



152 <sup>1</sup>Luis Villarejo Aguilar  
<sup>2</sup>Pedro L. Pancorbo-Hidalgo

<sup>1</sup>Diplomado en Enfermería. Máster en Investigación e Innovación en Salud, Cuidados y Calidad de Vida por la Universidad de Jaén. Enfermero de Atención Primaria C. S. Bailén (Distrito Jaén-Norte).  
<sup>2</sup>Doctor en Biología. Diplomado en Enfermería. Departamento de Enfermería. Universidad de Jaén.

#### Correspondencia:

Luis Villarejo Aguilar  
C. S. Bailén  
C/ Donantes de sangre, s/n  
23710 Bailén  
E-mail: luisvillarejo@hotmail.es

Esta investigación fue presentada como trabajo final en el Máster en Investigación e Innovación en Salud, Cuidados y Calidad de Vida de la Universidad de Jaén, curso 2009/10.

Diagnósticos de enfermería,  
resultados e intervenciones  
identificadas en pacientes ancianos  
pluripatológicos tras el alta  
hospitalaria

153

*Nursing diagnoses, outcomes and  
interventions identified in  
multimorbidity aged patients after  
discharge*

#### RESUMEN

**Objetivos:** a) Identificar los diagnósticos de enfermería, resultados de la taxonomía NOC e intervenciones de la taxonomía NIC registradas en el Informe de Continuidad de Cuidados al Alta Hospitalaria de pacientes ancianos pluripatológicos. b) Determinar si existen relaciones entre diagnósticos, resultados e intervenciones con variables sociodemográficas del paciente. c) Identificar grupos de diagnósticos de enfermería, de resultados y de intervenciones que se presentan asociados en los informes de estos pacientes. **Metodología:** estudio observacional retrospectivo sobre una muestra de Informes de Continuidad de Cuidados al Alta Hospitalaria (ICCA), de paciente incluidos en el proceso de atención al paciente pluripatológico emitidos desde el Hospital San Agustín de Linares (Jaén), en el periodo desde el 1 de enero de 2009 y el 1 de marzo de 2010. Los datos se obtuvieron del sistema informatizado de historia de salud de Atención Primaria de Andalucía. Las variables consideradas fueron: diagnósticos NANDA, resultados NOC e intervenciones NIC, así como variables sociodemográficas, tales como edad, sexo, motivo de ingreso, unidad de alta y nivel de autonomía. Se realizó un análisis descriptivo con frecuencias y porcentajes, y un análisis bivariante para explorar la existencia de correlaciones. **Resultados:** se analizaron 151 ICCA de pacientes pluripatológicos con una edad media de 77 años y un alto porcentaje de pacientes dependientes (40%). En los informes se registraron 30 diagnósticos, 49 resultados y 59 intervenciones diferentes, con una media por pacientes de 3,85, 3,91 y 6,69 respectivamente. Entre los diagnósticos más frecuentes estaban: deterioro de la movilidad física (50,3%), ansiedad (50,3%), riesgo de

#### SUMMARY

**Objectives:** a) To identify nursing diagnoses, outcomes (NOC) and interventions (NIC) recorded in the nursing discharge report for aged patients with multimorbidity. b) To determine if the number of diagnoses, outcomes and interventions are related with patients' socio-demographic characteristics; c) To identify groups of nursing diagnoses, outcomes and interventions recorded together in the reports of these patients. **Methods:** retrospective observational study on a sample of Nursing Discharge Reports for multimorbidity patients. Patients were discharged from Hospital San Agustín (Linares, Jaén) between January 1<sup>st</sup> 2009 and March 1<sup>st</sup> 2010. The electronic health-history in community care system was the source of the data. Data extracted were: nursing diagnoses NANDA, outcomes NOC and interventions NIC and socio-demographic variables as age, sex, cause of admission, hospital unit and level of autonomy. A descriptive analysis was performed reporting frequencies and percentages, and a bivariate analysis to explore for possible correlations. **Results:** 151 Nursing Discharge Reports were studied. Patients were aged 77 years as mean and a high percentage of dependent patients (40%) was found. These reports had recorded 30 different nursing diagnoses, 49 different outcomes and 59 different interventions; with a mean per patient of 3.85, 3.91 and 6.69, respectively. Among the most common diagnoses were: Impaired physical mobility (50.3%), Anxiety (50.3%), Risk of falls (43%), Risk for impaired skin integrity (36.4%) and Intolerance activity. The most frequent outcomes recorded were: Level of mobility (45%), Control of anxiety (32.5%), Safety behavior: fall prevention (24.5%), Risk control (23.8%) and Activity tolerance (19.9%). The most frequent interventions were:

caídas (43%), Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (36,4%) e intolerancia a la actividad. Los resultados más frecuentes fueron: nivel de movilidad (45%), control de la ansiedad (32,5%), conducta de seguridad: prevención de caídas (24,5%), control del riesgo (23,8%) y tolerancia a la actividad (19,9%). Las intervenciones más frecuentes, entre otras, han sido manejo de la energía (58,3%), prevención de caídas (44,4%), apoyo al cuidador familiar (42,4%), prevención de las úlceras por presión (34,4%) y asesoramiento (30,5%). Hay una correlación positiva entre el índice de Barthel y el número de diagnósticos ( $r = 0,56$ ), resultados ( $r = 0,35$ ) e intervenciones ( $r = 0,37$ ). Se han identificado varias asociaciones entre grupos de diagnósticos, de resultados y de intervenciones.

**Conclusiones:** el colectivo de pacientes pluripatológicos presenta una importante demanda de cuidados en el momento de su alta hospitalaria. La utilización de los lenguajes enfermeros NNN en los Informes de Continuidad de Cuidados al Alta permite una comunicación eficaz entre los profesionales, aunque su empleo aún precisa más investigación.

#### PALABRAS CLAVE

Paciente pluripatológico, diagnóstico de enfermería, taxonomías enfermeras, Informe de Continuidad de Cuidados, hospitalización.

#### INTRODUCCIÓN

La acumulación de patologías crónicas en un mismo paciente es cada vez más frecuente, por lo que se está convirtiendo en un problema de salud pública (1). El envejecimiento de la población española, la relación de la comorbilidad con la edad y de ambas con la mortalidad hacen prever que las dimensiones de este problema irán en aumento (2). Todo ello conlleva, necesariamente, un incremento en la incidencia y prevalencia de enfermedades de carácter crónico, un mayor uso de la asistencia sanitaria y una mayor frecuentación hospitalaria, casi siempre condicionados por la pluripatología (3).

