



18 ¹Francisco Pedro García Fernández
²M^a. Isabel Carrascosa García

¹Supervisor de la Unidad de Formación, Investigación y Calidad, Complejo Hospitalario de Jaén.

²Jefe de Bloque de Formación, Investigación y Calidad, Complejo Hospitalario de Jaén.

Correspondencia:

Francisco Pedro García Fernández
Unidad de Formación, Investigación y Calidad
Complejo Hospitalario de Jaén
Avda. Ejército Español 10
23007-Jaén
E-mail: pacopedro@ono.com

RESUMEN

Objetivos: Establecer la frecuencia de activación de los criterios de resultado (CR) tras la individualización del Plan de Cuidados (PC). Determinar la efectividad clínica de las intervenciones enfermeras en la salud de los pacientes pluripatológicos basándonos en la mejora de los resultados contemplados en el PC. Identificar los criterios de resultados que presentan necesidad de continuidad de cuidados. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de investigación en resultados (según la taxonomía de la *Nursing Outcomes Classification*) sobre todos los pacientes ingresados en el Complejo Hospitalario de Jaén (CHJ) a los que se les aplicó el PC del proceso pluripatológico, independientemente de la causa de ingreso, entre el 1 de enero de 2007 y el 31 de julio de 2008. Se analizó la frecuencia absoluta de activación de cada CR y el porcentaje que cada uno de ellos representa. Se midió la puntuación media global al ingreso y al alta del total de los CR activados, comparando las medias mediante la *t* de Student. Se consideró significación estadística un valor de $p < 0,05$. Se calculó la media de cada CR al ingreso y al alta para determinar qué criterios precisan continuidad de cuidados y en cuáles las intervenciones han mostrado mayor efectividad. **Resultados:** El PC se ha aplicado a un total de 987 pacientes. Se han activado un total de 6.677 CR, lo que supone una media de 6,7 criterios por paciente. Los CR con más frecuencia han sido *Movilidad* (570 de los 987 pacientes), *Autocuidados: AVD, Tolerancia a la Actividad y Conocimiento del proceso de Enfermedad*. Los CR *Conducta de cumplimiento y Modificación psicosocial: cambio de vida* han sido los menos activados. Existe una mejoría CR tras las intervenciones enfermeras de casi 1 punto de la escala Likert (0,8), que es estadísticamente significativa ($T = 52,43$ $p < 0,0001$), lo que muestra la efectividad de las mismas. Los criterios con más mejora y donde las intervenciones se muestran más efectivas han sido *Autocontrol de la ansiedad, Conocimiento: proceso de enfermedad y Aceptación del estado de sa-*

Resultados de las intervenciones
enfermeras en el proceso
pluripatológico para mejorar
la práctica clínica

170

*Nursing outcomes in pluripathology
process to improve clinical practice*

SUMMARY

Objectives: To establish frequency activation of criteria result (CR). To determine the effectiveness of clinical nurses interventions in the health of pluripathology patients based on the improved results listed on the CP. To identify the criteria for submitting results need for continuity of care. **Methods:** Observational study retrospective descriptive research in outcomes (according to the taxonomy of *Nursing Outcomes Classification*) on all patients admitted to the Hospital of Jaén to which we applied the CP EPI pluripathology regardless of admission between January 1, 2007 and July 31, 2008. We analyzed the absolute frequency activation of each CR and percentage that each represents. It was measured the overall average score on admission and at discharge of all CR activated, comparing averages by Student *T*. Results were considered statistically significant value of $p < 0.05$. We calculated the average of each CR to the high income and to determine what criteria need continuity of care and what interventions have shown greater effectiveness. **Results:** The PC has been applied to a total of 987 patients. We have activated a total of 6,677 CR what represent an average of 6.7 criteria per patient. The CR most frequently have been *Mobility* (570 of 987 patients), *Self-care: AVD, tolerance and knowledge of the process of disease*. The CR *Conduct Assessment and psychosocial Change: change of life* have been the least active. There is an improvement after CR interventions nurses almost 1 point on the Likert scale (0.8), which is statistically significant ($T = 52.43$ $p < 0.0001$), which shows their effectiveness. The criteria with more improvement and where interventions are most effective have been *Self anxiety, Knowledge: disease process and acceptance of health status, while the CR Health physical and emotional health of primary caregiver and Conduct improvement* have fewer compliance. The CR where continuity of care is needed, are those related to patient dependence (*Self-care: ADL; Mobility and tolerance activity*). **Conclusion:** Despite the effectiveness of interventions, continuity of care is essential. At high mobility, tolerance to the activity and its ability to assume self-care and



