

Poder de explicación del diagnóstico enfermero en la actividad desarrollada en consulta de enfermería de pacientes crónicos en atención primaria

RAFAEL DEL PINO CASADO*, DOLORES CANTÓN PONCE**, ARACELI ALARCÓN JUÁREZ***,
ANA FUENTES MARTÍNEZ***, VICEN NAVAS ANGUIS***, M.^a CARMEN RINCÓN MONTILLA***
y RAFAELA RUIZ CEJUDO***

*Enfermero. Diplomado en Gestión Sanitaria. Coordinador de Enfermería del Distrito Sanitario de Linares.
Vocal de la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE).

**Enfermera. Adjunta de Enfermería. Centro de Salud San José. Linares.

***Enfermeras. Centro de Salud San José. Linares.

Resumen

Objetivo: Determinar el porcentaje de actividad de la consulta de enfermería de pacientes crónicos explicado por el diagnóstico de enfermería y por el diagnóstico médico.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo sobre una muestra de 340 historias de pacientes crónicos atendidos en consulta de enfermería de un centro de salud. La variable dependiente fue el tiempo dedicado por la enfermera, y la independiente el número y tipo de etiquetas diagnósticas enfermeras y de diagnósticos médicos. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante medidas de tendencia central y dispersión, frecuencias y regresión múltiple.

Resultados: El modelo es capaz de explicar el 62,92% de la variable dependiente, para una $p < 0,05$, siendo el porcentaje de explicación de las etiquetas del 58,50% y de los diagnósticos médicos del 4,42%.

Conclusión: Un porcentaje considerable de las actividades en la consulta de enfermería están explicadas por las etiquetas diagnósticas enfermeras, pudiendo plantearse la utilización de dichas etiquetas como predictor de las necesidades de cuidados.

Palabras clave: Producto enfermero. Diagnóstico de enfermería. Consulta de enfermería.

Correspondencia: R. del Pino Casado.
Ibáñez Marín, 5, bloque C, 3.º D. 23740 Andújar. Jaén.
Correo electrónico: rdelpinoc23@small.ocenf.org

Aceptado para su publicación el 23-6-2000.

The power of explanation of the nursing diagnosis in the activity developed in the nursing consultation of chronic patients in primary health care

Aim: To determine the percentage of activity in nursing consultation of chronic patients established by nursing and medical diagnoses.

Material and methods: A retrospective, observational study was performed in a sample of 340 medical histories of chronic patients attended in a nursing consultation in a health care center. The dependent variable was the time devoted by the nurse and the independent variable were the number and type of nursing and medical diagnosis labels. Statistical analysis was carried out with central and dispersion trends, frequencies and multiple regression.

Results: The model was able to explain 62.92% of the dependent variable with $p < 0.05$. The percentage of explanation of the labels was 58.50% for the nursing diagnoses and 4.42% for the medical diagnoses.

Conclusion: A considerable percentage of the activities in nursing consultations are explained by the diagnostic nursing labels, and therefore the use of such labels may be used as predictors of health care needs.

Key words: Nursing product. Nursing diagnosis. Nursing consultation.

Introducción

La definición y medición del producto sanitario suponen en la actualidad una de las principales herramientas en gestión sanitaria.

La definición de un producto permite conocer de una manera más exacta no sólo el volumen, sino también el tipo de actividad, en términos comparables y con posibilidad de asignación de costes, al posibilitar la construcción de indicadores para la toma de decisiones que aglutinen información asistencial y económica. Este conocimiento puede ser utilizado en los siguientes fines: una mejor gestión interna, la calidad, la valoración de la eficiencia, una mejor asignación de los recursos entre los proveedores, el pago por proceso y la planificación¹.

Aunque la línea de trabajo de medición del producto sanitario médico está bastante desarrollada (sobre todo en atención especializada), la definición y medición de la aportación de la enfermera al producto sanitario configuran un problema conceptual de reciente planteamiento en el Estado español²⁻⁷.