#### El paciente pluripatológico

Para aproximarse al concepto de pluripatológico (4) se creó en Andalucía, en el año 2002 un grupo de trabajo patrocinado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, constituido por internistas, médicos de familia y enfermeros. Este grupo estableció unos criterios que permitieran identificar a una población de pacientes con unas características comunes como pacientes pluripatológicos. Las características son: enfermedades que el sistema sanitario no cura, enfermedades mantenidas y de deterioro progresivo, disminución gradual de su autonomía y capacidad funcional, así como riesgos múltiples secundarios a patologías interrelacionadas. Para ello partieron de unos criterios clínicos basados en la existencia de dos o más enfermedades crónicas agrupadas en diferentes categorías clínicas (Tabla 1).

*Energy management (58.3%), Prevention of falls (44.4%), Support to family caregivers (42.4%), Prevention of pressure ulcers (34.4%) and Advice (30.5%). There are a positive correlation between the Index of Barthel and the number of diagnoses ( $R = 0.56$ ), Outcomes ( $R = 0.35$ ) and Interventions ( $R = 0.37$ ). Several groups of diagnoses, outcomes and interventions jointly reported have been identified. **Conclusions:** the group of patients with multiple co-morbidities required a lot of care at discharge. The use of nursing NNN languages in Nursing Discharge Reports allows an efficient communication amongst professionals, although it use still need more research.*

#### KEY WORDS

*Multimorbidity, nursing diagnosis, nursing taxonomies, nursing discharge report, hospitalization.*

En Andalucía, el proceso asistencial de atención al paciente pluripatológico es el conjunto de actividades encaminadas a garantizar a los pacientes pluripatológicos una asistencia sanitaria integral, coordinando a los profesionales, servicios o centros, a lo largo del tiempo y en el marco del actual Sistema Sanitario Público de Andalucía. Este proceso incluye: 1) identificación; 2) valoración integral; 3) Plan de Asistencia Continuada (PACEI), como modelo de asistencia conjunta entre Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE), que facilita la continuidad asistencial del paciente pluripatológico; 4) asistencia hospitalaria; y 5) atención a la persona.

El concepto de pluripatológico no está universalmente asumido, no se trata de una definición estática o definitiva, ya que la realidad clínica asistencial de cada día puede hacer necesario modificar o ampliar algunas de las características incluidas en ella (5). De hecho, en la literatura anglosajona no está definido el concepto de pluripatología, aunque existen numerosos artículos referidos a la multimorbilidad entendiéndola como la existencia de más de una enfermedad crónica. A este respecto se han desarrollado índices que tratan de medir esta multimorbilidad, como el índice de Charlson (6), el índice de Walter (7) y más recientemente el índice publicado por Lee (8). Estos índices tienen, fundamentalmente, una vocación de indicadores pronósticos, pero no pretenden identificar a una población con unas características y necesidades asistenciales homogéneas.



**Tabla 1. Categorías de pacientes pluripatológicos (año 2007)\***

<b>Categorías</b>	<b>Enfermedades incluidas</b>
Categoría A	1. Insuficiencia cardíaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA <sup>1</sup> (síntomas con actividad física habitual). 2. Cardiopatía isquémica.
Categoría B	1. Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas. 2. Enfermedad renal crónica definida por elevación de creatinina (> 1,4 mg/dl en hombres o > 1,3 mg/dl en mujeres) o proteinuria <sup>2</sup> , mantenidas durante tres meses.
Categoría C	1. Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado 2 de la MRC <sup>3</sup> (disnea a paso habitual en llano), o FEV1 < 65%, o SaO2 ≤ 90%.
Categoría D	1. Enfermedad inflamatoria intestinal. 2. Hepatología crónica con datos de insuficiencia hepatocelular <sup>4</sup> o hipertensión portal <sup>5</sup> .
Categoría E	1. Ataque cerebrovascular. 2. Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel inferior a 60). 3. Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente al menos moderado (Pfeiffer con cinco o más errores).
Categoría F	1. Arteriopatía periférica sintomática. 2. Diabetes <i>mellitus</i> con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática.
Categoría G	1. Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente Hb < 10 mg/dl en dos determinaciones separadas más de tres meses. 2. Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa.
Categoría H	1. Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel inferior a 60).

\*Fuente: Ollero Baturone M, Álvarez Tello M, Barón Franco B, Bernabéur Wittel M, Codina Lanaspá A, Fernández Moyano A. Atención al paciente pluripatológico. Proceso Asistencial Integrado. Edición 2007.  
<sup>1</sup>Ligera limitación de la actividad física. La actividad física habitual le produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones.  
<sup>2</sup>Índice albúmina/creatinina > 300 mg/g, micro albuminuria > 3 mg/dl en muestra de orina o albúmina > 300 mg/día en orina de 24 horas.  
<sup>3</sup>Incapacidad de mantener el paso de otra persona de la misma edad, caminando en llano, debido a la dificultad respiratoria o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso.  
<sup>4</sup>INR > 1,7, albúmina < 3,5 g/dl, bilirrubina > 2 mg/dl.  
<sup>5</sup>Definida por la presencia de datos clínicos, analíticos, ecográficos o endoscópicos.

### El Informe de Continuidad de Cuidados al Alta

Por otro lado, el Informe de Continuidad de Cuidados al Alta (ICCA) surge como instrumento para garantizar la continuidad de la asistencia a los usuarios, estableciendo un circuito de información continua entre Atención Primaria y Atención Especializada. Este informe contiene información sobre los cuidados realizados por enfermería durante su ingreso y recomendaciones que se le hacen al alta, y está dirigido tanto al paciente y su familia como a las enfermeras comunitarias que se harán cargo de su cuidado.

Las altas tempranas en los casos de hospitalización de la población anciana plantean un importante número de consultas, complicaciones y reingresos que podrían ser resueltos por servicios comunitarios, con una correcta planificación de las altas y su posterior seguimiento (9, 10). Según Naylor la planificación al alta y el seguimiento en domicilio, retrasa los reingresos hospitalarios y los reduce en número (11).