171 *lud*, mientras que los CR *Salud física y Salud emocional del cuidador principal y Conducta de cumplimiento* presentan menos mejora. Los CR que necesitan más continuidad de cuidados son los relacionados con la dependencia del paciente (*Autocuidados: AVD; Movilidad y Tolerancia de la actividad*). **Conclusión:** A pesar de la efectividad de las intervenciones, la continuidad de cuidados es imprescindible. Al alta, la movilidad, la tolerancia a la actividad y su posibilidad de asumir el autocuidado, así como el estado emocional, siguen estando comprometidos y, ya que afectan tanto a su salud como a la de su cuidador, sería clave orientar los cuidados enfermeros de ambos niveles sobre estos “puntos críticos” mediante el uso de intervenciones relacionadas con la educación, la promoción de la salud, la prevención y la reducción de la ansiedad.

PALABRAS CLAVE

Intervenciones Enfermeras, enfermería basada en la práctica clínica, pluripatológicos.

the emotional state remains committed and, since they affect both their health and that of caregivers, would be key, guiding the care of nurses both levels on these “hot spots” using interventions related to education, health promotion, prevention and reduction of anxiety.

19

KEY WORDS

Nursing intervention, clinical practice based-nursing, complicate chronic disease.

INTRODUCCIÓN

Entre los instrumentos de gestión que muchas organizaciones sanitarias –entre ellas la andaluza– han desarrollado en los últimos años de cara a mejorar sus resultados, destaca la Gestión por Procesos Asistenciales Integrados (PAI), una herramienta que se basa en la visión continuada que, en el caso de Andalucía, contempla el devenir del paciente a lo largo de los dos niveles asistenciales (Atención Primaria [AP] y atención especializada [AE]) para conseguir una atención y respuesta única a sus necesidades y problemas de salud (1). En relación a los cuidados, permite que éstos estén coordinados de manera efectiva entre los diferentes profesionales y niveles asistenciales a lo largo del tiempo, siendo esta continuidad un elemento de mejora de la calidad especialmente importante en el caso de pacientes en situación de fragilidad al suponer un elevado riesgo de hospitalización, alta carga asistencial para los profesionales sanitarios y alto coste de la asistencia, además de sufrimiento para la persona y alta dependencia de un cuidador (2).

Es el caso del paciente con un proceso pluripatológico que incluye pacientes con presencia de más de una enfermedad crónica, con síntomas continuos y reagudizaciones frecuentes, con disminución gradual de su autonomía y de su capacidad funcional y el consecuente aumento de sus necesidades de cuidados (3). Hoy en día, sabemos que hasta el 40% de éstos presenta tres o más enfermedades crónicas, el 94% está polimedicados (4), el 34% presenta un Barthel menor de 60, el 37% tiene deterioro cognitivo (5), más del 60% precisa de un cuidador y el 40% de éstos tiene signos de sobrecarga. Por todo esto y para evitar que el paciente entre en un mecanismo de retroalimentación negativa sin fin, las intervenciones multidisciplinares que plantea este PAI persiguen modificar el curso natural de las enfermedades del paciente, demorando su progresión y

mejorando su nivel de salud. Sin lugar a dudas, un elemento fundamental en esta atención integral y multidisciplinar es desarrollada por las enfermeras clínicas y, en este sentido, el proceso contiene una propuesta de estandarización de los cuidados (Plan de Cuidados –PC– al paciente pluripatológico) que normaliza la línea de decisión y de actuación enfermera. El PC ha sido desarrollado por profesionales de enfermería que han partido de la información aportada por enfermeros referentes en el ámbito de la evidencia científica que han identificado intervenciones efectivas para, a continuación y con una visión de colaboración entre Atención Primaria y especializada (6), proponer una homogeneización de los cuidados basada en las taxonomías NANDA, NOC y NIC que ayude a eliminar ineficiencias y que, al adaptarse de forma coordinada a los flujos de actividad definidos en este PAI, pone de relieve el valor añadido de los cuidados enfermeros (7, 8).