Este hecho se acrecienta en la atención primaria (AP), donde las experiencias de medición del producto enfermero son puntuales aunque alentadoras, encontrándose en una etapa inicial de definición de: a) catálogos de actividades en el ámbito general⁸ y en el de la visita domiciliaria⁹; b) contabilidad de costes por actividad⁹⁻¹¹, y c) contabilidad de costes por grado de dependencia¹². Sí existen, sin embargo, experiencias más desarrolladas en otros países (sobre todo en Norteamérica), generalmente aplicadas a la atención domiciliaria y operativizadas a través de sistemas de clasificación de pacientes que predicen consumo de recursos humanos basándose en el diagnóstico enfermero¹³, niveles de cuidado¹⁴, dimensiones del cuidado¹⁵ o resultados esperados de las intervenciones¹⁶.

El presente trabajo parte de la necesidad de continuar profundizando y esclareciendo la definición y medición del producto enfermero en los servicios de atención primaria. Concretamente, parte de la hipótesis de que, amén de otros factores, la actividad de la enfermera en AP está explicada en parte por condiciones específicas relacionadas con los requisitos de cuidado y manifestadas por el diagnóstico de enfermería, y en parte por el diagnóstico médico (actividades de colaboración y delegadas). De cumplirse, esto haría que la medición del producto enfermero mediante sistemas basados en el diagnóstico médico sea sinónimo de anular una parte del campo de actuación de la enfermera¹⁷.

En este sentido, son varios los autores que han demostrado la falta de idoneidad de los sistemas de medición basados en el diagnóstico médico (concretamente los GRD, o Grupos Relacionados con el

Diagnóstico) para medir el producto enfermero. Así, Halloran¹⁸ demuestra que el diagnóstico de enfermería explica el 52,4% de las cargas de trabajo de la enfermera/o en el hospital, frente al 26,3% explicado por los GRD. Por otro lado, Skydell¹⁹ afirma que el coste de los salarios de las enfermeras/os hospitalarios tiene variaciones dentro de un mismo GRD de hasta el 106%.

La experiencia aquí descrita se ha llevado a cabo en el Distrito Sanitario de Linares, en cuyos centros las enfermeras utilizan las etiquetas diagnósticas de Autocuidados Cotidianos^{20,21} para diagnosticar los problemas que atienden.

Dichas etiquetas nacen a mediados de la década de los 80, con la necesidad de definir el nuevo rol profesional enfermero en atención primaria. A partir de una serie de seminarios de trabajo caracterizados fundamentalmente por la participación de enfermeras asistenciales, y mediante una metodología inductiva, se llega a la identificación y estandarización de los problemas que se atienden en el centro de salud. Realizamos todo el proceso a partir de las clasificaciones diagnósticas disponibles en ese momento, concretamente la propuesta por Campbell²² y la clasificación de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) publicada por Carpenito²³ y utilizando como marco conceptual la teoría del déficit de autocuidado y el concepto de autocuidado de D. Orem²⁴. Todo ello se hizo con la finalidad de elaborar una clasificación que reuniera las siguientes características:

a) Aplicabilidad, a través de la sencillez y agilidad de la clasificación. Al dejar una taxonomía con 8 etiquetas, se consigue una clasificación sencilla y ágil de implantar. Dicha aplicabilidad puede verse reflejada de forma indirecta en los distintos estudios descriptivos de diagnósticos realizados²⁵ y en los diferentes instrumentos desarrollados, como es el caso de los protocolos en los distintos programas de salud²⁶.

b) Reproducibilidad: La sencillez no debe estar reñida con la representación del mayor número posible de problemas. En la validación por expertos que se ha llevado a cabo²⁷, los expertos no han encontrado ningún problema que no pueda ser identificado por las etiquetas definidas.

c) Adaptación al contexto cultural y profesional, de forma que se dé respuesta a las diversas variables sociosanitarias propias del contexto en el que se desarrolla. Dichas variables están relacionadas con aspectos del sistema de valores, con diferencias de hábitos, con las características del sistema sanitario y, sobre todo, con las funciones asumidas u otorgadas a la enfermera²⁸.

Así se llega a la definición de las siguientes etiquetas: falta de conocimientos, dificultad, incapacidad, rechazo, molestias, inestabilidad e indicios de detección. Estas etiquetas se describen en el anexo 1.

