

# La sesión clínica de cuidados. Finalidad y método

JOSEP ADOLF GUIRAO-GORIS\* y RAFAEL DEL PINO CASADO\*\*

\*Enfermero comunitario. Vocal IV de la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería (AENTDE). Profesor Asociado Departament d'Infermeria. Universitat de València. Centre de Salut de Torrent. Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana. Torrent. València. \*\*Enfermero. Coordinador de Enfermería. Vocal III de AENTDE. Profesor Asociado, EUE de la Universidad de Jaén. Distrito Sanitario de Linares-Andújar.

## Introducción

La disciplina enfermera se encuentra en la actualidad en un proceso de afianzamiento y desarrollo de los conocimientos que fundamentan el papel profesional autónomo. Una manera de profundizar en el conocimiento de la metodología de cuidados, su aplicación práctica y el intercambio de conocimientos empíricos de los cuidados dispensados a las personas es la realización de sesiones clínicas de cuidados.

Las sesiones clínicas de cuidados pueden tener un antecedente en las conferencias clinicopatológicas de la disciplina médica. Con estas conferencias coinciden en el objetivo de “contribuir a la formación continuada y de posgrado”<sup>1</sup>.

Las sesiones de enfermería han sido utilizadas en el ámbito docente como un método para que los alumnos de pregrado “apliquen y valoren los cuidados prestados a un paciente desde su ingreso hasta su alta o fallecimiento, con el objetivo de que los alumnos desarrollen la capacidad de expresión, exposición, discusión y análisis crítico”<sup>2</sup>. De forma similar la realización de sesiones clínicas de cuidado pueden ser consideradas un buen método para evolucionar desde una visión biomédica de la práctica profesional –que se caracteriza por un “pensamiento empírico-pragmático, poco reflexivo y no teorizador”<sup>3</sup>– hacia el desarrollo del pensamiento crítico y el desarrollo de la enfermería como ciencia humana práctica a través del análisis de la práctica reflexiva<sup>4</sup>.

Del mismo modo que sucede en la formación pregrado<sup>5</sup>, las sesiones clínicas de cuidados pueden ser utilizadas como método para afianzar y profundizar en la aplicación práctica del proceso enfermero<sup>6-9</sup>.

**Correspondencia:** Josep Adolf Guirao Goris. Profesor Angel Lacalle, 4-12. 46014 Valencia. adolf.guirao@ono.com

Aceptado para su publicación el 21-5-2001.

## Finalidad de las sesiones

Las sesiones clínicas de cuidados tienen una triple finalidad consistente, por un lado, en un análisis de la adecuación metodológica en las diferentes etapas del proceso enfermero (valoración, identificación de diagnósticos, elaboración y aplicación del plan de cuidados y evaluación), por otro, en un análisis de la adecuación de la intervención, la consecuente exploración de posibles alternativas de cuidado y la clarificación de los principios éticos que rigen dicha actividad, y en tercer lugar, el desarrollo de conocimiento disciplinario como ciencia humana práctica mediante el análisis de la reflexión en la acción y la evidenciación del conocimiento tácito.

### Análisis de la adecuación metodológica

Este análisis permitirá mejorar la utilización y la implantación del proceso de atención de enfermería (PAE), así como identificar criterios para las auditorías de proceso a la hora de utilizar la metodología de mejora de la calidad como motor de la implantación del PAE.

Dicho análisis aporta en la práctica el componente de continuidad necesario para garantizar una adecuada implantación y mejora del PAE en los servicios<sup>10</sup>.

Como criterios a utilizar en este análisis podemos identificar los siguientes:

- Valoración:
  - Idoneidad de fuentes.
  - Idoneidad de instrumentos.
  - Identificación de barreras y recursos.
  - Características de la información: exhaustiva (si se valoraron todos los aspectos que eran necesarios en el caso), objetiva y ágil (organización y registro).
  - Identificación de diagnósticos.
    - Proceso de razonamiento diagnóstico seguido (adecuación de las hipótesis diagnósticas, relación con los datos obtenidos en la valoración, etc.).