Actualmente existe acuerdo sobre la necesidad de coordinación entre los distintos niveles asistenciales para asegurar la continuidad en los cuidados, cuando el paciente pasa de un nivel asistencial a otro (12, 13). El uso de los lenguajes enfermeros estandarizados dentro de los sistemas de información clínica puede proporcionar a las enfermeras y a otros profesionales la información que demuestra la contribución de los cuidados enfermeros (14). Para proporcionar la información cuantificable requerida para evaluar efectivamente el valor de las enfermeras, las terminologías enfermeras estandarizadas deben incluirse uniformemente en el registro de salud electrónico, de modo que los datos sean sistemáticamente recogidos y analizados (15). Las denominadas taxonomías enfermeras o lenguajes NNN, como son los diagnósticos enfermeros de la NANDA, las intervenciones de la Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (NIC) y los resultados e indicadores de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), cuando se usan conjuntamente, proporcionan la mejor oportunidad de responder

a las preguntas sobre la seguridad, eficiencia y coste-efectividad de la práctica enfermera para las poblaciones de pacientes. La inclusión de los diagnósticos enfermeros junto con la Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (NIC) (16) y la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) (17) en los informes permiten reflejar verdaderamente el total de cuidados brindados por los profesionales de la salud, ya que incluyen los datos que reflejan el proceso enfermero (18).

Por otra parte, los estudios sobre los diagnósticos enfermeros son extremadamente necesarios para mantener y reforzar las evidencias en las que se basa la taxonomía de la NANDA-I. Estudios del análisis conceptual, de validación del contenido y del constructo, estudios de validación por consenso, estudios de precisión y de implementación son claves para el futuro de los diagnósticos enfermeros profesionales basados en la evidencia. Por consiguiente, es preciso que se conviertan en una prioridad para todas las enfermeras, a fin de hacer visible la práctica enfermera, lo que es vital para el futuro de nuestra profesión.

Este estudio se plantea desde la hipótesis inicial de que los pacientes pluripatológicos presentan unas características comunes y unas necesidades de cuidados específicas en el momento del alta hospitalaria. La identificación de estas necesidades, descritas como diagnósticos enfermeros y como resultados, y el conocimiento de las intervenciones de enfermería incluidas en los ICCA puede contribuir a mejorar el proceso y la continuidad de cuidados entre AE y AP.

### OBJETIVOS

1. Identificar los diagnósticos, resultados e intervenciones enfermeras registradas en los Informes de Continuidad de Cuidados al Alta (ICCA) de los pacientes pluripatológicos tras el alta hospitalaria.
2. Determinar la existencia de relaciones entre los diagnósticos, resultados e intervenciones registradas en el ICCA de los pacientes con las variables sociodemográficas y clínicas.
3. Identificar grupos de diagnósticos de enfermería, de resultados y de intervenciones que se presentan asociados en los ICCA de los pacientes.

### METODOLOGÍA

Estudio observacional transversal, descriptivo y analítico. La población estudiada fueron pacientes pluripatológicos hospitalizados, con los siguientes criterios de inclusión:

- Pacientes incluidos en el Proceso Asistencial Pluripatológicos, según los criterios de la Junta de Andalucía del año 2002.
- Pacientes con un Informe de Continuidad de Cuidados completado antes del alta hospitalaria y que incluya la identificación de los diagnósticos, resultados e intervenciones al alta hospitalaria.

Para la realización de este estudio se obtuvieron todos los ICCA de pacientes pluripatológicos ingresados en el Hospital

<b>Tabla 2. Características de los pacientes estudiados (n = 151)</b>	
<b>Variables</b>	<b>Media o porcentaje (frecuencia)</b>
<i>Edad</i> (años)	77,09 ± 10,14
<i>Sexo</i>	
Hombres	49% (74)
Mujeres	51% (77)
<i>Motivo de ingreso hospitalario:</i>	
Enf. aparato digestivo	24,5% (37)
Enf. infecciosas	24,5% (37)
Enf. cardiovasculares	19,9% (30)
Enf. respiratorias	8,6% (13)
Enf. endocrino-metabólicas	7,3% (11)
Enf. aparato genito-urinario	7,3% (11)
Enf. de la sangre	3,3% (5)
Enf. sistema nervioso	2,0% (3)
Neoplasias	1,3% (2)
Enf. sistema osteo-muscular	0,7% (1)
Enf. ORL	0,7% (1)
<i>Unidad hospitalaria que efectúa el alta:</i>	
Urgencias	57,0% (86)
Medicina Interna	37,7% (57)
Especialidades	2,6% (4)
Cirugía	2,0% (3)
Traumatología	0,7% (1)
<i>Nivel de dependencia del paciente (índice de Barthel)</i>	
Dependiente total (< 45)	20,5% (31)
Dependiente grave (45 < 60)	21,2% (32)
Dependiente moderado (60 < 80)	21,2% (32)
Dependiente leve (80 < 100)	18,5% (28)
Independiente (100)	18,5% (28)

San Agustín (Linares, Jaén) que se recibieron en tres centros de salud del Distrito Sanitario Jaén-Norte. Se analizaron de forma retrospectiva los ICCA correspondientes a un periodo de 14 meses (del 1 de enero de 2009 al 1 de marzo de 2010). Como fuente de los informes se utilizó el sistema informatizado de historia de salud de Atención Primaria (Diraya) que es el sistema de gestión de la información clínica implantado en Andalucía y que permite una eficaz recuperación de la información. Se excluyeron de la muestra los ICCA incompletos.

El ICCA consta de: 1) datos demográficos del paciente, 2) datos referentes al alta hospitalaria como fecha, enfermera referente, motivo de ingreso, 3) diagnósticos enfermeros al alta, 4) intervenciones, 5) criterios de resultados y 6) recomendaciones al alta. Para el estudio se recogieron las siguientes variables: edad del paciente (años), sexo, motivo de ingreso (causa principal que originó el ingreso), unidad de alta (planta desde la que se informatiza el ICCA), nivel de autonomía (índice de Barthel), diagnósticos enfermeros (taxonomía NANDA-I 2007), resultados (taxonomía NOC 2004) e intervenciones (taxonomía NIC 2004).