Anexo 1. Etiquetas diagnósticas de autocuidados cotidianos

Etiquetas que indican déficit de autocuidado

Responden a la pregunta: ¿Es capaz el paciente de realizar los cuidados por sí mismo?

Falta de conocimientos sobre (especificar)

Definición: La persona no es eficaz en la realización de la tarea específica por falta de información y/o adiestramiento básico ante una situación nueva.

Valoración: a) Datos subjetivos: preguntas del individuo acerca de información concreta o la falta de éstas, y respuestas equivocadas; b) datos objetivos: presencia de comportamientos inapropiados por información y/o adiestramiento básico inadecuados.

Dificultad para (especificar)

Definición: La persona (o la familia) no realiza o realiza parcialmente el autocuidado y necesita supervisión y/o suplencia parcial.

Valoración: a) Datos subjetivos: la persona (o familia) dice que le es difícil o es incapaz de conseguir una solución/objetivo, describe métodos de solución sin éxito, aunque puede no haber intentado ninguno; b) datos objetivos: posee capacidad funcional y conocimientos para realizar el autocuidado.

Incapacidad para (especificar)

Definición: La persona (o la familia) no realiza el autocuidado y necesita suplencia total.

Valoración: a) Datos subjetivos: la persona dice que es incapaz de cuidar de sí misma, cuenta intentos de autocuidado y/o solicita ayuda para realizar el autocuidado; b) datos objetivos: no posee capacidad funcional (física y/o psíquica) para realizar el autocuidado.

Rechazo a (especificar)

Definición: La persona y/o familia se desvían de los consejos y recomendaciones dados por los profesionales de la salud (plan de cuidados), no queriendo hacer intentos de realizar el autocuidado (negación expresa total o parcial), una vez iniciado el proceso de relación. Existe fracaso terapéutico y/o deterioro del proceso de relación y se hace necesario un cambio de estrategia.

Valoración: a) Datos subjetivos: el paciente o la familia manifiestan que no ven las ventajas de seguir el plan de cuidados; las experiencias anteriores o experiencias similares fueron ineficaces; b) datos objetivos: la persona o la familia no realizan el plan de cuidados.

Etiquetas que indican déficit de bienestar

Responden a la pregunta de ¿está incómoda la persona?

Molestias por (especificar)

Definición: Experiencia desagradable de sensaciones físicas (calor, frío, sequedad de boca, intensidad del sonido) o psíquicas (ansiedad, frustración).

Valoración: a) Datos subjetivos: la persona describe la experiencia como una sensación desagradable; b) datos objetivos: puede presentar comportamientos como quitarse o aflojar un vendaje apretado, buscar una manta si tiene frío, pedir ayuda para paliar el dolor, etc.

Etiquetas que indican déficit de seguridad

Engloban aquellos problemas que suponen un riesgo para la salud de la persona.

Inestabilidad de (especificar)

Definición: La persona, ante un proceso ya diagnosticado, presenta signos inestables que indican un desequilibrio fisiológico y/o psicológico que amenazan la integridad del sistema corporal.

Valoración: a) Datos subjetivos: la persona puede expresar los síntomas o no; b) datos objetivos: la persona presenta signos inestables que pueden indicar un desequilibrio que amenace la salud.

Indicios de detección de (especificar)

Definición: La persona presenta, por primera vez, signos anormales significativos de una alteración de la salud.

Valoración: a) Datos subjetivos: la persona puede contar signos significativos; b) datos objetivos: durante el reconocimiento presenta hallazgos que no entran dentro de los límites normales estándar.

Lesión de (especificar)

Definición: Heridas que precisan atención sanitaria. **Valoración:** a) Datos subjetivos: el paciente se queja de dolor en una zona determinada e informa de la causa que provocó la lesión; b) datos objetivos: se observan signos tales como hematoma, eritema, infección local, herida abierta, etc.

El objetivo del presente trabajo es determinar el porcentaje de actividad de la consulta de enfermería de pacientes crónicos que está explicado por el diagnóstico de enfermería y por el diagnóstico médico.

