



# **UNIVERSIDAD DE GRANADA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

## **TESIS DOCTORAL**

**Construcción y validación de un sistema de evaluación  
del nivel de dependencia para el cuidado de pacientes  
hospitalizados**

**Ana María Porcel Gálvez**

**Directores: Carmen Villaverde Gutiérrez y José Miguel Morales Asencio**

**Granada, Abril 2011**

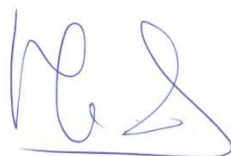
Editor: Editorial de la Universidad de Granada  
Autor: Ana María Porcel Gálvez  
D.L.: GR 4520-2011  
ISBN: 978-84-694-5753-5



Dña. Carmen Villaverde Gutiérrez, Doctora en Medicina y Cirugía, Profesora Titular de Fisiología de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Granada.

**CERTIFICA:** Que la memoria de tesis doctoral que presenta Dña. Ana María Porcel Gálvez, a superior juicio del tribunal que la Comisión de Doctorado de la Universidad de Granada designe, sobre el tema **“Construcción y validación de un sistema de evaluación del nivel de dependencia para el cuidado de pacientes hospitalizados”** ha sido realizada bajo su dirección, reuniendo a su juicio las condiciones necesarias para su presentación y posterior defensa en sesión pública ante el mencionado tribunal.

Granada, 15 abril de 2011.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'C. Villaverde', written in a cursive style.

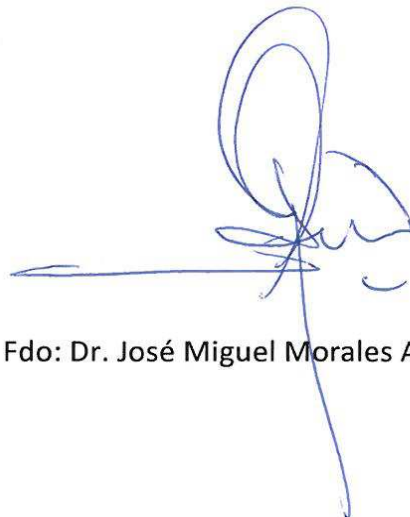
Fdo: Dra. Carmen Villaverde Gutiérrez



D. José Miguel Morales Asencio, Doctor en Economía de la Salud, Profesor Contratado Doctor de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia, Podología y Terapia Ocupacional de la Universidad de Málaga.

**CERTIFICA:** Que la memoria de tesis doctoral que presenta Dña. Ana María Porcel Gálvez, a superior juicio del tribunal que la Comisión de Doctorado de la Universidad de Granada designe, sobre el tema **“Construcción y validación de un sistema de evaluación del nivel de dependencia para el cuidado de pacientes hospitalizados”** ha sido realizada bajo su dirección, reuniendo a su juicio las condiciones necesarias para su presentación y posterior defensa en sesión pública ante el mencionado tribunal.

Granada, 15 de abril de 2011.



Fdo: Dr. José Miguel Morales Asencio



**A mis padres, por su amor  
y por ser un ejemplo de vida**





## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar quería agradecer a la Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir, donde “me crié”, el permitirme “ser enfermera” tal y como mis profesoras de la Escuela me habían enseñado (gracias Aurora). Especialmente reconocer a mis amigos y compañeros Francis y Analó, sin ellos ésta idea no habría cuajado, y a Rosa Oliveros que en su afán de gestionar unos cuidados de excelencia apostó por ella. También a la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía por financiar el proyecto de investigación del que ha resultado esta tesis; y en definitiva, a todo mi grupo de investigación “P-161” por su dedicación al proyecto y por el enorme esfuerzo realizado.

A mis nuevas compañeras y ahora también amigas, Eugenia, Marta y Fátima que siempre me alentaron y han vivido mi día a día.

Este trabajo se ha realizado gracias al esfuerzo de muchas personas, pero sobre todo al de mis directores de tesis. Por ello quiero expresar mi más profundo agradecimiento a los profesores Villaverde Gutiérrez y Morales Asencio.

Aunque dejo éste epígrafe central, para dedicarlo con toda la humildad del mundo a mi “maestro”, gracias Jose Miguel. Gracias por tu paciencia, por tus correos, por estar ahí y seguir ahí, sin tí esta aventura seguiría siendo un sueño. De nuevo gracias por enseñarme tantas veces y por corregirme aún más. Sin duda alguna, desde que me puse “las gafas enfermeras” ha sido imposible quitármelas, no puedo y no quiero.

Finalmente, quiero agradecer a mi familia su permanente aliento y cariño. A mi padre que siempre respetó mis decisiones, me apoyó y alentó, a mi madre a quien se lo debo todo y a mis dos maravillosas hermanas, que me han dado fuerza para seguir.

Considero que este trabajo es “mi niña”, pero es también un poco de todos los mencionados, aunque muy especialmente lo es de los dos hombres de mi vida: mi compañero de viaje y mi hijo del alma, a los que quiero “hasta las estrellas”, Antonio y Nacho.



<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>PÁGINA</b>
1.1. CONCEPTO DE SALUD	13
1.2. LA SALUD EN ESPAÑA	17
1.2.1. LA SALUD EN LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA	17
1.2.2. LA LEY GENERAL DE SANIDAD	18
1.2.3. EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO	19
1.2.3.1. Nuevas necesidades en el Sistema Sanitario	23
1.2.3.2. El ciudadano como centro de atención	26
1.3. MARCO CONCEPTUAL DE ENFERMERÍA	28
1.3. 1. MODELO CONCEPTUAL	30
1.3.1.1. El Modelo conceptual de la Dra. Virginia Henderson	32
1.3. 2. PROCESO DE ENFERMERÍA	35
1.3. 3. TAXONOMÍA ENFERMERA	38
1.3.3.1. Diagnósticos de enfermería	40
1.3.3.2. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)	45
1.3.3.3. Clasificación de resultados de enfermería (NOC)	47
1.3.3.4. Organismos implicados en el desarrollo del lenguaje enfermero	48
1.3.4. INFLUENCIA DE LOS CUIDADOS EN LAS ORGANIZACIONES HOSPITALARIAS	50
1.3.5. LOS MODELOS DE PRÁCTICA ENFERMERA	53
1.4. EL PROCESO DE CUIDAR	57
1.4. 1. EL PRODUCTO ENFERMERO	57
1.4. 2. OUTCOMES RESEARCH	58
1.4.3. LA MEDIDA DEL CUIDADO	59
1.4.4. INSTRUMENTOS DE MEDIDA DEL CUIDADO	60
1.4.4.1. Projet Recherche in Nursing (PRN); Canadá, 1969	62
1.4.4.2. Soins Individualisés la Personne Soignée (SIIPS) Francia, 1985	64
1.4.4.3. Proyecto SIGNO II, España, 1992	64
1.4.4.4. Otros estudios en España	65
1.4.4.5. Nursing Care Dependency Scale (CDS) ); Países Bajos, 1994	66
1.4.4.6. Grace Reynolds Application and Study of Peto (GRAPS); EEUU,	67

1978	
1.4.4.7. Time Oriented Score System (TOSS) ); Italia, 1991	69
1.4.4.8. Nursing Activities Score (NAS); Holanda, 2003	70
1.4.4.9. Therapeutic Intervention Scoring System (TISS); EEUU, 1974	71
1.4.4.10. Nine Equivalents for Nursing Manpower Use (NEMS); Holanda, 1997.	72
1.4.4.11. Nursing Care System (SAF) ; Sociedad De Anestesiología Sueca, 1995	72
1.4.4.12. Nursing Intervention Scoring System (NISS), 1992	73
1.4.4.13. Sistema Omega; Francia, 1986	73
1.4.4.14. Crew System (1987)	73
1.4.4.15. Nursing Care Recording (NCR); Dinamarca, 1992	74
1.4.4.16. MEDICUS; Canadá, 1974	74
1.4.4.17. EXCHAQUET; Suiza, 1975	75
1.4.4.18. Método Montesinos (1979) – (Francia)	75
1.4.5.19. Indices De Pondération Des Soins Infirmiers (IPSI); EEUU- Francia, 1985	76
1.4.5.20. Dependence Nursing Scale (DNS); Italia, 1999	76
<i>1.4.6. FACTORES PARA LA MEDIDA DEL CUIDADO</i>	82
1.5. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL: EMPRESA PÚBLICA HOSPITAL ALTO GUADALQUIVIR	85
<b>II. JUSTIFICACIÓN</b>	91
<b>III. OBJETIVOS</b>	
3.1. OBJETIVOS PRINCIPALES	97
3.2. OBJETIVOS SECUNDARIOS	97
<b>IV. METODOLOGÍA</b>	
4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO	101
4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	101
4.2.1. CONTEXTO, ENTORNO, EMPLAZAMIENTO	101
4.2.2. POBLACIÓN	103
4.2.3. TAMAÑO MUESTRAL	106

---

4.2.4. TIPO DE MUESTREO	107
4.2.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE PACIENTES	107
4.2.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DE PACIENTES	108
4.3. ETAPAS DE LA INVESTIGACIÓN	108
4.3.1. ETAPA I. CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE LA VERSIÓN PRELIMINAR PARA LA OBTENCIÓN DE LA VERSIÓN eNDEC-PH	109
4.3.1.1. Fase I: Construcción de la versión preliminar	109
4.3.1.2. Fase II: Construcción (incluida validación de contenido) de la versión eNDEC-PH	110
4.3.2. ETAPA II. VALIDACIÓN CLINIMÉTRICA DE LA VERSIÓN eNDEC-PH PARA LA OBTENCIÓN DE LA VERSIÓN INICIARE®-64	116
4.3.2.1. Fase III: Autorización institucional	117
4.3.2.2. Fase IV: Formación del equipo para el estudio de campo	117
4.3.2.3. Fase V: Recogida de valoraciones en entorno real de práctica con la versión eNDEC-PH.	120
4.3.2.4. Fase VI: Análisis de datos, obtención de la versión INICIARE®-64.	122
4.3.3. ETAPA III. OBTENCIÓN DE LA VERSIÓN FINAL (INICIARE®-61)	122
4.3.3.1. Fase VII: Validación por expertos de la necesidad de mantener la temperatura corporal de la escala INICIARE®-64; obtención de la versión INICIARE®-66.	123
4.3.3.2. Fase VIII: Recogida de valoraciones en la práctica clínica con la versión INICIARE®-66.	124
4.3.3.3. Fase IX: Análisis de los datos, obtención de la versión final (escala INICIARE®-61).	125
4.3.4. CRONOGRAMA	126
4.4 CONSTRUCCIÓN DEL INSTRUMENTO	127
4.4.1. VERSIÓN PRELIMINAR	127
4.4.2. VERSIÓN eNDEC-PH	164
4.4.3. VERSIÓN INICIARE®	171
4.5. VARIABLES	177
4.5.1. VARIABLES DEL PERFIL DEL PANELISTA	177

4.5.1.1. Variables cualitativas nominales	177
4.5.1.2. Variables cualitativas ordinales	177
4.5.1.3. Variables cuantitativas discretas	177
<i>4.5.2. VARIABLES DEL PERFIL DEL PACIENTE</i>	178
4.5.2.1. Variables cualitativas nominales	178
4.5.2.2. Variables cualitativas ordinales	178
4.5.2.3. Variables cuantitativas discretas	178
<i>4.5.3. VARIABLES DEL PERFIL DEL CUIDADOR</i>	179
4.5.3.1. Variables cualitativas nominales	179
4.5.3.2. Variables cualitativas ordinales	179
<i>4.5.4. VARIABLES DE LAS NECESIDADES Y BLOQUES DE CUIDADOS</i>	180
4.5.4.1. Variables cuantitativas	180
<i>4.5. 5. POSIBLES FUENTES DE CONFUSIÓN</i>	185
4.6. ASPECTOS ÉTICOS	187
4.6.1. PERMISOS INSTITUCIONALES	187
4.6.2. CONSENTIMIENTO INFORMADO	188
4.6. 3. GARANTÍAS DE CONFIDENCIALIDAD Y TRATAMIENTO DE LOS DATOS	187
4.7. MATERIAL	189
4.8. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	190
4.8. 1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO UNI Y BIVARIANTE DE LA INVESTIGACIÓN	190
4.8.2. ANÁLISIS CLINIMÉTRICO	191
4.8.2.1. Análisis estadístico: estudio de la fiabilidad de la escala	192
4.8.2.2. Análisis estadístico: estudio de la validez de la escala	196
<b>V. RESULTADOS</b>	205
5.1. RESULTADOS DE LA ETAPA I: VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE LA VERSIÓN PRELIMINAR: CONSTRUCCIÓN DE LA VERSIÓN eNDEC-PH	205
5.1.1. DESCRIPTIVO DEL PERFIL DEL PANELISTA QUE PARTICIPÓ EN EL ESTUDIO DE VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN PRELIMINAR	207
5.1.2. RESULTADOS DE LA PRIMERA RONDA DEL PANEL DELPHI PARA LA VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN PRELIMINAR Y OBTENCIÓN DE LA VERSIÓN eNDEC-PH.	212

---

5.1.2.1. Resultados de los indicadores (NOC) por Necesidades	217
5.1.2.2. Resultados de las intervenciones (NIC) por Bloques de Cuidados	250
<i>5.1.3. RESULTADOS DE LA SEGUNDA RONDA DEL PANEL DELPHI PARA LA VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN PRELIMINAR Y OBTENCIÓN DE LA VERSIÓN eNDEC-PH.</i>	261
5.1.3.1. Resultados de los indicadores (NOC) en las necesidades	263
5.1.3.2. Resultados de las intervenciones (NIC) en los bloques de cuidados	278
<i>5.1.4. RESULTADOS DE LA TERCERA RONDA DEL PANEL DELPHI PARA LA VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN PRELIMINAR Y OBTENCIÓN DE LA VERSIÓN eNDEC-PH</i>	283
5.1.4.1. Resultados de los indicadores (NOC) en las necesidades	286
5.1.4.2. Resultados de las intervenciones (NIC) en los bloques de cuidados	302
5.2. RESULTADOS DE LA ETAPA II: VALIDACIÓN CLINIMÉTRICA DE LA VERSIÓN eNDEC-PH: CONSTRUCCIÓN DE LA ESCALA INICIARE®-64	307
<i>5.2.1. DESCRIPTIVO DEL PACIENTE VALORADO CON LA VERSIÓN eNDEC-PH</i>	307
5.2.1.1. Perfil por proceso médico-quirúrgico	309
5.2.1.2. Perfil por centros hospitalarios: E.P. Hospital Alto Guadalquivir (hospital de Andújar) y hospital de Montilla	311
5.2.1.3. Perfil por proceso médico-quirúrgico según centros hospitalarios: E.P. Hospital Alto Guadalquivir (hospital de Andújar) y hospital de Montilla	313
<i>5.2.2. DESCRIPTIVO DEL CUIDADOR VALORADO CON LA VERSIÓN eNDEC-PH</i>	315
5.2.2.1. Perfil por sexo y parentesco	315
5.2.2.2. Perfil en relación al proceso de cuidar	316
<i>5.2.3. FIABILIDAD INTEROBSERVADOR DE LA VERSIÓN eNDEC-PH: CONSTRUCCIÓN DE LA ESCALA INICIARE®-64</i>	317
<i>5.2.4. CONSISTENCIA INTERNA DE LA VERSIÓN eNDEC-PH: CONSTRUCCIÓN</i>	322



<i>DE LA ESCALA INICIARE®-64</i>	
5.2.4.1. Consistencia interna de las necesidades	326
5.2.4.2. Consistencia interna de los bloques de cuidados	354
5.2.4.3. Fiabilidad interobservador y consistencia interna de la escala INICIARE®-64	369
<i>5.2.5. FACTORIAL EXPLORATORIO O ANÁLISIS DE CONSTRUCTO DE LA ESCALA INICIARE®-64</i>	372
5.2.5.1. Análisis de constructo de las necesidades.	374
5.2.5.2. Análisis de constructo global de la escala.	391
<i>5.2.6. MEDIDA DEL NIVEL DE DEPENDENCIA EN NECESIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA CON LA ESCALA INICIARE®-64</i>	393
5.2.6.1. Nivel de dependencia en cuidados de las necesidades respirar de la escala INICIARE®-64	399
5.2.6.2. Nivel de dependencia en cuidados de la necesidad de alimentarse e hidratarse de la escala INICIARE®-64	401
5.2.6.3. Nivel de dependencia en cuidados de la necesidad eliminar de la escala INICIARE®-64	403
5.2.6.4. Nivel de dependencia en cuidados de la necesidad de moverse y mantener la postura corporal de la escala INICIARE®-64	405
5.2.6.5. Nivel de dependencia en cuidados de la necesidad de reposo-sueño de la escala INICIARE®-64	407
5.2.6.6. Nivel de dependencia en cuidados de la necesidad de vestirse y desvestirse de la escala INICIARE®-64	409
5.2.6.7. Nivel de dependencia en cuidados de la necesidad de mantener la temperatura corporal de la escala INICIARE®-64	411
5.2.6.8. Nivel de dependencia en cuidados de la necesidad de higiene e integridad de piel y mucosas de la escala INICIARE®-64	413
5.2.6.9. Nivel de dependencia en cuidados de la necesidad de evitar peligros de la escala INICIARE®-64	415
5.2.6.10. Nivel de dependencia en cuidados de la necesidad de comunicarse y relacionarse de la escala INICIARE®-64	417

---

5.2.6.11. Nivel de dependencia en cuidados de la necesidad de creencias y valores de la escala INICIARE®-64	419
5.2.6.12. Nivel de dependencia en cuidados de la necesidad de trabajar y realizarse de la escala INICIARE®-64	421
5.2.6.13. Nivel de dependencia en cuidados de la necesidad de ocio y actividades recreativas de la escala INICIARE®-64	423
5.2.6.14. Nivel de dependencia en cuidados de la necesidad de aprender de la escala INICIARE®-64	425
<i>5.2.7. VALIDEZ DE CRITERIO DE LA ESCALA INICIARE®-64: ANOVA DE UN FACTOR: DE LA ESCALA INICIARE-64® POR NECESIDADES vs ÍNDICE DE BARTHEL</i>	427
5.3. RESULTADOS DE LA ETAPA III: CONSTRUCCIÓN DE LA VERSIÓN FINAL (ESCALA INICIARE®-61)	435
<i>5.3.1. DESCRIPTIVO DEL PERFIL DEL PANELISTA QUE PARTICIPÓ EN EL ESTUDIO DE VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE LA NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA</i>	435
<i>5.3.2. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE LA NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA: OBTENCIÓN DE LA VERSIÓN INICIARE®-66</i>	437
<i>5.3.3. DESCRIPTIVO DEL PERFIL DEL PACIENTE QUE PARTICIPÓ EN LA VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN INICIARE®-66</i>	439
5.3.3.1. Perfil por proceso médico-quirúrgico	442
5.3.3.2. Perfil por centros hospitalarios: Hospital Alto Guadalquivir (Hospital de Andújar) y Hospital de Montilla	445
5.3.3.3. Perfil por proceso médico-quirúrgico y centros hospitalarios: Hospital Alto Guadalquivir (Hospital de Andújar) y Hospital de Montilla	448
<i>5.3.4. DESCRIPTIVO DEL PERFIL DEL CUIDADOR QUE PARTICIPÓ EN LA VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN INICIARE®-66</i>	449
5.3.4.1. Perfil por sexo y parentesco	449
5.3.4.2. Perfil del cuidador y cuidadora en relación al proceso de cuidar	452
<i>5.3.5. DESCRIPTIVO DE LA VERSIÓN INICIARE®-66</i>	456

5.3.6. FIABILIDAD DE LA ESCALA INICIARE®-66	462
5.3.7. CONSISTENCIA INTERNA DE LA ESCALA INICIARE®-66	468
5.3.7.1. Consistencia interna de las necesidades de la escala INICIARE®-66	468
5.3.7.2. Consistencia interna global de la versión INICIARE®-63	479
5.3.8. FACTORIAL EXPLORATORIO O ÍNDICE DE CONSTRUCTO DE LA ESCALA INICIARE®-63 Y OBTENCIÓN DE LA VERSIÓN FINAL INICIARE®-61	483
<b>VI. DISCUSIÓN</b>	495
6.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO	495
6.1.1. PERFIL DEL PANELISTA	495
6.1.2. PERFIL DEL PACIENTE	497
6.1.2.1. Por proceso quirúrgico	497
6.1.2.2. Por proceso médico	499
6.1.2.3. Por género	500
6.1.3. PERFIL DEL CUIDADOR	503
6.1.3.1. Perfil general	503
6.1.3.2. Perfil en relación al proceso de cuidar	503
6.2. ANÁLISIS CLINIMÉTRICO	504
6.2.1. FIABILIDAD DE LA ESCALA INICIARE®	505
6.2.2. VALIDEZ DE LA ESCALA INICIARE®	506
6.2.2.1. Validación de contenido	506
6.2.2.2. Validación de constructo	509
6.2.2.1. Validación de criterio	515
6.3. ESCALA INICIARE® Y MARCO CONCEPTUAL	517
6.4. ANÁLISIS SOBRE LA APLICABILIDAD DE LA ESCALA INICIARE® EN LA PRÁCTICA CLÍNICA	521
6.5. LIMITACIONES	524
6.6. PROSPECTIVA	527
<b>VII. CONCLUSIONES</b>	531
<b>VIII. BIBLIOGRAFÍA</b>	537

---

<b>IX. ÍNDICES DE ABREVIATURAS, FIGURAS, GRÁFICOS Y TABLAS</b>	571
<b>X. ANEXOS</b>	607
ANEXO 1: CUATRO NIVELES DE CUIDADOS	
ANEXO 2: CRIBADO DE DETERIORO COGNITIVO -TEST DE PFEIFFER VERSIÓN ESPAÑOLA	
ANEXO 3: VALORACIÓN CUIDADOS MEDIANTE SELEs PRIMERA RONDA	
ANEXO 4: VALORACIÓN CUIDADOS MEDIANTE SELEs- 2ª Ronda	
ANEXO 5: VALORACIÓN CUIDADOS MEDIANTE SELEs- 3ª Ronda	
ANEXO 6: Versión eNDEC-PH	
ANEXO 7: PERMISOS INSTITUCIONALES	
ANEXO 8: CONSENTIMIENTO INFORMADO	
ANEXO 9: DESCRIPCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN PARA LOS PACIENTES	
ANEXO 10: INICIARE®-64	
ANEXO 11: FORMATO SURVEY VALIDACIÓN MANTENER LA TEMPERATURA	
ANEXO 12: INICIARE®-66	
ANEXO 13: INICIARE®-61	
ANEXO 14: TEST DE BARTHEL	
ANEXO 15: PERMISO COMISIÓN DE ÉTICA	
ANEXO 16: EVOLUCIÓN POR ÍTEMS EN LA CONSTRUCCIÓN DEL INSTRUMENTO	



# **I. INTRODUCCIÓN**



# I. INTRODUCCIÓN

## 1.1. CONCEPTO DE SALUD

La Salud es uno de los pilares fundamentales en el desarrollo del ser humano, es un proceso dinámico, “siendo múltiples y plurales” según López Santos y Frías Osuna (2000) las definiciones que sobre este proceso, se han realizado a lo largo del tiempo.

Para Martínez Navarro, Graullera Sanz y Aparicio Ramón (2000), en la formulación histórica del proceso de enfermar, los conocimientos sobre la biología y relaciones humanas, son los factores que han influido en la contextualización del proceso en cada cultura<sup>1</sup>, convirtiéndolo en paradigma<sup>2</sup>.

Podríamos afirmar por tanto, que el entendimiento del proceso Salud - Enfermedad, se relaciona íntimamente con el acto mismo de la vida. Distinguiendo históricamente la aparición de tres modelos o paradigmas (Martínez Navarro et al., 2000):

1. Paradigma ambientalista: Formulado inicialmente por los hipocráticos<sup>3</sup>, entiende que, la enfermedad es consecuencia del desequilibrio que se

---

<sup>1</sup> La Conferencia Mundial sobre las Políticas Culturales (MONDIACULT), realizada en 1982 en México, arrojó una de las definiciones que estableció un vínculo irrevocable entre cultura y desarrollo, adoptada por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO): "La cultura... puede considerarse...como el conjunto de los rasgos distintivos, espirituales y materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan una sociedad o un grupo social. Ella engloba, además de las artes y las letras, los modos de vida, los derechos fundamentales al ser humano, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias" (Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación, 2009).

UNESCO (París, 17 de octubre de 2003): "Se entiende por "patrimonio cultural inmaterial" los usos, representaciones, expresiones, conocimientos y técnicas -junto con los instrumentos, objetos, artefactos y espacios culturales que les son inherentes- que las comunidades, los grupos y en algunos casos los individuos reconozcan como parte integrante de su patrimonio cultural..." (Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación, 2009).

<sup>2</sup> Los paradigmas son un conjunto de conocimientos y creencias que forman una visión del mundo (cosmovisión), en torno a una teoría hegemónica en determinado periodo histórico. Cada paradigma se instaura tras una revolución científica, que aporta respuestas a los enigmas que no podían resolverse en el paradigma anterior: "Cada paradigma delimita el campo de los problemas que pueden plantearse, con tal fuerza que aquellos que caen fuera del campo de aplicación del paradigma ni siquiera se advierten (Kuhn, 2006).