**Tabla 3. Diagnósticos de enfermería (n = 581) presentes en los ICCA y su frecuencia de aparición**

Diagnóstico de enfermería	Porcentaje (frecuencia)
Deterioro de la movilidad física	50,3% (76)
Ansiedad	50,3% (76)
Riesgo de caídas	43,0% (65)
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	36,4% (55)
Intolerancia a la actividad	34,4% (52)
Riesgo de estreñimiento	31,8% (48)
Conocimientos deficientes	21,2% (32)
Dolor agudo	18,5% (28)
Cansancio en el desempeño del rol de cuidador	15,2% (23)
Desequilibrio nutricional por defecto	13,2% (20)
Manejo inefectivo del régimen terapéutico	12,6% (19)
Riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador	11,9% (18)
Afrontamiento familiar comprometido	11,3% (17)
Déficit de autocuidados: alimentación	6,6% (10)
Riesgo de infección	4,6% (7)
Interrupción de los procesos familiares	4,0% (6)
Deterioro de la adaptación	3,3% (5)
Deterioro de la integridad cutánea	2,6% (4)
Déficit de autocuidados: baño/higiene	2,6% (4)
Deterioro del intercambio gaseoso	1,3% (2)
Patrón respiratorio ineficaz	1,3% (2)
Deterioro de la eliminación urinaria	1,3% (2)
Temor	1,3% (2)
Incontinencia urinaria total	0,7% (1)
Deterioro de la comunicación verbal	0,7% (1)
Deterioro de la interacción social	0,7% (1)
Incumplimiento del tratamiento	0,7% (1)
Riesgo de disfunción neurovascular periférica	0,7% (1)
Deterioro de la deglución	0,7% (1)
Confusión aguda	0,7% (1)

Para el análisis de los datos las variables cuantitativas se expresaron con la media y desviación estándar y las variables categóricas en porcentajes. Se analizó la frecuencia absoluta de cada diagnóstico, resultado e intervención y el porcentaje que cada uno de ellos representa sobre el total de los mismos. Posteriormente, se hizo análisis bivariente mediante tablas de contingencia (test de chi cuadrado y estadístico exacto de Fisher, según los casos) y análisis de correlaciones (R de Pearson) considerando correlación muy alta si  $R > 0,8$ , alta entre 0,6 y 0,8, y moderada entre 0,4 y 0,6. Para medir diferencias de medias entre grupos se utilizó el test t de Student o el Análisis de la Varianza (ANOVA) según los casos. Se consideró con significación estadística un valor de  $p < 0,05$ .

En relación con los aspectos éticos, el proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación Sanitaria del Distrito Jaén Norte, quien facilitó el acceso a los datos de

los Informes de Continuidad de Cuidados al Alta de los centros de salud incluidos en el estudio.

## RESULTADOS

Se han incluido en el estudio los ICCA de 151 pacientes que cumplían los criterios de inclusión. Las características de estos pacientes se recogen en la Tabla 2. Aunque el rango de edades oscila entre 38 y 97 años, la edad media se sitúa en 77 años, por lo que se trata de pacientes ancianos. En más de la mitad de los casos el ICCA es emitido desde el Servicio de Urgencias del hospital. Hay un elevado número de pacientes dependientes, más del 40 % de pacientes con dependencia total o dependencia grave.

### Diagnósticos de enfermería

En la muestra de ICCA estudiada se han identificado 30 diagnósticos distintos (Tabla 3). Hay dos diagnósticos muy frecuentes (más del 50% de informes) y 4 diagnósticos frecuentes (entre 25 y 49%). En total se identificaron 581 diagnósticos, lo que supone  $3,85 \pm 1,79$  diagnósticos por paciente (media y desviación estándar). El número de diagnósticos por informe osciló entre 1 y 9.

Hemos analizado si existen algunos diagnósticos que estén asociados o agrupados por ser identificados conjuntamente en los informes de cada paciente. La Tabla 4 muestra estos diagnósticos de aparición conjunta con su índice de correlación.

**Tabla 4. Diagnósticos enfermeros que aparecen conjuntamente en los ICCA<sup>1</sup>**

Diagnósticos		Correlación (R Pearson)
Deterioro de la movilidad física	Riesgo deterioro integridad cutánea	0,422
Deterioro de la movilidad física	Riesgo de caídas	0,355
Riesgo de caídas	Riesgo deterioro integridad cutánea	0,259
Riesgo de caídas	Intolerancia a la actividad	0,243
Riesgo estreñimiento	Desequilibrio nutricional por defecto	0,237
Riesgo deterioro integridad cutánea	Riesgo de cansancio del rol de cuidador	0,231
Riesgo deterioro integridad cutánea	Riesgo de estreñimiento	0,222
Riesgo estreñimiento	Afrontamiento familiar comprometido	0,162

<sup>1</sup>Diagnósticos que se presentan juntos en los ICCA (asociación significativa mediante test exacto de Fisher) entre los que figuran con más de 10% de porcentaje de aparición.

**Tabla 5. Resultados de los pacientes (taxonomía NOC) presentes en los ICCA y su frecuencia de aparición (n = 590)**

Resultado	Porcentaje (frecuencia)
Movilidad 208	45,0% (68)
Autocontrol de la ansiedad 1.402	32,5% (49)
Conducta de seguridad: prevención de caídas 1.909	24,5% (37)
Control del riesgo 1.902	23,8% (36)
Tolerancia a la actividad 5	19,9% (30)
Conocimiento: régimen terapéutico 1.813	17,9% (27)
Control del dolor 1.605	16,6% (25)
Eliminación intestinal 501	16,6% (25)
Integridad tisular: piel y membranas mucosas 1.101	15,9% (24)
Conservación de la energía 2	13,9% (21)
Conocimiento: proceso de la enfermedad 1.803	13,9% (21)
Estado nutricional 1.004	12,6% (19)
Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas 204	12,6% (19)
Rendimiento del cuidador familiar: atención indirecta 2.206	11,3% (18)
Salud física del cuidador principal 2.507	11,3% (18)
Bienestar del cuidador principal 2.508	10,6% (16)
Afrontamiento de problemas de la familia 2.600	10,6% (16)
Detección del riesgo 1.908	9,9% (15)
Autocuidados: actividades de la vida diaria 300	8,6% (13)
Preparación del cuidador familiar domiciliario 2.202	8,6% (13)
Normalización de la familia 2.604	4,6% (7)
Adaptación del cuidador familiar al ingreso del paciente 2.200	4,6% (7)
Aceptación del estado de salud 1.300	2,6% (4)
Afrontamiento de problemas 1.302	2,6% (4)
Estado de deglución 1.010	2,6% (4)
Conocimiento: recursos sanitarios 1.806	2,6% (4)
Alteración del estilo de vida del cuidador principal 2.203	2,0% (3)
Conducta terapéutica: enfermedad o lesión 1.609	2,0% (3)
Apoyo familiar durante el tratamiento 2.609	2,0% (3)

### Resultados

Se ha identificado 49 resultados diferentes de la taxonomía de Resultados de Enfermería (NOC) presentes en los informes de continuidad de cuidados. Ningún resultado cumple el criterio de ser “muy frecuente” (presente en más del 50% de informes), y solo hay 2 frecuentes (están entre el 25 y 50% de los informes) (Tabla 5). En total se recogían 590 resultados, con una media de  $3,91 \pm 2,09$  resultados por informe y un rango entre 1 y 11.

