



Servicio Madrileño de Salud
Dirección General de Atención Especializada

Comunidad de Madrid



Ilustre Colegio Oficial de
Enfermería de Madrid

Protocolo de Alta al paciente en las unidades de hospitalización

Cod.: PROT-AE-08

Nº versión	Fecha entrada en vigor	Justificación de la revisión	Fecha próxima revisión (mes y año)
1	30/03/2015		03/2018

Aprobada la versión "1" por: Comité Técnico

INDICE

1. Introducción y justificación	3
2. Objetivos	4
3. Responsabilidades.....	4
4. Ámbito asistencial	4
5. Población diana	5
6. Desarrollo del protocolo de alta	5
6.1 Consideraciones generales	5
6.2 Traslado a domicilio.....	5
6.3 Traslado a otro centro sanitario o socio-sanitario	6
6.4 Alta voluntaria.....	6
6.5 Alta por fallecimiento	6
7. Indicador	7
8. Glosario.....	7
9. Bibliografía	9
10. Anexos	10
ANEXO I	11
ANEXO II	13
ANEXO III	15
ANEXO IV	16
ANEXO V	17
ANEXO VI	18
ANEXO VI	19

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El estado de salud de las personas puede verse alterado en cualquier momento de su ciclo vital, provocando situaciones que generan la necesidad de permanecer ingresado en un centro hospitalario para su atención.

La duración de la estancia hospitalaria va a depender de la evolución clínica del paciente y el alta vendrá determinada por ello, precisando en la mayoría de los casos una continuidad de cuidados en el momento de abandonar el centro.

Esta continuidad de cuidados entre los dos niveles asistenciales, Atención Primaria y Atención Especializada, es un requisito de la continuidad asistencial para garantizar la calidad de la atención, siendo fundamental anticiparse a las necesidades del paciente una vez deje el hospital, mediante la planificación del alta¹⁻⁴.

Las organizaciones con competencia para ello, han impulsado declaraciones o promulgado normativas jurídicas que regulan los derechos y obligaciones de los profesionales sanitarios, de los ciudadanos y de las instituciones sanitarias con el paciente⁵.

Así, la Ley 3/1986 de medidas especiales en materia de salud pública, en su artículo 10.11 establece: *“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 ó persona a él allegada, recibirá su informe de alta”*, y el artículo 18.16 de la misma ley, recoge la necesidad de control y mejora de la calidad de la asistencia sanitaria en todos sus niveles⁶.

El camino para lograr un alto grado de calidad queda reflejado en la Ley 16/2003, de 28 mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, donde en su artículo 56, sobre el intercambio de información en salud entre organismos, centros y servicios del Sistema Nacional de Salud, dispone: *“con el fin de que los ciudadanos reciban la mejor atención sanitaria posible en cualquier centro o servicio del Sistema Nacional de Salud, el Ministerio de Sanidad y Consumo coordinará los mecanismos de intercambio electrónico de información clínica y de salud individual previamente acordados con las comunidades autónomas, para permitir tanto al interesado como a los profesionales que participan en la asistencia sanitaria el acceso a la historia clínica”*⁷.

Asimismo, en la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y deberes en materia de información y documentación clínica, capítulo V, artículo 15.2, también se establece que: *“la historia clínica tendrá como fin principal facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud”*, y en el capítulo VI, artículo 20 de dicha ley, se reitera que: *“todo paciente, familiar o persona vinculada a él, en su caso, tendrá el derecho a recibir*

del centro o servicio sanitario, una vez finalizado el proceso asistencial, un informe de alta con los contenidos mínimos que determina el artículo 3^o⁵.

Por otra parte, el 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, incluye el informe de cuidados de enfermería como documento clínico, con el conjunto mínimo de datos establecidos para el mismo⁸.

Además del aspecto legal, conviene recordar que el informe de cuidados refleja, en gran medida, la intervención de la enfermera en el proceso del paciente durante su ingreso y hace partícipe al paciente, a su familia y a la enfermera de referencia en atención primaria o de otras instituciones socio-sanitarias, de los cuidados que éste debe seguir y que han sido motivo en muchos casos, de entrenamiento durante su estancia hospitalaria^{2,3,9}.