<sup>3</sup> El ambientalismo queda oscurecido durante la Época Medieval, ya que la visión teológica supeditaba la ciencia a la filosofía, lo que significaba la valoración de los factores sobrenaturales como desencadenantes de la enfermedad. Resurge en la época del



establece entre los factores ambientales (aire, agua, comida, etc.) y los factores fisiológicos que determinan el funcionamiento del cuerpo humano. Es por tanto la Naturaleza (estática e inmutable), la responsable de las enfermedades.

2. Paradigma biologista: Considera la enfermedad como la respuesta individualizada frente a los estilos de vida y otros riesgos personales (por ejemplo los laborales), reduciendo el papel del entorno al de soporte o soporte de los factores etiológicos.

3. Paradigma integral: Supone al ambiente (estructura social, política y económica) como un elemento fundamental en el proceso de enfermar.

Pero independientemente del paradigma o modelo, la Salud en el proceso Salud-Enfermedad, ha sido concebida en términos negativos, tales como “ausencia de enfermedad o invalidez”, es decir: “Un individuo por tanto poseía salud cuando no se encontraba enfermo” (Piédrola Gil, 2008).

Es durante la década de los años cuarenta y cincuenta del siglo XX, cuando se produce un cambio sustancial en el concepto de Salud, ya que esta definición no se correspondía ni con la realidad ni con condiciones de operatividad, comenzando a definirse en sentido positivo, trascendiendo este binomio.

Así Sigerist<sup>4</sup> en 1941 entiende que “La salud no es simplemente ausencia de enfermedad, es algo positivo, una actitud gozosa y una aceptación alegre de las

---

Renacimiento (ambientalismo Neohipocrático), reestableciendo el predominio de la razón y revalorizando por tanto el carácter físico de la Naturaleza (Martínez Navarro et al., 2000).

<sup>4</sup> Médico e historiador suizo, que desde la década de los años 30 hasta la segunda guerra Mundial, trabajó en la Universidad Johns Hopkins. Es iniciador de las corrientes de la Medicina Social en Estados Unidos y notable personaje del mundo de la docencia y la investigación dentro de este campo de las Ciencias. En su obra monumental *“A History of Medicine: Primitive and Archaic Medicine”*, presentó a la historia de la medicina como una rama de la historia de la civilización, en su lucha contra los procesos patológicos, por la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la rehabilitación del individuo. Lo más importante de su producción científica en el campo de la medicina social fue indudablemente su libro publicado en 1937 *“The Socialized Medicine in the Soviet Union”*, pero también se destacó *“American Medicine”*, que fue publicado primero y se ha convertido en un clásico para el conocimiento y el análisis de los sistemas de salud en Estados Unidos (Beldarrain Chaple, 2000).

responsabilidades que la vida impone al individuo” (Organización Panamericana de la Salud, 2001).

Sin embargo el máximo exponente de amplitud en la perspectiva de este término, corresponde a la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) recogida en su Carta Fundacional del 7 de abril de 1946 y concebida originalmente por Stampar<sup>5</sup> (1945): “La Salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades o dolencias” (OMS, 1946).

Esta definición a pesar de ser utópica y subjetiva, aportó importantes aspectos innovadores tales como:

- Por primera vez la Salud se define en términos positivos y no como la ausencia de enfermedad.
- Se hace referencia al ser humano no sólo desde el punto de vista físico sino incluyendo las dimensiones psíquica y social. Y supuso un notable salto cualitativo.

Por otra parte, el derecho a la salud a nivel Internacional, queda recogido por primera vez en 1948 en el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, que afirma; " Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios" (Limia & Salvadores, 2005).

En este contexto, encontramos otras definiciones de prestigiosos investigadores en el campo de salud, tales como la propuesta por René Dubos<sup>6</sup> en 1956, donde define la Salud como “Un estado físico y mental razonablemente libre de

---

<sup>5</sup> El doctor Andrija Stampar de Croacia, ostentó un importante papel en la creación de la OMS. En 1946, el doctor Stampar fue presidente del Comité directivo de la OMS y responsable de organizar su estructura y su constitución, y presidió la primera Asamblea General de la OMS celebrada en 1948.

<sup>6</sup> René Dubós (Saint Brice, 1901 - Nueva York, 1982) Microbiólogo estadounidense. Sus principales trabajos bacteriológicos los realizó en el Instituto Rockefeller para la Investigación Médica de Nueva York, hoy convertido en una Universidad. Sus publicaciones más importantes son *Hombre, medicina y ambiente* (1968) y *Animal tan humano* (1968), obra, ésta última, con la que consiguió el premio Pulitzer. Durante muchos años fue editor de la prestigiosa revista científica *Journal of Experimental Medicine* (Dubos, 1941, citado en Mendizábal Lozano, 1991).

incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado" (Mendizábal Lozano, 1991).

En esta definición como podemos comprobar, se abarcan tanto la dimensión física como la mental, y hace una referencia sobre el ambiente que rodea a la persona.

Retomando la definición de salud adoptada por la OMS, podemos afirmar que ya desde los años cincuenta se critican algunos aspectos de esta definición, porque se equipara bienestar a salud, lo que es utópico y no del todo exacto, pues rara vez o nunca se alcanza el "completo" bienestar, físico, mental y social; igualmente se trata de una definición estática y subjetiva, ya que no puede medirse de forma objetiva (Piédrola Gil, 2008).

De manera que, en un intento más por precisar estos aspectos, Terris (1980) define la salud como: "Un estado de bienestar físico, mental y social y la capacidad para funcionar y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad", agregando un nuevo concepto y es que *la salud no implica estar libre de enfermedades o incapacidades*, si no que lo planteado por Terris, es que la salud no es un absoluto, sino un proceso continuo que puede ir desde la muerte, que sería el máximo de enfermedad, hasta el óptimo de salud (Piédrola Gil, 2008).

El doce de Septiembre de 1978 en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata, durante la formulación de los objetivos en las estrategias de "Salud para todos en el año 2000", modifica la definición de 1946; se suprime el término "*completo*" y se señala como objetivo el que "todos los habitantes de los Países del mundo tengan un nivel de salud suficiente para que puedan trabajar productivamente y participar activamente en la vida social de la comunidad donde viven", siendo la Salud responsabilidad de los gobiernos, debiendo de realizar las diferentes acciones en esta materia a través de sus distintos ministerios (OMS, 1978).

Posteriormente en 1996 la OMS y sus países miembros de la región europea reunidos en Ljubljana, pusieron de manifiesto la necesidad de reorientar las reformas sanitarias hacia las necesidades del paciente “asegurando que la capacidad de voz y elección de este influya decisivamente la manera en que los Servicios Sanitarios son diseñados y realizados” (Lamarca & Cañís, 1997).

En definitiva, durante el siglo XX, en la evolución y conceptualización de la salud, han influido dos razones notables: La primera que tiene que ver con la naturaleza misma de lo que llamamos salud y enfermedad, y la segunda más coyuntural, tiene su raíz en la evolución que ha caracterizado, en las últimas décadas a la asistencia sanitaria en los países desarrollados.

## 1.2. LA SALUD EN ESPAÑA

### 1.2.1. LA SALUD EN LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA

En España mientras tanto y acorde con las manifestaciones Internacionales a este respecto, y en función de las adaptaciones producidas en el contexto Social, la Salud y las políticas de Salud pasan a ser un **concepto político**, que en primer lugar, se manifiestan como un derecho fundamental de todos los ciudadanos. Derecho que, para ser efectivo, requiere por parte de los poderes públicos la adopción de medidas idóneas para satisfacerlo, según se recoge en el Título Primero, artículos 41<sup>7</sup> y 43<sup>8</sup> de la Constitución Española (1978).

---

<sup>7</sup> “Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres” (Constitución Española, 1978: Título Primero, Artículo 41).

<sup>8</sup> Constitución Española (1978): Título Primero, Artículo 43:

1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La Ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.
3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.

La segunda, con mayor incidencia aún en el plano de lo organizativo, es la institucionalización, a partir de las previsiones del Título VIII de nuestra Constitución, de Comunidades Autónomas en todo el territorio del Estado, a las cuales han reconocido sus Estatutos, amplias competencias en materia de Sanidad, dispuesto en el Título VIII, artículos 137<sup>9</sup> y 148<sup>10</sup> punto 21, entre otros de la Constitución Española (1978).

De manera, que transcurridos cinco años, y mediante la reforma de sus Estatutos, las Comunidades Autónomas podrán ampliar sucesivamente sus competencias dentro del marco establecido en el artículo 149<sup>11</sup>.

### **1.2.2. LA LEY GENERAL DE SANIDAD**

Queda plasmada en la Ley General de Sanidad: “La regulación general de todas las acciones que permiten hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución<sup>12</sup>” (LGS 14/1986, de 25 de Abril).

En relación a este discurso, es importante destacar que<sup>13</sup>:

1. “Los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades”.

---

<sup>9</sup> “El Estado se organiza territorialmente en municipios, en provincias y en las Comunidades Autónomas que se constituyan. Todas estas entidades gozan de autonomía para la gestión de sus respectivos intereses”. (Constitución Española, 1978: Título VIII, Artículo 137).

<sup>10</sup> “Las comunidades Autónomas podrán asumir competencias en las siguientes materias: Punto 21: Sanidad e higiene” (Constitución Española, 1978: Título VIII, Artículo 148: 1).

<sup>11</sup> “Las materias no atribuidas expresamente al Estado por esta Constitución podrán corresponder a las comunidades Autónomas, en virtud de sus respectivos Estatutos. La competencia sobre las materias que no se hayan asumido por los Estatutos de Autonomía corresponderá al Estado, cuyas normas prevalecerán, en caso de conflicto, sobre las de las Comunidades Autónomas en todo lo que no esté atribuido a la exclusiva competencia de éstas. El derecho estatal será, en todo caso, supletorio del derecho de las Comunidades Autónomas” (Constitución Española, 1978: Título VIII, Artículo 149. Punto 3).

<sup>12</sup> LGS 14/1986, de 25 de Abril. Título Preliminar: Del derecho a la Protección de la Salud. Capítulo único, Artículo Uno.

<sup>13</sup> LGS 14/1986, de 25 de Abril. Título primero: Del Sistema de Salud. Capítulo Primero de los Principios Generales. Artículo tres, punto 1 y 2.

2. “La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva”.

Así mismo en este mismo y en relación a las Competencias en materia de Salud de las Comunidades Autónomas, se define que<sup>14</sup>:

1. “Tanto el Estado como las Comunidades Autónomas y las demás Administraciones públicas competentes, organizarán y desarrollarán todas las acciones sanitarias a que se refiere este Título dentro de una concepción integral del sistema sanitario”.
2. “Las Comunidades Autónomas crearán sus servicios de salud dentro del marco de esta Ley y de sus respectivos Estatutos de Autonomía”.

En resumen, podemos destacar cuatro ideas, objetivos o apartados fundamentales en dicha Ley:

1. La necesidad de reforma en la Sanidad Española, para la adaptación de las estructuras y de los Servicios Sanitarios a las expectativas de cada época, siendo este uno de los objetivos más reiterados a lo largo de la historia y en plena concordancia con la manifestación de Ljubljana<sup>15</sup> (1996).
2. Los principios inspiradores de la ley.
3. La creación del Sistema Nacional de Salud (SNS), que permita la asistencia sanitaria a toda la población española y que posibilite el acceso en condiciones de igualdad.
4. La aplicación de la reforma de manera progresiva, paulatina y adecuada a las disponibilidades presupuestarias en lo concerniente a las prestaciones del sistema de salud de los ciudadanos.

---

<sup>14</sup> LGS 14/1986, de 25 de Abril. Título primero: Del Sistema de Salud. Capítulo Primero de los Principios Generales. Artículo cuatro, punto 1 y 2.

<sup>15</sup> The Ljubljana Charter on Reforming Health Care (1996) Br Med J. 312: 1664-1665

### 1.2.3. EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

El Sistema Sanitario Público, no obvia estos nuevos conceptos y cambios experimentados con respecto a la Salud, cambios que van a tener diferentes implicaciones Políticas y Sociales. Existen numerosos condicionantes de la actividad sanitaria que han dado lugar a nuevos planteamientos en la organización de los Centros Sanitarios.

Así, sobre el Sistema Sanitario Público Español, Teixidor i Freixa (2002) afirma, que el interés de este apuesta por situar a la persona y la salud en el centro de todas las actuaciones sanitarias, siendo el objetivo la calidad de los servicios y la prioridad la satisfacción de los usuarios.

Más concretamente, en nuestro ámbito, el **Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)**, define en este horizonte sus objetivos y actuaciones prioritarias que quedan plasmados en los cinco procesos estratégicos del II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público Andaluz 2005-2008 (Consejería de Salud, 2005):

- El primer proceso estratégico define la relación entre el ciudadano y el SSPA, desde la perspectiva de los compromisos que el Sistema Sanitario adquiere con respecto al ciudadano<sup>16</sup>.
- El segundo, pretende profundizar en las innovaciones en gestión de los servicios, mediante la gestión clínica, la gestión por procesos<sup>17</sup> y la gestión por competencias<sup>18</sup>.

<sup>16</sup> “Plantea la Necesidad de Asumir las expectativas y Necesidades de ciudadanas y ciudadanos, identificando el papel que estos ocupan en el sistema y la obligación de establecer un sistema de garantías que lo preserve”. Consejería de Salud (2005). *Caminando hacia la excelencia. II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2005-2008*. Sevilla: Junta de Andalucía

<sup>17</sup> “La Gestión por Procesos Asistenciales Integrados constituye una estrategia central para la mejora de la calidad. El Proceso Asistencial es el nexo entre profesionales y ciudadanos. La correcta integración del conocimiento, el desarrollo de modelos organizativos flexibles y la gestión adecuada de los procesos son los tres elementos básicos para la innovación y mejora de servicios”. Consejería de Salud (2001a). *Procesos Asistenciales Integrados*. Recuperado el 2 de Marzo de 2009, de <http://www.juntadeandalucia.es/salud/procesos/>

<sup>18</sup> “La Gestión por Competencias así planteada persigue el desarrollo continuado de profesionales excelentes como factor esencial para la mejora continua en el cumplimiento de los fines del Servicio Sanitario Público”. Consejería de Salud (2006, p8) *Modelo de Gestión por Competencias del Sistema Sanitario Público de Andalucía*. Recuperado el 2 de Marzo de 2009, de [http://www.juntadeandalucia.es/salud/library/plantillas/externa.asp?pag=../..contenidos/gestioncompetencias/modelo\\_de\\_gestion.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/library/plantillas/externa.asp?pag=../..contenidos/gestioncompetencias/modelo_de_gestion.pdf)

- El tercero, se dirige a impulsar la calidad de las políticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- El cuarto, propone la gestión del conocimiento del propio sistema sanitario para disponerlo tanto al servicio de los ciudadanos y de los profesionales.
- Y por último, se define un proceso transversal “Impulsar la Innovación y modernización del Sistema Sanitario”, cuyo objetivo es impregnar a cada uno de los procesos estratégicos.

En definitiva, es un conjunto de estrategias y acciones con el objetivo de avanzar en la mejora continua hasta el alcance de la excelencia en los servicios sanitarios.

Pero en el marco de la atención hospitalaria, ¿cómo se traducirían las acciones, estrategias y propuestas? Concretamente, si nos centramos en la cultura y organización, en relación con los objetivos de un hospital, según Padula (1998) y Ballester, Sánchez Tomás, Alfonso y Chulia (2002) estos podrían sintetizarse en: Conseguir la efectividad<sup>19</sup> y la eficiencia<sup>20</sup> adaptándose al entorno cambiante y reducir el gasto sanitario sin perder el horizonte de maximizar la calidad percibida<sup>21</sup>”.

El objetivo último según Pérez Lázaro, García Alegría y Tejedor Fernández (2002), es ofertar a los pacientes **los mejores resultados posibles en la práctica diaria** (efectividad), acordes con la información científica disponible que haya demostrado su

---

<sup>19</sup> *Capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera.* Diccionario de la Real Academia Española, recuperado el 2 de Marzo de 2009, de <http://www.rae.es/rae.html>

<sup>20</sup> La palabra **eficiencia** proviene del latín *efficientia* que en español quiere decir, acción, fuerza, producción. “Capacidad de disponer de alguien o de algo para conseguir un efecto determinado” (Diccionario de la Real Academia Española, 2009).

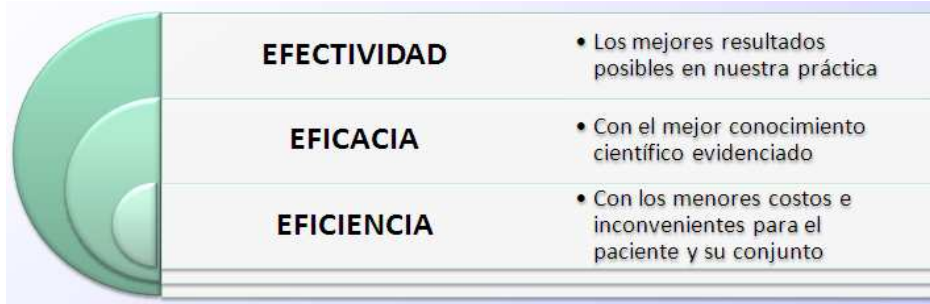
<sup>21</sup> “Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie” (Diccionario de la Real Academia Española, 2009).

“La Calidad, entendida como una visión nueva y diferente en la cultura de la organización, no es un mero conjunto de acciones sino un sistema integrado y coherente de principios, valores, procesos e instrumentos dirigidos hacia transformaciones muy profundas, que necesitan un lapso prolongado para cristalizar y un impulso continuo para consolidarse” (Consejería de Salud, 2005).

“La calidad en el ámbito asistencial integra aspectos objetivos (calidad intrínseca o científico-técnica) y aspectos subjetivos en relación al servicio prestado (calidad extrínseca o percibida)”. (Lledó Rodríguez & Prat Marín, cit. of García Diz, Oñeiro Fernández, López Pacios & Izurieta Gil, 2003).



capacidad para cambiar de forma favorable el curso clínico de la enfermedad (eficacia), con los menores inconvenientes y costes para el paciente y su conjunto (eficiencia).



**Fig. 1.1 Acciones para avanzar en la mejora continua hasta el alcance de la excelencia en los servicios sanitarios.**

De manera que estos objetivos sólo se podrán alcanzar:

Con un consenso amplio de los colectivos profesionales para reformar estilos de práctica<sup>22</sup>, es decir, conseguir auténticos cambios en la microgestión<sup>23</sup>. Como por ejemplo, el uso de los recursos intelectuales, humanos, tecnológicos y organizativos, para el mejor cuidado de los pacientes (Pérez Lázaro et al., 2002).

Y con una estrategia y una estructura que respondan con aceptable rapidez a los cambios de la prestación, es decir su adaptación al cambio en el terreno de la mesogestión<sup>24</sup>.

<sup>22</sup> “Las Organizaciones son en sí un conjunto de personas que llevan a cabo actividades para la consecución de objetivos planificados. La fuerza que sostiene la Organización se sustenta en las personas, en sus sistemas de integración, en sus capacidades y en su grado de compromiso personal y hacia ella. Por ello, es imprescindible potenciar valores tales como la innovación, la creatividad, la flexibilidad, la capacidad de interrelación y el liderazgo que permita alcanzar cada vez mejores niveles de calidad de cuidados” (Pérez Hernández et al., 2007).

<sup>23</sup> También llamada “Gestión Clínica”, es la gestión que se desarrolla en la práctica cotidiana (Sandoya, 2008).

<sup>24</sup> Mesogestión: Es el nivel con el que se identifican las tareas directivas de las instituciones para coordinar y motivar a las personas para conseguir los objetivos de la organización.

Siguiendo este discurso, se podría resumir que: “Si existe voluntad de cambio, el límite a su realización es la barrera ideológica y corporativa que aún existe entre la micro y la mesogestión”.... “De la eficacia con que se pueda atravesar esta barrera depende la evolución cultural capaz de producir impactos de mejora” (Padula, 1998).

Así el Sistema Sanitario va encaminado hacia la flexibilidad organizativa para lograr una mejor competitividad y facilitar los cambios (González, 2000).

### **1.2.3.1. Nuevas necesidades en el sistema sanitario**

Para Rodríguez Cala (2002), las principales fuerzas que exigen a las Organizaciones a modernizarse son: “Las necesidades y expectativas del cliente, la competitividad con otras organizaciones, y el cambio estructural y funcional de las Instituciones”.

De manera que estas fuerzas han de estar destinadas a mejorar los resultados y a avanzar definitivamente en los aspectos de calidad de Servicio, calidad de producto, costos sostenibles y en la introducción del rediseño de procesos.

Teixedor i Freixa (2002), sostiene que los proyectos institucionales, deben de “ser explícitos, marcar claramente cuáles son sus prioridades y los valores que los guían, sin olvidar que es necesario el concurso y el liderazgo de todos los profesionales. De lo contrario difícilmente se garantizará la asunción de los grandes retos que se plantean en un Modelo Sanitario en constante evolución”.

Es decir, la complejidad de la atención sanitaria requiere de nuevos modelos organizativos, más acordes con la demanda de Servicios, que los pacientes van desarrollando a lo largo de su estancia hospitalaria.

Según Arqueros Pérez et al., (2003) factores tales como:

- ✦ Cambios demográficos: disminución de la tasa de crecimiento vegetativo consecuencia del envejecimiento poblacional.

- ✦ Cambios epidemiológicos: cronificación de las enfermedades
- ✦ Cambios socioculturales: los cambios en las estructuras familiares que disminuyen la disponibilidad de cuidadores informales<sup>25</sup>.
- ✦ Y avances científicos tecnológicos: expectativas de los pacientes, modificaciones en los patrones de conocimiento y comunicación...

Producen modificaciones en el ciclo vital, y aumentan los requerimientos de los ciudadanos.

Los pacientes esperan (Consejería de Salud, 2001b)<sup>26</sup> mejorar aspectos tales como:

- **ACCESIBILIDAD:** A profesionales, centros, pruebas. Mayor implicación en la toma de decisiones en lo referente a su proceso de salud.
- **COMUNICACIÓN:** Coordinación entre profesionales, información comprensible y continuada, confianza...
- **ENTORNO:** Tranquilidad, limpieza, calidad instalaciones, confort, intimidad...
- **COMPETENCIA PROFESIONAL:** Unidad de criterios, profesionales de referencia y continuidad en la provisión del Servicio de Salud. Libertad de elección en el servicio y entre los profesionales.
- **TRATO:** Respetuoso y amable, personalización de los servicios, empatía...

Todos estos cambios sociales no se ven habitualmente acompañados por una consecuente adecuación de los continentes institucionales, como recoge Padula (1998), provocando situaciones difícilmente sostenibles, en momentos de contención presupuestaria, si no se consigue una adaptación rápida del sector a los nuevos escenarios técnicos y a las nuevas situaciones de demanda.

---

<sup>25</sup> La Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria en 2007, acuña el término de cuidadora principal: "La cuidadora principal se considera a la persona que suele tener el mayor peso en la responsabilidad de los cuidados de la persona dependiente" (Martos García, Ruíz Villaespesa & Vilches Melgarejo, 2007).

<sup>26</sup> Guía de Diseño y Mejora Continua de Procesos Asistenciales: Expectativas de ciudadanos.

Se intuye por tanto como sugiere este mismo autor y otros como Tilquín, Saulnier & Vanderstraeten (1988) la existencia de dos objetivos claros y a la vez contradictorios en los Sistemas Hospitalarios<sup>27</sup>: Sostenibilidad y utilización.

La racionalización del sistema sanitario consiste en definir y tratar al paciente según su necesidad en el nivel asistencial que precisa, evitando utilidades innecesarias de otros servicios y/o niveles sanitarios<sup>28</sup>. Nos encontramos con un Sistema Sanitario hospitalocéntrico (en radial), ya que una vez capturado el paciente en el hospital y resuelto su proceso médico-quirúrgico hospitalario, se vuelve a enviar al paciente a su domicilio sin pensar en los Sistemas de Continuidad Asistencial (Procesos Asistenciales, Atención Primaria de Salud) ... Si se quieren y se emplean estos servicios, no es posible seguir manteniendo esquemas de planificación económica igual que hace más de quince años, donde se destinaban y se siguen destinando una mayor partida económica hospitalaria frente a atención primaria tal (Simó Miñana, Gervas Camacho, Seguí Díaz, De Pablo González & Domínguez Velázquez, 2007).

Según, Alfonso Sánchez, Sentís Vilalta, Blasco Perepérez & Martínez Martínez (2004), el 15,8% del total de los ingresos hospitalarios que se realizaron en España en este año se produjo por causas de hospitalización evitable y el hospital tuvo que dar respuesta a estos enfermos que, en principio, no se pudieron atender adecuadamente en atención primaria. Los autores califican la tasa registrada como cuantitativamente importante, aunque todavía lo es más la repercusión en la calidad y en los costes de la asistencia sanitaria.

---

<sup>27</sup>“El hospital es el establecimiento encargado tanto del internamiento clínico como de la asistencia especializada y complementaria que requiera su zona de influencia” (LGS 14/1986, de 25 de Abril, Art .65.2).

Según el Catálogo Nacional de Hospitales “Desde comienzos de los años 90, la organización de la asistencia especializada pública tradicionalmente estructurada en dos niveles (hospital y ambulatorios), ha pasado a una nueva forma de organización procediendo a la unificación e integración funcional del hospital y de los centros de especialidades en un único nivel de asistencia especializada, de forma que los recursos humanos y materiales son comunes para los diferentes centros de asistencia especializada y, en algunos casos de atención primaria del Área Sanitaria. Un hospital puede estar constituido por un único centro hospitalario o por dos o más que se organizan e integran en el complejo hospitalario, pero estos se consideran y se contabilizan como un único hospital” (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2008a).