En la Tabla 6, se muestra la distribución por clases y dominios de la taxonomía NOC de los resultados. Los re-

sultados usados con mayor frecuencia pertenecen al dominio IV- Conocimientos y conducta de salud (28,5%), seguidos por el dominio I- Salud funcional (25,6%), el VI- Salud familiar (17,1%), el dominio II- Salud fisiológica (12,2%) y en último lugar el dominio III- Salud psicosocial (9,7%). No se registró ningún resultado de los dominios V- Salud percibida, ni del VII- Salud comunitaria.

Para analizar los resultados que aparecen conjuntamente en los informes se ha realizado un análisis de correlaciones mediante el test de Pearson. Para evitar la aparición de correlaciones falsas se han incluido en el análisis solo los resultados presentes en más del 10% de los informes. Un par de resultados tienen una correlación muy alta: Conservación de energía/Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas ( $R = 0,886$ ); otro par muestran correlación alta (entre 0,6 y 0,8): Control del riesgo/Integridad tisular: piel y membranas mucosas ( $R = 0,691$ ); y 4 pares tienen correlaciones moderadas (entre 0,4 y 0,6): Conducta de seguridad: prevención de caídas/Tolerancia a la actividad ( $R = 0,565$ ); Control del riesgo/Bienestar del cuidador familiar ( $R = 0,514$ ); Control del riesgo/Superación de problemas de familia ( $R = 0,413$ ); Estado nutricional/Eliminación intestinal ( $R = 0,422$ ).

### Intervenciones

En los informes de continuidad de cuidados se recogieron 59 intervenciones de enfermería diferentes. La intervención Manejo de la energía es muy frecuente (más del 50% de ICCA) y hay 6 intervenciones frecuentes (entre 25 y 50% de ICCA) (Tabla 7). La media de intervenciones por paciente fue de  $6,69 \pm 4,96$ , con un rango entre 1 y 22 intervenciones por informe. En total se hallaron 1.010 intervenciones registradas en los informes analizados.

La Tabla 8 muestra el resumen de la distribución de las intervenciones registradas en los ICCA según el campo y la clase de la taxonomía NIC a la que pertenecen. El campo que recoge mayor número de intervenciones es el 1. Fisiológico básico (36,2% del total); seguido por el campo 3. Conductual (29,5%); el 5. Familia (9,4%); el 4. Seguridad (7,2%); el 2. Fisiológico complejo (7,1%), y el campo 6. Sistema sanitario (1,2%). No se registró ninguna intervención del campo 7. Comunidad.

Mediante el análisis de las correlaciones entre intervenciones presentes en más del 10% de ICCA, es posible establecer las intervenciones que con frecuencia aparecen de forma conjunta en los informes, y por tanto se realizan en el mismo paciente. Las intervenciones con correlaciones muy altas son: las 6 de Ayuda al autocuidado entre sí (Ayuda al autocuidado, Ayuda al autocuidado: AIVD, Ayuda al autocuidado: vestido/acicalamiento, Ayuda al autocuidado: alimentación, Ayuda al autocuidado: baño y Ayuda al autocuidado: aseo, que tienen correlaciones entre 0,861 y 0,902); hay un segundo grupo de intervenciones con correlaciones altas: Mejorar el sueño/Aumentar el afrontamiento ( $R = 0,752$ ); Mejorar el sueño/Disminución de la ansiedad ( $R = 0,705$ ); Apoyo emocional/Dis-



**Tabla 6. Dominios y clases de la taxonomía NOC a la que pertenecen los resultados usados en los ICCA**

Clase	Dominio	Porcentaje de uso en los ICCA
T: Control del riesgo y seguridad	IV: Conocimiento y conducta de salud	14,9%
C: Movilidad	I: Salud funcional	14,7%
S: Conocimientos sobre salud	IV: Conocimiento y conducta de salud	8,8%
A: Mantenimiento de la energía	I: Salud funcional	8,6%
O: Autocontrol	III: Salud psicosocial	8,3%
W: Ejecución del cuidador familiar	VI: Salud familiar	6,9%
Z: Estado de salud de los miembros de la familia	VI: Salud familiar	5,8%
Q: Conducta de salud	IV: Conocimiento y conducta de salud	4,7%
X: Bienestar familiar	VI: Salud familiar	4,4%
F: Eliminación	II: Salud fisiológica	4,2%
L: Integridad tisular	II: Salud fisiológica	4,1%
K: Nutrición	II: Salud fisiológica	3,9%
D: Autocuidado	I: Salud funcional	2,2%
N: Adaptación psicosocial	III: Salud psicosocial	1,4%

minución de la ansiedad ( $R = 0,654$ ); Apoyo emocional/Aumentar el afrontamiento ( $R = 0,638$ ). El grupo de intervenciones con correlaciones moderadas son: todas las de Ayuda al autocuidado/Mejorar el sueño ( $R = 0,5$ ); Ayuda al autocuidado (todas)/Aumentar el afrontamiento ( $R = 0,5$ ); Ayuda al autocuidado (todas)/Apoyo emocional ( $R = 0,5$ ); Terapia de ejercicios: Movilidad articular/Enseñanza actividad y ejercicio prescritos ( $R = 0,487$ ); Manejo de la energía/Prevención de caídas ( $R = 0,458$ ) y Manejo de la energía/Ayuda al autocuidado: AIVD ( $R = 0,424$ ).

#### Factores sociodemográficos y clínicos

La existencia de relaciones entre factores sociodemográficos y clínicos de los pacientes con los diagnósticos, resultados e intervenciones presentes en los ICCA se estudiaron mediante análisis bivariente.

#### Nivel de autonomía

El índice de Barthel mostró una correlación moderada y positiva con el número total de diagnósticos por paciente ( $R = 0,56$   $p < 0,01$ ), y correlaciones bajas con el número de resultados ( $R = 0,35$   $p < 0,01$ ) y el de intervenciones propuestas ( $R = 0,37$   $p < 0,01$ ) en los ICCA. Es decir, en los pacientes con mayor grado de dependencia se identifican un mayor número de diagnósticos y es necesario utilizar más resultados e intervenciones.

