de junio de 1993 (Osasuna Zainduz)⁸ contempla como requisito la utilización de "mecanismos que permitan la continuidad de cuidados que recibe el paciente". Esta estrategia queda consolidada en el Plan Estratégico Osakidetza-Servicio Vasco de Salud 1998-2002⁹ en el siguiente objetivo específico: "globalizar el proceso del paciente priorizando su continuidad, articulando un sistema de relación efectiva entre los diferentes niveles de atención siguiendo el proceso asistencial del paciente".

En Osakidetza en 1992, ante la inexistencia de sistemas de coordinación y/o información entre ámbitos asistenciales y a fin de garantizar una atención integral y de continuidad en el proceso salud-enfermedad de nuestros clientes, se creó un "programa de continuidad de cuidados" basado en objetivos y acciones concretas con participación de enfermeras de la asistencia especializada y primaria.

Desde este programa se identificaron los centros, unidades, responsables y procesos susceptibles de continuidad de cuidados, se estableció un circuito de comunicación interniveles y se elaboró un documento registro de enfermería (informe de continuidad de cuidados) para la transmisión de la información acerca de la situación del usuario. En el año 1997 se elaboró desde la Dirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza un Plan de Mejora, partiendo de los resultados del programa anteriormente mencionado.

Una de las áreas de mejora identificadas fue la de redefinir el ámbito de población susceptible de incluir en continuidad de cuidados inter ámbitos asistenciales para garantizar unos cuidados a lo largo de la duración del proceso asistencial de los clientes que acuden al Sistema Sanitario Vasco. La reflexión era la siguiente: ¿todos los pacientes o altas hospitalarias deberían someterse a la continuidad de cuidados interniveles?, ¿la continuidad de cuidados en qué tipo de pacientes o en qué procesos habría que hacerla?, ¿procesos crónicos?, ¿alteración de las necesidades humanas independientemente del proceso o diagnóstico médico?, ¿la edad?, ¿ausencia del cuidador principal?, ¿qué variables habría que tener en cuenta en la continuidad de cuidados?

Siguiendo esta línea, el objetivo que se planteó fue desarrollar y consensuar, mediante grupos de discusión, las indicaciones de enfermería que requieren continuidad de cuidados desde la asistencia hospitalaria hacia la asistencia primaria, cara a garantizar unos cuidados continuados entre ámbitos asistenciales a los usuarios que acuden al Servicio Vasco de Salud/Osakidetza, así como evaluar la efectividad de esas indicaciones.

Sujetos y métodos

En este estudio se acudió a dos tipos de metodología: cualitativa la primera parte, y cuantitativa la segunda. La primera parte del estudio incluyó la valoración de la necesidad de continuidad de cuidados de enfermería y la elaboración de un listado de indicaciones. Se realizó en base a datos obtenidos de la revisión bibliográfica, las conversaciones mantenidas con los asesores expertos de enfermería y la realización de 11 grupos de discusión formados por enfermeras de la atención hospitalaria (seis hospitales) y de la atención primaria (siete comarcas). La muestra de los grupos se realizó de forma estratificada intencional en función del tipo de hospital y comarca de atención primaria. Estuvo formada por informadores clave seleccionados en función de su experiencia y de su representatividad en el colectivo de enfermería. Participaron un total de 102 profesionales de enfermería, 45 pertenecientes a atención primaria (43,1%) y 58 pertenecientes a la atención especializada (56,9%).

Una vez conocidas las indicaciones de continuidad de cuidados de enfermería, se constituyó un grupo de expertos para someter ese listado a validación.

En la segunda parte del estudio se instruyó al personal de enfermería de todos los hospitales del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza en la necesidad de emitir informes de continuidad de cuidados a todos los pacientes cuya situación asistencial estuviera incluida en el listado consensuado de indicaciones. La muestra la constituyeron todos aquellos pacientes dados de alta en los hospitales de la red en el período comprendido entre mayo y junio de 2000. Fueron excluidos los siguientes servicios: alergología, psiquiatría, oncología radioterápica, radiología intervencionista, UCI, medicina nuclear, anestesia-reanimación, radiodiagnóstico, rehabilitación, pediatría, neonatología y cirugía pediátrica, y determinados

GDR: 39, 362, 371, 372, 373, 381, 394, 340, 461, etc., y también a los fallecidos.

Se pudo valorar el número de pacientes que llegó a la atención primaria con informe de continuidad de cuidados basado en las indicaciones. A su vez, se midió la coordinación entre la atención hospitalaria y la primaria; se comparó el número de informes de continuidad de cuidados que se habían mandado desde la atención hospitalaria con el número de pacientes que habían llegado a atención primaria con el informe. Finalmente, se quiso comprobar el grado de coordinación que hubo en los 4 años de trabajo con los informes de continuidad de cuidados.