2. OBJETIVOS

Normalizar las actividades a realizar en el proceso de alta para cubrir las necesidades y expectativas del paciente y/o acompañante en dicho proceso.

Objetivo específico

Facilitar la continuidad de cuidados de enfermería entre profesionales, centros y/o niveles asistenciales

3. RESPONSABILIDADES

- Dirección de enfermería del hospital: responsable de la divulgación, despliegue e implementación.
- Mandos intermedios de enfermería: responsables de que el protocolo sea conocido y aplicado en las unidades asistenciales.
- Personal de enfermería: responsables de la aplicación y cumplimiento del protocolo.
- Servicio de calidad o en su defecto el que la dirección de enfermería designe: dará el apoyo metodológico y realizará periódicamente estudios para evaluar la implantación y/o el resultado de la aplicación del protocolo.

4. ÁMBITO ASISTENCIAL

Este documento aplica a todo el personal que depende orgánicamente de la dirección de enfermería y desarrolla su actividad asistencial en el ámbito hospitalario.

5. POBLACIÓN DIANA

Pacientes ingresados en unidades de hospitalización cuyos motivos de alta sean: traslado al domicilio, a otro centro sanitario o socio-sanitario, alta voluntaria o alta por fallecimiento.

6. DESARROLLO DEL PROTOCOLO DE ALTA

6.1 Consideraciones generales

El alta del paciente, siempre que sea posible se planificará de forma previa, con una valoración integral individualizada, considerando la necesidad de material fungible y los cuidados a precisar.

Verificar la identidad del paciente. En el caso de situaciones especiales, verificar la identidad con el representante legal para poder proceder al alta.

Coordinar el alta con otros profesionales del equipo interdisciplinar si es necesario.

Utilizar un lenguaje claro y comprensible en todo el proceso del alta asistencial⁹.

Anotar el motivo del alta en la hoja de evolución de Enfermería y en el libro registro de la unidad, si procede.

Elaborar el informe de continuidad de cuidados, que debería recoger el conjunto mínimo de datos reseñados en el RD 1093/2010 (Anexo I).

Entregar la guía de información al alta o de la guía de atención al duelo, según lo establecido en cada centro (Anexo II).

6.2 Traslado al domicilio

El paciente y/o acompañante será informado del alta por el médico responsable.

Elaborar y entregar el informe de continuidad de cuidados, revisando con el paciente y/o acompañante los cuidados que deberá continuar fuera del hospital, asegurándose que comprenden su contenido.

Verificar la comprensión de los conocimientos o habilidades necesarios por parte del paciente y del cuidador principal para poner en práctica después del alta¹².

Retirar los dispositivos sanitarios que no sean necesarios para su proceso de continuidad de cuidados

Ayudar al paciente a vestirse y recoger sus pertenencias, si precisa.

Facilitar el material fungible necesario para la continuidad del cuidado durante las

primeras 24 horas, según normativa vigente, si precisa.

Informar de los trámites administrativos a realizar en relación a su tratamiento (oxígeno domiciliario, material ortopédico, etc).

Gestionar las derivaciones que precisen de coordinación entre los profesionales sanitarios¹².

Informar, al paciente y/o acompañante, del procedimiento a seguir para la recuperación de aquellas pertenencias que estuvieran bajo la custodia del hospital.

Despedir al paciente y/o acompañante.

Comunicar al médico responsable si, llegado el momento del alta, existiera una negativa por parte del paciente.

6.3 Traslado a otro centro sanitario o socio-sanitario

El paciente y/o acompañante será informado del alta por el médico responsable.

Elaborar y entregar el informe de continuidad de cuidados, revisando con el paciente y/o acompañante, los cuidados que deberá continuar fuera del hospital.

Gestionar las derivaciones que precisen de coordinación entre los profesionales sanitarios¹².