#### Diagnósticos, resultados e intervenciones

El número de diagnósticos por informe mostró también una correlación positiva alta con el número de resultados ( $R = 0,75$   $p < 0,01$ ), y con el número de intervenciones por ICCA ( $R = 0,68$   $p < 0,01$ ). A su vez, el número de resultados por ICCA correlacionó con el número de intervenciones ( $R = 0,65$   $p < 0,01$ ).

#### Sexo

No se han encontrado diferencias significativas en el número de diagnósticos, resultados, ni intervenciones presentes en los ICCA en función del sexo de los pacientes.

#### Edad

Se encontraron correlaciones significativas, aunque bajas, entre la edad de los pacientes y el número de diagnósticos ( $R = 0,277$ ,  $p = 0,001$ ); el de resultados ( $R = 0,236$ ,  $p = 0,004$ ); y de intervenciones ( $R = 0,181$ ),  $p = 0,026$ ) registradas en los informes. En los informes de pacientes de más edad suelen existir un mayor número de problemas identificados.

#### Unidad hospitalaria

La unidad del hospital desde la que se efectúa el alta del paciente también ejerce influencia en el número de diagnósticos, resultados e intervenciones identificados. En general, en los ICCA realizados desde la Unidad de Medicina Interna suelen figurar menor número de problemas en los pacientes que los realizados desde el Servicio de Urgencias o desde una de las otras unidades de hospitalización (Tabla 9).

#### DISCUSIÓN

En el presente estudio se confirma que en el momento del alta hospitalaria, el colectivo de pacientes pluripatológicos presenta una importante demanda de cuidados derivada de la existencia de problemas activos que precisan unos criterios de resultados e intervenciones para garantizar la continuidad de los cuidados.

Los pacientes pluripatológicos constituyen un subgrupo de población con edad avanzada; en nuestro estudio, la media de edad era de 77 años, cifra similar a la descrita en otros estudios (3, 5, 19, 20). En cuanto al motivo de ingreso

**Tabla 7. Intervenciones de enfermería (taxonomía NIC) presentes en los ICCA y su frecuencia de aparición (n = 1.010)**

Intervenciones de enfermería	Porcentaje (frecuencia)
Manejo de energía 180	58,3% (88)
Prevención de caídas 6.490	44,4% (67)
Apoyo al cuidador familiar 7.040	42,4% (64)
Prevención de las úlceras por presión 3.540	34,4% (52)
Asesoramiento 5.240	30,5% (46)
Apoyo emocional 5.270	29,8% (45)
Ayuda en los autocuidados: AIVD 1.805	29,1% (44)
Ayuda al autocuidado 1.800	21,9% (33)
Disminución de la ansiedad 5.820	21,2% (32)
Ayuda a los autocuidados: vestido/acicalamiento 1.802	19,9% (30)
Ayuda a los autocuidados: alimentación 1.803	19,2% (29)
Ayuda a los autocuidados: baño/higiene 1.801	19,2% (29)
Aumentar el afrontamiento 5.230	19,2% (29)
Ayuda a los autocuidados: aseo 1.804	18,5% (28)
Manejo del dolor 1.400	15,9% (24)
Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito 5.612	15,2% (23)
Facilitar el aprendizaje 5.520	15,2% (23)
Mejorar el sueño 1.850	14,6% (22)
Terapia de ejercicios: movilidad articular 0224	13,2% (20)
Enseñanza: individual 5.606	13,2% (20)
Manejo de la nutrición 1.100	12,6% (19)
Enseñanza: proceso de la enfermedad 5.602	10,6% (16)
Apoyo a la familia 7.140	7,9% (12)
Derivación 8.100	7,9% (12)
Aumentar los sistemas de apoyo 5.440	7,3% (11)
Fomento de la implicación familiar 7.110	7,3% (11)
Enseñanza: dieta prescrita 5.614	6,0% (9)
Enseñanza: medicamentos prescritos 5.616	5,3% (8)
Estimulación de la integridad familiar 7.100	5,3% (8)
Potenciación de roles 5.370	5,3% (8)
Apoyo en la toma de decisiones 5.250	5,3% (8)
Modificación de la conducta 4.360	4,6% (7)
Administración de analgésicos 2.210	4,0% (6)
Control de infecciones 6.540	4,0% (6)
Enseñanza procedimiento/tratamiento 5.618	4,0% (6)
Administración de medicación 2.300	2,6% (4)
Administración de medicación oral 2.304	2,6% (4)
Acuerdo con el paciente 4.420	2,6% (4)
Establecimiento de objetivos comunes 4.410	2,0% (3)
Cuidados de las úlceras por presión 3.520	2,0% (3)
Manejo de la medicación 2.380	2,0% (3)
Se han omitido las intervenciones que aparecían en menos de tres informes	

las causas principales de hospitalización fueron las digestivas, infecciosas y cardiovasculares, que coincide con las patologías de base de estos pacientes.

La mayoría proceden de los servicios de Urgencias (57%), lo que refleja por sí mismo el inadecuado control de este tipo de pacientes, tanto por parte de Atención Primaria como Especializada. Es evidente que este tipo de pacientes constituyen una importante carga asistencial en to-

dos los niveles, y ello se debe, en parte, a la especial fragilidad clínica de estos pacientes, pero también a las dificultades en la organización sanitaria para dar respuesta a este tipo de pacientes. Otra parte importante proceden de los servicios de Medicina Interna (37,7%), una cifra similar a la prevalencia encontrada en otros estudios (3).

En cuanto al deterioro funcional el porcentaje de pacientes pluripatológicos con deterioro significativo es evidente, 62,9% del total, lo que evidencia que se trata de una población con riesgo de evolución hacia la discapacidad y la dependencia.

### Diagnósticos

El número medio de diagnósticos al alta (3,85) encontrado en nuestro estudio coincide con el encontrado por Zambrana y cols., que hallaron 3,6 de media y el 42% de los pacientes contaban con más de tres diagnósticos al alta (3). Pese a la variabilidad de diagnósticos encontrados podemos decir que existen unos diagnósticos más frecuentes, de tal manera que los 10 primeros diagnósticos, ordenados según su frecuencia, suponen prácticamente el 81% del total de diagnósticos.