Este PC estándar, al tratarse de una propuesta común para los dos niveles de atención (primaria y especializada), se implantó en nuestro hospital en el año 2005, adaptándolo mediante la técnica de consenso al contexto y entorno hospitalario de modo que estuviere en concordancia y continuidad con la valoración integral que incluya las áreas clínica, funcional, psicoafectiva y sociofamiliar que este PAI propone. Participaron profesionales expertos en el cuidado de estos pacientes coordinados por la Unidad de Formación, Investigación y Calidad de la Dirección de Enfermería que, como estructura de gestión del conocimiento y mejora de la calidad, coordinó los recursos y la metodología para que esta estrategia de calidad pudiese dar desarrollo al marco reconocido para la práctica de la enfermería en el mundo actual: el proceso enfermero (9, 10). Se combinaron diversas estrategias de difusión del PC: formación de los profesionales en el uso de taxonomías NANDA, NOC, NIC, estandarización y mejora de

20 los cuidados, así como el desarrollo de una aplicación informática que permitiese el seguimiento sistemático de los diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones planificados (11) y, consecuentemente, estar en disposición actualmente de analizar la efectividad de los cuidados enfermeros en este grupo de pacientes. Además, este plan estándar se articula en la práctica individualizándolo a cada paciente y situación, para lo que “todo paciente hospitalizado tiene claramente identificada una enfermera de referencia”, lo cual, además de ser una característica de calidad de las actividades desarrolladas por la enfermera de hospitalización contempladas en el PAI pluripatológico, está garantizado por la puesta en marcha en nuestro hospital de una estrategia de personalización de los cuidados mediante la puesta en marcha de un Plan Funcional de Asignación Primaria en cada Unidad asistencial desde el año 2006 (12).

Varios estudios importantes publicados en los últimos años han generado evidencias muy consistentes que ponen de manifiesto la importancia que las intervenciones enfermeras pueden tener sobre la salud de los ciudadanos. Así, se ha demostrado que una práctica enfermera adecuada puede ser eficaz en cuanto a la mejora de los resultados de salud (disminución de la morbi-mortalidad de los pacientes), contención de costes o repercute en que los sistemas de salud sean equitativos y sostenibles (13-17), es decir, no sólo se disminuye la variabilidad profesional, sino que se promueven cuidados de alta calidad y con mejor relación coste-efectividad (18). No obstante, en el contexto de la atención al paciente pluripatológico hasta ahora no se ha medido, salvo de manera puntual, cuál es la eficacia que las intervenciones de las enfermeras hospitalarias tienen en la salud de los mismos y si realmente están consiguiendo con la planificación de los cuidados mejorarla. Por todo ello nos marcamos los siguientes objetivos:

1. Establecer la frecuencia de activación de los criterios de resultado (CR) tras la individualización del plan de cuidados como herramientas de evaluación y seguimiento de las intervenciones enfermeras desarrolladas para mejorar los problemas de salud de estos pacientes.

2. Determinar la efectividad clínica de las intervenciones enfermeras en la salud de los pacientes pluripatológicos atendidos en el Complejo Hospitalario de Jaén, basándonos en la mejora de resultados contemplados en el Plan de Cuidados Estandarizado del Proceso Asistencial Pluripatológico.

3. Identificar los criterios de resultados que presentan una mayor necesidad de continuidad de cuidados entre niveles en los pacientes pluripatológicos.

METODOLOGÍA

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de investigación en resultados sobre todos los pacientes ingresados en el Complejo Hospitalario de Jaén (CHJ) a los que se les aplicó el Plan de Cuidados Estandarizado del Proceso Asistencial Pluripatológico entre el 1 de enero de 2007 y el 31 de julio de 2008.

El CHJ es un hospital de nivel 1, perteneciente al Servicio Andaluz de Salud y compuesto por cuatro hospitales universitarios: Médico-Quirúrgico, Materno-Infantil, Neurotraumatológico y Dr. Sagaz (centro de media estancia y cuidados paliativos) que da cobertura a un área hospitalaria de más de 300.000 personas de ambiente mixto (tanto urbano como rural). Además, es el centro de referencia provincial para casi 700.000 personas en determinadas especialidades (Cirugía Maxilofacial, Neurocirugía, Medicina Nuclear, Radioterapia, Cirugía Vascular, Cirugía Pediátrica, Reproducción Asistida, UCI-NP, Salud Mental, etc.)

En el estudio se incluyeron todos los pacientes a los que se activó el plan de cuidados del paciente pluripatológico, independientemente de la causa que motivó su ingreso. Los criterios de los resultados analizados (según la taxonomía de la *Nursing Outcomes Classification* de la Universidad de Iowa) son:

- Aceptación del estado de salud.
- Afrontamiento de problemas.
- Autocontrol de la ansiedad.
- Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD).
- Conducta de cumplimiento.
- Conducta de prevención de caídas.
- Conocimiento: proceso de la enfermedad.
- Eliminación intestinal.
- Integridad tisular: piel y membranas mucosas.
- Modificación psicosocial: cambio de vida.
- Movilidad.
- Salud emocional del cuidador principal.
- Tolerancia de la actividad.