6.4 Alta voluntaria

Valorar las causas por las que el paciente solicita el alta voluntaria para mediar en el proceso¹³, y en caso de riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias o cuando exista riesgo inmediato grave para su integridad física o psíquica⁵, adoptar las medidas legales oportunas.

Elaborar y entregar el informe de continuidad de cuidados, revisando con el paciente y/o acompañante, los cuidados que deberá continuar fuera del hospital.

6.5 Alta por fallecimiento

El enfermero comunicará al médico el fallecimiento y registra en la historia clínica la hora del fallecimiento.

Seguir el protocolo del duelo regulado por cada centro, según directrices de la Consejería de Sanidad.

Proporcionar atención emocional a los acompañantes.

7. INDICADOR

Entrega del informe de continuidad de cuidados al alta hospitalaria (Anexo III).

8. GLOSARIO

Acompañante: persona que acude con el paciente al entorno hospitalario, pudiendo tratarse de un familiar, allegado o persona responsable del mismo.

Guía de información al alta: documento de información práctica dirigida a los pacientes hospitalizados y sus acompañantes en el momento del alta. La guía recoge todos los documentos y recomendaciones necesarios para la continuidad de cuidados, tratamiento y seguimiento por parte de los profesionales implicados, constituyendo un valor facilitador de cara al paciente y sus acompañantes, la agrupación en una única guía de toda la información al alta.

Centro sanitario: conjunto organizado de medios técnicos e instalaciones en el que profesionales capacitados, por su titulación oficial o habilitación profesional, realizan básicamente actividades sanitarias con el fin de mejorar la salud de las personas. Los centros sanitarios pueden estar integrados por uno o varios servicios sanitarios, que constituyen su oferta asistencial.

Centro socio sanitario: conjunto organizado que coordina la asistencia curativa, social y educativa de colectivos en situación de dependencia como la tercera edad, los enfermos crónicos y las personas con alguna discapacidad física, psíquica o sensorial. En especial, tienen como objetivo aumentar la autonomía del usuario, facilitar su reinserción social y paliar sus limitaciones o sufrimientos (en especial, en el momento terminal).

Planificación del alta. Según Linda Carpenito, proceso sistemático de valoración, preparación y coordinación que facilita la administración de unos cuidados sanitarios y asistencia social antes y después del alta. Requiere de una acción coordinada y de colaboración entre los profesionales de la salud dentro del centro y la comunidad en general.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Cano A, Martín MC, Martínez M, García C, Hernández M, Roldán A. Eficacia de la planificación del alta de enfermería para disminuir los reingresos en mayores de 65 años. *Aten Primaria*, 2008;40(6):291-5.
2. Santamaría MB, Duque EA. Eficacia de la Planificación del alta de Enfermería en pacientes mayores de 65 años con patología cardiaca. 5to congreso virtual de cardiología-QCVC. 2007. [citado 2014 Abr 02]. Disponible en: <http://www.fac.org.ar/qcvc/llave/c112e/santamariam.php>
3. González FJ, Sánchez Y, Zamora R, Alcántara P, Río S, Molina O. Atención de Enfermería en el Hospital Comarcal de la Axarquía. *Biblioteca Lascasas*, 2011;7(1). [citado 2014 Ene 17]. Disponible en: www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0568.php
4. Calero MR. La continuidad de cuidados de los pacientes intervenidos de fractura de cadera. *Enferm Glob*, 2012; 11(3): 238-58. [citado 2014 Abr 02]. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/137961>
5. Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002 de 14 de noviembre. *Boletín oficial del Estado*, nº 27, (15-11-2002). [citado 2014 Mar 13]. Disponible en: www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf
<https://encrypted.google.com/-/#>
6. Medidas especiales en materia de salud pública. Ley orgánica 3/1986 de 14 de abril. *Boletín oficial del Estado*, nº 102, (29-04-1986) [citado 2014 Ene 17]. Disponible en: www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf
7. Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Ley 16/2003, de 28 mayo. *Boletín oficial del estado*, nº 128, (29-05-2003). [citado 2014 Mar 13]. Disponible en: www.boe.es/boe/dias/2003/05/29/pdfs/A20567-20588.pdf
8. Conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. Real decreto 1093/2010 de 3 de septiembre. *Boletín oficial del estado*, nº 225, (16-09-2010). [citado 2014 Mar 13]. Disponible en: www.boe.es/boe/dias/2010/09/16/pdfs/BOE-A-2010-14199.pdf
9. Olmo SM, Casas L, Mejias A. El registro de enfermería: un sistema de comunicación. *Enferm Clin*, 2007; 17(3): 142-5.
10. García R, Rodríguez JM, Figueroa M, Yanez M. Opinión de los familiares acerca del informe de alta de enfermería en el lactante quirúrgico. *Enferm Clin*, 2008; 18(5); 239-44.
11. Chica MJ, Costa A, Rodríguez MJ, Sánchez A, Torres JF. Informe de alta enfermería: historia clínica integral. *Enfuro*, 2012; 19-24. [citado 2014 Mar 13]. Disponible en : <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4273574>
12. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner ChM, editores. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 6th ed. Barcelona:

Elsevier España, S.L. 2014.

13. Barrera F. El Papel de la Enfermera en el Alta Voluntaria Hospitalaria. Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Bienestar Social. Banco de prácticas innovadoras. Karma, 2009 [citado 2014 Abr 08]. Disponible en: www.saludinnova.com/communities/Bioetica/blog/2009/09/19/el-papel-de-enfermeria-en-el-alta-voluntaria-hospitalaria/
14. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 22ª Ed. 2001. [citado 2013 Oct 25]. Disponible en: <http://www.rae.es/rae.html>

10. ANEXOS

ANEXO I: Conjunto de datos del informe de cuidados de enfermería

ANEXO II: Carátulas de la “guía de información al alta” y la “guía de atención al duelo”

ANEXO III: Ficha del indicador

ANEXO IV: Estrategia de búsqueda de documentación

ANEXO V: Control de cambios

ANEXO VI: Autores y revisores. Declaración de conflicto de intereses

ANEXO I. CONJUNTO DE DATOS DEL INFORME DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA



ANEXO VII

CONJUNTO DE DATOS DEL INFORME DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Variable	Formato	Valores	Aclaraciones	CM/R ¹¹
DATOS DEL DOCUMENTO				
Tipo de documento	Texto	Informe de Cuidados de Enfermería		CM
Fecha de firma	dd/mm/aaaa	Libre	Es común a ambos pies de firma del informe	CM
Fecha Valoración de Enfermería	dd/mm/aaaa	Libre		CM
Fecha Alta de Enfermería/Fecha de Derivación Enfermera	dd/mm/aaaa	Libre		CM
Enfermera Responsable 1	Texto	Libre (nombre+2 apellidos)		CM
Categoría profesional Enfermera Responsable 1	Texto	Enfermera Enfermera Especialista Enfermera Residente (EIR)	Es parte del primer pie de firma del informe	CM
Enfermera Responsable 2	Texto	Libre (nombre+2 apellidos)		CM
Categoría profesional Enfermera Responsable 2	Texto	Enfermera Enfermera Especialista	Es parte del segundo pie de firma, que suele supervisar al primer firmante	CM
Dispositivo Asistencial	Texto	Centro de Salud Hospital Urgencias Hospitalarias Urgencias Extrahospitalarias Centro Sociosanitario Otros		CM
DATOS DE LA INSTITUCIÓN EMISORA				
Denominación del Servicio de Salud	Texto + Logo	SAS. Servicio Andaluz de Salud. SALUD. Servicio Aragonés de Salud SESPA. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Servicio Canario de Salud SCS. Servicio Cantabro de Salud. SESCAM. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. SACyL. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. DdS-GC. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya SES. Servicio Extremeño de Salud. SERGAS. Servicio Galego de Saúde. INGESA. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. IB-SALUT. Servicio de Salud de Illes Balears. RIOJASALUD. Servicio Riojano de Salud. Servicio Madrileño de Salud. Servicio Murciano de Salud SNS-O. Servicio Navarro de Salud.		CM