Creemos que la mayor frecuencia de diagnósticos enfermeros utilizados pertenece a problemas fisiológicos y cognitivo-conductuales; se deben, en parte, al alto grado de deterioro funcional que presentan estos pacientes, y por otra parte a la priorización por parte de los profesionales de los problemas biofísicos. Sin embargo, resulta llamativa la elevada frecuencia de identificación del diagnóstico Ansiedad en el 50% de los pacientes estudiados. Este dato coincide con otros estudios sobre pacientes hospitalizados en nuestro país (21). Aunque el establecimiento de este diagnóstico se hizo mediante valoración enfermera, sin uso de ningún instrumento específico de medición de la ansiedad, es concordante con los datos citados por Bryant y cols., quienes encontraron un 60% de presencia de síntomas de ansiedad a nivel subclínico, en una muestra de pacientes ancianos hospitalizados, mediante la aplicación de *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (22). La comprobación de la correlación entre la identificación del diagnóstico enfermero Ansiedad y la puntuación en alguna de las escalas específicas para medir la ansiedad es un aspecto que precisaría más investigación en la población de pacientes hospitalizados.

El análisis de nuestros datos muestra una posible discrepancia entre el tipo de diagnósticos de enfermería reflejados por las profesionales en los ICCA y las patologías que motivaron el ingreso de los ancianos en el hospital. Llama la atención la ausencia de diagnósticos específicos de problemas cardiovasculares, respiratorios o digestivos entre el grupo de diagnósticos enfermeros más frecuentes cuando estas patologías eran las causas de ingreso más frecuentes. Es posible que las enfermeras se centren en los aspectos funcionales y de seguridad de los pacientes a la hora de reflejar los diagnósticos en el momento del alta más que en las patologías específicas. Otra posible explicación es que las enfermeras consideren superada la patología motivo de ingreso en el momento del alta. Aunque al tratarse de





**Tabla 8. Campos y clases de la taxonomía NIC a la que pertenecen las intervenciones usadas en los ICCA**

Clase	Campo	Porcentaje de uso en los ICCA
F: Facilitación de los autocuidados	1. Fisiológico básico	21,3%
R: Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles	3. Conductual	14,6%
A: Control de actividad y ejercicio	1. Fisiológico básico	10,7%
S: Educación de los pacientes	3. Conductual	10,4%
X: Cuidados de la vida	5. Familia	9,4%
V: Control de riesgos	4. Seguridad	7,2%
L: Control de la piel/heridas	2. Fisiológico complejo	5,4%
T: Fomento de la comodidad psicológica	3. Conductual	3,2%
E: Fomento de la comodidad física	1. Fisiológico básico	2,4%
D: Apoyo nutricional	1. Fisiológico básico	1,9%
H: Control de fármacos	2. Fisiológico complejo	1,7%
O: Terapia conductual	3. Conductual	1,4%
B: Control de información	6. Sistema sanitario	1,2%

ancianos con enfermedades crónicas pensamos que esta explicación es menos verosímil. En cualquier caso este aspecto merece mayor investigación en futuros estudios.

En nuestro estudio no se evidencian diferencias en función del sexo, para la frecuencia de pacientes pluripatológicos ni el número de problemas identificados. Este dato discrepa con el trabajo desarrollado por Rivas Costa y cols., que destacan que la pluripatología es mayor en las mujeres, y en ellas son más frecuentes los problemas crónicos de baja o mediana gravedad (23).

### Resultados

En cuanto a los criterios de resultados encontramos en nuestro estudio también gran variabilidad de resultados distintos; en parte coincide con los hallazgos de García Fernández y cols., quienes describen mayor frecuencia de los resultados de Movilidad, Autocuidados, AVD, Tolerancia a la actividad y Conocimiento del proceso de la enfermedad (19). En nuestro estudio predominan en los ICCA los resultados de las clases: Control de riesgo y seguridad; y Movilidad. Estos resultados en los objetivos de salud centrados principalmente, en aspectos fisiológicos, conductuales y de seguridad, pasando a un segundo plano los aspectos creenciales del paciente, responden a una visión biomédica propia de los servicios hospitalarios, que puede no concordar con la realidad propia del paciente, sino del criterio propio

del profesional que lo atiende como prioritario en base a su preparación para intervenirlo.

Otro aspecto de interés es la coherencia entre los diagnósticos enfermeros identificados y los resultados incluidos en los informes al alta. Por una parte, esta correlación resulta lógica, puesto que ambos fenómenos se refieren a problemas de los mismos pacientes. Sin embargo, se plantean la cuestión de si realmente resulta necesario determinar diagnósticos y resultados o bien las dos etiquetas reflejan un mismo fenómeno de los pacientes y no sería necesaria recoger ambos. Este tema del uso de los resultados de la taxonomía NOC y sus indicadores como elementos para identificar los problemas de los pacientes, en sustitución a los diagnósticos NANDA, es un aspecto que se encuentra en investigación.

### Intervenciones

La mayoría de las intervenciones presentes en los ICCA pertenecen a los grupos de Facilitación de autocuidados y a las Conductuales. También las relacionadas con la enseñanza del paciente, la prevención y promoción de la salud, y la disminución del dolor y la ansiedad. La existencias de hasta seis etiquetas de intervenciones sobre ayuda a los autocuidados, altamente correlacionadas entre sí, nos hace plantear la posibilidad de que estas intervenciones sean redundantes y puedan ser sustituidas por una intervención global de Ayuda a los autocuidados. Por otra parte, resulta interesante com-

**Tabla 9. Influencia de la unidad del hospital que realice el ICCA sobre el número de diagnósticos, resultados e intervenciones identificadas**

	Urgencias	Medicina Interna	Otras unidades <sup>1</sup>	Nivel de significación <sup>2</sup>
Diagnósticos (media por informe)	4,03 ± 1,62	3,42 ± 1,81	4,88 ± 2,75	F = 3,515; p = 0,032
Resultados (media por informe)	4,12 ± 1,98	3,37 ± 1,74	5,5 ± 4,03	F = 4,861; p = 0,009
Intervenciones (media por informe)	7,52 ± 5,15	4,96 ± 3,25	10,00 ± 8,70	F = 6,933; p = 0,001

<sup>1</sup>Cirugía, Traumatología, especialidades.

<sup>2</sup>Mediante análisis de la varianza de una vía.

probar el bajo número de intervenciones en el dominio fisiológico complejo que son recogidas en los informes, teniendo en cuenta que se trata de pacientes con varias enfermedades crónicas. La baja frecuencia de registro de intervenciones relacionadas con la Administración de fármacos resulta significativa. Pensamos que se debe a un infrarregistro por lo profesionales ya que se sabe que estos pacientes tienen múltiples tratamientos farmacológicos. Posiblemente las enfermeras no consideran las intervenciones de administración de fármacos como relevantes para incluirlas en los informes, seguramente debido a su elevada frecuencia.