<sup>28</sup> Ingreso hospitalario evitable (HE): “cuando la asistencia adecuada de los pacientes en el ámbito ambulatorio, por parte de los centros de salud, hubiera evitado el ingreso hospitalario” (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2008a).

Jadad, Lorenzo & Fernández (2003), afirman que los nuevos pacientes, se implicarán y compartirán con los profesionales en consulta o a través de las nuevas tecnologías de la información y comunicación, las decisiones sobre su salud. Esta experiencia se extenderá en el momento en que se generalice la percepción de la utilidad del manejo de la tecnología y la gestión adecuada del conocimiento. Sin embargo llevará más tiempo convencer de la positividad del cambio a los profesionales, aunque estos cambios constituyen potentes herramientas para el mejor funcionamiento de las organizaciones.

Así Smith (2003) concluye diciendo que estamos practicando medicina del siglo XIX en el siglo XXI; la mayoría del Sistema Sanitario tiene que prestar servicio a diario a pacientes con enfermedades crónicas, más mayores y todavía tenemos un sistema construido entorno a los episodios individuales de atención, como las visitas a la consulta o los ingresos hospitalarios que denota que epidemiología y Sistema están desincronizados.

De manera que todos estos condicionantes de la actividad sanitaria, dan lugar a nuevos planteamientos organizativos en los centros sanitarios.

### **1.2.3.2. El ciudadano como centro de atención**

Como ya hemos visto la Salud es un proceso dinámico, existiendo un continuo entre salud y enfermedad. Desde un enfoque integral y desde la premisa del paciente<sup>29</sup> como centro de atención del Sistema Sanitario, la atención focalizada en el paciente tal y como discurre Lamarca et al. (1997) aumenta el valor añadido a cada proceso, rediseñándolos, racionalizando los recursos, reduciendo la burocracia con lo que se traduciría en un aumento del tiempo dedicado al paciente, que supone finalmente la satisfacción de este y del equipo asistencial.

---

<sup>29</sup> “Los beneficiarios de la atención sanitaria proporcionada en el SSPA son el individuo, la familia y la comunidad. Los cuales presentan mecanismos de afrontamiento –innatos y adquiridos- para enfrentarse a los elementos que inciden en su salud. Para ello deben desempeñar un rol activo, adoptando los profesionales sanitarios un papel facilitador” (Pérez Hernández et al., 2007).

Esto infiere a pensar que las instituciones deben de evolucionar para adaptarse ante las renovadas demandas y necesidades de usuarios y profesionales.

Pérez Hernández et al. (2007) recogen que el camino a seguir en el Sistema Sanitario Público de Andalucía en los próximos años, debe de comprender un escenario basado en la cooperación entre profesionales, “mediante modelos modernos, innovadores y flexibles, que garanticen al profesional adecuado en el momento adecuado, en el lugar idóneo y con la intervención más efectiva y eficiente”.

Según el Consejo Internacional de Enfermeras<sup>30</sup> (CIE, 2009) “los pacientes y los consumidores que desempeñan un papel más activo en las decisiones relativas a la salud viven de forma más saludable y están más satisfechos con el resultado de sus cuidados y tratamientos sanitarios”.

Se intuye de este discurso, la necesidad de reorganizar los Sistemas Sanitarios desde el punto de vista asistencial y gestor, en Unidades de asistencia a pacientes, en contraposición con las Unidades especializadas tradicionales, para no ubicar a los pacientes bajo una norma academicista “la especialización médica” en contraposición con la organización por necesidades humanas y funcionales, comunes a los pacientes.

Por lo tanto a estas unidades que además siguen criterios tales como, requerimientos de servicios diagnósticos y tratamiento; previsión de estancias y necesidades de cuidados enfermeros, se las supone más eficaces, eficientes y proactivas respecto al proceso dinámico salud-enfermedad.

---

<sup>30</sup> El Consejo internacional de enfermeras (CIE) es una federación de más de 130 asociaciones nacionales de enfermeras que representa a millones de enfermeras en el mundo entero. Dirigido por enfermeras y dirigiendo la enfermería a nivel internacional, el CIE trabaja para asegurar cuidados de enfermería de calidad para todos y políticas de salud acertadas en todo el mundo (CIE, 2009).

### 1.3. MARCO CONCEPTUAL DE ENFERMERÍA

En el espacio del conocimiento enfermero como ciencia<sup>31</sup> (Morales Velandia, 2004), se han generado numerosas aproximaciones filosóficas y teóricas que permiten explicar la demanda de cuidados, siendo “la Salud”, el cuerpo de conocimientos de la profesión enfermera<sup>32</sup>.

“El cuerpo de conocimientos que ofrece un fundamento razonado para el quehacer de enfermería tiene patrones, formas y estructura que enmarcan los horizontes de sus expectativas y representan maneras propias de pensar acerca de los fenómenos de su Interés: El cuidado y la salud” (Vega Angarita, 2006).

Como expone Fernández Ferrín y Luis Rodrigo (2005), “una de las características definitorias de una disciplina profesional es la de utilizar una metodología propia para resolver los problemas de su competencia”, por lo tanto la enfermería con el objetivo de cumplir este requisito, apuesta por una metodología científica aplicable al ámbito de su profesión.

Según el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE, 2010),... “La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los

---

<sup>31</sup> Enfermería como disciplina profesional, posee un campo científico de aplicación porque su desarrollo disciplinar se basa en conocimientos propios particulares que evolucionan de manera independiente y tiene una forma individual de interpretar los fenómenos de su competencia (Vega Angarita, 2006).

<sup>32</sup> Florence Nightingale (1820 -1910) primera matriarca de la enfermería moderna y punto de partida de la enfermería como ciencia y disciplina profesional. Entiende la enfermería como “la responsabilidad de velar por la salud de otros” (Pfetscher, De Graaf, Marriner Tomey, Mossman & Slebodnik, 1999). Perteneció a una acaudalada familia Victoriana. Fue educada durante su infancia por su padre, con mayor rigor y amplitud de miras que otras jóvenes de su tiempo. Inicia su formación como enfermera en Kaiserverth (Alemania) y regresa a Gran Bretaña donde se dedicó a supervisar instalaciones hospitalarias, reformatorios y centros de caridad. En 1853 fue nombrada supervisora general del Hospital de Damas de la Caridad de Londres. Participó junto a un equipo de enfermeras diplomadas en la atención de los soldados heridos en la guerra de Crimea (1854), donde tuvo que afrontar problemas ambientales graves derivados de la falta de unas condiciones mínimas de higiene. Concluida la contienda regresó a Gran Bretaña y dedicó su energía en el fomento del cambio social y siguió trabajando por la reforma de la sanidad militar. Su obra ha sido muy extensa y homenajead a lo largo de su vida (Pfetscher et al., 1999).

cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación”.

Podríamos decir por tanto que la enfermera ayuda al usuario a mantener, recuperar y conservar el mejor estado de salud posible.

Cita Marquis Bishop (1999) que “la construcción de teorías en la disciplina enfermera es la formalización de los esfuerzos por describir explicar, predecir o controlar las cuestiones relativas a esta ciencia, es decir los fenómenos de enfermería”.

Para Wesley (1997): “Las teorías son una serie de conceptos relacionados entre sí, que proporcionan una perspectiva sistemática de los fenómenos, predictiva y explicativa. Los Modelos son representaciones de una realidad que denominamos proceso de cuidar, enlaza grupos de conceptos y los organiza para describir un fenómeno”.

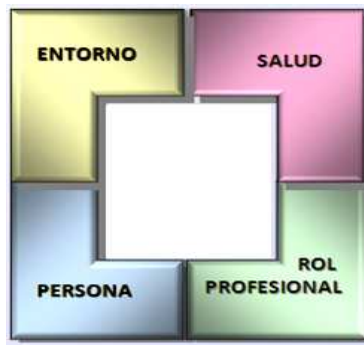
Todas las teorías y modelos de enfermería están delimitados por un *Marco Conceptual o Referencial*, (marco filosófico de una disciplina o profesión), o lo que Fawcet (1995) denomina *Metaparadigma*, que “son los conceptos<sup>33</sup> globales del fenómeno de interés de la disciplina de enfermería, o sea: Salud, Persona, Entorno o Ambiente y Cuidado o Enfermería”.

---

<sup>33</sup> Vega Angarita (2006):

- Salud: Es la finalidad de la acción enfermera, siendo un proceso dinámico y evolutivo.
- Persona: Es el receptor del cuidado de enfermería. Engloban el concepto de persona, tanto la familia, el colectivo, grupos o comunidades.
- Ambiente: Representa el escenario donde crece interactúa y desarrolla la persona y en el que se reconocen los componentes sociales, espirituales, físicos y psicológicos.





**Fig. 1.2 Marco Conceptual De Enfermería:**  
 "Ideas globales que encuadran y delimitan una forma de actuar propia de las enfermeras".

Frente a los factores anteriormente expuestos tales como envejecimiento, expectativas de los pacientes, continuidad en la atención sanitaria, etc... las enfermeras poseen un cuerpo de conocimientos propios encuadrados bajo un Marco Conceptual, tales como Modelos Conceptuales y Taxonomías, que mediante el Autocuidado desde el enfoque biopsicosocial pueden dar respuesta a toda esta complejidad asistencial.

### **1.3.1. MODELO CONCEPTUAL**

Salud, Persona, Ambiente y Cuidado han sido conceptualizados de manera diferente por distintas enfermeras para dar lugar a la generación de Modelos Conceptuales, que en palabras de (Vazques, 2005 cit. of Vega Angarita, 2006).

Un modelo conceptual según Fernández et al (1985) es "la representación ordenada de un conjunto de ideas reunidas para representar una idea global", están fundamentados según Moreno (2005), en "principios filosóficos, éticos y científicos que reflejan el pensamiento, los valores, las creencias que sobre la práctica de la profesión tienen los autores que los han propuesto".

Desde una revisión histórica-bibliográfica destacamos por su aportación en este sentido a la ciencia enfermera a:

- Nightingale, F. (1957). *Notes on Nursing*. Philadelphia: J.B. Lippincott. (Originally published, 1859). Fue la primera teórica que describió la Enfermería y su Entorno, aplicando el método científico y el análisis de datos en la disciplina (Connelly Kudzma, 2009).
- Wiedenbach, E, (1969): *Meeting the realities in clinical teaching*. New York: Springer.
- Henderson, V & Nite, G (1978). *The principles and practice of nursing*. (6<sup>th</sup> ed.). New York: Macmillan.
- Watson, J (1989). Watson's philosophy and theory of human caring in nursing. In J. Riehl-Sisca (Ed), *Conceptual Models for Nursing Practice* (3<sup>rd</sup> ed.). Norwalk, ct: Appleton-Lange.
- Orem, D.E. (1995). *Nursing: Concepts of practice*. (5<sup>th</sup> ed.). St. Louis: Mosby.

Los Modelos Conceptuales son por tanto, según Fawcett (1995) & Sánchez (2000), una construcción mental de una realidad concreta y guiará la práctica profesional o lo que es lo mismo en palabras de Thorne (1998); Kérouac, Pepin, Ducharme & Duquette (2002) "Un Modelo Conceptual ofrece una perspectiva única a partir de la cual las enfermeras pueden desarrollar los conocimientos que le servirán para su práctica".

De manera que la prueba de un modelo en la práctica y el análisis de sus resultados mediante la investigación, nos permitirá llegar a desarrollar una teoría enfermera, que como afirma Marriner Tomey (1999) nos ayudará a "adquirir conocimientos que permiten perfeccionar las prácticas cotidianas mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos".



**Fig. 1.3. Modelo de cuidados:**  
“La ventana a través de la que se observan los fenómenos nucleares de la ciencia enfermera”

### **1.3.1.1. El modelo conceptual de la Dra. Virginia Henderson**

La aportación de Virginia Henderson a la disciplina enfermera, ha tenido un indudable valor. Su obra *The Principles and Practice of Nursing* (1978) ha constituido parte del programa de estudios de diversas Escuelas de Enfermería y ha sido traducido a más de 25 idiomas (Alexander et al., 1999).

Sus investigaciones han contribuido al desarrollo de conocimientos de la disciplina, orientando los fenómenos y conduciendo a la construcción de los modelos teóricos. Salud<sup>34</sup>, Persona<sup>35</sup>, Ambiente<sup>36</sup> y Cuidado o rol de la disciplina<sup>37</sup>, conceptualizan, como ya hemos comentado los Modelos Conceptuales.

---

<sup>34</sup> La Salud se equipara con la satisfacción adecuada de las 14 necesidades básicas del paciente, mediante acciones realizadas por el propio paciente o por la enfermera cuando existe una falta de fuerza, conocimiento y voluntad (Luis Rodrigo, Fernández Ferrín & Navarro Gómez, 2005).



Virginia Henderson (1897 -1996). Nació en Kansas City, Missouri. En 1918 ingresó en la Escuela de Enfermería del Ejército en Washington, DC donde se graduó en 1.921. Comienza muy precozmente su carrera de profesorado (1.922) en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia, donde toma conciencia de la falta de preparación para enseñar aquellos conocimientos que quería impartir. Así que cinco años más tarde se matricula en el Teacher's College de la Universidad de Columbia donde consecutivamente obtuvo los grados de Bachelor of Science y Master of Arts, con especialización en docencia de Enfermería.

Aquí volvería como docente 1930 hasta 1948, e impartió cursos de análisis de enfermería y de práctica clínica. Ha disfrutado de una larga carrera como docente e investigadora, perteneciendo a la plantilla de profesorado de la Universidad de Yale desde principios de los años 50 donde ha realizado y promovido la investigación de enfermería. Desde 1959 a 1971, Henderson dirigió el proyecto Nursing Studies Index, subvencionado por la Universidad de Yale. Su libro "The Nature of Nursing" se publicó en 1.966 y en el define su concepto original y primordial de enfermería. Se volvió a publicar en 1.991, añadiendo al título, "Reflexiones 25 años después". En la década de 1.980 permanece activa como Emérita Asociada de Investigación en Yale. Los logros e influencia de Henderson en la profesión de Enfermería le han supuesto más de nueve doctorados honorarios y el primer "Chistiane Reimann Award". En Barcelona se la nombra Profesora Honoraria de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona.

**Fig. 1.4. Reseña biográfica de Virginia Henderson.**  
Fuente: Alexander et al. (1999)

Según Virginia Henderson (1994) "La enfermera asiste al individuo sano o enfermo en la realización de actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte placentera) y que él llevaría a cabo sin ayuda, si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios, para que adquiriera la independencia lo más rápidamente posible".

<sup>35</sup> Persona: Ser biopsicosocial, cultural y espiritual que tiende a la independencia (Luis Rodrigo et al., 2005).

<sup>36</sup> Factores intrínsecos y extrínsecos de la persona, incluye la familia (Luis Rodrigo et al., 2005).

<sup>37</sup> "Es el servicio de ayuda a la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas" (Luis Rodrigo et al., 2005).

“La Enfermería es arte y ciencia, teniendo un papel estelar tanto en prevenir y evitar al paciente padecimientos a la hora de su muerte, considera además al paciente como un ser biopsicosocial siendo junto a su familia una unidad” (Henderson, 1966).

Considera que la persona, tiene **14 necesidades básicas** que comprenden los componentes de los cuidados de Enfermería, “son necesidades vitales, y comprenden todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar” (Henderson, 1994).

Según Riopelle, Grondin & Phaneuf (1999) la enfermera valora estas 14 necesidades siendo su misión ayudar a la persona a recuperar su independencia con la mayor celeridad.

La búsqueda de la independencia<sup>38</sup> del paciente es la contribución central de la enfermera al paciente en este Modelo Conceptual.

La contribución de Virginia Henderson proporciona una estructura teórica que permite explicar el trabajo enfermero por necesidades de cuidados facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas.

Estas necesidades básicas que son comunes a todos los individuos son, NECESIDAD DE (Henderson, 1994):

---

<sup>38</sup> Riopelle, Grondin, Phaneuf (1999 p.7):

- Independencia: Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza él mismo o que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos.
- Dependencia: No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.

**Tabla 1 1. NECESIDADES BÁSICAS DEL MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON**

Respirar normalmente
Alimentarse e Hidratarse de forma adecuada
Eliminar por todas las vías corporales
Movilización y Mantenimiento de la Postura Correcta
Dormir y Descansar
Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse
Mantener la termorregulación
Mantenerse limpio e hidratado y con la piel íntegra
Mantener la seguridad propia y de otros
Comunicarse con los demás expresando sus emociones y temores
Mantener las creencias y religión
Trabajar y Realizarse
Actividades lúdicas y recreativas
Aprender

Fuente: Henderson (1994)

La enfermera valora las necesidades de cuidados de los pacientes de forma continua y tiende como dice Crow & Spicer (1995) a categorizar el nivel de cuidados que estos precisan, por lo tanto “las valoraciones enfermeras necesitan cambiar del mismo modo que cambia el estado del paciente” (Crow, Chase & Lamond, 1995).

### **1.3.2. PROCESO DE ENFERMERÍA**

Desde una revisión histórica, encontramos a autores como Franco Olea & Sánchez Del Carpio (1975) afirmando que las ciencias en general se han preocupado por utilizar el método científico; pero en especial, las ciencias que se basan en la evidencia lógica y la experimentación han presentado diferentes modelos, creando métodos acordes a sus propósitos profesionales.

Enfermería no podía mantenerse al margen de esta búsqueda.; por lo tanto, "...los conceptos del Proceso de Administración y del Proceso de Resolución de Problemas empezaba a aparecer en la literatura de enfermería a principios de la década de los '60 y uno de los primeros trabajos de este tipo fue la identificación de los 21 problemas de enfermería por Abdallah” (García, 1971).

Desde entonces se ha ido experimentando con la aplicación de varios procesos y sus conceptos hasta el presente...". También se ha considerado conveniente y necesario hacerse con una adaptación más directa de terminología al campo de enfermería con la intención de hacer su aplicación más fácil, llamándolo Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

Así podemos decir que la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como Proceso de Atención Enfermería (PAE) o más conocido actualmente con Proceso Enfermero (PE), siendo Lidia Hall<sup>39</sup> en 1955, la primera autora que da origen al término (Touhy & Birnbach, 2001).

Alfaro (2003), lo define como "un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados" ya que cada persona responde de forma distinta ante una alteración real o potencial. Es un conjunto de acciones intencionadas que realiza la enfermera en un orden específico con el fin de que una persona necesitada de cuidados de salud reciba el mejor cuidado de enfermería posible o lo que es lo mismo un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería.

El uso del proceso en el ejercicio clínico obtuvo legitimidad en 1973 cuando la American Nurse Association (ANA), publicó los estándares del ejercicio de la enfermería, que describe cinco pasos del proceso: valorar, diagnosticar, planificar, actuar y evaluar (Carrillo González & Rubiano Mesa, 2007), además podemos describir las etapas del Proceso Enfermero como:

- **Valoración de las necesidades del paciente:** La valoración es la primera fase o etapa del proceso. Implica la recogida y validación de datos y es necesaria antes de que pueda hacerse un diagnóstico de enfermería (Kozier, Erd & Blais, 2000), aunque es un proceso continuo a lo largo del proceso enfermero.
- **Diagnóstico de las necesidades humanas:** El diagnóstico de enfermería, corresponde a la fase de análisis e interpretación de forma crítica de los datos

---

<sup>39</sup> Lydia Hall fue una enfermera de rehabilitación y Profesora de la Universidad de Columbia. Su "Cuidado, Core, y el modelo de The Cure" fue el primer modelo de la práctica de enfermería utilizados en el Centro de LOEB en enfermería y Rehabilitación en el condado de Westchester, Nueva York (Touhy & Birnbach, 2001).

reunidos durante la valoración (Guirao i Goris, 2001). Se extraen conclusiones en relación con las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas del paciente.

- ✦ **Planificación del cuidado del paciente:** tercera fase del proceso, donde se diseñan las estrategias o actuaciones de enfermería requeridas para prevenir, reducir o eliminar aquellos problemas del paciente, identificados y validados durante la fase de diagnóstico.
- ✦ **Implementación del cuidado.** El proceso de ejecución consiste normalmente en revalorar al cliente, validar el cuidado de enfermería, ejecutar y comunicar las estrategias de enfermería.
- ✦ **Evaluación,** donde se recogen los datos para extraer conclusiones acerca de si se han alcanzado los objetivos.

En 1991 la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), revisó los criterios de la práctica enfermera y continuó manteniendo el modelo en cinco pasos.

Junto al proceso enfermero, damos un paso más como ciencia, desarrollando un lenguaje con el que implementar el proceso enfermero. El mantenimiento de un modelo puramente teórico supone un retraso en el desarrollo de la disciplina enfermera, debiendo de evolucionar hacia conceptos holísticos (Del Pino Casado, 2004; Brito, 2007); teoría y práctica deben de seguir un desarrollo conjunto, para lo cual es necesario el desarrollo de un lenguaje enfermero (Del Pino Casado, 2004).

Podríamos decir que el lenguaje enfermero es la forma de poder expresar nuestros conocimientos para perfeccionar las prácticas cotidianas mediante una descripción, explicación y predicción de los fenómenos, comunes en nuestra profesión.



### **1.3.3. TAXONOMÍA ENFERMERA**

Uno de los principales desarrollos de la ciencia de enfermería consiste en el establecimiento de una terminología<sup>40</sup> común para designar los cuidados de enfermería. Podemos encontrar distintas expresiones para referirnos a ésta: «terminología estandarizada», «nomenclatura», «sistemas de clasificación», «clasificación de diagnósticos», «taxonomías<sup>41</sup>», «idiomas estandarizados», «lenguajes estandarizados», y un largo etcétera.

En cualquier caso, lo decisivo es que bajo todas estas expresiones se trata de aumentar la calidad y la visibilidad del cuidado a través de una documentación que proporcione información confiable sobre la práctica de la enfermería. La posibilidad de nombrar los cuidados constituye un valor fundamental permitiendo la profesionalización de la disciplina (Behn Theune et al., 2004).

La evolución del proceso cuidativo, ha propiciado la investigación e incorporación de nuevos lenguajes, componiendo una lengua que permita la comunicación interprofesional, para conseguir la relación terapéutica de calidad con los pacientes como medio en el cuidado.

Los Sistemas Estandarizados de Lenguaje Enfermero (SELEs) suponen un universo de términos escritos y sus definiciones componen una nomenclatura o el tesoro. Su finalidad es: indizar, ordenar, recuperar y clasificar los datos enfermeros de los registros clínicos en sistemas de información (para la gestión o el cuidado) y en informes de investigación (Graves & Corcoran, 1989).

---

<sup>40</sup> Nos podemos encontrar diferentes terminologías o expresiones, sin perjuicio entre ellas, para describir los cuidados: Terminología estandarizada; Nomenclatura; Sistema de clasificación; Clasificación de diagnóstico; Taxonomías; Idiomas estandarizados; Lenguaje estandarizado, etc.

<sup>41</sup> TAXONOMÍA: (del griego, "tassis" = orden, "nomos o ley", forma) es la teoría de la ordenación o clasificación (Diccionario de la Real Academia Española, 2009).

Así el nacimiento del lenguaje enfermero o taxonomía enfermera, según Luis Rodrigo et al. (2005) surge de la necesidad de describir los fenómenos propios de la disciplina enfermera cuando la enfermera asume el rol autónomo en un marco conceptual teóricamente definido.

En palabras de estas autoras los objetivos básicos de las taxonomías enfermeras o Sistemas Estandarizados de Lenguaje Enfermero (SELEs), son:

- Agilizar la comunicación.
- Permitir la transmisión sistemática de información.
- Facilitar la identificación de vacíos de conocimiento y conocimientos relacionados entre sí.

O lo que es lo mismo, “el uso de un lenguaje enfermero estandarizado proporciona continuidad en los cuidados y favorece la comunicación entre las enfermeras” (Giménez Maroto, 1998).

La aparición de Sistemas Estandarizados de Lenguaje Enfermero (SELEs) en palabras Blegen (1997) citado en Morilla Herrera et al. (2005), ha creado un marco que puede acelerar la construcción definitiva del soporte teórico para la práctica. Concluyen estos autores que “es preciso conjugar adecuadamente el poder explicativo de los modelos con la capacidad descriptiva de las taxonomías, con la suficiente clínica como para generar avances en los servicios enfermeros”.

Según Jones (2003) se trata de ir recomponiendo el lenguaje yendo hacia delante y hacia atrás, ya que necesitamos que este refleje la práctica, necesitamos la teoría para darle cuerpo a la práctica y necesitamos la filosofía que está por encima de todo y orienta hacia donde ir con el cuidado.

Esto implica utilizar una lengua común para todas las enfermeras en el Proceso Enfermero como método científico de la Disciplina Enfermera.

### 1.3.3.1. Diagnósticos de enfermería

El lenguaje históricamente más estudiado es el lenguaje del “Diagnóstico”, ya en 1989 la ANA considera el término diagnóstico como una función enfermera.

Así, Parker & Lunney (1998), aseguran que “los diagnósticos de enfermería han contribuido a la identificación de respuestas humanas para los problemas de salud y procesos de vida y a la descripción de las representaciones que los pacientes están experimentando”.