¹¹ Se puede clasificar cada campo según se considere que su presencia es esencial (aunque la cumplimentación del valor no sea obligatoria) y por ello debe formar parte del conjunto mínimo de SNS (CM) o por el contrario es aconsejable su presencia pero no imprescindible como parte del conjunto mínimo de datos (R)



Variable	Formato	Valores	Aclaraciones	CM/R ¹¹
		OSASUNBIDEA. Agència Valenciana de Salut OSAKIDETZA-Servicio Vasco de Salud.		
Denominación del proveedor de servicios	Texto +Logo	Libre		R
Denominación del Centro	Texto + Logo	CNH ¹² para Centros de Atención Especializada, Inventario para Centros de Primaria y posteriormente RECESS ¹³ cuando esté disponible + texto libre	Existirá un campo adicional de texto libre para aquellos centros no recogidos en el inventario en vigor por ser de reciente apertura	CM
Dirección Del Centro		CNH y posteriormente RECESS cuando esté disponible+texto libre		
Tipo de vía	Texto			CM
Nombre de la vía	Texto			CM
Número de la vía	Texto			CM
Código Postal	Texto			CM
Municipio	Texto			CM
Provincia	Texto			CM
País	Texto			CM
Teléfono	Texto		CM	
Dirección Web/Correo electrónico	Texto	Libre	Se incluirá la dirección Web sólo si contiene información de interés para el usuario	R
DATOS DEL PACIENTE				
Nombre	Texto	Dato que figure en la BD de la TSI de la CA	H/M	CM
Primer Apellido	Texto			CM
Segundo Apellido	Texto			CM
Fecha nacimiento	dd/mm/aaaa			CM
Sexo	Texto			CM
DNI/T.Residencia/Pasaporte	Texto			R
NASS	Texto			CM
CIP de C Autónoma	Texto			CM
Código SNS	Texto			R
CIP Europeo	Texto			Se reserva este espacio en previsión de que, en el futuro, exista un código europeo/internacional de identificación.
Nº Historia Clínica	Texto	Libre		CM
Domicilio		Dato que figure en la BD de la TSI de la CA		
Tipo de vía	Texto			CM
Nombre de la vía	Texto			CM
Número de la vía	Texto			CM
Piso	Texto			CM
Letra	Texto			CM
Código Postal	Texto			CM
Municipio	Texto			CM
Provincia	Texto			CM
Teléfono	Texto	Dato que figure en la BD de la TSI de la CA+texto libre	Existirá texto libre para añadir un segundo número de teléfono	R
Persona de Referencia	Texto	Libre (nombre + 2 apellidos)	Se trata de la persona que representa los intereses del paciente.	CM
Teléfono de Referencia	Texto	Libre		CM
DATOS DEL PROCESO ASISTENCIAL				
Causas que generan la actuación enfermera	Texto	Libre		CM
Motivo de Alta/Derivación Enfermera	Texto	Ingreso Traslado a domicilio Traslado de Servicio Traslado a centro hospitalario Traslado a un centro sociosanitario Alta voluntaria Fallecimiento Otros		CM

¹² CNH: Catálogo Nacional de Hospitales

¹³ RECESS: Registro General de Establecimientos, Centros y Servicios Sanitarios del MSPS.