En nuestros resultados se observa la concordancia entre la detección de problemas y los campos de intervenciones que se plantean para la solución de los problemas, en los que destacan como más frecuentes las agrupadas en los campos fisiológicos y conductuales.

En el estudio de correlaciones la presencia de un mayor número de diagnósticos, resultados e intervenciones se relacionó positivamente con la autonomía. Parece claro señalar que existe una relación matemática entre el grado de autonomía medido mediante el índice de Barthel y el número

total de diagnósticos, resultados e intervenciones. Ramírez Duque y cols., coinciden en que la comorbilidad es un factor relacionado con el deterioro funcional (24).

El presente estudio contribuye a subrayar la importancia de una adecuada valoración enfermera al alta, de cara a establecer estrategias preventivas y de seguimiento de este subgrupo poblacional para evitar su deterioro e ingresos hospitalarios innecesarios. La comunicación enfermera hospitalaria y de familia mediante el Informe de Continuidad de Cuidados al Alta es necesaria para una gestión eficaz de los recursos disponibles, tales como cuidados domiciliarios, ayudas económicas o medidas de apoyo a la cuidadoras.

Dado el carácter descriptivo de este estudio su máxima utilidad es identificar los principales problemas, resultados e intervenciones propuestas en los planes de cuidados al alta, y grupos de asociación entre ellos aportando datos para investigaciones futuras que mejoren la salud y calidad de vida de los pacientes pluripatológicos. De forma más global, los resultados del estudio permitirán realizar propuestas para la actualización de los planes de cuidados estandarizados en pacientes pluripatológicos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Van den Akker M, Buntinx F, Roos S, y cols. Problems in determining occurrence rates of multimorbidity. *J Clin Epidemiol* 2001; 54 (7): 675-9.
2. Cantalapiedra M. El envejecimiento demográfico en España. Fuentes Estadísticas. 2002; 68.
3. Zambrana García JL, Velasco Malagón MJ, Díez García F, Cruz Caparrós G, Martín Escalante MD, Adarraga Cansino, MD. Características clínicas diferenciales de los enfermos pluripatológicos hospitalizados en servicios de Medicina Interna. *Rev Clin Esp* 2005; 205 (9): 413-7.
4. Proceso asistencial integrado. Atención al paciente pluripatológico. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla, 2002.
5. García-Morillo JS, Bernabeu-Wittel M, Ollero-Baturone M, Aguilar-Guisado M, Ramírez-Duque N, González de la Puente MA, y cols. Incidencia y características clínicas de los pacientes con pluripatología ingresados en una unidad de Medicina Interna. *Med Clin* 2005; 125: 5-9.
6. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, Mackenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* 1987; 40: 373-83.
7. Walter LC, Brand RJ, Cousell SR, Palmer RM, Seth Landerfeld C, Fortinsky RH, Covinsky KE. Development and validation of a Prognostic Index for 1-year Mortality in older adults after hospitalization. *JAMA* 2001; 285: 2987-94.
8. Lee SJ, Lindquist K, Segal MR, Covinsky KE. Development and validation of prognostic Index for 4 years mortality in older adults. *JAMA* 2006; 295: 801-808.
9. Allen D. Telephone follow up for older people discharge from A&E. *Nursing Standard* 1997; 11 (46): 34-7.
10. Merchán MN, y cols. Alta de Enfermería. *Enfermería Científica* 1997; 180-181: 28-30.
11. Naylor M, y cols. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. *JAMA* 1999; 281 (7): 613-20.
12. Vidal O, Cifuentes E, Aranda O, Alcázar U. Informe de enfermería al alta hospitalaria. *Enfermería Clínica* 1999; 9 (2): 49-54.
13. Camacho A, Llanes E, García O, Romero M. Informe de enfermería al alta: el resumen de la historia de enfermería hecho realidad. *Rol de Enfermería* 1998; 235: 17-20.
14. Titler M, Dochterman J, Xie X, y cols. Nursing interventions and other factors associated with discharge disposition in older patients after hip fractures. *Nursing Research*; 55: 231-42.
15. Lavin MA, Avant K, Craft-Rosenberg M, Herdman TH, Gebbie K. Contexts for the study of the economic influence of nursing diagnoses on patient outcomes. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*; 15: 39-47.
16. McCloskey JC, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. *Nursing Interventions Classification* (3.ª ed.). Madrid: Harcourt, 2002.
17. Johnson M, Mass M, Moorhead S. Clasificación de Resultados de Enfermería. *Nursing Outcomes Classification* (2.ª ed.). Madrid: Harcourt, Mosby, 2003.
18. Von Krogh G, Dale C, Naden D. A framework for integrating NANDA, NIC, and NOC terminology in electronic patient records. *Journal of Nursing Scholarship*; 37: 275-81.
19. García Fernández, FP, Carrascosa García, MI. Resultados de las intervenciones enfermeras en el proceso pluripatológico para mejorar la práctica clínica. *Gerokomos* 2008; 19 (4): 170-176.
20. Flores E. Diagnósticos enfermeros en Atención Primaria en la población anciana mayor de 65 años. *Enf Clin* 1996; 6: 242-8.
21. López Alonso SR, Bravo Rodríguez M.ª C, Rich Ruiz M, Rodríguez Gómez S, Turrado Muñoz M.ª A, Armenteros Ortiz PJ. Las taxonomías enfermeras mejoran la información de los GDR para la gestión. *Rev Paraninfo Digital*. 2008. II(5). Acceso en: <http://0-www.index-f.com/para/n5/o074.php>
22. Bryant C, Jackson H, Ames D. Depression and anxiety in medically unwell older adults: prevalence and short-term course. *Int Psychogeriatr* 2009; 21 (4): 754-63.
23. Rivas Costa G, Domínguez Berjón MF, Astray Mochales J, Génova Maleras R, Rodríguez Laso A, Esteban Vasallo MD. Características epidemiológicas de la pluripatología y su influencia en la utilización de servicios sanitarios a partir de una encuesta de salud. *Rev Esp Salud Pública* 2009; 83: 835-846.
24. Ramírez Duque N, Ollero Baturone M, Bernabeu Wittel M, Rincón Gómez M, Ortiz Camuñez MA, García Morillo S. Características clínicas, funcionales, mentales y sociales de pacientes pluripatológicos. Estudio prospectivo durante un año en Atención Primaria. *Rev Clin Esp* 2008; 208 (1): 4-11.