La taxonomía diagnóstica que actualmente manejamos en nuestro ámbito profesional es la taxonomía NANDA, aunque también se hace necesario destacar la Taxonomía de LUNNEY<sup>42</sup>, la Taxonomía de CAMPBELL, la taxonomía de Carpenito y el Sistema de Clasificación OMAHA -éste último enfocado a enfermería comunitaria-.

Taxonomía Diagnóstica de **LUNNEY**: desarrolla un sistema de clasificación sencillo a partir de 20 conductas funcionales, los diagnósticos constan de dos partes:

- Una 1ª parte que informa sobre las necesidades del individuo (conductas funcionales<sup>43</sup>), que pueden ser mejoradas mediante la realización de acciones de enfermería.
- Y una 2ª parte, que describe la etiología o los factores con los que hay que trabajar para lograr la mejoría del paciente, sin mencionar ni signos ni síntomas (Parker & Lunney, 1998; Lunney, 2001).

---

<sup>42</sup> **Margaret Lunney** (RN, PhD) profesora de la Universidad de Ciudad de Nueva York y autora de diversos trabajos sobre precisión diagnóstica, investigación en taxonomías y un libro editado por la NANDA dedicado al estudio de casos.

<sup>43</sup> Conductas funcionales: Son las acciones que nosotros realizamos para mantener, fomentar, recuperar o restablecer nuestra salud, Margaret Lunney se basa en ellas para hacer esta taxonomía.

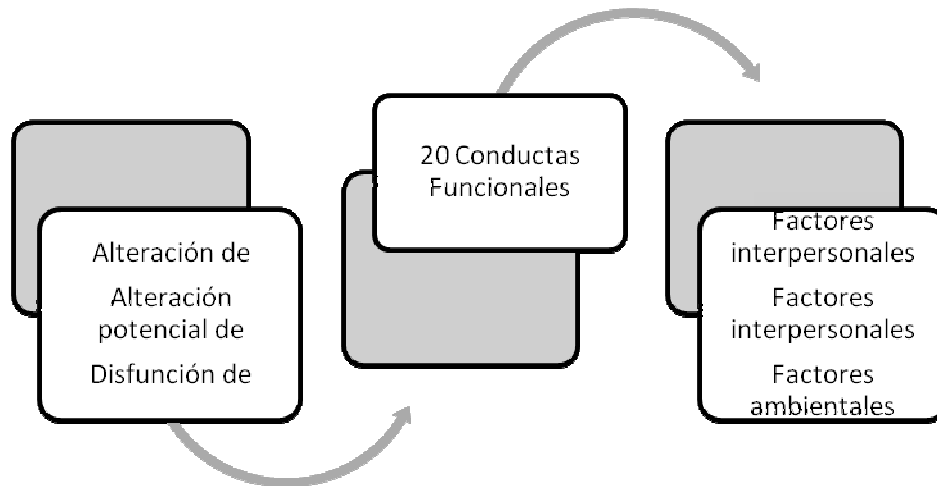


Fig. 1.5 Estructura del Diagnóstico Lunney

**Taxonomía Diagnóstica de CAMPBELL:** El diagnóstico de Enfermería consiste en identificar las respuestas negativas y establecer las modificaciones que debe introducir la enfermería para que los cambios se produzcan (Campbell, 1987). La enfermera se centra en problemas diagnósticos relacionados con la adaptación y las limitaciones impuestas y con el mantenimiento del bienestar. La medicina reconoce un proceso patológico y se centra en la etiología, fisiopatología y el trastorno orgánico.

**CARPENITO:** El diagnóstico de enfermería es una explicación que describe un estado de salud o una alteración real o potencial en los procesos vitales de la persona (Carpenito, 1987). Incluye los problemas interdependientes como un nuevo tipo de diagnóstico enfermero, y expone un sistema de clasificación que identificaría:

- *Diagnósticos básicos de enfermería* tal y como definió la NANDA.
- *Diagnósticos de enfermería colaborativos* que definidos como un juicio clínico sobre las respuestas a problemas actuales o potenciales de salud o del régimen terapéutico que es gestionado por las enfermeras usando intervenciones prescritas por la enfermera o por el médico para minimizar las complicaciones del suceso.

Estos dos tipos de diagnósticos tendrían la misma importancia, se identificarían en función de la prioridad que la situación requiriese y no del tipo de diagnóstico, y los diagnósticos básicos de enfermería serían gestionados de forma exclusiva por las enfermeras (García Miñano, 2009).

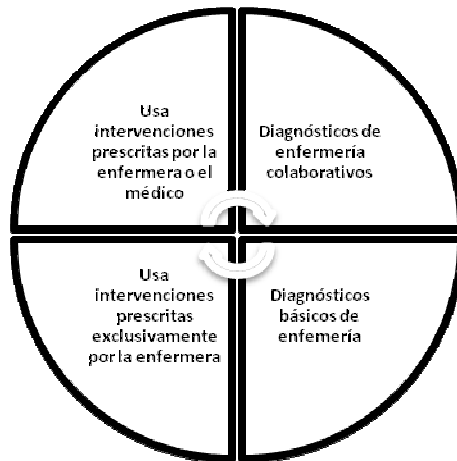


Fig. 1.6 Modelo de Diagnóstico de Carpenito

El Sistema de Clasificación **OMAHA**: es consecuencia del desarrollo de la actividad enfermera con la comunidad.

- La taxonomía Omaha se desarrolla a partir de los cuatro campos funcionales (ambiental, psicosocial, fisiológico, conductas sanitarias)<sup>44</sup> o lo que es lo mismo áreas de problemas del paciente atendidas por la enfermera comunitaria (Martin, 2005).
- Podemos definir la taxonomía Omaha como una lista ordenada de los problemas sanitarios (PP: Problema Potencial o PR: Problema Real) que son

<sup>44</sup> AMBIENTAL: Referido a los recursos materiales y a entorno físico del paciente. PSICOSOCIAL: Patrones de comportamiento, comunicación, relaciones personales y desarrollo del paciente. FISIOLÓGICO: Estado funcional de los procesos que mantienen la vida. CONDUCTAS SANITARIAS: Se refiere a las actividades sanitarias que fomentan o mantiene el bienestar, fomentan la recuperación y potencian la rehabilitación. Disponible en <http://www.omahasystem.org/>

diagnosticados por las enfermeras en un centro de salud comunitaria, constando de cuatro elementos diagnósticos:

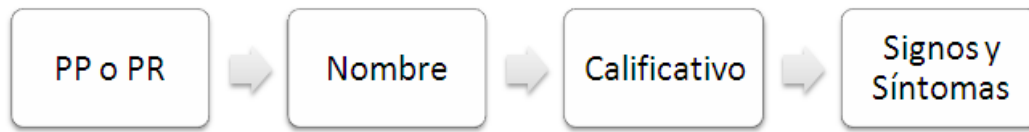


Fig. 1.7 Estructura del diagnóstico OMAHA

Sin embargo es de destacar por su amplia difusión y utilización en nuestro sistema asistencial a la **taxonomía NANDA**, que en su 9ª conferencia (1990), aprueba la definición oficial del diagnóstico de enfermería como: “Juicio clínico sobre la respuesta de la persona, familia o comunidad a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales.

El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de intervenciones de enfermería, con el fin del alcanzar los resultados que son responsabilidad de la enfermera” (NANDA, 1999 y 2008). Siguen el patrón propuesto por Carpenito: P = Problema: en relación a... + E = Etiología: manifestado por... + S = Signos y síntomas.

Difieren con esta autora en considerar los diagnósticos de enfermería colaborativos como problemas de colaboración y no como un diagnóstico propio de la enfermera (Luis Rodrigo, 2008). Para NANDA-I (North American International Nursing Diagnosis Association), los problemas de colaboración se etiquetan con terminología médica y no pueden ser considerados diagnósticos enfermeros ya que no pueden ser resueltos en el rol propio sino que son resueltos en un rol colaborativo, y pueden definirse como *“problemas de salud reales o potenciales en los que el usuario requiere que la enfermera haga por él las actividades de tratamiento y control prescritas por otro profesional”* (Luis Rodrigo, 2008).

NANDA-I propone tres tipos de diagnósticos enfermeros (NANDA, 1999 pág. 149):

- **Diagnóstico real:** Describe respuestas humanas a estados de salud en el individuo, familia o comunidad, se propone el siguiente formato:

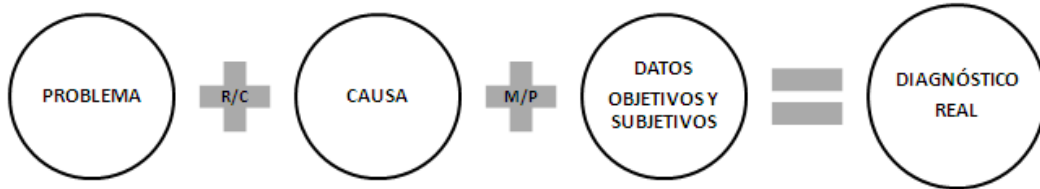


Fig. 1.8 Estructura del diagnóstico real NANDA-I, Taxonomía II

- **Diagnóstico de riesgo:** Describe respuestas humanas a estados de salud que pueden desarrollarse, en el individuo, familia o comunidad, se propone el siguiente formato:



Fig. 1.9 Estructura del diagnóstico de riesgo NANDA-I, Taxonomía II

- **Diagnóstico de salud:** Describe respuestas humanas a estados de salud en el individuo, familia o comunidad, que presentan un buen nivel de salud, pero que tienen el potencial para alcanzar un grado superior, sólo tiene un componente:

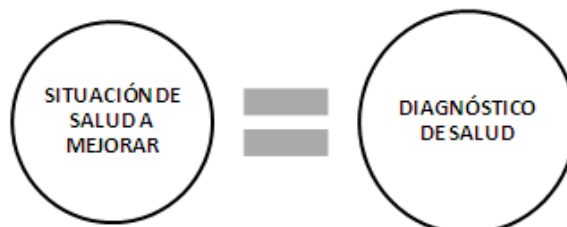


Fig. 1.10 Estructura del diagnóstico de salud NANDA-I, Taxonomía II

### **1.3.3.2. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)**

En 1987, el centro para la clasificación de enfermería en la universidad de Iowa introdujo la NIC (Nursing Interventions Classification) y fue desarrollada para el uso de los diagnósticos de enfermería NANDA.

Podemos concebirla como un sistema de clasificación de acciones enfermeras que puede ser usado para alcanzar el estándar de la uniformidad de datos. Definiendo la intervención de enfermería como *“todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente”* (Bulechek, Butcher & McCloskey Dochterman, 2009).

La NIC es una ordenación extensa y estandarizada de los tratamientos que realizan las enfermeras para alcanzar los resultados esperados del paciente/cliente, en todos los ámbitos de trabajo y en todas las especialidades.

Las intervenciones de NIC incluyen aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales. Hay intervenciones para el tratamiento de la enfermedad, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Las intervenciones no están solamente diseñadas para los individuos sino que contemplan también a la familia y a la comunidad.





Atendiendo a su estructura taxonómica se organiza en tres niveles:

El primer nivel son los CAMPOS, que van numerados del 1 al 7.

El segundo nivel son las CLASES (30 clases), son grupos de intervenciones relacionadas a las que se ha asignado una letra del alfabeto.

El tercer nivel son las INTERVENCIONES, cada una codificada por cuatro números. Existiendo 542 intervenciones. (NIC 2009, p.3) y más de 12.000 actividades.

Así tendremos una ordenación en la que cada campo (primer nivel), contiene Clases (segundo nivel), y cada clase, contiene un conjunto de Intervenciones (tercer nivel) y cada Intervención consta de una etiqueta, definición y de las actividades que la enfermera debería realizar para llevar a cabo esa intervención o tratamiento enfermero .

La NIC ha sido probada en campo (p.xi) y reconocida por la American Nurses Association (ANA) y por la Joint Commission on Accreditation for Health Care Organization (JCAHO), ha sido agregada a los índices de CINAHL e incluida en la SNOMED (NIC 2009, pág.xii).

Ha sido incluida en el Metathesaurus de la Biblioteca Nacional de Medicina para el desarrollo del Lenguaje Médico Unificado y en el Index de Enfermería, e incluye todo tipo de intervenciones de tratamiento enfermero:

Independientes.

De colaboración.

De cuidado directo del paciente.

De cuidados indirectos, que dan soporte a las primeras.

Fisiológicas (ej. Aspiración de vías aéreas).

Psicosociales (ej. Reducción de la ansiedad).

De prevención (ej. Prevención de caídas).

De promoción de salud (ej. Promoción de ejercicio).

Para el cuidado de individuos.

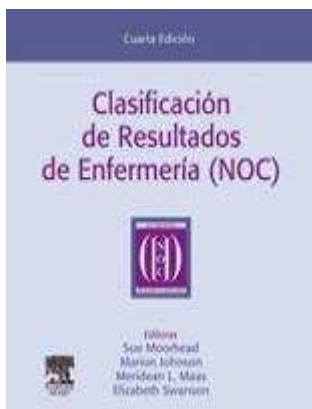
Para familias (ej. Promoción de la integridad familiar).

Y para el tratamiento de grupos o comunidades (ej. Educación para la salud).

**Fig. 1.11 Taxonomía NIC**  
Fuente: Bulechek et al. (2009)

### 1.3.3.3. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)

Los resultados fueron desarrollados para medir los efectos de las intervenciones de cuidados. Se definen como “resultados clínicamente útiles y medibles del paciente, que son sensibles a las intervenciones de enfermería y son necesarios para determinar la eficacia de la atención enfermera” (Moorhead, Johnson, Maas & Swanson, 2009).



La clasificación actual consiste en una lista de 385 resultados con sus definiciones, indicadores, 12 escalas de medida tipo Likert, estructurados en 7 dominios (La salud funcional, la salud psicológica, salud psicosocial, conocimiento de la salud y comportamiento, percepción de salud, salud de la familia, y salud de la comunidad) y 31 clases, que describen la respuesta deseada del cliente

La Clasificación de los Resultados Enfermeros (Nursing Outcomes Classification, NOC) incluye resultados enfermeros estandarizados para medir los cambios en la evolución del paciente y determinar los efectos de las intervenciones a lo largo del tiempo y en los diversos ámbitos asistenciales.

Los resultados describen estados de pacientes, antes o después de una intervención enfermera, así hablaríamos de resultados del paciente y de resultados del paciente dependientes de enfermería. Los resultados al contrario que los objetivos que son estáticos, pueden variar después de la intervención, siendo positiva cuando aumenta, negativa cuando el resultado disminuye o puede ser cero cuando no se producen cambios.

Cada resultado de la clasificación representa un concepto que puede utilizarse para evaluar el estado de un paciente, familia o comunidad.

Cada resultado posee un nombre, una definición y unos indicadores que constan de una escala de medida Likert de cinco puntos para medir el estado del paciente. Una enfermera valora al paciente y establece una puntuación frente a un resultado antes de intervenir, así podrá volver a puntuarlo después de la intervención. Para determinar esta puntuación la enfermera compara a su paciente con una persona de referencia (sana, de la misma edad y sexo)

**Fig. 1.12 Taxonomía NOC**  
Fuente: Moorhead et al. (2009)

Como describen Moorhead et al. (2009), “la NOC es una lista exhaustiva de conceptos, definiciones y medidas estandarizados que describen los resultados de los pacientes influenciados por las intervenciones enfermeras. Los resultados se presentan como conceptos variables que reflejan los estados del paciente (por ejemplo movilidad), medidos de forma continua en vez de cómo objetivos concretos que se cumplen o no”.

“El uso de la NOC permitirá a las enfermeras medir cada estado del resultado en el paciente, cuidador, familia o comunidad, y proporcionará más información para monitorizar el progreso de cada uno” (Moorhead et al., 2009).

Por tanto, esto nos permitirá desarrollar una clasificación basada en necesidades y respuestas humanas, para poder realizar una valoración continua de los cuidados de nuestros pacientes, evaluando los cambios experimentados y en consonancia con los estándares en la práctica enfermera, aportando validez y universalidad para su aplicación.

### **1.3.3.4. Organismos implicados en el desarrollo del lenguaje enfermero**

#### **Consejo Internacional de Enfermeras (CIE)**

En Abril de 2006, el Consejo Internacional de Enfermeras propone “La Clasificación internacional para la práctica de enfermería (ICNP®)”, definiéndola como “un sistema de lenguaje unificado de enfermería”.

La ICNP® es una terminología funcional para la práctica de enfermería, que facilita la configuración cruzada de términos locales con las terminologías existentes.

La ICNP® es un sistema de lenguaje unificado<sup>45</sup>; es una terminología compuesta, que tiene por objeto representar los diagnósticos de enfermería, las intervenciones de

---

<sup>45</sup> La Clasificación internacional para la práctica de la enfermería (ICNP®) se ha publicado en cuatro versiones consecutivas. La más reciente de ellas, la Versión 1.0, se publicó en mayo de 2005, y está traduciéndose a varios idiomas. La anterior versión, Beta 2, se

enfermería y los resultados de enfermería en todos los idiomas posibles, atendiendo a las propias particularidades interculturales de cada uno de los idiomas con los que se expresan las enfermeras y sus pacientes (CIE, 2010).

### **☑ Proyecto NIPE (Normalización de las Intervenciones para la Práctica Enfermera)**

El Proyecto NIPE tiene como objetivo establecer un sistema de mejora continua de la calidad de los cuidados de Enfermería al objeto de prestar la mejor asistencia a la población, así como establecer un sistema de control de los costes generados por Enfermería demostrando su aportación al Sistema Sanitario (CIE, 2010).

De esta forma, uno de los objetivos del proyecto es la normalización de las intervenciones enfermeras como línea prioritaria de investigación en enfermería. Es un proyecto llevado a cabo por el Ministerio de Sanidad y Consumo, Consejo General de Enfermería e Instituto Superior de Acreditación para el Desarrollo de la Enfermería y Otras Ciencias de la Salud (CIE, 2010).

El 14 de marzo de 2003, el Consejo de Ministros autoriza la firma de un convenio entre el Consejo General de Enfermería y el Instituto de Salud Carlos III para el desarrollo de una red nacional de investigación de enfermería, llevándose a cabo dicha firma el 18 de marzo, en presencia de la Ministra de Sanidad y Consumo.

El objeto del convenio queda definido como el desarrollo y mantenimiento de un Sistema Normalizado de Gestión Integral de Enfermería que contribuya a la mejora de la calidad de la atención de enfermería, a través de una Red Nacional de Investigación de Enfermería. Red creada inicialmente por la Organización Colegial y consolidada para la Normalización de la Práctica de la Enfermería por el proyecto NIPE (CIE, 2010).

## ☑ **Sociedades científicas de habla hispana**

- **AENTDE** (*Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico Enfermero*):

Es una asociación científica que nace en 1996 de carácter profesional, cuyo propósito es organizar y fomentar el conocimiento y la utilización de las nomenclaturas enfermeras, como contribución específica al desarrollo del rol propio y de la ciencia enfermera, en beneficio de la salud de los ciudadanos y de los miembros de la Asociación.

Actualmente define dos líneas de trabajo: La validación de la taxonomía NANDA II en España y la Traducción de Taxonomía NANDA, NIC y NOC (AENTDE, 2010).

- **ALADITE** (*Asociación Latinoamericana de Diagnósticos Y Taxonomía Enfermera*):

En Junio de 2008 en Lima (Perú), se crea dicha asociación, cuya finalidad es estandarizar el lenguaje enfermero en Latinoamérica bajo el esquema de la NANDA-NIC-NOC, unificando criterios con la inclusión de todas las universidades, federaciones y asociaciones de enfermería con el objetivo de expandirlo por todos los Países Latinoamericanos (ALADITE, 2010).

### **1.3.4. INFLUENCIA DE LOS CUIDADOS EN LAS ORGANIZACIONES HOSPITALARIAS**

En muchos hospitales, especialmente en los de mayor tamaño, el coste del personal representa el 70% del coste total de mantenimiento (Asenjo Sebastián, 2003; Creus i Virgili, 2003). Concretamente el personal de enfermería constituye el recurso humano más numeroso en relación a los profesionales de la salud (Zarate Grajales, 2004). Variando del 25%-50% el presupuesto destinado al personal de enfermería de la

partida económica de un hospital medio (Tilquin, Ferrús & Portella, 1992; Ferrús, Matute, Losilla & Martín, 1998; Creus i Virgili, 2003).

En este sentido, existen políticas de contención de costos donde la eficiencia de la enfermera se encuentra bajo presión, para justificar su valor en la asistencia sanitaria, mediante métodos de evaluación como medio de cuantificar la aportación enfermera a la atención del paciente (Hughes, 1999). Así, en numerosas políticas de contención de costos, se disminuye el número de enfermeras<sup>46</sup> y en algunas ocasiones se sustituyen por personal de menor cualificación (Aiken, Smith & Lake, 1994; Arthur & James, 1994; Edwardson & Giovannetti, 1994; Olds et al., 2002; Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, & Silber, 2002; Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart & Zelevinsky, 2002).

Estas políticas de limitación y reducción del gasto han traído una serie de consecuencias adversas que han podido apreciarse en hospitales del Reino Unido (Gálvez Toro, 2003), en los que el déficit de enfermeras junto con la contratación de personal técnico, con el objetivo de ahorrar en costes, han puesto en riesgo el funcionamiento del Sistema de Salud. Que se han manifestado con un aumento de la morbilidad que conlleva además costes asociados a la desatención de los pacientes y complicaciones iatrogénicas (Aiken et al., 2002; Needleman et al., 2002).

De manera, que el 15% del presupuesto del Sistema Sanitario Británico (NSH), equivalente al presupuesto total del 12% de los hospitales del Reino Unido, se debería dedicar a combatir los errores del Sistema tales como: pruebas diagnósticas inadecuadas, mortalidad por infecciones nosocomiales y reacciones adversas a medicamentos (Andrew Moore, 2000 cit. of Gálvez Toro, 2002).

Existen numerosas investigaciones que establecen dos factores (número y cualificación de las enfermeras) en la relación causa/efecto: enfermera o provisión de cuidados/mejora del proceso asistencial (American Nurses Association (ANA), 2000; Aiken et al., 2002; Needleman et al., 2002; Kane, Shamliyan, Mueller, Duval & Wilt,

---

<sup>46</sup> Registered Nurses: equivale a una enfermera titulada universitaria Española. (Morales Asencio et al., 2005)

2007; Lankshear, Sheldon & Maynard, 2005). Revelando la relación directa entre los efectos sobre la salud de los pacientes hospitalizados y la cualificación de las enfermeras; concluyendo con la necesidad de incrementar estas plantillas para la provisión de unos cuidados adecuados (detección precoz de complicaciones, cuidados no tecnificados, cuidados de autonomía...).

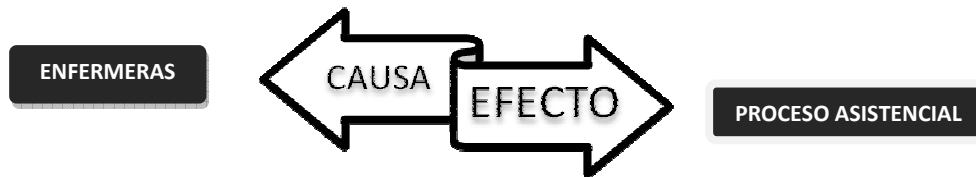


Fig. 1.13 Enfermeras y Proceso Asistencial

Investigaciones en entornos hospitalarios de Unidades de Cuidados Intensivos de áreas médicas y quirúrgicas (Kane, Shamliyan, Mueller, Duval & Wilt, 2007 cit. of De Pedro Gómez et al., 2009), añaden un elemento adicional “la fuerza de la asociación entre variables para estimar una relación causal”, estableciendo una direccionalidad y especificidad de la asociación causal (aumento de una enfermera y disminución de la mortalidad o efectos adversos); así por ejemplo, por cada enfermera a turno completo por paciente y día la mortalidad en estos servicios desciende entre un 9-16%.

Con respecto a la cualificación de las enfermeras (Lankshear, Sheldon & Maynard, 2005) concurre una evidencia positiva entre la calidad del cuidado y la competencia (nivel académico) alcanzada por la enfermera; aunque no se pudo determinar el tamaño del efecto (De Pedro Gómez et al., 2009).

A la vista de estos estudios, podríamos decir que el cuidado proporcionado al paciente repercute en su calidad de vida y en los costos relacionados con su proceso. Además queda evidenciada la asociación entre la mejora del proceso asistencial y la necesidad de incrementar cuali-cuantitativamente la provisión de cuidados, ya que

“hacer más eficiente lo que nunca va a ser realizado, es lo menos productivo que existe” (Robert Steinbrook, 2002; Drucker, 2002).

### **1.3.5. LOS MODELOS DE PRÁCTICA ENFERMERA**

Lang, Hodge, Olson, Romano & Kravitz publican en 2004, un estudio de revisión sistemática con el objetivo de conocer los efectos de los cuidados sobre los resultados de salud en hospitales de pacientes agudos en relación a la dotación de enfermeras (ratio enfermera-paciente). Analizaron 2897 artículos originales en Estados Unidos publicados desde 1980 a 2003, en los que se realizaba alguna medida de la ratio enfermera-paciente. De ellos se recuperaron 490, cumpliendo sólo 43 criterios de inclusión de la revisión.