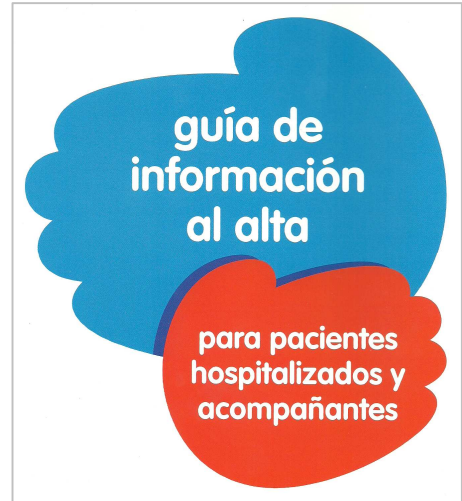
Variable	Formato	Valores	Aclaraciones	CM/R ¹¹
Antecedentes y entorno	Texto	Libre	Destacar solamente la información relevante	CM
Enfermedades Previas Intervenciones quirúrgicas Tratamientos farmacológicos Alergias Actuaciones preventivas (1) Factores personales, familiares, sociales, culturales y laborales destacables (2).	Texto	Libre	(1) Vacunaciones y su estado (2) El conjunto de factores reseñados se refiere a aquellos elementos (personales, familiares, sociales o profesionales) que, formando parte de su entorno, pueden influir o condicionar la evolución de su estado de salud. Tienen cabida también aquellos acontecimientos puntuales (pérdida de familiar, evento laboral,...) que puedan influir en su respuesta ante diferentes situaciones de salud.	R
Diagnósticos Enfermeros resueltos	Texto + código	Literal NANDA +Código NANDA	Se trata de destacar aquellos diagnósticos, ya resueltos, que puedan resultar de interés para prever posteriores apariciones	CM R
Protocolos asistenciales en los que está incluido	Texto	Libre	Tienen cabida todos los procesos asistenciales y programas de salud en los que se encuentre incluido, tanto programas preventivos como de seguimiento, rehabilitación o educación sanitaria entre otros. Así como la relación de problemas interdependientes y/o de colaboración si fuera el caso.	CM
Valoración activa	Texto	Libre		CM
Modelo de referencia utilizado Resultados destacables	Texto	Libre	Deberá reflejarse la información relativa a la valoración enfermera más reciente. Se recomienda especificar otras escalas o tests aplicados y ajenos al modelo utilizado en la valoración general.	CM CM
Diagnósticos Enfermeros activos	Texto + código	Literal NANDA + Código NANDA	Aquellos diagnósticos presentes en el momento de la elaboración del informe, tanto reales como potenciales	CM R
Resultados de Enfermería	Texto + código	Literal NOC + Código NOC	Aquellos resultados seleccionados para identificar la evolución del paciente, como resultado de las intervenciones planificadas	CM R
Intervenciones de Enfermería	Texto + código	Literal NIC +Código NIC	Las intervenciones que se están llevando a cabo en el momento de elaboración del informe	CM R
Cuidador principal	Texto	Libre (nombre + 2 apellidos) + Vinculación con el usuario	Deberá indicarse tanto el nombre como la relación que tiene con él (familiar, cuidador externo...)	CM R
Información complementaria/Observaciones	Texto	Libre	Puede incluirse información relativa a la presencia de catéteres, prótesis, dietas especiales, así como destacar algún aspecto de especial relevancia relativo a la aplicación de las intervenciones activas.	R

¹⁴ Se puede clasificar cada campo según se considere que su presencia es esencial (aunque la cumplimentación del valor no sea obligatoria) y por ello debe formar parte del conjunto mínimo del SNS (CM), o por el contrario es aconsejable su presencia, pero no imprescindible como parte del conjunto mínimo de datos (R).

¹⁵ Los datos de los campos de la Historia Clínica Resumida deben alimentarse de forma automática A, a partir de la historia de salud digital, excepto un número muy reducido de ellos que tendrá que alimentar manualmente M el profesional, en aquellos casos en que éste lo considere conveniente.

¹⁶ El campo puede estar accesible, según la naturaleza de su contenido (anotaciones subjetivas o datos objetivos), a los profesionales P o al ciudadano C.