– Errores diagnósticos: omisión, diagnóstico erróneo, diagnóstico muy general, diagnóstico no confirmado<sup>11,12</sup>.

- Plan de cuidados.
- Proceso de asignación de prioridad.
- Formulación de objetivos.
- Características de los objetivos: observables y medibles, que establezcan comportamientos del usuario, realistas y derivados de un solo diagnóstico.
  - Tipo de objetivo elegido (corto o largo plazo).
  - Coherencia de objetivos y actividades con los diagnósticos identificados.
  - Identificación de soluciones a las barreras y falta de recursos identificados.
  - Registro de las actividades.
  - Evaluación.

### Análisis de la adecuación de la intervención

El análisis de la adecuación de la intervención puede realizarse desde la óptica de los distintos componentes de la calidad, pero fundamentalmente desde tres: calidad científicotécnica, efectividad y eficiencia.

La adecuación científicotécnica debe valorar la idoneidad en sí misma de la intervención de acuerdo con los estándares de calidad aceptados. La adecuación de la efectividad permite evaluar en qué medida la intervención ha solucionado el diagnóstico enfermero en el caso concreto. La adecuación de la eficiencia supone valorar el grado de solución del diagnóstico en función del consumo de recursos.

En el caso de que las intervenciones no sean adecuadas deberán de generarse alternativas de cuidado adecuadas. El análisis de la adecuación y posterior generación de alternativas pueden realizarse a partir de diversos tipos de fuentes. Para intentar clasificar dichas fuentes utilizaremos 2 criterios: el formato y la evidencia científica: *a)* en función del formato podemos distinguir: protocolos y/o guías de práctica clínica, publicaciones y la experiencia del grupo, y *b)* la evidencia científica, también denominada evidencia externa<sup>13</sup>, se define como la certeza que proporcionan las pruebas científicas obtenidas a través de la investigación que cumple determinadas exigencias metodológicas<sup>14</sup>. En función de dicha evidencia tenemos (en orden decreciente): investigación con un nivel aceptable de evidencia<sup>16</sup>: ensayos clínicos y estudios observacionales analíticos; protocolos y/o guías para la práctica clínica realizados a partir de la investigación de evidencia aceptable; experiencias sin contrastar (no evaluadas o evaluadas de forma no experimental o preexperimental), y protocolos realizados a partir de experiencias sin contrastar desde el punto de vista positivista.

Otro punto de vista es el de la evidencia interna o experiencia profesional<sup>17</sup> que se analizará más adelante en el análisis de la práctica reflexiva.

Se debe utilizar la mejor evidencia disponible, tanto interna como externa. No obstante, en la práctica nos encontramos con dos limitaciones: por un lado, las investigaciones sobre resultados de las intervenciones enfermeras son escasas y generalmente hacen referencia a experiencias en otros países, y por otro, a nivel de los servicios es difícil acceder a este tipo de fuentes. Esta escasez de fuentes se hace más patente en el análisis de la eficiencia, a pesar de que cada vez más deberemos tener este aspecto presente en función del entorno macroeconómico actual. Todo esto hace que muchas veces el análisis de la adecuación deba ser realizado provisionalmente según protocolos realizados a partir de experiencias sin contrastar o la propia experiencia del grupo.

Las alternativas de cuidado pueden ser utilizadas bien por el enfermero encargado de atender el caso para mejorar la atención prestada, bien para iniciar nuevas líneas de intervención/servicios en el centro, incorporando las evidencias a los planes de cuidados estandarizados, protocolos y/o manuales de normas y procedimientos del centro de trabajo. La importancia de esta forma de modificación de las prácticas profesionales por influencia de iguales queda justificada, según Aranda Regules<sup>20</sup>, en que las innovaciones en el centro de salud dependen más de factores asociados a la identidad de una organización (percepción que las personas que la constituyen tienen de cuál es su finalidad fundamental) y a la importancia del sistema profesional y sus mecanismos de influencia que a las demandas de los usuarios o a la influencia de la autoridad formal.