Obtienen como principales conclusiones:

- La existencia de una probable asociación entre un número mayor de enfermeras y la menor incidencia de burnout, mayor tasa de rescate<sup>47</sup>, disminución de la estancia y la reducción de la mortalidad intrahospitalaria, apoyando así las tesis de Aiken et al., (1994); Aiken, Clarke, Cheung, Sloane y Silber (2003); Needleman et al., (2002).
- Sin embargo, también concluyen que una ratio mínima enfermera-paciente por sí sola no garantiza unos cuidados de calidad, si no que existen otros factores que deben de tenerse en cuenta en las instituciones cuando se quieran determinar dicha ratio como son el grado de complejidad tecnológica, las competencias y el apoyo que estas prestan a las enfermeras.

---

<sup>47</sup> Fallo de rescate:

- “Deterioro de la condición de un paciente que hubiera podido ser evitado mediante la intervención precoz y apropiada de una enfermera” (Clarke, 2004, cit. of Martínez Ques & Fernández Romero, 2006).

- “Falta de habilidad de un clínico en salvar la vida de un paciente hospitalizado en el transcurso de una complicación” (Meyer & Lavin, 2005, cit. of Martínez Ques & Fernández Romero, 2006).

Esta media se basa en los datos de pacientes que han estado al borde de la muerte, los que han tenido una buena curación y los que han sufrido riesgos, estudiados en distintos hospitales. Los resultados generales muestran una relación entre un menor índice de fallos de rescate y mayores niveles cuali-cuantitativos de enfermeras (Martínez Ques & Fernández Romero, 2006).



- Por último, hay un aspecto clave en todo este análisis: el modelo de práctica profesional adoptado por la organización.

Más recientemente (Rafferty et al., 2007) un estudio en 30 Hospitales del Servicio de Salud Británico (NSH), con el mismo objetivo que el estudio de Lang et al., (2004): “conocer la influencia de la ratio enfermera paciente sobre los resultados de salud de los pacientes en hospitales agudos”, confirma que en aquellos hospitales con un bajo cociente enfermera-paciente se producía un aumento en las tasas de mortalidad, una mayor probabilidad de descontento y de aumento de los niveles de burnout y una mayor tasa de rescate, concurrentes con lo anunciado por Aiken et al., (2002) cit. of Morales Asencio, Morilla Herrera, Martín Santos, Gonzalo Jiménez & Terol Fernández (2003).

Estos resultados (Rafferty et al., 2007) podrían ser extrapolados a nuestro Sistema Sanitario Público, al tratarse de entornos muy similares: Sistema Sanitario Público y reclutamiento sistemático de enfermeras españolas para trabajar en él (Morales Asencio, Morilla Herrera & Martín Santos, 2007), decantándose por el abordaje desde el enfoque de gestión de riesgos, en contraposición con el enfoque tradicional en base a “cargas de trabajo”.

Por tanto, en palabras de Morales Asencio et al. (2007),... “parece que es más fácil valorar el impacto de la enfermera en los Hospitales *por lo que evita*, que por lo que consigue”, apoyándose en los datos del Estudio Nacional de los Efectos Adversos<sup>48</sup> (ENEAS) ligados a la Hospitalización (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006).

Según este estudio “la medida del riesgo ligado a los cuidados hospitalarios es una cuestión de suma importancia para el Sistema de Salud, tanto en su dimensión sanitaria como económica, jurídica, social e incluso mediática” (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006). “En la medida en que la asistencia sanitaria es más universal y más

---

<sup>48</sup> Se define Efecto adverso (EAs) como: “todo accidente imprevisto e inesperado, recogido en la historia clínica que ha causado lesión y/o incapacidad y/o prolongación de la estancia y/o éxitus que se deriva de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad de base del paciente”. *Estudio Nacional de los efectos Adversos ligados a la hospitalización* (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006).

compleja, y los pacientes más vulnerables<sup>49</sup>, mayor es el impacto de los Efectos Adversos (EAs) asociados a los cuidados” (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006).

Los resultados demuestran que un 7,63% (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006) de los efectos adversos estuvieron relacionados con los cuidados, y de ellos el 56% podrían haberse evitado (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006). Aunque este estudio no relaciona la ratio enfermera - paciente con la aparición de efectos adversos, sí pone de manifiesto que su existencia está directamente relacionada con la edad del paciente<sup>50</sup>, la vulnerabilidad, la estancia hospitalaria y el tipo de hospital.

Pero tal y como apuntaban hace más de una década Brennan y Fitzpatrick (1992), el ejercicio de la práctica enfermera constituye un proceso permanente de toma de decisiones, difícilmente cuantificable en un mero cómputo de tareas desempeñadas. La medición en función del tiempo de cuidados necesario para realizar una actividad cuidadora asume un trabajo lineal<sup>51</sup> de la intervención enfermera, cuando la práctica es mucho más compleja (Hughe, 1999).

Podemos decir que esta afirmación es fundamental en la argumentación del discurso, ya que (López Alonso, 2004) el estudio de la práctica enfermera debe extenderse al entorno que rodea las intervenciones, y que junto a éstas, influyen directamente sobre los resultados clínicos<sup>52</sup> y consecuentemente sobre los institucionales. Siendo la individualización del cuidado conforme a las características del paciente una estrategia para alcanzar los resultados clínicos deseados y una de las características fundamentales de la práctica enfermera (Cuxart Ainaud, 2004).

---

<sup>49</sup> El aumento del número de factores de riesgo incrementa el riesgo de Efecto Adverso (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005).

<sup>50</sup> El riesgo de desarrollar un EA en los mayores de 65 años es el doble que en los menores de esa edad (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005).

<sup>51</sup> Trabajo lineal: desempeño de tareas (realizar extracción analítica - administrar inyectable - revisar sueroterapia...)

<sup>52</sup> Los resultados clínicos varían en función de las características del paciente, del Sistema Sanitario, del profesional que presta el cuidado y del propio proceso enfermero (Marek, 1997).

Como afirma De Pedro Gómez & Morales Asencio (2004),... “muchas intervenciones enfermeras y la práctica de los cuidados se producen de forma individualizada, en una insustituible relación enfermera-paciente, produciéndose en las instituciones *modos de cuidar* o adherencias a determinados estilos de práctica”.

Son esencialmente estas dimensiones estructurales y contextuales de la práctica enfermera las que representa un Modelo de Práctica Enfermera (MPE), que van a estar siempre presentes de forma implícita o explícita cuando exista un grupo de enfermeras desempeñando su rol profesional (Brennan & Anthony, 1998; Brennan & Anthony, 2000). Y proponen el modelo “Multi- Attribute Utility” o MAU, para la identificación de los MPE, que cuenta con 11 indicadores<sup>53</sup> para evaluar si una práctica responde a un MPE, ya que en ellos existe una serie de atributos que les dan cuerpo y estructura, es decir los conceptualizan.

Por tanto un Modelo de Práctica Enfermera podría definirse como *la manera en la que se organizan los cuidados de enfermería en cada institución, para satisfacer las necesidades de los pacientes.*

Por lo tanto y como exponen Morales Asencio et al. (2005),... a la vista de la influencia que tienen los cuidados enfermeros en las organizaciones hospitalarias, “no parece lógico mantener esquemas de planificación y gestión de recursos ajenos al potencial de las intervenciones enfermeras, perpetuados en el tiempo, mientras los Servicios de Salud se devanan en mejorar resultados a toda costa, muchas veces sin pensar en las enfermeras”<sup>54</sup>.

---

<sup>53</sup> Los 11 indicadores del Modelo MAU son: continuidad de cuidados, participación en la gestión y toma de decisiones, colaboración multidisciplinar, liderazgo, entorno de aprendizaje, rol profesional, recursos humanos, comunicación, especialización, orientación de personal de nuevo ingreso y compromiso de grupo (Brennan & Anthony, 2000).

<sup>54</sup> En 1995 la OMS, a través de un Comité de Expertos pide a los Estados Miembros la formulación de políticas para el desarrollo de la Enfermería como parte de la reforma de los Sistemas Sanitarios y la inclusión de las enfermeras en los órganos gubernamentales para la toma de decisiones en materia de salud (Organización Mundial de la Salud, 2009).

Las enfermeras (Teixidor Freixa, 2006), “son conscientes de la importancia de continuar avanzando en el desarrollo de una práctica profesional en el marco de un modelo conceptual que proporcione una visión compartida y una guía para la práctica profesional, la formación, la gestión, la evaluación y la investigación en relación con los cuidados prodigados”.

## **1.4. EL PROCESO DE CUIDAR**

### **1.4.1. EL PRODUCTO ENFERMERO**

Históricamente la contribución de enfermería al producto final asistencial<sup>55</sup> ha sido un requisito imprescindible en el proceso de gestión y producción hospitalario; el producto enfermero ofrece un producto definido “*los cuidados de enfermería*”, que deben precisarse de forma nítida a través de una cartera de servicios y una clasificación por entidades asistenciales diferenciales, que faciliten la obtención de mediciones (Carranza Gámez, 1996; Fernández Collado, 1996; Cortés Sanz & Fernández Collado, 1995; Teixidor i Freixa, 2002).

La importancia de definir el producto enfermero obedece por tanto a razones asistenciales y económicas; de manera que la planificación de recursos enfermeros y la asignación en función de las cargas de trabajo, ha sido y sigue siendo un pilar básico en la literatura enfermera y una constante como fuente en la investigación (Arthur & James, 1994; Edwardson & Giovannetti, 1994; Yarritu Fernández & Bohígas Santasusagna, 2000).

Esto ha derivado, como se ha puesto de manifiesto durante la conceptualización de este trabajo, que ante la situación de recursos limitados, el equilibrio entre la oferta y la demanda de cuidados se haga cada vez más necesario.

---

<sup>55</sup> Bienes tangibles, objetos físicos o intangibles y no físicos que reciben el nombre de servicios (Mompart García & Durán Escribano, 2004).

Así, para intentar solventar esta situación, nos encontramos ante el hecho de la creación de numerosas escalas (tabla 1.2) que intentan agrupar a los pacientes en distintas categorías, en función de distintos parámetros (tabla 1.3), para obtener instrumentos que midan el trabajo que para el sistema suponen los cuidados que precisan los pacientes, y de esta forma conseguir datos, para optimizar la gestión hospitalaria (tabla 1.4, tabla 1.5).

### **1.4.2. OUTCOMES RESEARCH**

En este sentido se da un paso más, ya que la enfermera es la responsable del diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a problemas corrientes o potenciales. La Enfermería orientada a resultados dispone de un modelo de análisis propio de la efectividad de los cuidados enfermeros (Morales Asencio, 2004).

Los Sistemas de Información basados en Sistemas Estandarizados de Lenguaje Enfermero permitirá establecer Conjuntos Mínimos Básicos de Datos Enfermeros (CMBDe) dentro de la gestión en resultados en la Práctica Clínica orientada a resultados (Bulechek et al., 2009; Moorhead et al., 2009).

Pero llegado a este punto y viendo la importancia del concepto del cuidar como núcleo en la disciplina enfermera y como elemento del Marco Conceptual, se nos plantean las cuestiones infranqueables del discurso de Guirao i Goris (2004):

¿Qué es el cuidado?

¿Qué es la “medida” o qué significa medir?

¿Se puede medir el cuidado?

Y ¿cómo se mide el cuidado?

### 1.4.3. LA MEDIDA DEL CUIDADO

Atendiendo a la primera cuestión *¿qué es el cuidado?*, decir que el proceso de cuidar es una relación recíproca que ayuda a la otra persona a relacionarse y a realizarse en el mundo, está lleno de subjetividad y lleva a preocuparse por las experiencias del otro (Mustard, 2002). Como afirma Watson (2001) el cuidado es el núcleo de la profesión enfermera aportando a la definición de cuidado nuevas dimensiones.

Pero por su especial aportación a esta investigación, acerca de la complejidad y versatilidad del término, mencionaremos aquí, la que realizó Ferrer (2004): “El proceso de cuidar es una interacción sujeto-sujeto, en la que se desarrollan intercambios de procesos de vida, con una manera particular en cada uno de entender la salud, la enfermedad y la muerte, situando *el cuidado* en un proceso de interacción sujeto-sujeto y construido a partir del relato de vida del propio protagonista del cuidado”.

Atendiendo a la segunda pregunta *¿qué es la “medida” o qué significa medir?* y utilizando la definición del Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2009), diremos que: “la medición es el proceso de asignar cantidades o números a objetos, para representar el tipo y/o cantidad de atributos o características que posee dicho objeto”. O como apuntan Kerlinger & Lee (2002) “la medición es simplemente el proceso de asignar valores a ciertos eventos de la realidad”.

Además, las escalas de evaluación en Salud permiten una valoración de los pacientes, mediante la entrevista y la posterior recogida de información, para poder cuantificarla, estandarizarla y realizar un escalamiento acumulativo de sus ítems, dando puntuaciones globales al final de la evaluación (Martín Arribás, 2004).

Esto nos lleva a plantearnos la tercera pregunta *¿se puede medir el cuidado?* es decir ¿cómo se pueden asignar cantidades a relaciones humanas, que son los cuidados en la práctica enfermera?: a partir de conceptos podemos definir el contenido de lo

que nos interesa medir: los fenómenos de enfermería; “el reto en esta cuestión, está en convertir los conceptos en fenómenos; el cuidado como concepto es algo abstracto, mientras que la práctica enfermera como fenómenos son hechos observables” (Watzlitz, Strixkland & Lenz, 1991).

Tener instrumentos que nos permitan dirigir y medir nuestros cuidados, nos permite desarrollar el conocimiento enfermero y que tanto pacientes, profesionales y el propio sistema pueden ser benefactores de ello (Watson, 2001).

La consolidación del valor terapéutico de los cuidados se realizará mediante su inserción en un espacio y en un tiempo (Acebedo, Aguarón, Rodero & Ricoma, 1999), y para ello se hacen necesarias unas intervenciones y unos instrumentos que deben de determinar la práctica profesional, conocer estos instrumentos facilitará una gestión eficaz y eficiente de los servicios enfermeros (Arroyo, 2006).

#### **1.4.4. INSTRUMENTOS DE MEDIDA DEL CUIDADO**

*¿Cómo se mide el cuidado?*, llegado a este punto, nos debemos de interrogar acerca de cuáles son los estudios que históricamente se han realizado hasta el momento sobre esta cuestión. Así, para responder a este apartado seguiremos la clasificación de Subirana & Solá (2006a) que siguen el enfoque de Tilquin (2001), que clasifica los instrumentos de medida en dos grandes grupos:

1. **Instrumentos basados en una medida DIRECTA:** miden tiempo consumido en el cuidado del paciente a través de actividades que se han realizado o se prevean que se van a realizar (Subirana & Solá, 2006b). Ponderan de acuerdo con el tiempo de ejecución de la acción, durante un periodo de tiempo determinado.

Los más destacados son (tabla 1.5): *Projet Recherche in Nursing (PNR)*, *Soins Individualisés à la Personne Soignée (SIIPS)*, *SIGNO II*, *Care Dependency Scale (CDS)*, *Grace Reynolds Application and Study of PETO (GRASP)*, *Time Oriented Score System (TOSS)* y *Nursing Activities Score (NAS)*.

2. **Instrumentos basados en una medida INDIRECTA:** miden variables que permiten una estimación del tiempo de indicadores de cuidado requeridos a través de ítems relacionados con distintos factores, mediante cálculos de regresión múltiple. Se fundamentan (Tilquin, Michelon, Gascon, Léonard & Roussel, 1991), en criterios de dependencia de los pacientes como medidas de predicción del volumen de asistencia.

Entre ellos encontramos (tabla 1.6): *Medicus*, *Exchaquet*, *Metodo Montesinos*, *Indices de Pondération des Soins Infirmiers (IPSI)*, *Dependence Nursing Scale (DNS)*, *Therapeutic Intervention Scoring System (TISS)* y *Nine Equivalents for Nursing Manpower Use (NEMS)*, *Nursing Care System (SAF)*, *Nursing Intervention Scoring System (NISS)*, *Sistema OMEGA*, *Crew System*, *Nursing Care Recording (NCR)*.

Tabla 1.2. INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE LA ACTIVIDAD ENFERMERA		
UNIDADES	DIRECTA	INDIRECTA
Hospitalización	PRN, SIIPS, SIGNO II, CDS	Medicus, Exchaquet, Método Montesinos, IPSI, DNS
Cuidados Intensivos	GRASP, TOSS, NAS	TISS, NEMS, SAF, NISS, OMEGA, Crew System, NCR

FUENTE: Subirana & Solá (2006a, 2007a)



En cualquier caso, son instrumentos que sirven para establecer la relación entre las cargas de trabajo enfermero (medida de cuidados) y/o entre los indicadores de plantilla y resultados en salud (Arroyo, 2006).

<b>Tabla 1.3. RESULTADOS DE SALUD POR CARGAS DE TRABAJO ENFERMERO</b>	
<b>CARGAS DE TRABAJO ENFERMERO</b>	<b>RESULTADOS</b>
Tiempo de cuidados Tipos de intervenciones enfermeras Cargas de trabajo enfermero	Algunos componentes del cuidado Actividad enfermera
<b>INDICADORES DE PLANTILLA</b>	Reflejo de la plantilla de enfermería
Ratio enfermera-paciente Horas enfermera-paciente Skill-mix	

FUENTE: Arroyo (2006)

#### **1.4.4.1. Projet Recherche In Nursing (PRN); Canadá, 1969**

Es el instrumento de medida de cuidados más conocido a nivel mundial<sup>56</sup> y sobre el que hemos encontrado un mayor número de referencias bibliográficas<sup>57</sup> (Tilquin, 1992; Bertrán et al., 2003; Subirana & Solá, 2006b).

Existen diferentes versiones que responden a revisiones de este modelo a lo largo de los años. Es formulado inicialmente por Chagnon en 1969 en el Children Hospital Sainte Justine of Montreal para pacientes pediátricos, y desarrollado en Québec en 1974 (PRN 74), por Tilquin y el Equipo de Investigación Operacional en Salud (EROS). En 1976 con la validación para hospitalización general de agudos (unidades médicas, quirúrgicas, ginecológicas, coronarias y de cuidados intensivos),

<sup>56</sup> Ha sido utilizado en todo tipo de unidades de hospitalización en multitud de hospitales de Canadá y extrapolado a algunos hospitales de Francia, Bélgica y Suiza (Tilquin, 1992), así mismo en 2001 el Instituto Catalán de la Salud, incorpora la metodología PRN como instrumento de gestión (Bertrán et al., 2003).

<sup>57</sup> Pueden consultarse en la siguiente dirección: <http://www.erosinfo.com/Publications/francais.htm#PRN>

tiene lugar el nacimiento de la versión PRN 76. Posteriormente en 1980 surge la versión PRN 80, con la ampliación del ámbito de asistencia, englobando centros de larga estancia y psiquiatría. Finalmente se realiza la última validación: PRN 87.

El objetivo de este método consiste en la integración de un plan de cuidados con una medida de la carga de trabajo enfermero (Tilquin et al., 1988), mediante la evaluación de los cuidados que necesitará un paciente en 24 horas (por lo que requiere al menos una estancia media del paciente de 24 horas).

Se considera la primera herramienta basada en un listado de actividades de cuidados necesarios por categorías de pacientes, a estas actividades los autores las denominan factores. Definen 249 factores, cada factor tiene asociado un valor que representa el tiempo requerido para realizar la intervención enfermera durante un tiempo concreto (24 horas), un punto equivale a 5 minutos (Subirana & Solá, 2006b).

Los factores están reunidos en ocho temas<sup>58</sup>, correspondiendo algunos de ellos con algunas de las necesidades básicas del modelo conceptual de Virginia Henderson<sup>59</sup>, a los que los autores denominan “cuidados básicos”. Así mismo ponderan los cuidados técnicos y las acciones relacionadas con el cuidado como actividades administrativas, desplazamientos, comunicaciones con el paciente otros profesionales o la familia (Subirana & Solá, 2006b).

La falta de un valor de referencia de medida de los cuidados dificulta que se verifique el poder de validez de criterio. Además el elevado coste de comercialización obstaculiza su aplicación universal (Subirana & Solá, 2006b).

---

<sup>58</sup> Cuidados básicos (1. Respiración. 2. Alimentación e hidratación. 3. Eliminación. 4. Higiene. 5. Movilización), Comunicación, Tratamientos y Métodos diagnósticos (Tilquin, 1998).

<sup>59</sup> Este instrumento tomó desde su inicio como método el modelo conceptual de Virginia Henderson y de Dorothea Orem, manteniéndose en el tiempo (Subirana & Solá, 2006b).

### **1.4.4.2. Soins Individualisés la Personne Soignée (SIIPS); Francia, 1985**

Estima el tiempo necesario para realizar las actividades de cuidados en el transcurso de 24 horas, dispensadas en lo que denominan actos de cuidados (básicos, de relación y educación y cuidados técnicos), teniendo de base las Necesidades del Modelo Conceptual de Virginia Henderson. Permite analizar la evolución temporal de las cargas de cuidados, determinar el perfil de la unidad y/o servicio en función de las estructuras y de la intensidad de los cuidados relacionándolo con los GRD, la duración de la estancia y la edad (Subirana & Solá; 2006c). Nace con la finalidad de objetivar a partir de la medición de los cuidados dispensados, los costes hospitalarios (Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi, 1986).

No obstante, existe una falta de evidencia de validación externa a lo que se suma el hecho de que la estructura del instrumento permite incluir o modificar algún o algunos actos de cuidados, o modificar la duración o técnica utilizada, lo que compromete su validez (Subirana & Solá; 2006c).

### **1.4.4.3. Proyecto SIGNO II; España, 1992**

En España en 1992 surge el Proyecto SIGNO a nivel de la mesogestión (Almazán González, 1994; Almazán González, 1996). Surge como herramienta para la gestión de las Unidades de Enfermería, desarrollado dentro del Proyecto de Gestión Analítica Signo del Ministerio de Sanidad y Consumo, que en una primera fase (Signo I) buscaba calcular el coste por Servicio (Brea & Pérez Polo, 1999).

En una segunda fase (SIGNO II), amplía sus objetivos para conocer la evaluación del coste de Enfermería por paciente y día de atención o por proceso, de tal forma que por asociación se consiguiese el coste por GDR<sup>60</sup> (Porrás de Larrínaga, Noriega Loro, Gómez Pérez & González Quijano, 1997). Este instrumento se realiza por consenso de

<sup>60</sup> Son un sistema de clasificación que considera los episodios e ingreso hospitalario, agrupándolos en función de sus características de atención, que producen un consumo parecido, lo que se denomina isocoste (Mompert & Durán Escribano, 2004).

expertos (directivos de enfermería) que definen un catálogo de productos de enfermería y una guía básica de gestión de las unidades de hospitalización como: descripción del servicio (identifican los recursos humanos, físicos y de la cartera de servicios), gestión de pacientes, normas específicas, calidad, facturación interna, cuenta de resultados y catálogo de enfermería (detallan y codifican las acciones).

Las acciones de enfermería se distribuyen en 11 grupos de actividades: Actividad-movilidad y Reposo-Sueno, Alimentación e Hidratación, Comunicación, Eliminación, Enseñanza, Higiene, Métodos Diagnósticos, Observación, Respiración, Seguridad-Confort y Terapias y Cuidados Especiales. Para cada acción se establece una puntuación basándose en la utilización de recursos calculados a partir del tiempo de enfermería utilizado. Se determinan cuatro niveles de dependencia de cuidados añadiendo además el tiempo dedicado a la atención en el ingreso y alta: *Mínimo, Medio, Amplio y Muy Amplio* (Subirana & Solá, 2006c).

No se ha comprobado la validez interna de este instrumento, pero puede considerarse como una buena aproximación para la gestión sanitaria en relación a la comparación de actividad y costes,... “en la actualidad la evolución del proyecto Signo II ha llevado al desarrollo a finales de 1997 por parte de la Subdirección General de Asistencia Especializada del Instituto Nacional de Salud (INSALUD) y del proyecto Gestión Clínico-Financiera coste por proceso (GECLIF). El objetivo es mejorar el cálculo de costes en los hospitales y mejorar la asignación de recursos” (Subirana & Solá, 2006c).

#### **1.4.4.4. Otros estudios en España**

En España, nos encontramos en la década de los 90 y principios del 2000 y a nivel de la microgestión con experiencias, aunque interesantes, en general con discutida rigurosidad científica, ya que son estudios realizados con instrumentos de medida específicos y por tanto difícilmente extrapolables al resto de entornos hospitalarios. Que tienen además como escenario unidades con una gran especialización y con un bajo recambio de pacientes como la Unidad de Cuidados

Intensivos (UCI) o la Unidad de diálisis, destacar en este sentido a (Matud, Cos, Díaz-Prieto & Mayoral, 1992; Lidia Saló, Albert & García Rafanell, 1993) que centran sus estudios en pacientes de UCI ó (Peña Amaro et al., 2000) en Unidades Nefrológicas.

En este terreno no abundan los trabajos con perspectiva investigadora, tendiéndose más bien al enfoque evaluativo, condicionado por necesidades coyunturales (Morales Asencio et al., 2005).

#### **1.4.4.5. Nursing Care Dependency Scale (CDS); Países Bajos, 1994**

Fue originalmente desarrollado en los Países Bajos, por el equipo de investigación liderado por Ate Dijkstra (1996), como instrumento de planificación de cuidados.

Esta herramienta de evaluación pretende servir para medir la dependencia en cuidados desde la teoría enfermera. El campo de estudio son pacientes ancianos con deficiencias mentales ingresados en residencias. Para ello utilizan el concepto teórico de enfermería propuesto por Virginia Henderson (Henderson, 1966), centrándose en el marco de las necesidades humanas, aunque sólo tomado de referencia, ya que la escala mide 15 conceptos de necesidades humanas, como son: comer y beber, incontinencia, posición corporal, movilidad, patrón día/noche, vestirse y desvestirse, temperatura corporal, higiene, evitar peligros, comunicación, contacto con otros, sentido de las normas, actividades diarias, actividades recreativas y habilidad para aprender.