Resultados

Los resultados obtenidos tras la revisión bibliográfica realizada sobre las indicaciones que se deben tener en cuenta para la continuidad de cuidados interniveles asistenciales eran muy heterogéneos, según se puede ver en la tabla 1. Los resultados más significativos de los grupos de discusión recogen las indicaciones de continuidad de cuidados agrupados en cinco variables con sus respectivas categorías: necesidades humanas (10 categorías); sistemas orgánicos (siete categorías); procesos (dos categorías); situaciones específicas (siete categorías) y medicación (dos categorías). Además de estas indicaciones, aparecieron otras ideas relevantes en los grupos de discusión. Así, hay personas que entienden la continuidad de cuidados como el "canal de comunicación entre profesionales de enfermería", en otros casos se interpreta como "satisfacción del cliente". Se valora también el informe de continuidad de cuidados como un "método de comunicación de la situación del enfermo que puede ser más rápido que el circuito de médico de hospital a médico de primaria, y de éste a enfermería de primaria, aun cuando ciertos elementos que aparecen en dicho informe sean técnicamente temas médicos y no de enfermería". Cabe destacar algunas cuestiones éticas que también aparecieron en los grupos de discusión, como: "el contenido de los informes, si se entrega por

fax, lo puede leer cualquier trabajador del centro, con lo que no se respetaría la confidencialidad y el secreto profesional" o que "la información sobre algunas necesidades que aparecen en el informe, por ejemplo la autoestima, tiene un carácter más confidencial, y es difícil ponerla cuando el familiar se va a llevar una copia del informe".

Se emitió desde los hospitales un total de 3.669 informes de continuidad de cuidados según indicaciones consensuadas. El número representa el 14% de los pacientes que se dieron de alta en los hospitales de la red de Osakidetza durante los meses de mayo y junio de 2000. Estos informes fueron evaluados en función de 12 variables, con sus respectivas categorías: hospital (16 categorías), atención primaria (siete categorías), sexo (dos categorías), edad, historia clínica, diagnóstico médico, continuidad de cuidados (dos categorías), necesidades humanas (10 categorías), sistemas orgánicos (siete categorías), procesos (dos categorías), medicación (dos categorías) y situaciones específicas (siete categorías).

Con respecto a la variable sexo, los resultados fueron los siguientes: del total de número de informes de continuidad de cuidados, 1.777 eran varones (el 48,4% de los casos) y 1.505 eran mujeres (el 41% de los casos). El 10,5% restante (387 casos) correspondía a informes de continuidad de cuidados que no indicaban esta variable.

Con respecto a la variable edad, la media fue de 62 años; el 25% de los pacientes menores de 49 años de edad. Sólo un 5% fue menor de 25 años. El 50% de la muestra tenía más de 66 años de edad y el 25% de la muestra tenía más de 75 años.

La tabla 2 nos indica el resultado respecto a las variables: necesidades humanas y sistemas biológicos, procesos, medicación y situaciones específicas.

La tabla 3 indica el número de pacientes que ha llegado al ámbito primario con informe de continuidad de cuidados según las indicaciones. El 80% de los informes emitidos ha llegado a su destino. En la tabla 4 se establece la comparación entre los cuatro años de trabajo en informes de continuidad de cuidados.

Tabla 1. Resultados de la búsqueda bibliográfica sobre indicaciones de continuidad de cuidados

Procesos/necesidades/cuidados en continuidad de cuidados según la bibliografía

Enfermedades terminales
Pacientes neurológicos
Pacientes ancianos con pluripatología
Enfermedad cardíaca congestiva
Accidente cerebrovascular (ACV)
Nutrición enteral y parenteral
Necesidad de cuidados en: movilización, información, apoyo emocional, vestido
Situación física
Nivel de discapacidad

Procesos/necesidades/cuidados en continuidad de cuidados realizados en Osakidetza/s.v

EPOC/ACV
Úlceras por presión
Fractura de cadera
Ostomías
Limpieza ineficaz vías aéreas
Déficit de autocuidados
Problemas de oxigenación, eliminación, comunicación, seguridad, reposo
Educación sanitaria
Sonda vesical/sonda nasogástrica
Prótesis cadera/rodilla
Incontinencias
Curas herida quirúrgica
Insuficiencia venosa