Se ha analizado la frecuencia absoluta de activación de cada criterio de resultado (CR) y el porcentaje que cada uno de ellos representa en el total de los mismos. Así mismo, se midió la puntuación media global al ingreso y al alta del total de los CR activados, comparando las medias mediante la *t* de Student. Se consideró con significación estadística un valor de $p < 0,05$.

Se calculó también la media de cada CR al ingreso y al alta para determinar aquellos criterios que precisan seguir con continuidad de cuidados y aquellos en los que las intervenciones han mostrado mayor efectividad.

RESULTADOS

En los 18 meses del estudio, el Plan de Cuidados Estandarizado del Proceso Asistencial Pluripatológico se ha aplicado a un total de 987 pacientes. Se ha activado un total de 6.677 criterios de resultados, lo que supone una media de 6,7 criterios trabajados por paciente tras su valoración inicial.

En la Fig. 1 se presenta la frecuencia de activación de cada uno de los CR. Como puede apreciarse, los criterios *Movilidad* (activado en 570 de los 987 pacientes), *Autocuidados: AVD*, *Tolerancia a la Actividad* y *Conocimiento del proceso de Enfermedad*, son los que se han activado con

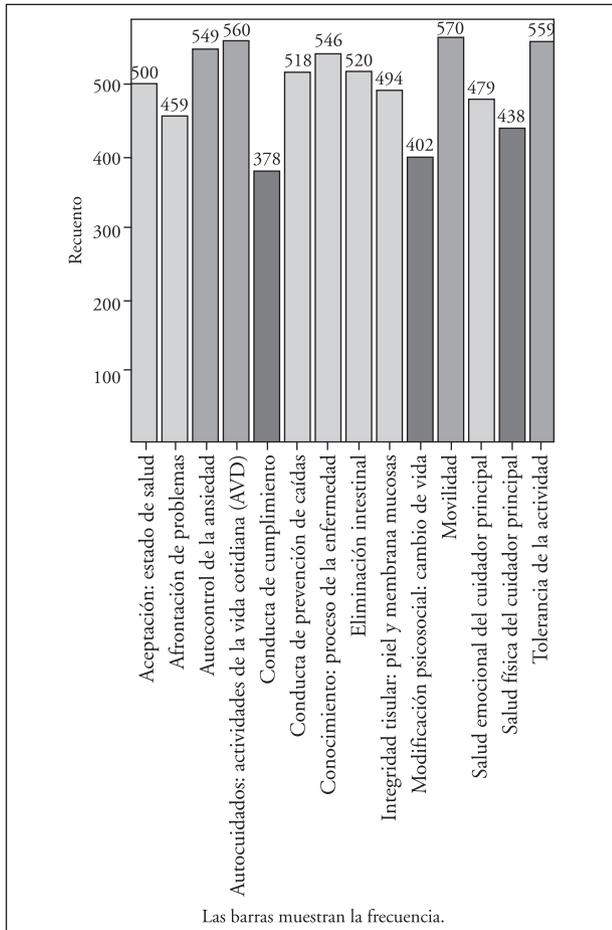


Fig 1. Frecuencia de activación de cada uno de los criterios de resultado.

mayor frecuencia. Por el contrario, los CR *Conducta de Cumplimiento* y *Modificación psicosocial: cambio de vida* han sido los menos activados.

En la Tabla 1, se expone la media global de todos los CR al ingreso y al alta. Como observamos, existe una mejora de los resultados de casi 1 punto de la escala Likert (0,8) tras las intervenciones enfermeras, mejora que es estadísticamente significativa ($T = 52,43$ $p < 0,0001$), lo que muestra la efectividad de las mismas.

En la Tabla 2, se analizan los distintos criterios de resultado y el nivel de mejora de cada uno de ellos. Los criterios *Autocontrol de la ansiedad*, *Conocimiento: proceso de enfermedad* y *Aceptación del estado de salud* son los que más han mejorado durante la estancia y, por tanto, podríamos decir que es donde las intervenciones se muestran más efectivas, mientras que, al contrario, los CR *Salud física* y *Salud emocional del cuidador principal* y *Conducta de cumplimiento* son los que han tenido una menor mejora.