La versión larga “ENT” fue sometida a validez de contenido mediante estudio Delphi con 44 expertos (Dijkstra, Buist & Dassen, 1996).

Posteriormente se determinó la validez de criterio, mediante diseño correlacionar en dos muestras de 322 pacientes psicogerítricos ingresados en residencias (Dijkstra, Buist & Dassen, 1998) con:

- 6 subescalas de la Rating Scale for Elderly Patients<sup>61</sup> (RSEP) como son: desamparo, discapacidad mental, discapacidad física, inactividad, agresividad y comportamiento depresivo.
- Scale for Social Functioning<sup>62</sup> (SSF).
- Behavior Observation Scale for Intramural Psychogeriatrics<sup>63</sup> (BOSIP).

También se ha analizado la fiabilidad interobservador y la validez de constructo mediante análisis factorial en una muestra de 233 pacientes psicogerítricos (Dijkstra, Buist, Moorer & Dassen, 1999).

En el año 2002, se realiza un estudio internacional para comparar las propiedades psicométricas de esta escala traducida del neerlandés original al finlandés, español e inglés, ya que el estudio se realizó en Finlandia, España y el Reino Unido, en una muestra de 378 pacientes (Dijkstra, Coleman, Tomas, Välimäki & Dassen, 2003).

Y la validez predictiva, mediante pruebas de prevalencia, sensibilidad, especificidad predictiva positiva y negativa y curva de ROC, utilizando el índice de Barthel como patrón de oro (Dijkstra, Tiesinga, Plantinga, Veltman & Dassen, 2005).

#### **1.4.4.6. Grace Reynolds Application and Study of Peto (GRASP); EEUU, 1978**

Este instrumento fue creado en 1978 por Meyer para la gestión de recursos enfermeros centrados en las necesidades de los pacientes y garantizar la calidad del cuidado en las Unidades de Cuidados Intensivos. El objetivo es planificar las plantillas

---

<sup>61</sup> Escala de Valoración de Pacientes Ancianos.

<sup>62</sup> Escala de Funcionamiento Social.

<sup>63</sup> Escala de Observación del Comportamiento en Psicogeriatría

de enfermería midiendo tiempo consumido en actividades realizadas con los pacientes (Subirana & Solá, 2006d).

Se calcula sumando el tiempo específico de la unidad de cuidado en la que se aplique el instrumento (hay por tanto que validarlo en cada unidad antes de su aplicación) en cuatro áreas: Cuidado Directo, Cuidado Indirecto, un Factor de Educación y Apoyo emocional al paciente y un Factor de Tiempo Improductivo.

El cálculo de *Cuidado Directo* se realiza a partir del registro de 46 actividades, integradas en 7 Categorías de Cuidados (Alimentación, Baño, Signos Vitales, Higiene, Movilidad, Medicación y Respiración), con un valor constante asignado a cada actividad. Las actividades incluidas en este instrumentos han surgido de la validación y redefinición de los elementos integrantes del estudio PETO siendo los investigadores: Poland, English, Thornton y Owens.

El *Cuidado Indirecto* se corresponde con las actividades administrativas y se pondera en 38 minutos por paciente. El *Factor de Educación y Apoyo emocional al paciente* está cuantificado con un valor constante de 14,5 minutos por paciente.

El *Factor de Tiempo Improductivo* es un factor de corrección, que se calcula a partir del 12% de la suma del Cuidado Directo, Cuidado Indirecto y de Educación y Apoyo Emocional.

Precisamente el inconveniente de este instrumento es que antes de su aplicación hay que calcular el tiempo de todos los cuidados requeridos por el paciente en el área específica donde se vaya a aplicar (Subirana & Solá, 2006d).

### 1.4.4.7. Time Oriented Score System (Toss); Italia, 1991

Creado en 1991 por el GIRTI (Grupo Multicéntrico Italiano de Investigación de la UCI). Este instrumento está basado en la medida del tiempo de las actividades de enfermería (teniendo en cuenta su complejidad, la gravedad del paciente y la frecuencia con la que se realiza en pacientes de cuidados intensivos) realizadas durante 24h anteriores al registro y establece el cálculo directo de la ratio enfermera-paciente (Subirana & Solá, 2006d).

El instrumento se construye por consenso de expertos tanto en la determinación de las actividades y el tiempo requerido en su realización, propias de la Unidad, previo cronometraje en 28 pacientes. Pero debe de ser por tanto validado en cada unidad específica donde vaya a utilizarse, teniendo por tanto el inconveniente de tiempo y esfuerzo.

Subirana & Solá (2006d), exponen que la estimación del tiempo necesaria para cada actividad<sup>64</sup> es un valor constante que se calcula teniendo en cuenta la complejidad de la actividad, la gravedad del paciente y la frecuencia con la que se realiza y determina los ratios de enfermera por paciente en UCI de 1:4 (correspondiente a 360 minutos), 1:3 (361-480 minutos), 1:2 (481-720 minutos) y 1:1 (> 721 minutos).

Existen estudios sobre validez de criterio con el TISS (Therapeutic Intervention Scoring System), pero no constan datos sobre la fiabilidad del instrumento (Subirana & Solá, 2006d), ni datos sobre otros estudios de validación externa, ni sobre su aplicación o validez en nuestro País (Subirana & Solá, 2006d).

---

<sup>64</sup> Las actividades de Enfermería se clasifican en 13 Grupos: Cuidados Básicos, Monitorización Hemodinámica, Medicación, Perfusiones, Nutrición, Respiración, Cuidados Cardiológicos, Renal, Coma, Cirugía, Cuidados Gastrointestinales, Enfermería extra y Asistencia a actividades no programadas.



#### **1.4.4.8. NURSING ACTIVITIES SCORE (NAS); HOLANDA, 2003**

Fue propuesto por miembros del Grupo de Trabajo del Therapeutic Intervencion Scoring System y la Dra. Miranda (2003), y se puede considerar una evolución del un instrumento de medida indirecta *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS) del que hablaremos más adelante.

El NAS mide las actividades de enfermería que mejor reflejan la carga de trabajo en las Unidades de Cuidados Intensivos, realizando una puntuación específica para cada actividad basada en el tiempo empleado en su realización, con independencia de la gravedad del paciente y las intervenciones terapéuticas que se realice. Consta de 23 *ítems*, en el que cada actividad puntúa en función de la proporción que la actividad representa con respecto al tiempo total de Enfermería en 24h. El *tiempo total* se calcula sumando todos los ítems registrados, y a partir de esta suma se decide la plantilla necesaria (Subirana & Solá, 2006e).

El NAS ha sido validado e implantado en unidades de críticos europeas. Sin embargo su validez se fundamenta solamente en el grado de consenso de expertos (validez de contenido del instrumento) lo que hace que queden bastante descubiertos otros aspectos de validación clinimétrica de este, tales como el grado de consistencia, validez de constructo, ... (Subirana & Solá, 2006e).

Es común a este y a otros instrumentos que no incluyen la posibilidad de implementación de ítems que van surgiendo en relación a la complejidad del cuidado, además de sólo poder aplicarse a los cuidados enfermeros que se aplican en UCI.

### **1.4.5.9. Therapeutic Intervention Scoring System (TISS); EEUU, 1974**

El TISS es un sistema que clasifica los pacientes críticos en función de la gravedad de su enfermedad, y permite medir de forma indirecta las cargas de trabajo del personal de enfermería. Ha sido el instrumento más utilizado para medir las cargas de trabajo de enfermería en UCI en la década de los años 80 (Subirana & Solá, 2007a).

El instrumento inicial puntuaba una serie de 57 Intervenciones (*Actividades de monitorización, Procedimientos terapéuticos e Intervenciones terapéuticas*) aplicadas de forma habitual en las Unidades de Cuidados Intensivos en función del tiempo y esfuerzo requerido para su realización (entre 1-4 puntos).

En 1994 se adapta la versión original para pacientes ingresados en unidades de semicríticos, denominándose TISS- intermedio. También es adaptado en pacientes neurológicos críticos. Tras varias modificaciones, en 1996 se realiza y valida una versión reducida del TISS con 28 ítems, y permite determinar la relación de los ítems con el tiempo que invierte las enfermeras en su realización.

Calculan los puntos (Subirana & Solá, 2007a) de paciente por enfermera (PPE) como medida de la actividad de enfermería. El rango va de 1-153 puntos en cada paciente, y se calcula el PPN (índice de Puntos por Paciente) multiplicando la media de puntos por paciente por el número de pacientes por enfermera. Las *ratios de enfermera por paciente* en UCI van de 1:4 (correspondiente a 0-9 puntos), 1:3(10-19 puntos), 1:2 (20-29 puntos) a 1:1 (> 40 puntos).

La evolución del TISS crea 2 nuevos instrumentos de aplicación en unidades de críticos, el NAS que utiliza medidas directas de cuidados y el NEMS (Nine Equivalents for Nursing Manpower Use) que utiliza medidas indirectas para el cálculo de ratios enfermera-paciente. Según este método asume que existe una relación directa entre gravedad de los pacientes y las cargas de trabajo enfermero, sin embargo no se puede asumir como una medida exacta ya que “las intervenciones sólo reflejan un porcentaje de los cuidados de Enfermería en la UCI” (Subirana & Solá, 2007a).

#### **1.4.4.10. Nine Equivalentents for Nursing Manpower Use (NEMS); Holanda, 1997**

El NEMS es un instrumento, “que mide las cargas de trabajo de los pacientes de unidades de críticos a través de nueve ítems, surgiendo como una evolución del TISS 28” (Subirana & Solá, 2007a).

Cuenta con una debilidad en relación a su validación psicométrica, concretamente en relación a la validación de contenido, ya que está basada en el juicio clínico sin conocer quién integraría el equipo de expertos (Miranda, Moreno & Lapichino, 1997).

El estudio de la fiabilidad y la validez de criterio se comprueban en referencia al TISS 28, PRN Y NEMS, presentando en todos los casos una correlación moderada (Subirana & Solá, 2007a).

#### **1.4.4.11. Nursing Care System (SAF); Sociedad De Anestesiología Sueca, 1995**

Instrumento de medida indirecta para UCI, tiene como objetivo determinar en cinco niveles la gravedad (tiempo medio requerido en cuidados), del paciente en función de su enfermedad, atendiendo a las alteraciones de las funciones vitales, en relación a sus requerimientos terapéuticos (Subirana & Solá, 2007b).

No consta descripción de pacientes, período del estudio, cálculo de determinación de ratio enfermera/paciente, ni datos de validez ni significación estadística (Subirana & Solá, 2007b).

### **1.4.5.12. Nursing Intervention Scoring System (NISS); 1992**

Instrumento similar al TISS, de medida indirecta para UCI de 117 ítems, no se ha podido rescatar el estudio de validación para su revisión, al igual que le ocurrió a Subirana & Solá, (2007).

### **1.4.5.13. Sistema OMEGA; Francia, 1986**

Este sistema<sup>65</sup> propone un instrumento de medida indirecta para UCI. Consta de cincuenta indicadores de cuidados agrupados en tres categorías, que se correlacionan con la gravedad de los pacientes, apoyándose en grupos de tratamiento, diagnósticos y actividades, teniendo como objetivo el cálculo de las cargas de cuidados en enfermería. Tiene como base el estudio PRN con el que se realiza la validez de criterio teniendo una buena correlación y no se realiza análisis de la fiabilidad (Subirana & Solá, 2007b).

### **1.4.5.14. Crew System (1987)**

Consta de treinta tres actividades de enfermería clasificadas por tipo de intervención o grupo clínico de “cuidado técnico, intermitente y de comunicación y observación”. Las actividades se registran durante un minuto 24 horas posteriores a la intervención quirúrgica y se expresan los resultados en la media de una hora de tiempo, de manera que estima de forma indirecta la distribución de carga de trabajo, a las 24 horas postintervención de pacientes de UCI de cirugía cardiaca (Subirana & Solá, 2007b).

No consta descripción de pacientes, período del estudio, ni datos de validez de las intervenciones del instrumento, así mismo la muestra es poco relevante (17 pacientes total). (Subirana & Solá, 2007b).

---

<sup>65</sup> Estudios multicéntricos de la sociedad de reanimación de lengua francesa y revisado por La Commission d'Évaluation de la Société de Réanimation de Langue Française

#### **1.4.5.15. Nursing Care Recording (NCR); Dinamarca, 1992**

Instrumento de medida indirecta para UCI. “El objetivo es medir las necesidades de cuidados en función de las intervenciones terapéuticas requeridas”, (Subirana & Solá, 2007b) para estimar actividad de Enfermería en la UCI en relación a parámetros fisiológicos y técnicos (frecuencia de la medición de constantes vitales, valoración cardiaca, nerviosa, renal,.... Se registra al finalizar cada turno de 8 horas, y clasifica al paciente en 3 categorías (Subirana & Solá, 2007b).

No se realiza análisis de la fiabilidad, aunque se estudia la correlación del NCR con el TISS (Subirana & Solá, 2007b).

#### **1.4.5.16. MEDICUS; Canadá, 1974**

El MEDICUS utiliza la regresión logística para la estimación del tiempo de cuidados, es decir, se trata de un método de medida indirecta, en unidades de Hospitalización.

Se basa en *37 Indicadores de Cuidado* que definen 5 Niveles de dependencia del paciente. Cada *Indicador* se relaciona con una cantidad de tiempo necesario para realizar la actividad, aunque no se relaciona con una media de tiempo en minutos (Subirana & Solá, 2007c). El *Tiempo Total de Cuidado* se calcula multiplicando el valor del cuidado requerido por el paciente por una cantidad de tiempo estimada para cada unidad o servicio en el que se aplica el instrumento, reflejando tanto el tiempo de cuidado directo como indirecto.

El objetivo es determinar el número de enfermeras requeridas para responder a las necesidades de los pacientes para las próximas 24 horas. No se realiza análisis de la fiabilidad del instrumento, aunque se realizan estudios de validación de criterio con sistemas como el GRAPS o el PRN, e indicadores consensuados por expertos (Subirana & Solá, 2007c).

### **1.4.5.17. Exchaquet; Suiza, 1975**

Es un sistema para el cálculo de la plantilla enfermera en función de las necesidades de los pacientes y su grado de dependencia, a través de la medida indirecta de los cuidados (directos e indirectos) requeridos, en unidades de Hospitalización.

Los cuidados directos para las necesidades básicas y los cuidados específicos se calculan en función de la gravedad y el grado de dependencia mientras que los cuidados indirectos tienen un valor constante asignado (75 minutos cada 24 horas). Como resultado los pacientes quedan clasificados en 3 categorías en función del tiempo de cuidados directos requeridos: Pacientes Independientes (entre 17 y 35 minutos), Pacientes Semidependientes (entre 67 y 113 minutos) y Pacientes Dependientes (entre 135 y 215 minutos). No se conocen datos de su proceso de validación (Subirana & Solá I, 2007c).

### **1.4.5.18. Método Montesinos; Francia, 1979**

El área de cuidado donde se desarrolla es en Unidades de Hospitalización. Basado en la necesidad que presentan los pacientes para mantener sus necesidades vitales, durante su proceso hospitalario.

En este método el paciente participa en el establecimiento de sus necesidades de cuidados, y se analizan sus necesidades de cuidados en las 24 horas anteriores, planteando 16 criterios de medida con 4 valores por criterio, estos son:

- Edad y peso
- Cuidados personales: higiene, alimentación, eliminación, locomoción.
- Relaciones interpersonales: sentido, conciencia y socialización.
- Técnicas: observación clínica, examen de laboratorio y radiología, tratamientos médicos y otras técnicas más específicas.

Obteniendo finalmente en función de la puntuación tres categorías de pacientes, que oscilan de Poco dependientes a Muy dependientes (Subirana & Solá, 2007c).

“No se han realizado estudios por el momento que incluyan cálculos de tiempo, de cuidado ni fórmulas para el cálculo de la plantilla necesaria” (Subirana & Solá, 2007c).

#### **1.4.5.19. Indices De Pondération Des Soins Infirmiers (IPSI); EEUU-Francia, 1985**

El IPSI asocia la carga de trabajo de un paciente en función de la clasificación del paciente en los diferentes Grupos Relacionados con el Diagnóstico de los pacientes, asignando automáticamente un tiempo de cuidados, en unidades de Hospitalización.

Establece 6 valores asociando tiempo de cuidados por GDR (210, 240, 270, 290, 330 y 450 min). “Este sistema, interesante por su simplicidad, no pudo ser validado, debido a que el tiempo medio de cuidado entre hospitales es claramente diferente” (Subirana & Solá, 2007c).

#### **1.4.5.20. Dependence Nursing Scale (DNS); Italia, 1999**

El DNS es un instrumento de medidas indirectas que utiliza 13 actividades habituales requeridas por los pacientes para valorar el nivel de dependencia del paciente respiratorio en unidades de semicríticos, para valorar la carga de trabajo enfermera. Durante el proceso de validación de contenido, los expertos participantes no conocían el objetivo del estudio. Tiene una buena correlación con el NEMS, pero no se conocen datos de su proceso de fiabilidad, ni validación multicéntrica (Subirana & Solá, 2007c).

Tras la revisión de estos métodos, podemos concluir que han sido aplicados a un amplio espectro del entorno hospitalario, incluyendo las unidades especiales por tanto con pacientes tanto agudos, como crónicos.

En general podemos decir que su finalidad es la de servir de herramientas para la gestión de trabajo enfermero, mediante la planificación de plantillas y cuyo objetivo es determinar el nivel de cuidados que necesitan los pacientes, para ello casi en su totalidad estos métodos se han basado en el contaje de tiempo de realización de actividades enfermeras. También es de destacar que aunque todos ellos han tenido sus conatos de validación, en su gran mayoría esta podría ser su mayor debilidad.

A modo de resumen presentamos las tablas siguientes, describiendo brevemente las debilidades metodológicas de estas herramientas, así como otras dificultades en relación a su implementación o aplicación a la práctica:



Tabla 1. 4. INSTRUMENTOS DE MEDIDA DIRECTA: UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

	ÁREA DE CUIDADO	OBJETIVO METODOLOGÍA	ANÁLISIS	OTROS
<b>PRN</b> <b>Canadá</b> <b>1969</b>	PRN-74 pediátricos PRN-76 agudos PRN-80 crónicos y psiquiátricos	Evaluar los cuidados en 24h de un paciente para medir trabajo enfermero e Integrar un plan de cuidados.  LISTADO DE ACTIVIDADES de Cuidados: Básicos, Técnicos y Administrativos	No constan: Validez externa y de criterio	Requiere al menos una estancia media del paciente en 24horas.  Elevado coste de comercialización que dificulta su difusión
<b>SIIPS</b> <b>Francia</b> <b>1985</b>	Entorno hospitalario general	Medir carga de cuidados y coste hospitalario  TIEMPO de ACTIVIDADES enfermeras por paciente en 24h agrupadas en Actos de Cuidados: Básicos, Técnicos y De relación y Educación	La estructura puede ser modificada lo que compromete su validez	Aproximación para la gestión sanitaria en relación a la comparación de actividad y costes
<b>SIGNO</b> <b>España</b> <b>1992</b>	Entorno hospitalario general	Determinar COSTE HOSPITALARIO por medición de los cuidados.  GUÍA BÁSICA DE GESTIÓN, que incluye catálogo de enfermería (puntuá 11 grupos de ACTIVIDADES)	Instrumento realizado con consenso de expertos. No consta validez interna	Aproximación para la gestión sanitaria en relación a la comparación de actividad y costes
<b>CDS</b> <b>Países Bajos</b> <b>1994</b>	Pacientes psicogerítricos en residencias.	Medir el NIVEL CAPACIDAD del paciente según 15 CONCEPTOS relacionados con las Necesidades Humanas, para determinar DE DEPENDENCIA.	Consta fiabilidad, validez de: contenido, criterio, constructo, externa y predictiva	

Tabla 1. 5. INSTRUMENTOS DE MEDIDA INDIRECTA: UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

ÁREA DE CUIDADO	OBJETIVO METODOLOGÍA	ANÁLISIS	OTROS
<b>Médicus</b> <b>Canadá</b> <b>1974</b>	Entorno hospitalario general Determinar nº de enfermeras para las próximas 24 horas. Utiliza la regresión logística para calcular el tiempo de cuidados. 37 indicadores de cuidados que definen 5 niveles de dependencia. Cada indicador se estima en tiempo y por unidad y/o servicio.	No constan: Fiabilidad Validez de criterio con el GRAPS o el PRN y/o indicadores consensuados por expertos	
<b>Exchaquet</b> <b>Suiza</b> <b>1975</b>	Entorno hospitalario general Determinar carga de plantilla enfermera en función del grado de dependencia del paciente a través de la medición de actividades enfermeras (cuidados directos o indirectos)	No conocemos	
<b>Montesinos</b> <b>Francia</b> <b>1979</b>	Entorno hospitalario general Conocer los cuidados que van a precisar los pacientes analizando sus necesidades 24 horas antes (técnicas, intervenciones enfermeras y parámetros psico-físicos).	No conocemos	
<b>IPSI</b> <b>EEUU-Francia</b> <b>1985</b>	Entorno hospitalario general Asocia 6 valores de carga de trabajo de pacientes en función de sus GDRs.	No ha podido ser validado por que el tiempo de cuidado medio es diferente por hospitales	Sencillo
<b>DNS</b> <b>Italia</b> <b>1985</b>	Paciente respiratorio Unidades simicríticos Determina necesidad de cuidados mediante 13 actividades habituales requeridas por los pacientes	Validación de contenido. Correlación con el NEMS, no conocemos fiabilidad ni validez externa	

Tabla 1. 6. INSTRUMENTOS DE MEDIDA DIRECTA: UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

	ÁREA DE CUIDADO	OBJETIVO METODOLOGÍA	ANÁLISIS	OTROS
<b>GRASP</b> <b>EEUU</b> <b>1988</b>	Pacientes Críticos	PLANIFICAR PLANTILLA ENFERMERA, midiendo y ponderando tiempo consumido en ACTIVIDADES con los pacientes en relación con: Cuidado Directo e Indirecto, Factor de Educación y Apoyo emocional y Factor de Tiempo Improductivo.	Estudios de validez de criterio comparándolo con Medicus y PRN	Validación antes de su aplicación: cálculo del tiempo de cuidados del paciente en el área específica donde se vaya a aplicar.
<b>TOSS</b> <b>Italia</b> <b>1991</b>	Pacientes Críticos	PLANIFICAR PLANTILLA ENFERMERA, midiendo y ponderando en función de la complejidad, frecuencia y gravedad del paciente, TIEMPO en ACTIVIDADES enfermeras por paciente en 24h agrupadas en 11 tipos.	Estudios de validez de criterio comparándolo con SAPS y TISS. No constan estudios de fiabilidad/validación externa.	Validación antes de su aplicación: cálculo del tiempo de cuidados del paciente en el área específica donde se vaya a aplicar.
<b>NAS</b> <b>Holanda</b> <b>2003</b>	Pacientes Críticos	Mide el tiempo de ACTIVIDADES de cuidado, redimensionando las intervenciones, no relacionándolas con la gravedad del paciente, por tanto la carga de trabajo se valora en base al tiempo requerido para realizar las actividades de cuidado incluidas en el instrumento y no en base a las intervenciones terapéuticas.	Este hecho aumenta su fiabilidad y validez de contenido y externa	Destacar que mide el tiempo de las actividades de cuidado, en una proporción importante (81%), independientemente de la gravedad del paciente.

Tabla 1.7. INSTRUMENTOS DE MEDIDA INDIRECTA: UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

	ÁREA DE CUIDADO	OBJETIVO METODOLOGÍA	ANÁLISIS	OTROS
<b>TISS</b> <b>EEUU</b> <b>1974</b>	Pacientes Críticos Generales y neurológicos  Semicríticos	PLANIFICAR PLANTILLA ENFERMERA, midiendo tiempo de ACTIVIDADES enfermeras.	La multiplicidad de versiones a partir de este instrumento justifica una falta de estandarización.	Indirectamente, clasifica a los pacientes en función de la GRAVEDAD
<b>NEMS</b> <b>Holanda</b> <b>1997</b>	Pacientes Críticos Generales	MEDIR CARGA DE TRABAJO con 9 ítems	Fiabilidad y moderada correlación con TISS 28, PRN Y NEMS	Evolución del TISS28
<b>SAF</b> <b>Suecia</b> <b>1995</b>	Pacientes Críticos Generales	MEDIR GRAVEDAD del paciente, determinar en función de la ENFERMEDAD, TIEMPOS DE ENFERMERÍA.	No verificada validación ni significación estadística	
<b>NISS</b> <b>1992</b>	Pacientes Críticos Generales	Similar al TISS	No conocemos su validación	Consta de 117 ítems
<b>Sistema Omega</b> <b>Francia</b> <b>1986</b>	Pacientes críticos de UCI médica, quirúrgica y mixta	MEDIR GRAVEDAD del paciente, en función del tratamiento, diagnósticos y actividades. Determinar GARGA DE TRABAJO DE ENFERMERÍA.	Validación de criterio con el PRN. No consta análisis de la fiabilidad	Consta de 50 indicadores
<b>Crew System</b> <b>1987</b>	Pacientes Críticos: Cirugía Cardíaca	ESTIMAR DISTRIBUCIÓN DE CARGA DE TRABAJO, midiendo ACTIVIDADES (técnicas, intermitentes y de información) por minuto durante 24 horas.	Muestra pequeña (17 paciente), no consta período del estudio, ni datos de validez de las intervenciones	33 actividades en 3 grupos de cuidados
<b>NCR</b> <b>Dinamarca</b> <b>1992</b>	Pacientes Críticos Generales	MEDIR NECESIDAD DE CUIDADOS mediante INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS y ESTIMAR ACTIVIDAD ENFERMERA	No consta análisis de la fiabilidad. Se realiza análisis de correlación con el TISS	Las actividades se basan en parámetros fisiológicos o técnicos

Tabla 1.8. OTROS ESTUDIOS

	PAÍS	AÑO	CARACTERÍSTICAS
<b>Matud y col.</b>	España	Desde	Instrumentos en pacientes específicos difícilmente extrapolables los resultados.
<b>Lidia Saló y col.</b>		90 a 2000	Realizados en Unidades Especiales. Bajo recambio de pacientes.
<b>Peña Amaro</b>			Basados en parámetros básicamente fisiológicos

### 1.4.6. FACTORES PARA LA MEDIDA DEL CUIDADO

I. Como manifiesta Watson (2001), al intentar medir los cuidados, debemos de tener precaución, ya que nos introducimos en un proceso de reducir fenómenos humanos complejos a un nivel de objetividad que tiene un significado menos profundo.