Pero, además, las dificultades para identificar alternativas de cuidado pueden utilizarse a modo de análisis de incidentes críticos para definir necesidades de formación, detectar problemas para ser abordados posteriormente en grupos de mejora de la calidad o generar problemas de investigación relacionados con la evaluación de las intervenciones.

Los grupos de mejora de la calidad orientados a la solución de problemas según el ciclo de Palmer<sup>21</sup> son un método eficaz para resolver problemas organizativos y de accesibilidad de los servicios. Las sesiones clínicas de cuidados pueden servir de plataforma para identificar estos problemas organizativos (criterios de inclusión en servicios, flujos de usuarios, etc.) y de accesibilidad (geográfica, cultural, horario de oferta, etc.). Según Vuori, probablemente menos de la mitad de las deficiencias de calidad son educativas y de actitudes, el resto son organizativas<sup>22</sup>.

Así, con sus repercusiones en la formación continuada, los programas de calidad y la investigación, las sesiones clínicas de cuidados se convierten no sólo en instrumentos de desarrollo profesional, sino también en potenciadores del papel profesional autónomo.

Todo este proceso puede verse reforzado si se actúa sobre los diagnósticos enfermeros prevalentes que previamente han debido de ser identificados en la población de referencia<sup>23</sup>. Al estudiar sólo casos con diagnósticos prevalentes se reduce el ámbito de estudio, potenciando así el efecto docente, y se establecen prioridades en las actuaciones posteriores de formación, calidad e investigación.

### El análisis de la práctica reflexiva

La evidencia interna ha sido definida como la experiencia profesional. Sin embargo, consideramos que la evidencia interna se puede identificar como aquella evidencia que surge del análisis de la práctica reflexiva. “A diferencia de la racionalidad técnica que define la acción profesional como la aplicación desde el exterior de una serie de reglas a una realidad ajena al profesional, la práctica reflexiva asume que el profesional forma parte de la realidad en la que interviene y que para entenderla es necesario comprender la forma en que él se relaciona con ella”<sup>24</sup>. Este enfoque de análisis es indisociable de los aspectos éticos. El saber moral o práctico es invocado cuando se toman decisiones prácticas, es, por tanto, un componente presente siempre en la acción profesional de la enfermera.

Desde una perspectiva de la reflexión en la acción, “el profesional se aproxima a los problemas que resuelve como si éstos fuesen un caso único. En la medida en que un caso nuevo presenta incompatibilidades con casos similares anteriores, es necesario que el profesional actúe de una nueva manera, dado que el conocimiento tácito que se activa en la acción no será suficiente para catalogarlo y actuar. En esos momentos se activa la reflexión en la acción, que es una conversación reflexiva con la situación problemática, la estructura del conocimiento tácito y los resultados de las acciones que se están llevando a cabo”<sup>25</sup>.

Después de la reflexión en la acción el profesional “puede reconstruir y comprender retrospectivamente sus procesos de reflexión en la práctica. El análisis se centrará en las características del problema, se cuestionará los procedimientos llevados a cabo para formular el problema y determinar su naturaleza, la formulación de objetivos, la selección de los cursos de acción realizada y las teorías implícitas, las comprensiones y los modos de presentar la realidad que se llevaron a cabo durante la acción”. Según Medina, la reflexión en la acción es similar a las investigaciones experimentales y consideraremos que el resultado de este análisis es la génesis de la evidencia interna.

“El conocimiento profesional que ha dominado en la disciplina enfermera ha estado inspirado en la doctrina racionalista basada en la filosofía positivista, aquella que defiende que la razón es la primera fuente de conocimientos y que es independiente de

la experiencia (...); sin embargo, en la actualidad se acepta un pluralismo epistemológico acerca del saber enfermero”<sup>26</sup>.

Medina cita a Carper<sup>27</sup> y Benner<sup>28</sup> como autoras que han defendido que las experiencias de las enfermeras son la fuente para el desarrollo teórico de la disciplina enfermera.