En la Fig. 2 podemos observar la evolución de cada uno de los criterios de resultado al ingreso y al alta comparados con la media de mejora. Aquí también podemos identificar cuáles son los criterios de resultados que necesitan más continuidad de cuidados, por tener puntuacio-

Tabla 1. Media global de los criterios de resultado al ingreso y al alta

	Media	N	Desviación típica	Error típico de la media
Ingreso	2,58	6.677	1,208	0,015
Alta	3,37	6.677	1,269	0,016

nes más bajas al alta, que son los relacionados con la dependencia del paciente (*Autocuidados: AVD; Movilidad y Tolerancia de la actividad*), así como cuáles son los que necesitan menor continuidad.

DISCUSIÓN

Se ha optado por una investigación en resultados (IR), porque ésta analiza los cambios en el estado de salud de los pacientes tras las intervenciones proporcionadas en los centros sanitarios. La IR contrasta notablemente con los estudios de intervenciones en los que se utiliza un verdadero diseño experimental (ECA) o cuasiexperimental. De modo diferente a la investigación experimental, la IR intenta investigar el fenómeno de interés tal y como éste ocurre. Estas evaluaciones, proporcionan información sobre cómo cambiar las intervenciones o asignar recursos. De este modo, se acumula conocimiento sobre la intervención clínica hasta que se pueda establecer “la mejor práctica” (19), generando lo que se ha venido en denominar *Evidencia basada en la práctica para mejorar la práctica clínica* (EBP-MPC). En la práctica de cada día, se cuida a los pacientes en base al juicio clínico de la enfermera y la asignación de unas u otras intervenciones no está influenciada artificialmente. La metodología de la EBP-MPC proporciona una visión naturalista de los cuidados basada en datos fácilmente documentados por los proveedores de estos cuidados. Utilizar los datos procedentes de registros clínicos tiene, además, otras ventajas (20): es, generalmente, más económico que desarrollar un ECA y no es necesario el consentimiento del paciente porque los estudios no implican ningún cambio en el tratamiento y son considerados estudios de mejora de la calidad.

Además, este tipo de estudios de EBP-MPC han demostrado validez predictiva. No reemplazan a los ECA; más bien, proporcionan información sistemática adicional sobre los resultados para mejorar la práctica clínica y deberían ser considerados complementarios, ya que los resultados de la efectividad de intervenciones de ECA puede ser probada en estudios EBP-MPC y, al contrario, pueden ser el embrión progenitor de nuevos ECA (20), especialmente cuando no es posible disponer de evidencia experimental, como ocurre a la hora de considerar la contribución enfermera a los resultados en pacientes, más si se tiene en cuenta que existen ciertos aspectos invisibles del cuidado (coordinación de cuidados, burocracia, liderazgo y juicio clínico) que pueden influir en el mismo.

Tabla 2. Diferencia de medias de cada uno de los criterios de resultado

Criterio de Resultado	Ingreso	Alta	Diferencia de medias
Aceptación: estado de salud	2,32	3,3	0,98
Afrontamiento de problemas	2,28	3,18	0,9
Autocontrol de la ansiedad	2,33	3,55	1,22
Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD)	2,16	2,9	0,74
Conducta de cumplimiento	2,82	3,48	0,66
Conducta de prevención de caídas	2,92	3,64	0,72
Conocimiento: proceso de la enfermedad	2,32	3,32	1
Eliminación intestinal	2,63	3,56	0,93
Integridad tisular: piel y membranas mucosas	3,09	3,83	0,74
Modificación psicosocial: cambio de vida	2,42	3,24	0,82
Movilidad	2,31	3,03	0,72
Salud emocional del cuidador principal	2,9	3,51	0,61
Salud física del cuidador principal	3,28	3,76	0,48
Tolerancia de la actividad	2,31	3,09	0,78

mitarse a este dominio y defienden que la estructura y el proceso también deben contemplarse (23).

Respecto a los objetivos del trabajo, ya analizando los CR que se han activado con mayor (*Movilidad, Autocuidados: AVD, etc.*) y menor frecuencia (*Conducta de Cumplimiento y Modificación psicosocial: cambio de vida*) se muestra una tendencia natural con lo que mejor sabemos valorar e intervenir las enfermeras hospitalarias, lo que nos crea la duda de si realmente estos CRE se presentan con mayor o menor frecuencia porque están más o menos presentes o porque la enfermera de hospital siente que sea un foco de intervención prioritario o porque se encuentra más preparada

para abordar estos problemas y los activados en menor frecuencia.