Esto podemos reconocerlo en todos estos sistemas de medición de intensidad de cuidados, ya que se han basado bien en diferentes parámetros (técnicos, fisiológicos...) y sesgados en función del grado de agresividad terapéutica de la Institución correspondiente.

Siguiendo esta tesis, son importantes mencionar las conclusiones de Morales Asencio (1997), señalando que estos sistemas de clasificación de pacientes se han fundamentado “en el empleo de los grados de gravedad, comorbilidad, estancia y mortalidad previsible, parámetros fisiopatológicos, grados de respuesta al tratamiento e intervención terapéutica”, entre otras variables, obviando aspectos psicosociales, (Latour, Gutiérrez Vicént & Reig et al., 1994) o las respuestas humanas a la enfermedad (Rosenthal, Halloran & Killey et al., 1992). Henderson (1994, cit. of Alexander et al., 1999), afirma que “las personas deben de mantener el equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente no se pueden separar”.

Ya que en palabras de Del Pino Casado (2004), “todos aquellos aspectos cualitativos como pueden ser las actitudes, valores morales, éticos, respuestas humanas en general al no ser objetivables o difícilmente cuantificables son desechados de inmediato”. Sin embargo la persona es un ser biopsicosocial (Organización Mundial de la Salud, 1946), siendo el cuidado un fenómeno impregnado de subjetividad que conduce a preocuparse por las experiencias de la otra persona (Mustard, 2002).

Así, “para facilitar el diseño de este tipo de estudios es necesaria la utilización de una nomenclatura única que agrupe los resultados directamente relacionados con las intervenciones y la actividad enfermera y por otro lado, garantizar el registro y la monitorización sistemática y estandarizada de estas variables” (Subirana y Solá, 2007d).

**II.** Los trabajos realizados, se han basado en cuantificaciones temporales, y como expone Hughes (1999) “la medición en función del tiempo de cuidados necesario para realizar una actividad cuidadora asume un desempeño *lineal* de la intervención enfermera, cuando, en la práctica, es mucho más compleja”.

Una tarea de baja ponderación por ser clasificada de sencilla o simple y puede implicar que la enfermera simultáneamente esté valorando datos complementarios que le permitirán una toma de decisiones posterior. Como afirman Brennan & Fitzpatrick (1992) el ejercicio de la práctica enfermera constituye un proceso permanente de toma de decisiones, difícilmente cuantificable en un mero cómputo de tareas desempeñadas.

Estos estudios analizan aspectos estructurales del cuidado: dotación de plantilla de Enfermería y resultados de salud (mortalidad, errores de medicación, ...), pero no incluyen aspectos como la cultura de la organización y los modelos de práctica profesional (Aiken et al., 2003), o de proceso de cuidado (Staton & Ruherford, 2004), que como ya hemos argumentado influyen decisivamente en la calidad de los cuidados y por consiguiente en la salud de nuestros pacientes y aunque se han realizado buenas

aproximaciones (Subirana & Solá, 2006a), no reflejan en su totalidad los cuidados enfermeros.

**III.** La oferta de cuidados de las Instituciones y de sus enfermeras, así como la demanda de cuidados de sus pacientes, están delimitadas por el modelo de práctica profesional que predomine, ya que los modelos de práctica enfermera surgen de la estructura y contextualización de las dimensiones de la práctica enfermera y están presentes en cada unidad de enfermería (Brennan & Anthony, 2000).

**IV.** La disciplina enfermera según Del Pino (2004), se ha centrado durante mucho tiempo en un modelo asistencial y teórico completamente biomédico, en el que los cuidados de enfermería son planificados en función del diagnóstico médico y llevan a la enfermera a realizar actividades de ayuda al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

Es la enfermedad y no la persona o su respuesta ante una determinada situación, la que se convierte en el centro del cuidado. Las herramientas con que se contaba para determinar lo que la enfermería realizaba estaban desarrolladas bajo el prisma de otros profesionales y no bajo un instrumento propio como el proceso enfermero.

**V.** Por tanto en la Sociedad del Conocimiento en la que vivimos obliga a las enfermeras a contribuir con un producto eficiente a la atención de la salud de la población.

Es necesario tomar conciencia de la necesidad de profundizar en la realidad de los cuidados hacia nuestros pacientes, adquiriendo competencias que nos capaciten para desarrollar investigaciones que puedan generar un cuerpo de conocimientos tal que potencie el progreso hacia la adquisición de una oferta de cuidados de calidad. (Porcel Gálvez, 2006)

## 1.5. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL: EMPRESA PÚBLICA HOSPITAL ALTO GUADALQUIVIR

El Hospital Alto Guadalquivir (Empresa Sanitaria perteneciente al Sistema Sanitario Público de Andalucía), desde sus inicios, persigue una filosofía de atención centrada en el paciente<sup>66</sup>.

Los usuarios han dejado de ser meros receptores de servicios sanitarios, y son contemplados como clientes, con unas expectativas de calidad a las que la Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir (EPHAG) quiere dar respuesta, para que el ciudadano se sienta *SATISFECHO* de los Servicios sanitarios que recibe (Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir, 2007).



Fig. 1.14 Logotipo de la Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir  
Fuente: EPHAG

En este sentido, el concepto de calidad supera los aspectos puramente técnicos, para incorporar aquellos relacionados con la *CALIDAD PERCIBIDA POR EL CIUDADANO*.

---

<sup>66</sup> Consultado el 25 de Junio de 2009 y disponible en <http://www.juntadeandalucia.es/ep-hospitalaltoguadalquivir/lineas.html>



La Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir, incorpora innovaciones de tipo organizativo, funcional y arquitectónico entre otras<sup>67</sup>, de manera que la ubicación de los pacientes en el hospital, no depende de la especialidad médica<sup>68</sup>, sino directamente del nivel de cuidados de enfermería que el paciente requiere en cada momento de su proceso asistencial.

☑ **INNOVACIONES ORGANIZATIVAS:**

- **Gestión por procesos**, entendidos como la "secuencia de actividades en las que intervienen personas, espacios y medios, que organizados de forma lógica y planificada nos llevan a conseguir el resultado deseado". Los Procesos asistenciales son el núcleo central de la actividad, en torno a ellos giran todos los demás, y el resultado final deseado es la satisfacción de nuestros usuarios con máximos niveles de calidad y eficiencia. El resto de los Procesos están orientados a la gestión óptima del Hospital y sus recursos.
  
- **Organización flexible y horizontal**, basada en equipos de trabajo, Dirección por Objetivos y Competencias.
  
- **Organización por líneas asistenciales.**

☑ **INNOVACIONES FUNCIONALES Y ARQUITECTÓNICAS:**

- **Hospitalización convencional y polivalente:** La Unidad Especial o Unidad de Hospitalización Polivalente es la innovación organizativa de los centros que componen la Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir.

---

<sup>67</sup> Disponible en <http://www.ephag.es/organizacion.html>. Consultado el 14 de Enero de 2010.

<sup>68</sup> El Hospital Alto Guadalquivir se organiza por Líneas Asistenciales y Áreas Instrumentales.

Representa un avance en la asistencia hospitalaria de pacientes que requieren observación permanente, cuidados especiales y cualquier otro tipo de hospitalización asistencial. La Unidad Especial es multifuncional, adaptable a las necesidades de cada paciente. Cada habitación dispone de la tecnología y todos aquellos elementos necesarios para el seguimiento de la evolución de los enfermos, sean cuales fueren sus necesidades de atención y cuidados, así como para hacerles más confortable su estancia.

Está estructurada en torno al paciente y su proceso, a diferencia del modelo tradicional que lo está por especialidades, lo que hace que la eficiencia sea mayor.

Tanto las habitaciones como los medios de que están dotadas, se adaptan a la situación clínica del enfermo, y sin que cambie su ubicación física, se movilizan los recursos necesarios o los profesionales que intervienen en el proceso asistencial.

- **Hospitalización por necesidades del paciente:** La hospitalización no está compartimentada por especialidades, si no camas a disposición de las necesidades de cada paciente. Esto permite que el personal sanitario y no sanitario actúe en función de estas necesidades, mejorando la calidad y la eficiencia.

En el Centro<sup>69</sup> Hospitalario de Andújar se dispone de 32 habitaciones de hospitalización convencional y 34 habitaciones en la Unidad Especial. En el Centro Hospitalario de Montilla se dispone de 42 habitaciones de hospitalización convencional y 18 habitaciones en la Unidad Especial.

---

<sup>69</sup> Disponible en <http://www.ephag.es/estructura.html>. Consultado el 14 de Enero de 2010.

Esta innovadora Organización en torno a las necesidades de los pacientes nos servirá de contexto para responder a la pregunta ***¿cómo se mide el cuidado?***, puesto que las soluciones aportadas hasta el momento no han resuelto la cuestión (Arthur & James, 1994; Lang et al., 2004; Morales Asencio et al., 2005), como se puede apreciar en el día a día como usuarios y profesionales de los Servicios de Salud, intentando con nuestra investigación aportar resultados a este respecto.





## **II. JUSTIFICACIÓN**



## II. JUSTIFICACIÓN

La Empresa Pública Alto Guadalquivir, por su innovadora organización requiere criterios explícitos y bien definidos que permitan una adecuada ubicación de los pacientes.

Es consecuencia de este tipo de organización por lo que en el año 2000 se reúne un grupo de trabajo compuesto por varias enfermeras para desarrollar una clasificación de los pacientes atendiendo a su nivel asistencial. Clasificación construida exclusivamente con criterios de consenso de expertos sin ser sometida a una posterior validación.

Esta clasificación daba una orientación al profesional, que debía identificar el nivel de cuidados de enfermería en su trabajo diario, estableciéndose en aquel momento *cuatro niveles de cuidados*<sup>70</sup> (**ANEXO 1**) en consonancia con la tradición investigadora en materia de niveles de clasificación por tareas y actividades, asociadas a tiempos de respuesta y ejecución de las intervenciones enfermeras, no se estableció tampoco una temporalidad ni cronicidad en las acciones, sino unos niveles en función de la dificultad de la ejecución de la técnica.

Durante los siguientes años, la experiencia en el manejo de esta clasificación puso de manifiesto que trabajar con una herramienta diseñada por consenso no estructurado, sin validación y basada meramente en técnicas aplicadas a los pacientes, era motivo de constantes controversias.

Parece evidente que la subjetividad no podía ser un elemento admisible cuando lo que se planteaba era argumentar el pilar de la Organización Asistencial. El enfoque llevado a cabo hasta ese momento, basado en mediciones temporales y por complejidad de ejecución de técnicas en producto enfermero, no funcionó.

---

<sup>70</sup> Según Henderson (1994), También podría decirse que "El cuidado es la dependencia que tiene el paciente de la enfermera, para satisfacer sus necesidades básicas alteradas, en función de sus respuestas humanas a los problemas de salud.



Ante este escenario, se plantea la necesidad de seguir investigando para construir un instrumento fiable y válido, basado en metodología enfermera, capaz de discriminar con la suficiente sensibilidad y especificidad las respuestas humanas en la demanda de cuidados<sup>71</sup>, de los pacientes y de sus cuidadores y que integrase el Modelo Conceptual instaurado en la Organización, haciéndolo compatible con los sistemas Estandarizados de Lenguaje Enfermero.

De esta manera, se compartiría una misma lengua en la aplicación y orientación de los cuidados<sup>72</sup>, ya que el Modelo de Virginia Henderson permite el uso del lenguaje estandarizado (Luis Rodrigo et al., 2005), y quedaría libre del sesgo de los Modelos de Práctica Profesional, dependientes de las tareas profesionales de cada institución y que han impregnado los instrumentos conocidos hasta el momento.

Instrumento que además pudiera facilitar el contraste y evaluación de resultados, delimitando el nivel de fluctuaciones de cuidados, para gestionar de forma equitativa y dinámica los recursos asignados a dichas demandas. Con la potencialidad que alberga un instrumento que permita realizar una gestión racional de recursos enfermeros, en la orientación a resultados, evaluación de necesidades sentidas y requeridas; además un instrumento que reuniese estas premisas, podía albergar oportunidades para la gestión de cuidados y la toma de decisiones en torno a la organización de los servicios enfermeros en el Hospital.

Es decir, un modelo de razonamiento que pudiera servir de guía en el proceso enfermero y donde se conjugase modelo conceptual, taxonomía y evidencia científica; ofreciendo un método de trabajo que ayudase a las enfermeras a integrar Modelo

---

<sup>71</sup> Concepto de dependencia (Henderson, 1994): "Incapacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas, ya sea por falta de fuerza, conocimiento o voluntad". Un sujeto pasa a "estado de dependencia" en el momento que necesita de otra persona para que la asista en la cobertura de sus catorce necesidades fundamentales.

<sup>72</sup> Cuidados básicos de enfermería (Henderson, 1994): Son las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir las necesidades básicas o lo que se denomina cuidados básicos de enfermería. Las necesidades básicas, son necesidades fundamentales, siendo un requisito fundamental e indispensable para mantener la integridad, entendida como la armonía de todos los aspectos del ser humano. Estas necesidades están interrelacionadas entre sí, son comunes a todas las personas y en todas las edades.

Conceptual y taxonomías, para mejorar la práctica profesional en las organizaciones sanitarias” (Morilla Herrera, Morales Asencio, Martín Santos & Cuevas Fernández-Gallego; Morilla Herrera et al., 2005).

Como hemos documentado, desde la década de los sesenta, se han creado numerosas escalas, con el objetivo de cuantificar los cuidados que los pacientes precisan para gestionar los recursos enfermeros, de forma más eficiente y eficaz. Para conseguir este objetivo han medido y/o ponderado, el tiempo consumido en el cuidado del paciente, a través de actividades de cuidados fisiológicos, técnicos o administrativos, que la enfermera ha realizado o preveía que iba a realizar.

De esta forma, la mayoría de estas aproximaciones metodológicas nunca han recurrido a sistemas estandarizados de lenguaje, han estado escasamente sustentadas sobre marcos conceptuales de cuidados y muy focalizadas en actividades de las enfermeras y no a estados o respuestas de los pacientes y cuidadores. La consecuencia ha sido una proliferación y replicación de instrumentos con soluciones parciales, pero, con importantes lagunas como las señaladas anteriormente, que no han permitido dar una respuesta metodológica definitiva, perpetuando en el tiempo este enfoque.

Sin embargo para participar en la evaluación y gestión clínica, la enfermera necesita identificar los resultados derivados de su práctica. En este sentido el trabajo preliminar para desarrollar y clasificar las intervenciones de enfermería proporciona la base para la investigación de la clasificación de resultados de enfermería (NOC).

La NOC ha sido evaluada mediante numerosas pruebas psicométricas (fiabilidad interobservadores, validez de contenido, de aspecto, constructo y criterio y sensibilidad) en más de 2000 personas, concluyendo que los resultados son fiables y válidos y dan respuesta a las intervenciones enfermeras (Moorhead et al., 2009).

La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), está basada investigaciones que comenzaron en los años ochenta empleando múltiples métodos (análisis de contenido, revisión por expertos, agrupaciones jerárquicas, escalamiento multidimensional y pruebas clínicas de campo).

Está elaborada inductivamente a partir fuentes clínicas existentes, sistemas de información de cuidados, comités de expertos y está dotada de una estructura taxonómica construida con un lenguaje sencillo, claro y con significación clínica que ha sido testado en entornos asistenciales y educativos y traducida a 10 idiomas (Bulechek et al., 2009).

En este sentido los Sistemas Estandarizados de Lenguaje Enfermero, permiten la construcción de instrumentos, destinados a la evaluación de necesidades de cuidados de pacientes hospitalizados, con las potenciales aplicaciones que ello tiene en la toma de decisiones en Gestión de Cuidados (monitorización de necesidades y demanda de cuidados, asignación de recursos, evaluación de la adecuación, etc...) y recientemente han sido incluidos como parte del conjunto mínimo de datos de los informes clínicos que se generen en el Sistema Nacional de Salud (Real Decreto 1093/2010, 2010).



### **III. OBJETIVOS**





## III. OBJETIVOS

Nuestra investigación nos conduce a plantear los siguientes objetivos:

### 3.1. OBJETIVOS PRINCIPALES

Construir un instrumento “Escala **INICIARE**®” mediante la utilización de Sistemas Estandarizados de Lenguaje Enfermero, orientados desde el Modelo Conceptual de Virginia Henderson.

Determinar la validez y fiabilidad de la Escala **INICIARE**® para identificar la demanda de cuidados de pacientes hospitalizados y sus cuidadores.

### 3.2. OBJETIVOS SECUNDARIOS

Describir las características de la casuística de pacientes hospitalizados durante el período de estudio en la Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir.

Describir las características de la casuística de cuidadores/as de pacientes hospitalizados durante el período de estudio en la Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir.

Identificar posibles diferencias entre pacientes de los Hospital de Andújar y Montilla ajustados por edad, sexo y proceso.

Identificar posibles diferencias entre cuidadores de los Hospitales de Andújar y Montilla ajustados por sexo y parentesco.





## **V. METODOLOGÍA**



## IV. METODOLOGÍA

### 4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

Nuestro estudio es de tipo descriptivo y clinimétrico mediante metodología cuali-cuantitativa.

Para alcanzar los objetivos, lo dividimos en dos etapas, con dos TIPOS de METODOLOGÍA bien diferenciada:

Una primera etapa cuali-cuantitativa (ETAPA I), mediante técnica Delphi.

Una segunda etapa cuantitativa (ETAPA II), observacional y de carácter transversal en entorno real de práctica, para realizar la validación clinimétrica del instrumento.

Se emplearon ambas metodologías, ya que la metodología cuantitativa estudia la asociación o relación entre variables cuantificadas y la cualitativa lo hace en contextos estructurales y situacionales (Alvira Martín, 2002), para identificar la naturaleza profunda de las realidades, su sistema de relaciones y su estructura dinámica (Cabrero García & Richart Martínez, 1996; Conde Gutiérrez, 2002; Popay, 2003).

### 4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

#### 4.2.1. CONTEXTO, ENTORNO, EMPLAZAMIENTO

La Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir<sup>73</sup> como Organización Sanitaria Pública se constituye en Febrero de 2000 (BOJA de 12 de Febrero de 1999), dependiente de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, formando parte del Sistema Sanitario Público Andaluz.

---

<sup>73</sup> Actualmente posee seis centros en Andalucía, en las provincias de Jaén y Córdoba. Todos ellos forman parte del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Recuperado el 25 Junio de 2009 de <http://www.juntadeandalucia.es/ep-hospitalalto Guadalquivir/>

La Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir<sup>74</sup> da cobertura sanitaria a las provincias de Jaén y Córdoba. Cuenta en este momento con el Hospital Alto Guadalquivir (Hospital de Andújar), localizado en la población de Andújar e inaugurado en 1999. El Hospital de Montilla, situado en dicha población e inaugurado en 2004. El Hospital de Alta Resolución Sierra de Segura, abierto en julio de 2005. El Hospital de Alta Resolución de Puente Genil (Octubre de 2006). El Hospital de Alta Resolución de Alcaudete (Diciembre de 2006). Y el Hospital de Alta Resolución Valle del Guadiato (Enero de 2009) situado en la población de Peñarroya provincia de Córdoba.



**Fig. 4.15 Centros pertenecientes a La Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir**  
Fuente: EPHAG.

La investigación se llevó a cabo en el Hospital Alto Guadalquivir y el Hospital de Montilla.

**El Hospital Alto Guadalquivir<sup>75</sup>** está situado en la ciudad de Andújar (Jaén), entre las ciudades de Córdoba y Jaén, y da cobertura a los habitantes de: Andújar, Marmolejo, Villanueva de la Reina, Arjona, Arjonilla, Escañuela, La higuera y Lopera.

<sup>74</sup> Recuperado el 14 de Enero de 2010 de <http://www.ephag.es.html>

<sup>75</sup> El Hospital Alto Guadalquivir proporciona cobertura sanitaria, a los 66000 habitantes de la Comarca de Andújar, de los cuales 37.705 corresponden a Andújar y 27.680 al resto de Municipios. Consultado el 25 Junio de 2009 y disponible en <http://www.juntadeandalucia.es/ephospitalaltoguadalquivir/>

El Hospital de Montilla<sup>76</sup> (Córdoba), a 45 Km de la capital de la provincia, da cobertura sanitaria a los habitantes de: Aguilar de la Frontera, Fernán Núñez, Montalbán, Montemayor, Montilla y La Rambla.



Fig. 4.2 Hospital de Andújar y Hospital de Montilla  
Fuente: EPHAG. Recuperado de [www.ephag.es](http://www.ephag.es)

#### 4.2.2. POBLACIÓN

**Población diana o elegible:** Pacientes ingresados en el Hospital Alto Guadalquivir (Hospital de Andújar) y en el Hospital de Montilla del: 30 de abril hasta el 26 de Junio de 2009 y del 1 al 29 de Abril de 2010.

##### **En el Hospital de Andújar:**

Entre los días **30 de Abril y 23 de Junio de 2009** (fechas en las que se tomó la muestra para la validación de la escala eNDEC-PH) existió un promedio de 70,32 pacientes ingresados/día, que correspondieron con un total de 3868 pacientes, en un recuento de 55 días.

Y del **1 al 29 de Abril de 2010** (fechas en las que se tomó la muestra para la validación de la escala INICIARE®-66), existió un promedio de 76,34 pacientes ingresados/día, que corresponden a un total de 2214 en un recuento de 29 días.

<sup>76</sup> El Hospital de Montilla proporciona cobertura sanitaria, a 60.000. Consultado el 25 Junio de 2009 y disponible en <http://www.juntadeandalucia.es/ephospitalaltoguadalquivir/>

### En el Hospital de Montilla:

Entre los **días 7 de Mayo y 26 de Junio de 2009** (fechas en las que se tomó la muestra para la validación de la escala eNDEC-PH) existió un promedio de 45,88 pacientes/día, que corresponden a un total de 2340 en un recuento de 51 días.

Y del **1 de Abril al 30 de Abril de 2010** (fechas en las que se tomó la muestra para la validación de la escala INICIARE®-66), existió un promedio de 46,23 pacientes/día, que corresponden a un total de 1387 en un recuento de 30 días.



Fig. 4.3 Población

**Población de estudio:** Corresponde con los pacientes ingresados en el Hospital Alto Guadalquivir los días 30 de Abril, 4,5,6,7 y 8 de Mayo y 4,5,10,11,12,15,16,17 y 23 de Junio de 2009 y 1,2,9,12,13,21,28 y 29 de 2010. Y pacientes ingresados en el Hospital de Montilla los días 7, 8, 11,12 y 19 de Mayo y 21, 24,25 y 26 de Junio de 2009 y 1,6,15,21 y 30 de Abril de 2010.

### En el Hospital de Andújar:

En los días muestreados (**30 de Abril, 4,5,6,7 y 8 de Mayo y 4,5,10,11,12,15,16,17 y 23 de Junio de 2009**) existió un promedio de 71,2 pacientes ingresados/día, que corresponden con una suma total de 1068 pacientes en un recuento de 15 días en el año 2009.

Y de 73,37 pacientes ingresados/día, que corresponden con una suma total de 587 pacientes en un recuento de 8 días en 2010 (**1,2,9,12,13,21,28 y 29 de 2010**).

**En el Hospital de Montilla:**

En los días muestreados (**7, 8, 11, 12 y 19 de Mayo y 21, 24, 25 y 26 de Junio de 2009**) existió un promedio de 40,67 pacientes ingresados/día, que corresponden con una suma total de 366 pacientes en un recuento de 9 días en el año 2009.

Y de 40,67 pacientes ingresados/día, que corresponden con una suma total de 228 pacientes en un recuento de 5 días en el año 2010 (**1, 6, 15, 21 y 30 de Abril de 2010**).