El análisis de la práctica reflexiva, la reflexión sobre la reflexión en la acción, nos va a permitir desarrollar el juicio clínico experto.

Según Benner, el juicio clínico experto deriva más de una comprensión global que analítica de la situación, y se basa en una valoración cualitativa y holística. Diferencia entre el “saber qué” y el “saber cómo”, el primero es un conocimiento acontextual, instrumental y teórico y es el que está presente en el currículum de formación de las enfermeras. El segundo es un conocimiento tácito y dependiente de la experiencia, y es este conocimiento el que hace de una enfermera experta al dotarla de dos características fundamentales:

– Esquemas de reconocimiento: habilidad perceptual que permite a una enfermera reconocer configuraciones y relaciones sin una especificación analítica de los componentes de un modelo o patrón.

– Sentido de saliencia: capacidad para distinguir aquellos datos relevantes de los que no lo son.

Las experiencias de implantación de la metodología de cuidados sugieren que las sesiones de cuidados y la formación posgrado influyen en el uso de los diagnósticos<sup>3,29</sup>. Una razón puede ser que las enfermeras con experiencia profesional pueden haber utilizado el proceso enfermero como un instrumento de análisis reflexivo de su práctica.

Es éste un argumento que podría indicarnos que las sesiones clínicas de cuidados pueden convertirse en un instrumento para el desarrollo del conocimiento disciplinario al convertir el conocimiento tácito, que apunta Benner, en conocimiento explícito.

Las 3 finalidades de las sesiones clínicas de cuidados deben estar presentes, aunque en la práctica la segunda y la tercera puedan pasar desapercibidas. No obstante, la importancia relativa de cada una varía con el tiempo. Cuando se está en una etapa de aprendizaje del proceso enfermero, en la práctica se debe asignar prioridad en mayor medida al análisis metodológico, dado que la calidad metodológica es uno de los fines que garantiza que el proceso enfermero sea un instrumento útil para la práctica y la calidad asistencial. Con posterioridad, cuando los enfermeros están capacitados en metodología, la principal finalidad es el análisis de la intervención y el desarrollo del pensamiento crítico mediante el análisis de la práctica reflexiva, siendo estas finalidades

las que dan permanencia en el tiempo a las sesiones clínicas de cuidados.

## Planificación de las sesiones

### Aspectos organizativos

Para poder garantizar el éxito de las sesiones clínicas de cuidados, dado que uno de los objetivos de las mismas es la formación continuada de los enfermeros, éstas deben organizarse dentro del horario laboral. También se hace necesaria la participación de todos los enfermeros en estas sesiones, tanto como ponentes como discentes.

Para la selección de los casos se podrán utilizar diferentes criterios (tabla 1).

Para garantizar la continuidad de las sesiones se debe designar en el seno de la sesión previa un enfermero que será el responsable o docente de la siguiente sesión. Una forma de mejorar la calidad metodológica de las sesiones suele ser la designación de una pareja de enfermeros docentes encargados de exponer un caso. Esto supone que ambos enfermeros han visto, han atendido y conocen el caso. Uno será el encargado de dirigir y llevar a cabo todo el proceso enfermero, mientras que otro tendrá un papel de espectador que permitirá tener otro punto de vista cuando con posterioridad se realice el análisis en la sesión. Además, la exposición conjunta de un caso tiene como efecto beneficioso colateral el de disminuir el pánico escénico de los enfermeros que no han hablado anteriormente ante un foro.

Otro modo de garantizar la continuidad de las sesiones, así como la homogeneidad en las exposiciones de los casos, puede ser la designación de una persona coordinadora de las mismas que, a la vez de promotor, realice funciones de asesoramiento a las enfermeras que van a exponer un caso por primera vez.

La programación debe estar en consonancia con las posibilidades organizativas del sistema, debiendo contener un cronograma y una programación mínima mensual.