Discusión

Cualitativamente se han identificado 28 indicaciones de enfermería susceptibles de someter a los pacientes a continuidad de cuidados desde el ámbito asistencial especializado al primario. Estas indicaciones a su vez estaban agrupadas en cinco grandes grupos: necesidades humanas, que incluyen las de oxigenación, piel y mucosas, nutrición, eliminación, movilidad-actividad, seguridad psíquica y física, reposo y sueño, termorregulación, aprendizaje y comunicación; sistemas biológicos, que incluyen cardiovascular, digestivo-metabólico, genitourinario, musculo esquelético, neurológico, respiratorio y tegumentario; procesos concretos, que incluyen las ostomías en general y los pacientes en situación terminal; medicación, que incluye preferentemente anticoagulantes y observaciones, y situaciones específicas, como herida quirúrgica, herida no quirúrgica, sondas, catéter intravenoso, catéter subcutáneo, oxigenoterapia y soporte ventilatorio o respiratorio tipo CIPAP.

Del conjunto de estas indicaciones las que tienen relevancia estadística y significativa para enfermería son las siguientes:

1. Los pacientes quirúrgicos que al alta hospitalaria están pendientes de retirar suturas en la correspondiente herida quirúrgica suponen el 45% de las indicaciones que se deben tener en cuenta a la hora de realizar un informe de continuidad de cuidados según el número total de los casos estudiados (3.669). Un estudio realizado en el Hospital de Santiago, Servicio Vasco de Salud, valoró el servicio enfermero respecto a la continuidad de cuidados emitidos desde las unidades de medicina interna y cirugía vascular. Aquí la retirada de suturas se señalaba como una indicación significativa dentro de los registros de continuidad de cuidados emitidos¹⁰.
2. Los pacientes que con independencia de su proceso o diagnóstico médico, en el alta hospitalaria necesi-

tan continuidad de cuidados en el ámbito asistencial primario, indicados en el grupo de necesidades humanas son:

- La necesidad de movimiento-actividad (25,3%), del que forman parte los problemas de enfermería de deterioro de la movilidad física y riesgo o intolerancia a la actividad.
- La necesidad de piel-mucosas (24,1%), de la que forman parte los problemas de enfermería relacionados con la úlcera por presión, riesgos o alteración de la integridad cutánea y tisular y los déficit de autocuidados en relación con la higiene, vestido y baño. El estudio realizado en el Hospital de Santiago señalaba que esta necesidad era la reflejada en mayor porcentaje en los informes de continuidad de cuidados emitidos desde la unidad de cirugía vascular¹⁰.
- La necesidad de seguridad física y psíquica (22%) con los problemas siguientes: riesgo de accidentes o caídas, el dolor y los relacionados con la autoestima.
- En menor grado sigue la necesidad de eliminación (18,5%) y de nutrición (16,1%) con los problemas de enfermería relacionados con los déficit de autocuidados en estas necesidades. El estudio realizado en el Hospital Santiago refería que la necesidad de eliminación era la reflejada en mayor porcentaje en los registros de continuidad de cuidados emitidos desde la unidad de medicina interna¹⁰.
- Se encontraron casos no despreciables y que pueden situarse en un grupo o en otro, dependiendo del criterio de la enfermera que emite el informe de continuidad de cuidados. Llama la atención la necesidad de aprendizaje que tiene que ver con problemas de enfermería, como el déficit de conocimientos y alteración del mantenimiento de la sa-

Tabla 2. Resultados de las indicaciones

Necesidades humanas	n	%	Sistemas biológicos	n	%	Procesos	n	%	Medicación	n	%	Situaciones específicas		
												n	%	
Oxigenación	303	8,3	Cardiovascular	274	7	Ostomía	36	1	Anticoagulantes	494	13,5	Herida quirúrgica	1.643	45
Piel-mucosas	885	24,1	Digestivo/metabólico	112	3	Terminal	37	1	Observaciones	175	5	Herida no quirúrgica	223	6
Nutrición	589	16,1	Genitourinario	92	2							Sonda	99	2,7
Eliminación	680	18,5	Muscular/esquelético	54	1							Catéter intravenoso	22	0,6
Movilidad-actividad	929	25,3	Neurológico	223	6							Catéter subcutáneo	11	0,3
			Respiratorio	213	6							Oxigenoterapia	94	2,6
Seguridad física y psíquica	797	22	Tegumentario	49	1							CIPAP	17	0,5
Sueño-reposo	197	5												
Termorregulación	208	6												
Aprendizaje	259	7												
Comunicación	97	3												

Tabla 3. **Número de pacientes que llegaron a la atención primaria con informe de continuidad de cuidados basado en las indicaciones**