Material y métodos

Llevamos a cabo un estudio observacional retrospectivo en un centro de salud del Distrito Sanitario de Linares sobre usuarios incluidos en el programa de atención a pacientes crónicos y atendidos en consulta de enfermería en el año 1996 (un to-

tal de 3.020). Para ello, se obtuvo una muestra de 340 usuarios (pacientes crónicos) con un error del 5% y precisión del 5%, elegidos por muestreo aleatorio sistemático de historias.

Las variables utilizadas fueron: a) como variable dependiente, el tiempo dedicado por la enfermera en cada episodio, considerándose episodio a un usuario atendido durante el período de estudio; b) como variables independientes, las etiquetas diagnósticas enfermeras –falta de conocimientos, dificultad, incapacidad, rechazo, molestias, inestabilidad e indicios de detección–, y los diagnósticos mé-

Anexo 2. Actividades y unidades relativas de valor

Tipo	Actividad	URV
Valoración	Alimentación	15
	Eliminación	5
	Higiene	5
	Actividad	8
	Sueño	7
	Conocimientos-actitud paciente	7
	Conocimientos-actitud familia	7
	Medicación	9
	Signos-síntomas	8
	Uso servicios	5
Exploración	Recursos autocuidado	6
	Hábitos tóxicos	5
	Presión arterial	3
	Frecuencia cardíaca	1
	Frecuencia respiratoria	1
	Peso/talla	2
	Glucemia	3
	Índice de masa corporal	4
	Peso ideal	4
	Alimentación: conocimientos	22
EPS	Alimentación: solución de problemas/mantenimiento	40
	Eliminación	8
	Higiene	8
	Ejercicio físico: conocimientos	10
	Ejercicio físico: solución de problemas/mantenimiento	50
	Sueño	10
	Estrés	20
	Tiempo libre	6
	Conocimientos-actitud: refuerzo	5
	Medicación: conocimientos	13
	Medicación: solución de problemas/mantenimiento	18
	Medicación: adiestramiento en técnicas	25
	Seguridad-bienestar: conocimientos	11
	Seguridad-bienestar: adiestramiento en autocontrol	20
	Uso servicios sanitarios	7
	Hábitos tóxicos: conocimientos	8
	Hábitos tóxicos: solución de problemas/mantenimiento	50

dicos incluidos en el programa de atención a pacientes crónicos –hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus, limitación crónica del flujo aéreo (LCFA), obesidad y artrosis. El tiempo se ha medido en unidades de actividad, resultantes de multiplicar las unidades relativas de valor (URV) asignadas a cada actividad en razón del tiempo estimado en realizarla, por el número de veces que se presenta la actividad en el episodio evaluado. En las etiquetas se ha medido el número de éstas por usuario, ya que puede presentarse más de una vez por persona.

Antes de la recogida de datos se definió mediante expertos el listado de actividades y las URV asigna-

das a cada actividad (anexo 2).

La información se obtuvo de las historias clínicas de los usuarios incluidos en el estudio. Para evitar posibles sesgos, se eligió un centro con un buen grado de registro en la historia y una adecuada implantación de protocolos.

Los datos se han tratado estadísticamente mediante medidas de tendencia central y dispersión, frecuencias y regresión múltiple, contando para ello con el paquete informático EPIINFO v. 6.0.

Resultados

La media de edad de los sujetos estudiados era de 66,82 años; el 38,5% eran varones y el 61,5% mujeres. De todos ellos, el 82,4% está diagnosticado de HTA, el 31,8% padece diabetes mellitus, el 17,4% obesidad, el 10,3% LCFA y el 6,8% tiene artrosis.

La media de diagnósticos enfermeros por paciente crónico es de 1,75 (desviación estándar: 1,59). Los resultados de las distintas etiquetas aparecen en la tabla 1. Cabe destacar, no obstante, la dificultad (media, 0,61; desviación estándar, 0,88), la inestabilidad (media, 0,42; desviación estándar, 0,85) y la falta de conocimientos (media, 0,39; desviación estándar, 0,74).

Una vez realizada la regresión múltiple, el modelo es capaz de explicar el 62,92% de la variable dependiente, para una $p < 0,05$, siendo el porcentaje de explicación de las etiquetas del 58,50% y de los diagnósticos médicos del 4,42%. En la tabla 2 aparecen los resultados de la R^2 de las distintas variables independientes. En este sentido, hay que comentar que la etiqueta que mayor explicación aporta es la de dificultad (32,64%).