**TABLA 1. Criterios de selección del caso**

En función del tipo de atención
Por tipo de usuario
Por tipo de programa
Por tipo de modalidad de atención: consulta de enfermería y visita domiciliaria
En función de la frecuencia de aparición de un problema
En función de la extensión del análisis metodológico
Todas las fases del PAE
Determinadas fases del PAE
En función de los conflictos y las repercusiones éticas que tenga el caso

PAE: proceso de atención de enfermería.

En las sesiones de cuidados es interesante que exista un secretario de la sesión, que recogerá los aspectos más interesantes de la sesión, el debate abierto y las conclusiones. Este informe, junto a la documentación elaborada por los discentes, puede ser distribuido entre los asistentes a la sesión con posterioridad.

### Partes que componen una sesión

#### *Exposición del caso*

En la exposición se debería seguir un esquema en el que se identificasen las fases del proceso: valoración, diagnóstico y plan de cuidados.

Al preparar el caso debemos pensar que el auditorio desconoce completamente el caso, mientras que el docente conoce muchos datos que incluso después de planificar la exposición no se van a suministrar a los discentes. Al exponer el caso es aconsejable que se aporten todos los datos que se consideren de relevancia y que con posterioridad determinan la identificación de un diagnóstico enfermero, los recursos con que cuenta la persona para resolver el problema, así como las barreras o dificultades para resolverlo. Debemos recordar que la valoración es la primera fase del proceso diagnóstico y, como tal, es un proceso de retroalimentación en el que la identificación de un dato considerado anormal origina nuevos interrogantes de valoración.

Por ello, en la exposición se debería plasmar cómo se fueron obteniendo los datos en la fase de valoración, es decir, qué vimos, qué nos llamó la atención, qué nos sugirió la situación, en qué problemas pensamos inicialmente, cuál fue el hilo argumental que nos llevó a identificar un problema, a qué experiencias anteriores nos recordó la situación, cómo se analizaron los datos y qué interrogantes llevaron a identificar un problema realizando un diagnóstico diferencial con otros diagnósticos plausibles. Esta parte del análisis será la fase clave porque los profesionales podrán tomar conciencia de cómo la experiencia descrita puede ser usada en posteriores experiencias y extraer cuáles son los principios generales abstraídos que subyacen en el caso. Este método coincide en parte con el método de aprendizaje experiencial<sup>31</sup> que se utiliza en la formación de pregrado de enfermeras.

Una vez expuestos los diagnósticos enfermeros identificados se procederá a plasmar cuál fue la prioridad asignada a los problemas identificados y cómo participó el usuario en dicho proceso.

En la elaboración del plan de cuidados es importante destacar cuál fue el plan de cuidados pactado con el usuario, cómo se individualizó en el caso de aplicar un plan estándar, si los objetivos pactados son mensurables y evaluables y si son objetivos a corto, medio o largo plazo y la motivación que llevó a

elegirlos de uno u otro tipo, así como si se utilizó algún tipo de lenguaje normalizado (NOC<sup>32</sup>, HHCC<sup>33</sup>, etc.).

Una recomendación que se realiza para que los objetivos formulados sean coherentes con los diagnósticos identificados es numerar tanto los diagnósticos como los objetivos, de modo que ambos tengan la misma numeración en la exposición.

Finalmente, es importante destacar cómo se tuvieron en cuenta los recursos de la persona, las barreras y la falta de recursos identificados al planificar los cuidados.

En cuanto a las intervenciones se identificarán qué estrategia y qué tipo de intervenciones se realizaron, así como si se utilizó algún tipo de lenguaje normalizado (NIC<sup>34</sup>, HHCC, etc.).

Finalmente, se expondrán cuáles fueron los resultados obtenidos y la evaluación del caso, y cómo se registró en la documentación clínica.

#### *Análisis metodológico*

En el análisis metodológico se utilizan los criterios descritos anteriormente. Se debe constatar que se han seguido las recomendaciones apuntadas en la exposición del caso.