Comarca Gipúzkoa oeste	516
Comarca Gipúzkoa este	855
Comarca Ezkerraldea	49
Comarca Araba	528
Comarca Bilbao	555
Comarca interior	447
Total	2.950

Tabla 4. **Comparación de 4 años de trabajo en informes de continuidad de cuidados**

Áreas sanitarias	Año 1997	Año 1998	Año 1999	Año 2000
Araba	92,23%	72,23%	78%	79,56%
Bizkaia	4,4%	37,72%	60,20%	59,56%
Gipúzkoa	65,67%	62,18%	81,93%	74,92%

lud, haya obtenido un número escaso de datos (259). Éste es un aspecto que se debe tener en cuenta en próximas investigaciones, y servir de reflexión para las propias enfermeras de los dos niveles asistenciales, aspecto tan puntual y fundamental como es lo relativo a la educación sanitaria.

- Los pacientes que al alta hospitalaria tienen una medicación por prescripción facultativa suponen el 13,5% del total de los informes que, junto con la variable observaciones (5%), hace un total de 669 informes que representan el 18,5% del total.
- La variable edad, con independencia del proceso o situación de cada paciente, podría ser una indicación que se debe tener en cuenta a la hora de realizar un informe de continuidad de cuidados. El 75% del total de informes estudiados presenta un rango de edad entre 49-75 años, y la media se sitúa en 62 años y el 25% de los pacientes son mayores de 75 años.

Un estudio realizado en Madrid valoró los patrones de salud de Gordon más comúnmente detectados en los registros de continuidad de cuidados. Los patrones funcionales más frecuentes los agruparon en cinco grupos: actividad/ejercicio, nutrición/metabolismo, percepción, cognitivo y eliminación. La media de edad de los pacientes se situaba en torno a los 62 años; el 75% de los informes pertenecía al grupo de más de 65 años¹¹. Estos datos vienen a apoyar los resultados obtenidos en este estudio.

Estos resultados permitirán a los profesionales homogeneizar su práctica clínica sustentada en la toma de decisiones basada en la opinión, la experiencia de los profesionales, la revisión sistemática y la investigación. Por otra parte, favorecerá la satisfacción del paciente y su familia, facilitando su adaptación a la nueva situación.

La escasez de estudios encontrados respecto al tema ha dificultado la comparación, con otras experiencias, de los resultados obtenidos. Este es un proceso dinámico en el que el grupo de trabajo sigue con la búsqueda bibliográfica y diseñando un nuevo registro de continuidad de cuidados basado en los resultados, en el registro antiguo y los programas informáticos actuales.

Bibliografía

- Alfambra Montelongo I, Alonso Díaz M, Rodríguez Marzo A, Ramos Calero E. Informe de alta de enfermería. Un instrumento para la continuidad de los cuidados. *Index de enfermería/invierno 1996*;15:39-43.
- The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Manual de acreditación para hospitales. Barcelona: S& Editores, S.A. Fundación Avedis Donabedian, 1996.
- Gordon M. Diagnósticos enfermeros, proceso y aplicación 3.^a ed. Barcelona: Mosby Doyma, 1993.
- Camacho Ojeda A, Llanes Montero E, Garcia Requena C, Romero Corchero M. Informe de enfermería al alta. El resumen de la historia de enfermería hecho realidad. *Revista Rol de Enfermería 1998*;235:17-20.
- Grande Gascon ML, Hernández Padilla M. Cómo entienden las enfermeras el alta de enfermería. *Enferm Clin 1996*;6:119-20.
- Custey Male MA, Martínez Marcos M, De Francisco Casado VA, Ferrer Arnedo C. Monitorización del circuito de informes de enfermería al alta atención especializada-atención primaria. *Rev Admon Sanitaria 1997*;193-207.
- Espejo Matorrales F. Relación atención primaria-atención especializada. Calidad de los informes de enfermería. *Rev Rol Enfermería 1998*;233:13-7.
- Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Osasuna Zainduz. Estrategia de Cambio para la Sanidad Vasca, 1995.
- Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Plan Estratégico de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud 1998-2002. Osakidetza/SVS, 1998.
- Cidoncha Moreno MA, Campo Martínez C. Continuidad de cuidados: progresando en la cartera de servicios enfermeros. III Jornadas de Enfermería del País Vasco; abril 2002;289-97.
- Nieto Blanco E, Ramos Calero O. Evolución del lenguaje enfermero: evaluación de los diagnósticos en un informe de enfermería al alta. *Metas 2000*;2:45-52.