Los CR que al ingreso se encuentran en peor situación, al estar por debajo de la media de 2,5 (Tabla 2 y Fig. 2), nos dan un perfil de la situación del paciente al ingreso en el que la movilidad, la tolerancia a la actividad y su posibilidad de asumir el autocuidado se encuentran altamente comprometidas y esto se acompaña de un estado emocional afectado y de una sobrecarga de las cuidadoras. Este perfil coincide con el descrito para el paciente pluripatológico con mayor limitación funcional que tiene mayor morbi-mortalidad y un mayor consumo de recursos (3, 24). Probablemente, este perfil muestre también la posible secuencia que desencadena una descompensación en el medio domiciliario y los reingresos frecuentes de estos pacientes: un aumento en la demanda de cuidados para la AVD –con la sobrecarga que para la cuidadora conlleva–, provoca una mayor ansiedad, lo que genera mala aceptación del estado de salud, de afrontamiento de problemas y de modificación psicosocial del estilo de vida, que condicionen la descompensación en su enfermedad, lo que debería ser confirmado, probablemente, mediante metodología cualitativa. Así pues, podemos considerar este conjunto de indicadores como “puntos críticos” para orientar los cuidados enfermeros tanto en AE como en AP y ponen de manifiesto que una atención integral y multidisciplinar a estos pacientes se convierte en un elemento indispensable. Estudios muy recientes muestran que esta atención integral con toma de decisiones compartidas, especialmente en este grupo, mejora no sólo su nivel de salud sino también la adherencia al tratamiento y su satisfacción (25), mejorando los síntomas depresivos que suelen acompañarlos (26), optimizando la utilización de los recursos de salud (27) y propiciando un aumento del grado de empatía del pacientes con los profesionales que lo atienden (28).

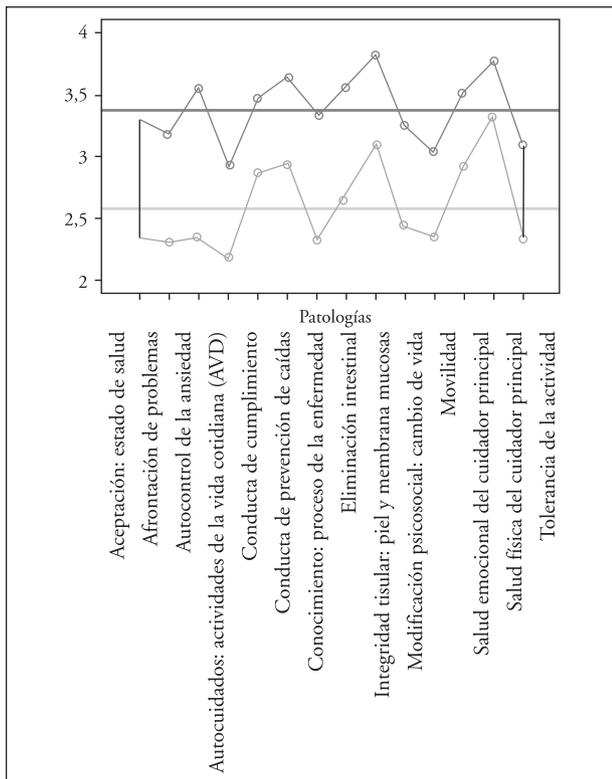


Fig. 2. Criterios de resultado que precisan mayor continuidad de cuidados.

También se está reconociendo que el contexto organizacional en el que se presta el cuidado tiene implicaciones para los resultados de los pacientes, como el trabajo de Aiken (21), que sugiere que los modelos organizacionales que dan mayor autonomía a la enfermería, más control de las enfermeras sobre los recursos y mejores relaciones con los médicos, consiguen mejores resultados en los pacientes. Por ello, investigadores –como Griffiths (22)– recomiendan que la investigación en resultados, no deba li-



En nuestro estudio se encontró que las intervenciones enfermeras del PC pluripatológico son eficaces con un incremento de CR final de 0,8; pero destaca la elevada necesidad de continuar con los cuidados de estos paciente tras el alta, especialmente en estos indicadores críticos, ya que su puntuación media de salida es de 3,3.