Puede ser interesante recordar en este punto cuáles son los errores metodológicos más frecuentes:

- Los diagnósticos formulados no se basan en datos clínicos o éstos no se apuntaron en la exposición.
- No se formulan diagnósticos presentes de acuerdo con los datos aportados en la valoración.
- No se identifican factores etiológicos en el diagnóstico.
- Los objetivos del plan no son evaluables ni mensurables.
- Se formulan objetivos que no derivan de ninguno de los diagnósticos identificados.

#### *Análisis de la adecuación de la intervención y análisis de la práctica reflexiva*

El alcance del análisis de la adecuación de la intervención dependerá de las fuentes disponibles. Como mínimo se ha de plantear el análisis de la adecuación científicotécnica. Si es posible abarcar todo el espectro, el orden de análisis sugerido sería el siguiente: calidad científicotécnica, efectividad y eficiencia del plan de cuidados y aspectos éticos del caso.

El alcance de la utilidad de las alternativas de cuidado también es relativo y está en función de su nivel de evidencia. Si bien hay resultados que son independientes de la evidencia (la modificación del plan de cuidados, la detección de problemas organizativos, de necesidades docentes o de problemas de investigación), el resto estaría en función de dicho nivel de evidencia.

Para la realización de esta tercera parte de la sesión proponemos la participación de 2 enfermeros. Uno debería exponer y analizar una intervención de acuerdo con la evidencia interna disponible (análisis de la práctica reflexiva) abordando los componentes éticos, y el otro debería realizar una búsqueda bibliográfica, con referencia a la mejor evidencia científica disponible y la adecuación a los planes de cuidado estándar disponibles en la institución.

#### **Conclusiones**

Las sesiones clínicas de cuidados pueden ser un buen medio para implantar el proceso enfermero en la práctica asistencial. Mediante las diferentes perspectivas de análisis, su utilidad será creciente y permitirá la mejora de la práctica profesional, la evidenciación del conocimiento tácito, la creación de nuevos servicios, el planteamiento de problemas de investigación, la detección de necesidades docentes, la identificación de problemas organizativos y la elaboración y modificación de nuevas guías/protocolos.

#### **Bibliografía**

1. Conferencia Clinicopatológica en: Medicina clínica. Manual de estilo. Publicaciones biomédicas. Barcelona: Doyma, 1993.
2. Macías Rodríguez AC, Mena Navarro FJ, Rosillo Palacios AJ, Soriaño Nogales C. Las sesiones de enfermería. ¿Una necesidad para la formación en enfermería médico-quirúrgica? Sesiones para la Salud 1995; 12: 25-28.
3. Dasi MJ. De oficio a profesión. Bol de Enferm Comunitaria 1996; 2: 11.
4. Medina JL. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Barcelona: Ed Laertes-Psicopedagogía, 1999.
5. Macías Rodríguez AC. La metodología enfermera. Análisis de una realidad práctica a través de las sesiones de enfermería. III Simposium internacional de diagnósticos de enfermería. Libro de resúmenes: comunicaciones y posters. Pamplona: AENTDE, 2000; 80.
6. Martín Robledo E, García López F, Asenjo Esteve A. Diagnósticos de Enfermería. Estrategias de implantación. Rev ROL Enferm 1997; 22: 57-63.
7. Mañá González M, Mesas Sáez A, González López E. Diagnósticos de enfermería en el área de atención primaria de El Bierzo: punto de partida y estrategia de implantación. Enferm Clínica 2000; 10: 135-141.
8. Raña Lama CD. Diagnósticos de enfermería: líneas de investigación en atención primaria de salud. Enferm Científ 1999; 208-209: 28-30.
9. Del Pino Casado R, Frías Osuna A, Palomino Moral PA, Cantón Ponce D. Modelos en enfermería comunitaria. Rev ROL de Enfermería 1995; 207: 57-63.
10. Del Pino Casado R, Frías Osuna A, Palomino Moral PA, Cantón Ponce D. Modelos en enfermería comunitaria. Rev ROL de Enfermería 1995; 207: 57-63.
11. Boisvert C. Le raisonnement diagnostique: de l'intuition à la pratique. Lyon: Cahier AMIEC, 1991.
12. Alvarez Vicent A, Ruiz Villaespesa R. El diagnóstico de enfermería en atención primaria. Análisis de las ventajas y problemas en su utilización. En: III Jornadas Asociación de Enfermería Andaluza. El diagnóstico de enfermería. Jaén: ADEA, 1989; 25-32.
13. Rumbó Prieto JM, Castro Pastor A, Cobas Couto E, Movilla Fernández MJ, Rodeño Abelleira A, Romero Martín M. Proceso de atención de enfermería y cuidados de enfermería basados en la evidencia científica. Enferm Científica 1999; 208-209: 23-27.