ANEXO II. CARÁTULAS DE LA “GUÍA DE INFORMACIÓN AL ALTA” Y LA “GUÍA DE ATENCIÓN AL DUELO”



ANEXO III. FICHA DEL INDICADOR

Indicador: Entrega del informe de continuidad de cuidados al alta hospitalaria

Nombre del indicador	Entrega del informe de continuidad de cuidados al alta hospitalaria
Área del indicador	Unidades de hospitalización
Criterio de Calidad	Todos los pacientes/acompañantes deberán tener el informe de continuidad de cuidados al alta hospitalaria
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes dados de alta con registro del informe de continuidad de cuidados en la historia clínica}}{\text{Nº total de pacientes dados de alta}} \times 100$
Explicación de términos	Los pacientes fallecidos se excluyen del indicador
Población	Pacientes que han sido dados de alta hospitalaria
Tipo de indicador	Proceso
Fuente de datos	Historia clínica
Responsable de la medición	Unidad de Calidad o quien la Dirección de enfermería designe
Periodicidad de la medición	Semestral o la establecida por el centro
Estándar	>80%
Comentarios /Bibliografía	

ANEXO IV. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA DE DOCUMENTACIÓN

TIPO DE ESTUDIOS

La estrategia de búsqueda ha tenido como objetivo encontrar estudios publicados relacionados con el alta del paciente desde el medio hospitalario.

Se han realizado búsquedas en español e inglés, sin límite en el tipo de estudios ni en años de publicación. Dada la escasez de estudios con evidencia científica, se realiza revisión manual de revistas especializadas de enfermería y medicina, se consultan manuales enfermeros que aportan información transversal sobre el tema, se recopilan los protocolos utilizados en distintos hospitales sobre el tema de estudio y se trabaja con las distintas normativas y leyes publicadas, normativas y documentos publicados por la Comunidad de Madrid relacionados con el tema de alta, despedida del paciente.

RECURSOS DE BÚSQUEDA

Guías de práctica clínica (RNAO)
GuíaSalud
Biblioteca Cochrane Librery
Centro Colaborador español del Instituto Joanan Briggs
Medline (Pubmed)
Cuiden Plus
CINAHL
Nure
Google búsqueda avanzada (búsqueda de protocolos y legislación)
Manuales de Enfermería

TÉRMINOS DE BÚSQUEDA

Intervention
Nursing
Nurse
Pacient
Hospital patient care outcome
Hospital patient satisfaccion
Nurse-patient interaction
Alta paciente
Informe alta
Intervención enfermera
Protocolo de alta
Comunicación
Trato
Atención enfermería al alta

ANEXO V. CONTROL DE CAMBIOS

Fecha de modificación	Modificaciones realizadas	Autores

ANEXO VI. AUTORES Y REVISORES.

- González Sánchez, Luisa. Enfermera. Supervisora de Área de Calidad.
H. U. La Paz.
- Henche Peinado, Carmen. Enfermera. Área Asistencial.
H.U. de Móstoles.
- Heras Gombao, M^a Teresa. Enfermera. Supervisora de Área de Cuidados.
H.U. Príncipe de Asturias.
- Jiménez Zurdo, Antonio. Enfermero. Área Asistencial.
H.U. Puerta de Hierro-Majadahonda.
- Martí Domínguez, M^a Lidón. Enfermera. Supervisora de Área.
H.U. Infanta Cristina.
- Muñoz Jiménez, Vanesa. Enfermera. Área Asistencial.
H.U. Clínico San Carlos.
- Parrondo Fernández, Manuela. Enfermera. Supervisora de Unidad de
Formación Continuada, Docencia y Calidad.
H.U. La Princesa.
- Pérez García, Santiago. Enfermero. Supervisor de Área. Investigación,
Docencia e Innovación.
H.U. 12 de Octubre.
- Rodríguez Gonzalo, Ana. Enfermera. Supervisora de Investigación.
H.U. Ramón y Cajal.
- Yagüe de Antonio, Gema. Enfermera. Supervisora de Unidad de Calidad.
H.U. La Paz.

ANEXO VI. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores del protocolo declaran que no poseen ningún interés directo o indirecto en la industria farmacéutica o en otras organizaciones que puedan interferir con la elaboración/desarrollo del procedimiento/protocolo: *“Alta al paciente en las unidades de hospitalización”* que realiza este grupo de trabajo.

Madrid, a 5 de Marzo de 2015