Son puntos fuertes de los cuidados de enfermería en el hospital el abordaje de la ansiedad del paciente y la educación para conseguir el conocimiento del proceso de enfermedad y la aceptación del estado de salud ya que, en ambos casos, desde una puntuación CR inicial por debajo de 2,5, se consigue mayor GAP de mejora en el CR final de alrededor de 1 punto y por encima de la media de 3,3. Aunque el acceso a terapias psicológicas y conductuales de las enfermeras es limitado, vemos que cuando se aplican son muy efectivas. Esto coincide con lo que sabemos: *“el cuidado de autoayuda para salud con base ‘cognitivo-comportamental’ facilitado por enfermeras puede ser muy efectivo y los pacientes se muestran muy satisfechos con la autoayuda facilitada”* (29). Tenemos, por tanto, buenas evidencias para recomendar las intervenciones enfermeras en áreas relacionadas con la educación, la promoción de la salud, la prevención y la reducción de la ansiedad y el manejo del dolor, entre otros, ya que contribuyen claramente a mejorar los resultados de los pacientes (23, 30).

Pero la labor enfermera también tiene en cuenta otros aspectos del paciente. Así y en coherencia con la situación de limitación de movilidad y de tolerancia a la actividad, las enfermeras activan intervenciones para evitar riesgos derivados de la limitación funcional, tales como el riesgo de desarrollar úlceras por presión, de caídas o de estreñimiento (31), aspectos éstos en los que las intervenciones enfermeras se muestran más efectivas ya que obtienen una

puntuación al alta superior a la media, aunque aún así también precisan continuidad en AP. 23

Estos CR físico-psico-sociales seleccionados por las enfermeras para el seguimiento del paciente pluripatológico se corresponden con algunos de los encontrados en diversos estudios como idóneos para medir resultados atribuibles al cuidado enfermero (23, 32, 33).

Finalmente, nos llaman la atención los dos indicadores relacionados con el cuidador principal ya que, aunque su situación física y emocional está comprometida al ingreso, el criterio que obtiene mejor puntuación al alta de todos es la salud física del cuidador, lo que estaría justificado si consideramos que, en muchas ocasiones, la hospitalización es un respiro de los cuidados domiciliarios. Pero no debemos olvidar lo expuesto anteriormente: el paciente, al alta, sigue siendo dependiente para realizar actividades de la vida diaria.

Por todo ello podemos concluir que nos encontramos con unos pacientes en los que, a pesar de la efectividad de las intervenciones, la continuidad de cuidados es imprescindible porque probablemente no hay mucho margen de mejora y, por tanto, la labor de seguimiento de la enfermera es imprescindible en el contexto de una atención integral.

Al alta, la movilidad, la tolerancia a la actividad y su posibilidad de asumir el autocuidado, así como el estado emocional, siguen estando comprometidos y, ya que afectan tanto a su salud como a la de su cuidador, sería clave –para prevenir una reagudización y reingreso hospitalario– orientar los cuidados enfermeros de ambos niveles sobre estos “puntos críticos” mediante el uso de intervenciones relacionadas con la educación, la promoción de la salud, la prevención y la reducción de la ansiedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Sevilla 2001.
2. Pérez Hernández RM *et al.* CUIDARTE: una estrategia para los cuidados en la Andalucía del siglo XXI. Sevilla: Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud 2007.
3. Ollero Baturone M *et al.* Atención a pacientes pluripatológicos: proceso asistencial integrado. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía 2007.
4. Ramírez Duque N, García Morillo S, Nieto Guindo M *et al.* Mapa de interacciones medicamentosas con relevancia clínica tras entrevista domiciliaria, en una cohorte de pluripatológicos y polimedcados del área de Sevilla. XXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna. Rev Clin Esp 2006.
5. Ortiz Camúñez MA, Bohórquez Colombo P, Garrido Porras E, Codina Lanasa A, Yerro Páez V, Bernabeu Wittel M. Deterioro funcional, cognitivo y vulnerabilidad clínica en pacientes pluripatológicos. XXVI Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; Aten Prim 2006; 38. ext Nov.
6. Rutherford J, Leigh J, Monk J, Murray C. Creating an organizational infrastructure to develop and support new nursing roles – a framework for debate. Journal of Nursing Management 2005, 13: 97-105.
7. González Linares RM. La estandarización de cuidados en la gestión del proceso asistencial. Revista Calidad Asistencial 1999; 14: 273-8.
8. Roman M *et al.* Las taxonomías enfermeras NANDA, NOC y NIC en la práctica asistencial hospitalaria. Enfermería Clínica 2005; 15 (3): 163-6.
9. Carrascosa García MI, García Fernández FP, Bellido Vallejo JC, Guevara Sanz, JM, Morcillo Nieto MC. Tendiendo puentes entre la evidencia y la práctica: estrategias de difusión para mejorar el impacto de la evidencia en la práctica enfermera. Evidentia 2004; 1 (1).
10. Carrascosa García MI. ¡Sapere aude! Evidentia 2005; 2 (6).
11. Lunney Margaret. Helping Nurses use NANDA, NOC and NIC. Novice to expert. Jona 2006; 3 (36): 118-25.
12. Carrascosa García MI. ¿Estamos centrando los cuidados en los pacientes? Inquietudes 2006; 35: 3.
13. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings. International Journal of Quality Health Care 2002; 14 (1): 5-13.
14. Needlman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K: Nurse-Staffing levels and the quality of care in hospitals. N Engl J Med 2002; 345 (22): 1715-22.
15. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski JA, Busse R, Clarke H *et al.* Nurses' reports on hospital care in five countries. Health Affairs 2001; 20: 43-53.
16. Anderson-Loftin W: Nurse case managers in rural hospitals. Journal of Nursing Administration 1999; 29: 42-9.