Discusión

De los resultados obtenidos puede deducirse que, en el centro estudiado, un porcentaje considerable de las actividades en la consulta de enfermería están explicadas por la etiqueta diagnóstica. Además hemos de tener en cuenta que un solo problema

TABLA 1. Medias y desviación estándar de las distintas etiquetas diagnósticas

Variable	Total	Media	Desviación estándar
Falta de conocimientos	134.000	0,394	0,743
Dificultad	209.000	0,615	0,887
Incapacidad	2.000	0,006	0,077
Rechazo	12.000	0,035	0,200
Molestias	70.000	0,206	0,609
Indicios	23.000	0,068	0,274
Inestabilidad	144.000	0,424	0,850
Lesión	1.000	0,003	0,054
Total	595.000	1,750	1,593

TABLA 2. Porcentaje de explicación de las distintas variables independientes

Variable	R ²
Falta de conocimientos	0,12761
Dificultad	0,32644
Incapacidad	0,00093
Rechazo	0,03527
Molestias	0,06572
Indicios	0,00516
Inestabilidad	0,02375
Lesión	0,00006
Hipertensión arterial	0,00050
Diabetes	0,00727
Limitación crónica al flujo aéreo	0,00099
Obesidad	0,03360
Artrosis	0,00180

(dificultad) explica el 32,64% de la actividad, lo cual refleja la influencia que sobre la actividad de la enfermera tiene la presencia de este problema en el ámbito de la consulta de enfermería.

Estos resultados pueden considerarse similares a los obtenidos por Halloran¹⁸ en su estudio en atención especializada, en lo que respecta a la contribución del diagnóstico enfermero. En la parte de contribución del diagnóstico médico existen diferencias, de manera que es muy superior la aportada por Halloran, pero hay que tener en cuenta que este autor mide GRD y que nuestro estudio se realiza sólo en la consulta de enfermería, lo cual hace que el apartado de contribución a la atención de los problemas médicos no sea muy comparable. En este sentido, si partimos del hecho de que existen modalidades de atención de enfermería en el centro de salud que consisten en tareas delegadas del diagnóstico y tratamiento médico (como son los servicios comunes o sala de curas y los avisos a domicilio), tendremos que concluir que de realizar el mismo estudio sobre toda la actividad enfermera del centro de salud, presumiblemente aumentaría la contribución del diagnóstico médico.

Debido a la población en la que se realizó el estudio, las conclusiones sólo son extrapolables al centro de salud estudiado. Por otro lado, creemos que el sesgo de selección que podría suponer el haber realizado el estudio de forma retrospectiva en base a historias, queda minimizado por el hecho de haber sido realizado en un centro con un alto grado de registro del proceso de atención de enfermería en la historia, con un adecuado grado de implantación y seguimiento de protocolos y donde todos los enfermeros utilizan la misma taxonomía diagnóstica para identificar problemas.

Los resultados obtenidos pueden servir de base para plantear la utilización de la etiqueta diagnóstica, es decir, de los tipos de problemas que la enfermera atiende en su faceta independiente (que en definitiva pueden considerarse como dimensiones y niveles de

cuidado), como predictor de las necesidades o requisitos de cuidados y, por tanto, de las cargas de trabajo y los costes de personal, aspectos estos fundamentales en cualquier sistema de clasificación de pacientes desde la perspectiva enfermera²⁹. Y todo ello para su utilización en la evaluación de los patrones de decisión de cuidados, la asignación de recursos humanos, la evaluación de la eficiencia o un posible pago por proceso. Este enfoque permitiría ampliar la perspectiva de muchos de los estudios realizados hasta ahora⁹⁻¹¹, que al medir sólo actividad y no tipos de usuarios atendidos, no son suficientes para evaluar eficiencia (al no poderse determinar si los resultados obtenidos se deben al grado de eficiencia o a la diversidad de usuarios atendidos según la necesidad de cuidados). Además, posibilitaría el desarrollo de sistemas de clasificación de pacientes basados en el cuidado enfermero similares a los elaborados en otros contextos¹³⁻¹⁶, pero sin limitaciones de implantación en nuestro medio, o bien el desarrollo de sistemas de medición del producto en salud que contemplen las necesidades de cuidado enfermero.