14. Icart MT. La evidencia científica. Estrategia para la práctica enfermera. *Rol de Enfermería* 1999; 22: 185-190.
15. Icart MT. La evidencia científica. Estrategia para la práctica enfermera. *Rol de Enfermería* 1999; 22 (3): 185-190.
16. Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. Evaluación de la evidencia científica. *Med Clin (Barc)* 1995; 105: 740-743.
17. Rumbo Prieto MJ, Castro Pastor A, Cobas Conto E, Movilla Fernández MJ, Rodeño Abelleira A, Romero Martín M. Proceso de atención de enfermería y cuidados de enfermería basados en la evidencia científica. *Enferm Científica* 1999; 208-209: 23-27.
18. Medina JL. La pedagogía del cuidado: Saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Barcelona: Ed. Laertes-Psicopedagogía, 1999.
19. Medina JL. La pedagogía del cuidado: Saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Barcelona: Ed. Laertes-Psicopedagogía, 1999.
20. Aranda Regules JM. Gestión de innovaciones y cambio organizacional en los centros de salud. En: Aranda Regules JM, editor. Nuevas perspectivas en Atención Primaria de Salud. Una revisión de los principios de Alma-Ata. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1994; 269-308.
21. Palmer RH. Evaluación de la asistencia ambulatoria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
22. Vuori HV. El control de calidad en los servicios sanitarios. Conceptos y metodología. Barcelona: Masson, 1991.
23. Del Pino R, Ugalde M. Líneas de investigación en diagnósticos enfermeros. *Enfermería Clínica* 1999; 9: 115-120.
24. Medina, JL. La pedagogía del cuidado: Saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Barcelona: Ed. Laertes-Psicopedagogía, 1999; 207.
25. Medina, JL. La pedagogía del cuidado: Saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Barcelona: Ed. Laertes-Psicopedagogía, 1999; 208-211.
26. Medina, JL. La pedagogía del cuidado: Saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Barcelona: Ed. Laertes-Psicopedagogía, 1999; 210-215.
27. Carper, B. Fundamental patterns of knowing nursing. En: Nicoll L, editor. *Persepectives on nursing theories*. Filadelfia: Lippincott, 1978; 216-225.
28. Benner P. From novice to expert: powerand excellence in nursing practice. Palo Alto, Ca: Adisom-Wesley, 1984.
29. Puig González L, Martí Sotus M, Farras Salles P. Diagnósticos de enfermería en Atención Primaria. Situación actual en la provincia de Lérida. *Enferm Científ* 1995; 164-165: 47-53.
30. Del Pino R, Ugalde M. Líneas de investigación en diagnósticos enfermeros. *Enfermería Clínica* 1999; 9: 115-120.
31. Medina JL. La pedagogía del cuidado: Saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Barcelona: Ed. Laertes-Psicopedagogía, 1999; 240-251.
32. Iowa Outcomes Project. En: Johnson M, Maas M, Moorhead S, editores. *Nursing Outcomes Classification* (2.<sup>a</sup> ed.). St. Louis: Mosby, 2000.
33. Saba VK. Home health care classification (HHCC) of nursing diagnoses and interventions. *AMIA Fall Symposium*, 1997.
34. McCloskey JC, Bulechek GM, editores. *Nursing Interventions Classification (NIC)* (3.<sup>a</sup> ed.). St. Louis: Mosby-Year Book, 2000.