17. Aiken LH, Smith H, Lake ET. Lower Medicare Mortality Amongst a Set Hospitals Know for Good Nursing Care. *Medical Care* 1994; 32 (8): 771-87.
18. Pape TM. Evidence-based nursing practice: To infinity and beyond. *J Continuing Education Nurs* 2003; 34 (4): 154.
19. Resnick B. Outcomes research: you do have the time! *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2006; 18: 505-9.
20. Horn S, Gassaway J. Practice-Based Evidence Study Design for Comparative Effectiveness Research.
21. Aiken LH, Sochalski J, Lake ET. Studying Outcomes of Organisational Change in Health Services. *Medical Care* 1997; 35 (11) (Suppl.): NS6-NS18.
22. Griffrths P. Progress in measuring nursing outcomes. *Journal of Advanced Nursing* 1995; 21 (6): 1092-100.
23. Spilsbury K, Meyer J. Defining the nursing contribution to patient outcome: lessons from a review of the literatura examining nursing outcomes, skill mix and changing roles. *Journal of Clinical Nursing* 2001; 10: 3-14.
24. García Morillo JS, Bernabéu Wittel M, Ollero Baturone M, Aguilar Guisado M, Ramírez Duque N, González de la Puente MA, Limpo P, Romero Carmona S, Cuello Contreras JA. Incidencia y características clínicas de los pacientes pluripatológicos ingresados en una Unidad de medicina interna. *Med Clin* 2005; 125 (1): 5-9.
25. Joosten EA, Defuentes-Merillas L, de Weert GH, Sensky T, van der Staak CP, de Jong CA. Systematic Review of the Effects of Shared Decision-Making on Patient Satisfaction, Treatment Adherence and Health Status. *Psychother Psychosom* 2008; 77 (4): 219-26.
26. Jerant A, Kravitz R, Moore-Hill M, Franks P. Depressive Symptoms Moderated the Effect of Chronic Illness Self-Management Training on Self-Efficacy. *Med Care* 2008; 46 (5): 523-31.
27. Marchibroda JM. The impact of health information technology on collaborative chronic care management. *J Manag Care Pharm* 2008;14 (2 Suppl.): S3-11.
28. García Morillo JS, Bernabeu Wittel M, Cassani M, Rincón Gómez M, Yerro Paez V, Ollero Baturone M. Influencia de los Factores Biopsicosociales en el Grado de Empatía de la Relación Médico-Enfermo en una Cohorte de Pluripatológicos. *Revista Clínica Española* 2007; 207 (8): 379-82.
29. Richards A, Barkham M, Cahill J *et al.* PHASE: a randomised, controlled trial of supervised self-help cognitive behavioural therapy in primary care. *British Journal of General Practice*, October 2003
30. Cáceres FM, Bohórquez F, Puerto HM, Smith D. Eficacia de las intervenciones de enfermería para disminuir el temor en personas que inician tratamiento para el cáncer. Un ensayo clínico controlado. *MedU-NAB* 2004; 7: 161-5.
31. Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.
32. Carr-Hill R, Dixon P, Gibbs I, Griffrths M, Higgins M, McCaughan D, Wright K. (1992) Skill Mix and the Effectiveness of Nursing Care. Centre for Health Economics, University of York.
33. Ingersoll G, McIntosh E, Williams M. Nurse-sensitive outcomes of advanced practice. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 32 (5): 1272-281.