En la actualidad, en nuestro país no está instaurado ningún sistema de clasificación de pacientes para medición del producto en salud en los servicios de atención primaria, y los candidatos a instaurarse^{30,31} no contemplan las necesidades de cuidado enfermero. De llevarse a cabo sin tener en cuenta estas necesidades, quedaría anulada una parte importante del campo de actuación enfermero. Probablemente este hecho no tenga excesiva repercusión a la hora de financiar prospectivamente un área de atención primaria, ya que el porcentaje que suponen los costes de los profesionales de enfermería respecto del total del gasto no es muy elevado, pero es fundamental para la gestión interna de los cuidados enfermeros. Otra consecuencia negativa recaería directamente sobre la viabilidad de las direcciones de enfermería y de la función directiva de las enfermeras/os, tan cuestionadas actualmente. Poniendo dicha consecuencia en positivo, y en coincidencia con lo afirmado por Martínez Riera³², la existencia de un producto final enfermero diferenciado del producto médico afianza la necesidad de una línea directiva específica enfermera en la organización sanitaria.

No obstante, para el desarrollo del enfoque que propone este trabajo, se hacen necesarios nuevos estudios que permitan confirmar los hallazgos de éste a mayor escala, y explorar la influencia de otras variables en las necesidades de cuidados como, por ejemplo, la edad, el sexo, el nivel de instrucción de los usuarios y otros.

Por último, debemos comentar que la utilización de las etiquetas diagnósticas de autocuidados cotidianos nos ha permitido llegar a los resultados obtenidos y, en definitiva, explorar nuevos enfoques en la

medición del producto enfermero. Somos conscientes de que en la actualidad estamos en camino hacia un futuro y deseable lenguaje enfermero común, puede que representado hoy por hoy por el incipiente proyecto de la Clasificación Internacional para la Práctica de la Enfermería (CIPE), del Consejo Internacional de Enfermería³³. Creemos, en este sentido, que cualquier experiencia en el terreno de las clasificaciones diagnósticas, siempre que se desarrolle con una base científica (marco conceptual, validación, etc.), puede apoyar y enriquecer el proceso de creación del lenguaje común. Esta creencia se basa en el hecho de que desde la diversidad (profesional, cultural, epidemiológica, etc.) puede mejorarse todo el proceso de construcción. Por tanto, somos conscientes de que la utilidad de la clasificación de autocuidados cotidianos, además de lo aquí expuesto, reside fundamentalmente en la posibilidad de enriquecer este lenguaje enfermero común y de mejorar otras clasificaciones más elaboradas y desarrolladas, como la clasificación de la NANDA³⁴.

Bibliografía

1. Andrés A. El papel de la definición del producto en la nueva gestión hospitalaria. *Todo Hospital* 1989; 58: 51-55.
2. De Pedro J. ¿Existe producto-servicio enfermero? *Enfermería Clínica* 1993; 3: 213-214.
3. Galindo A, Porras S, Gómez FJ, Nogueira P. Definir el producto enfermero. *Rol de Enfermería* 1994; 191-192: 96-97.
4. Soldevilla JJ. El producto enfermero en enfermería geriátrica. *Gerokomos* 1995; 6: 1-2.
5. Palomino PA, Frías A, del Pino R. Los productos enfermeros en Atención Primaria de Salud: aproximación desde el marco de cuidados. *Enfermería Clínica* 1995; 5: 72-75.
6. Hernández RM. La medición del producto enfermero. *Enfermería Clínica* 1995; 5: 111-118.
7. Asociación Nacional de Directivos de Enfermería. Gestión del producto enfermero. Madrid, 1996.
8. Duarte G, Montesinos M, Sadurní A, Sicilia I, Aparicio C. Definición de un catálogo de intervenciones de enfermería y su utilización como hoja de registros de las actividades de enfermería en las consultas de Atención Primaria. *Enfermería Clínica* 1998; 8: 203-209.
9. De Francisco MA. Análisis del coste de la visita domiciliar a inmovilizados. Aproximación al estudio de la eficiencia. *Atención Primaria* 1997; 19: 110-116.
10. Miguel A. Descripción de costes de enfermería en el programa de atención domiciliar. *Centro de Salud* 1996; 4: 90-93.
11. Martínez JR. Las úlceras de piel: necesidad de cuidados y aproximación al producto enfermero. *Centro de Salud* 1997; 5: 380-386.
12. Villacañas E, Domínguez M, Del Pino B, Monleón M, Nieto E, Casado A. Atención domiciliar: el producto enfermero y el coste del mismo según el nivel de dependencia de los usuarios atendidos desde Atención Primaria. *Centro de Salud* 2000; 8: 30-32.
13. Harris MD, Santoferrano C, Silva SA. A patient classification system in home health care. *Nurs Econ* 1985; 3: 276-282.
14. Algera-Osinga JT, Halfens R, Hasman A, Wiersma D. A Dutch patient classification system for community care. *JONA* 1994; 24: 32-38.
15. Peters DA. Development of a community health intensity rating scale. *Nurs Res* 1988; 37: 202-207.
16. Harris MD, Peters DA, Yuan J. Relating quality and costs in a home health care agency. *Qual Rev Bull* 1987; 13: 176-181.
17. Del Pino R. Medición del producto y diagnósticos enfermeros. *Bol Enferm Comunit* 1997; 3: 14-15.
18. Halloran E. Nursing workload, Medical Diagnoses Related Groups, and nursing diagnoses. *Res Nurs Health* 1985; 8: 421-433.
19. Skydell B, Arndt M. The price of nursing care. *Nurs Clin North Am* 1988; 23: 493-501.
20. Del Pino R, Frías A, Palomino PA, Cantón D. Modelos en enfermería comunitaria. *Rol de Enfermería* 1995; 207: 57-63.
21. Del Pino R. Metodología de trabajo en Enfermería Comunitaria. Capítulo 14. En: Frías A, editor. *Enfermería Comunitaria*. Barcelona: Masson, 2000; 165-184.
22. Campbell C. Tratado de Enfermería: Diagnóstico y Métodos. Barcelona: Doyma, 1987.
23. Carpenito LJ. Nursing diagnosis: application to clinical practice. Filadelfia: J.B. Lippincott Company, 1989.
24. Orem DE. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson-Salvat, 1993.
25. Rodríguez D, Frías A. III Jornadas de la Asociación de Enfermería Andaluza: el diagnóstico en enfermería. Jaén: Asociación de Enfermería Andaluza, 1992.
26. Del Pino R, Frías A, Alguacil F et al. Protocolo de atención de enfermería al paciente diabético. Un enfoque desde el autocuidado. *Index de Enfermería* 1992; 1: 46-51.
27. Frías A, Del Pino R, Germán Bés C. Validación de la taxonomía diagnóstica de los problemas identificados con mayor frecuencia por los enfermeros en pacientes con HTA en atención primaria. *Enfermería Clínica* 1993; 3: 102-108.
28. Cuesta Zambrana A, Guirao Goris JF, Benavent Garcés A. Diagnóstico de Enfermería. Adaptación al contexto español. Madrid: Díaz de Santos, 1994.
29. De Groot HA. Patient classification system evaluation. Part 1: essential system elements. *JONA* 1989; 19: 30-35.
30. Juncosa S, Carrillo E, Bolibar B, Prados A, Gervás J. Sistemas de clasificación en grupos iso-consumo (case-mix) en atención ambulatoria. Perspectivas para nuestra Atención Primaria. *Atención Primaria* 1996; 17: 76-84.
31. Juncosa S, Bolibar B. Un sistema de clasificación de pacientes para nuestra atención primaria: los ambulatory care groups (ACGs). *Gaceta Sanitaria* 1997; 11: 83-94.
32. Martínez IR. Análisis de la función gestora de enfermería en Atención Primaria de Salud. *Revista de Administración Sanitaria* 1998; 2: 135-150.
33. Consejo Internacional de Enfermeras. Clasificación Internacional para la Práctica de la Enfermería. Versión alfa. CIE, 1998.
34. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos enfermeros de la NANDA. Definiciones y clasificación, 1999-2000. Madrid: Harcourt, 1999.