**Población incluida:** Pacientes con criterio de inclusión fijados en la investigación.

ABRIL 2009						
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
27	28	29	30			

Fig. 4.4 Calendario Abril 2009

MAYO 2009						
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

Fig. 4.5. Calendario Mayo 2009

JUNIO 2009						
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

Fig. 4.6. Calendario Junio 2009



ABRIL 2010						
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

Fig. 4.7 Calendario Abril 2010

LEYENDA:

Días muestreados en el Hospital Alto Guadalquivir

Días muestreados en el Hospital de Montilla 

### 4.2.3. TAMAÑO MUESTRAL

El tamaño de la muestra necesaria se calculó, según el *enfoque de Streiner (2003)*. Así para una fiabilidad hipotética de 0.85 (evaluada por el coeficiente de correlación intraclassa “CCI”) y un umbral mínimo de fiabilidad (“R”) de 0.8, con un error estándar (“EE”) de 0.025 y 2 observaciones por sujeto, se precisaron un total de 161 sujetos (321 valoraciones) en la Etapa I y 80 pacientes (160 valoraciones) en la Etapa III (incluida una tasa de reposición del 30% en ambas etapas).

$$z_g = \frac{1}{2} \log_e \left[ \frac{1 + (k - 1)R}{1 - R} \right]$$

$$EE(z_g) = \sqrt{\frac{k}{2(k - 1)(n - 2)}}$$

- Valor mínimo de CCI aceptado R-
- Valor deseado del CCI R
- Nº de observaciones por sujeto k
- Puntuación z del CCI deseado Zg
- Error estándar del CCI EE
- Error Estándar tipificado Eez
- R- R-
- Lim sup de R tipificado
- Lim inf de R tipificado
- Puntuación z del CCI mínimo Zg-

Fig. 4.8 Fórmula para el cálculo del tamaño muestral  
Fuente: Streiner (2003)

#### **4.2.4. TIPO DE MUESTREO**

El tipo de muestreo fue **oportunista, de forma consecutiva** para toda la población elegible que reunió los criterios de inclusión y exclusión; coincidiendo con la disponibilidad de enfermeras colaboradoras en la selección de la muestra

Este tipo de muestreo por la característica de la rotación de los turnos de trabajo, permitía que se pudiesen incluir pacientes durante todos los días de la semana indistintamente. Y el sistema de rotación de turnos generaba unas condiciones aleatorias para la oportunidad de selección de pacientes.

De manera que:

- Todos los pacientes tuvieron las mismas oportunidades de ser incluidos en la muestra.
- Y se establecía el criterio de “cuasi” aleatoriedad (rotación de turnos y probabilidad de ingreso de un paciente son sucesos independientes entre sí).

#### **4.2.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE PACIENTES**

El tipo de sujeto a estudio fue:

- Paciente mayor de edad sanitaria (>16 años), y de ambos sexos, ingresado en Unidad Especial y/o en la Unidad de Hospitalización de los Hospitales de Andújar y Montilla (Hospitales pertenecientes a la Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir).
- Y que no compartiera habitación con otro paciente, sólo se admitió la presencia del cuidador principal si éste existía.

#### 4.2.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DE PACIENTES

Se excluyeron:

- Sujetos con déficit cognitivo (valorado por el Test de cribado de deterioro cognitivo - Test de Pfeiffer<sup>77</sup> versión Española) (**ANEXO 2**).
- Mujeres susceptibles del proceso de salud madre-hijo (no se establece ítems en este estudio).
- Y pacientes con los que no fue posible establecer un clima de intimidad, o no aceptaron de forma voluntaria participar en el estudio.

#### 4.3. ETAPAS DE LA INVESTIGACIÓN

Como ya hemos comentado, la investigación se planificó con arreglo a dos TIPOS de METODOLOGÍA y se desarrolló en tres ETAPAS y nueve FASES.

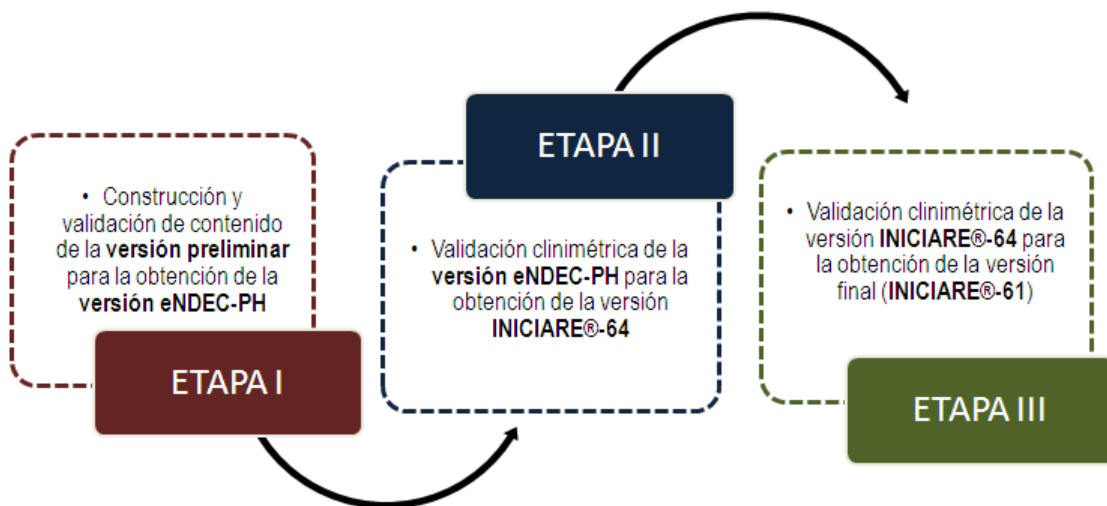


Fig. 4.9 Etapas de la Investigación

<sup>77</sup> Servicio Andaluz de Salud (2009a). *Cuestionarios, test e índices de valoración enfermera en formato para uso clínico: Cribado del deterioro cognitivo -Test de Pfeiffer versión española*. Sevilla: Junta de Andalucía. Recuperado el 20 de Abril de 2009 de [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/servicioandaluzdesalud/contenidos/gestionalidad/CuestEnf/PT6\\_DetCognitivo\\_Pfeiffer.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/servicioandaluzdesalud/contenidos/gestionalidad/CuestEnf/PT6_DetCognitivo_Pfeiffer.pdf)

### 4.3.1 ETAPA I. CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE LA VERSIÓN PRELIMINAR PARA LA OBTENCIÓN DE LA VERSIÓN eNDEC-PH

Primera etapa cuali-cuantitativa mediante técnica Delphi; con el objetivo de construir una versión preliminar y validarla de contenido para obtener la versión eNDEC-PH.

Esta etapa se ejecutó “on-line” con la plataforma SurveyMonkey® en dos fases (Fase I y Fase II) y cuatro subfases (Subfase IIa, Subfase IIb, Subfase IIc y Subfase IId):

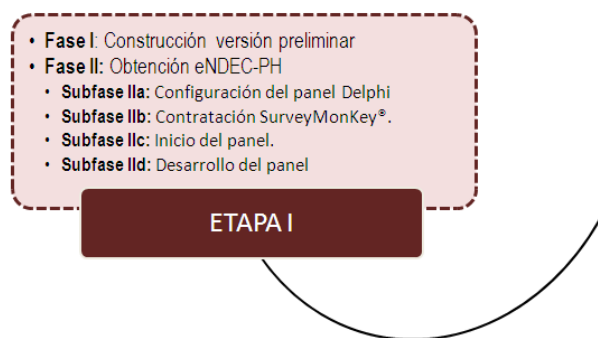


Fig. 4.10 Etapa I

#### 4.3.1.1. Fase I: Construcción de la versión preliminar

En esta primera fase se planificó el procedimiento y se construyó la versión preliminar siguiendo los siguientes principios o premisas en su diseño:

Experiencia clínica y experiencia en el manejo de la parrilla inicial de cuatro niveles (ANEXO 1).

- ✦ Revisión de la literatura previa sobre sistemas de clasificación de pacientes en cuidados.
- ✦ Capacidad de las definiciones taxonómicas para describir cada una de las dimensiones de las 14 Necesidades del Modelo de Virginia Henderson.
- ✦ Cumplimiento del principio de Parsimonia o Principio de la Navaja de Ockam: búsqueda de la máxima eficiencia descriptiva con el menor número posible de ítems.

### **4.3.1.2. Fase II: Construcción (incluida validación de contenido) de la versión eNDEC-PH**

En una segunda fase tuvo lugar la construcción (incluida validación de contenido) de la versión eNDEC-PH (escala del Nivel de DEpendencia en Cuidados de Pacientes Hospitalizados).

Una vez construida la escala preliminar (Fase I), el siguiente paso era dotarla de validación de contenido; que serviría además para consolidar el formato definitivo antes de la validación en el entorno asistencial.

Para la presente investigación se utilizó la técnica Delphi ejecutada on-line con la plataforma SurveyMonkey®.

Nos decidimos por el método Delphi por ser una de las técnicas de consenso más utilizadas que permite conocer la opinión de un panel de especialistas en determinado tema, identificar puntos de acuerdo o desacuerdo y plantear conclusiones consensuadas (Jones & Hunter, 1995). Y se realizó online por la dificultad en la realización de sesiones presenciales, consecuencia de la dispersión geográfica y responsabilidades profesionales.

Esta adaptación fue muy bien acogida, no existiendo ninguna muerte experimental, participando 22 panelistas, superando así las dificultades operativas. Se siguieron las siguientes subfases:

#### **Subfase IIa: Configuración del panel Delphi.**

Para confeccionar un estudio Delphi, según Van Zolingen y Klaassen (2003) y De Loe (1995), se deben de representar las múltiples perspectivas del proceso de investigación, ya que su objetivo es generar el mayor número de ideas divergentes, puesto que las opiniones divergentes son fundamentales para explorar el consenso y como consecuencia para apoyar una decisión final.

Por tanto, se siguieron los siguientes *criterios* para la selección de las/los expertas/os (Torres Pérez & Morales Asencio, 2004):

- ✦ Idoneidad: experiencia clínica, prestigio profesional, representatividad, conocimiento en la materia y actitud científica.
- ✦ Heterogeneidad: Pertenencia a alguno de los campos de práctica profesional de la disciplina enfermera: docencia universitaria, gestión sanitaria y/o práctica clínica. Que aportaba diferentes enfoques para evitar la autorreferenciación.
- ✦ Conocimiento experto en metodología enfermera o en gestión de cuidados.
- ✦ En el caso de pertenecer al campo de la práctica clínica, tener conocimiento de los sistemas de clasificación por niveles de dependencia en cuidados (**ANEXO I**) y de la Organización de cuidados con arreglo a estos criterios.
- ✦ Y disponibilidad: posibilidad de colaboración y motivación.

El contacto con el panel se realizó vía email y/o telefónica, informándoles del proyecto, objetivos y resultados que pretendíamos conseguir.

**Subfase IIb: Contratación de los servicios de la plataforma digital SurveyMonkey®.**

La encuesta fue diseñada de forma telemática en SurveyMonkey®, como herramienta “tipo encuesta” para la recopilación de los datos y posterior exportación para su análisis, ya que de forma telemática permitía:

- ✦ La codificación segura de las respuestas (introducción estandarizada de información).
- ✦ La explotación anónima de los datos. Permitía descargar un resumen del informe de la encuesta que se podía guardar o imprimir, o bien descargar todas

las respuestas de la encuesta, para importar a una hoja de cálculo o base de datos. Los formatos posibles de descarga eran: Excel, CSV, XML, HTML o PDF.

- La retroalimentación automatizada de resultados a los/las expertos/as.
- En definitiva, la gestión integral en una sola plataforma virtual de toda la información: información sobre el proyecto, integración de variables, codificación de los datos, recopilación de las puntuaciones, seguimiento de resultados y exportación de resultados.



Fig. 4.11 Página Principal De SurveyMonkey®.

FUENTE: <http://es.surveymonkey.com/>

## Iniciar sesión

¿Aún no tiene una cuenta? [Inscribirse »](#)

Nombre de usuario:

Contraseña:


La contraseña distingue entre mayúsculas y minúsculas

¡Recordarme!

[¿Olvidó su nombre de usuario o contraseña?](#)

## Inicie sesión con su cuenta favorita

Ahora puede establecer enlaces a sus cuentas e iniciar sesión en SurveyMonkey con su cuenta Facebook o de Google.






Fig. 4.12 Página Credenciales SurveyMonkey®.

FUENTE: [https://es.surveymonkey.com/MyAccount\\_Login.aspx](https://es.surveymonkey.com/MyAccount_Login.aspx)

 SurveyMonkey™
 aporcel | [Cerrar sesión](#) | [Ayuda](#)


---

Mis encuestas   Libreta de direcciones   Mi cuenta  

### Crear una encuesta

- Crear una nueva encuesta**
- Copiar una encuesta existente...
- Usar una plantilla de encuesta...

Título:

**NUEVO** Cree una encuesta en cualquier idioma.

Ahora puede especificar el idioma de la encuesta, y los botones, el texto de ayuda y los mensajes de error se mostrarán en ese idioma. Hay más de 20 idiomas disponibles. Simplemente vaya a "Opciones de encuesta" que se encuentra en la página siguiente y elija el idioma en el menú desplegable de idiomas de la encuesta.

Fig. 4.13 Página creación de encuesta SurveyMonkey®.

FUENTE: [http://es.surveymonkey.net/MySurvey\\_Wizard.aspx](http://es.surveymonkey.net/MySurvey_Wizard.aspx)



### ☑ **Subfase IIc: Inicio del panel.**

Se inició con el envío de un correo electrónico a los expertos y expertas que incluía:

- ✦ El procedimiento a seguir.
- ✦ La clave de acceso a la plataforma.
- ✦ Y el enlace de acceso; que era un hipervínculo extraído desde la propia encuesta, facilitado por SurveymonKey®, que enviábamos junto con la clave de acceso vía email. Configuramos la plataforma, para que una vez ingresada la clave de acceso, el/la panelista diera su consentimiento por escrito para participar en el estudio, antes de poder acceder a la encuesta digital.

A los panelistas se les pedía que puntuasen los ítems propuestos, en relación a los Criterios de:

*La idoneidad por su frecuencia en la práctica diaria (intervenciones NIC) y nivel de acuerdo en cuanto a la capacidad descriptiva del indicador NOC sugerido (ítems de indicadores de resultados, NOCs).*

Las respuestas correspondientes a los ítems de los bloques de necesidades o Cuidados, contaron con cinco categorías de respuesta en función de la frecuencia del indicador a la necesidad o al bloque de cuidados asignado. Se codificaron de manera que la puntuación menor (del 1 al 5) asignase un mayor grado de concordancia o frecuencia en idoneidad en el panel.

En relación a los indicadores de resultados (Moorhead et al., 2009):

- Cada ítem de los 14 bloques contó con cinco categorías de respuesta en función de la adecuación del indicador a la Necesidad asignada: 1: Totalmente adecuado. 2: Muy adecuado. 3: Adecuado. 4: Poco adecuado. 5: Inadecuado.
- Al experto y experta se les solicitó que puntuasen en este rango según criterio de idoneidad, debiendo responder a todos los ítems, no pudiendo dejar ninguno sin valorar.

En relación a las intervenciones enfermeras (Bulechek et al., 2009):

- Cada intervención contó igualmente, con cinco categorías de respuesta en función de la frecuencia del indicador al Bloque de cuidados asignado: 1: Siempre realizado. 2: Frecuentemente realizado. 3: A veces realizado. 4: Poco realizado. 5: Nunca realizado.
- Al experto y experta se les solicitó que puntuasen en este rango según criterio de frecuencia, debiendo responder a todos los ítems, no pudiendo dejar ninguno sin valorar.

Necesitaron en total tres rondas de validación.

**Subfase IId: Desarrollo del panel.**

En la primera ronda **(ANEXO 3)**:

- ✦ Se ofertó la posibilidad a los expertos y expertas, de la inclusión de hasta tres indicadores NOCs o intervenciones NICs por bloque de necesidades y/o bloque de cuidados, que no hubieran sido propuestos por la investigadora.

En la segunda ronda **(ANEXO 4)**:

- ✦ Se les informó con una exposición resumida de los resultados obtenidos y se sometieron a nueva valoración los ítems sobre los que no hubo consenso en la primera junto con los que propusieron.

En la tercera ronda **(ANEXO 5)**:

- ✦ Se les volvió a realizar retroalimentación sobre resultados obtenidos, pidiéndoles de nuevo sus puntuaciones y opiniones acerca de diferentes ítems en los que no existía consenso.

Tras el análisis de los datos, se obtuvo la validación de contenido de la escala preliminar: versión eNDEC-PH (**ANEXO 6**). Finalizamos esta etapa enviando un correo a los y las panelistas, donde se les mostraban de forma breve los resultados finales, junto con el agradecimiento personal por su participación en el estudio.

#### **4.3.2. ETAPA II. VALIDACIÓN CLINIMÉTRICA DE LA VERSIÓN eNDEC-PH PARA LA OBTENCIÓN DE LA VERSIÓN INICIARE®-64**

Con la versión **eNDEC-PH** trabajamos en entorno real de práctica, para resolver la segunda etapa (Etapa II) de nuestra investigación: *La validación clinimétrica del instrumento*, mediante metodología cuantitativa y estudio observacional de tipo transversal.

- Observacional: por que no existió manipulación de ninguna variable, ya que los sujetos (pacientes de la Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir): Hospital de Andújar y Hospital de Montilla, no fueron sometidos/as a experimentación, tratamiento, ni a modificaciones inducidas por el estudio.
- Y Transversal: porque se realizó una sola valoración en el mismo tiempo, por paciente ingresado/a, de forma aleatoria, por dos observadores/as independientes (enfermeras colegiadas pertenecientes a la Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir, incluida la propia investigadora).

Esta etapa se desarrolló en cuatro fases (Fase III, Fase IV, Fase V y Fase VI) y tres subfases (Subfase IVa, Subfase IVb y Subfase IVc):

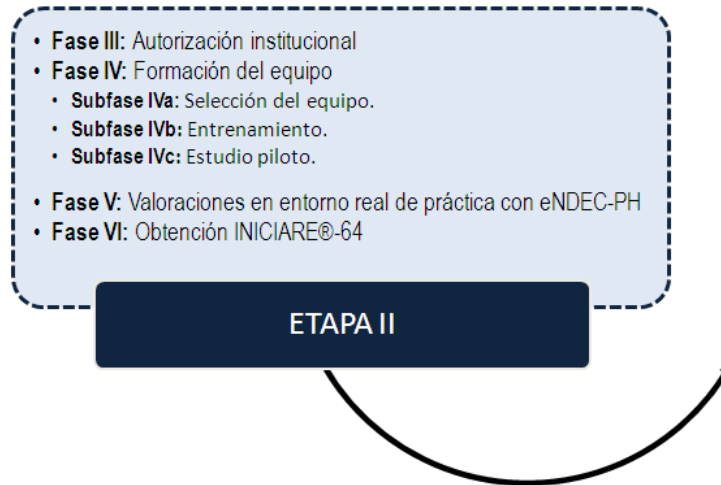


Fig. 4.14 Etapa II

#### 4.3.2.1. Fase III: Autorización institucional

Es en esta fase cuando se solicitaron formalmente los permisos para la realización de la investigación a la EPHAG, obteniendo las correspondientes autorizaciones (**ANEXO 7**).

#### 4.3.2.2. Fase IV: Formación del equipo para el estudio de campo

##### Subfase IVa: Selección del equipo.

La selección de las enfermeras participantes en el estudio, se realizó en función de los siguientes criterios:

- ✦ Enfermeras colegiadas pertenecientes a la EPHAG de los Centros hospitalarios de Andújar y Montilla.
- ✦ Con al menos cuatro años de experiencia asistencial.

- ✦ Formación acreditada en Metodología Enfermera.
- ✦ Alta puntuación en compromiso con la empresa, responsabilidad, creatividad y actitud de mejora continua valorada por la Entrevista de Desempeño Profesional (EDP)<sup>78</sup>.
- ✦ Perfil múltiple: Cuidados críticos, cuidados quirúrgicos, cuidados medios (plantas de hospitalización, de distintas especialidades médico-quirúrgicas).
- ✦ Y que hubieran manifestado su voluntariedad y un importante grado de motivación e implicación en el estudio a realizar, una vez informadas.

Funcionalmente el equipo de investigación estuvo formado por enfermeras que desarrollaban su labor profesional en el ámbito asistencial, gestor y docente.

De las y los posibles candidatas/os que cumplían los anteriores criterios, correspondió la decisión final de elección de 5 enfermeras en el Hospital de Andújar y 4 enfermeras en el Hospital de Montilla a las Directoras de Cuidados de Enfermería de dichos centros hospitalarios. En total las valoraciones a los/las pacientes se llevaron a cabo por 10 enfermeras incluida la propia investigadora que se adhirió al estudio en ambos Hospitales, compensando principalmente la imparidad en el Hospital de Andújar.

**Subequipo A** en el Hospital de Andújar: estuvo formado por 5 enfermeras asistenciales, la investigadora y la Directora de Cuidados de Enfermería de dicho Centro.



Y **Subequipo B** en el Hospital de Montilla: estuvo formado por 4 enfermeras asistenciales, la investigadora y la Directora de Cuidados de Enfermería del Hospital.



---

<sup>78</sup> Herramienta de gestión por Objetivos, para la evaluación del desempeño como un proceso sistemático y periódico de estimación cuantitativa y cualitativa del grado de eficacia con el que las personas llevan a cabo las actividades y responsabilidades de los puestos que desarrollan. Se realiza de forma anual por el/la responsable intermedio/a de cuidados de enfermería bajo la supervisión de la Directora de Cuidados desde el nacimiento de la EPHAG (1999).

Las Directoras de Cuidados fueron las personas de referencia de cada equipo, con las que la investigadora definía y planificaba la gestión del tiempo, de los recursos y la distribución de tareas. Tuvimos además la posibilidad de aumentar el grupo en algún otro u otra colaboradora pero no fue necesario.

A estas enfermeras además se les recompensó en su cómputo horario anual con las horas dedicadas a la investigación, expresando verbalmente un elevado grado de satisfacción con ésta y con el procedimiento.

#### **Subfase IVb: Entrenamiento de las enfermeras integrantes del equipo.**

Para este propósito:

- ✦ Se realizó por grupo y hospital, una reunión formativa de recordatorio en relación al uso de los Sistemas Estandarizados de Lenguaje Enfermero, definiciones taxonómicas y Modelo Conceptual de Virginia Henderson.
- ✦ Se les informó tanto de los criterios de inclusión de los pacientes a entrevistar, como del consentimiento informado (ANEXO 8, ANEXO 9) y del procedimiento a seguir.
- ✦ Se mostró la versión **eNDEC-PH** por vez primera en el inicio del estudio piloto, para y donde, se pudo comprobar el alto grado de concordancia en la valoración por pares de las parejas observadoras y en general del equipo de investigación.

#### **Subfase IVc: Estudio piloto.**

Se realizó un emparejamiento aleatorio de los y las colaboradoras con elección también al azar de los y las pacientes.

Con cada una de las parejas de colaboradores, estuvo presente la investigadora, con el objetivo de comprobar el afianzamiento de los conocimientos y técnica de entrevista (ambiente adecuado, privacidad...).

En total se realizaron 10 encuestas en el Hospital de Andújar y 8 en el de Montilla, que se desecharon para la validación clinimétrica de la Escala. La primera entrevista duró aproximadamente una media de 57 minutos por cada uno de los pacientes y Centros, disminuyendo el tiempo para la cumplimentación de esta versión final a 51 minutos en la segunda entrevista, con una curva de aprendizaje que baja a 48 minutos tras 4 pacientes.

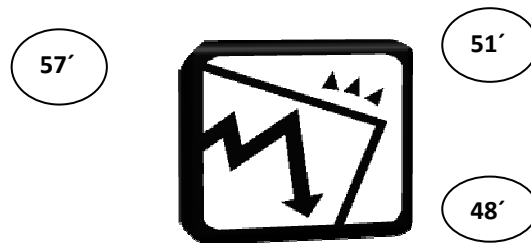


Fig. 4.15 Curva de aprendizaje I

#### 4.3.2.3. Fase V: Recogida de valoraciones en entorno real de práctica con la versión eNDEC-PH.

En el estudio de campo, las enfermeras fueron emparejadas al azar según disponibilidad de sus turnos de trabajo (mañana y/o tarde); la investigadora también participó en la recogida de las valoraciones de los pacientes. Estas valoraciones se realizaron en el denominado horario neutro (horario donde no está prevista actividad asistencial):

- Entre las 10h de la mañana y las 11h (después del aseo, desayuno, toma de constantes y aplicación de medicación).
- Entre las 12h a 13h (después de la realización de pruebas diagnósticas y visita médica).
- Entre las 14h y 17 h (respetando la siesta).
- Y entre las 18h y 20h, a partir de este horario se iniciaba nuevamente la administración de medicación, cena, y descanso- sueño.

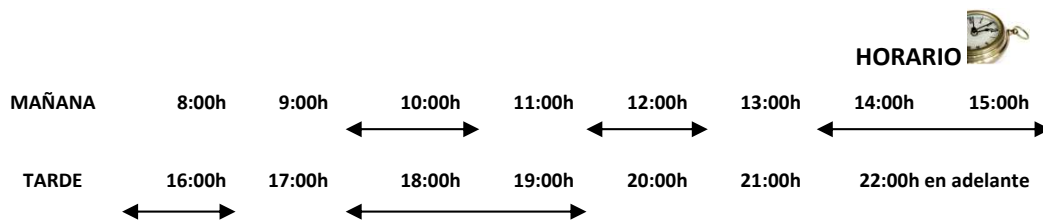


Fig. 4.16 Horario de las mediciones

Se recogieron 322 valoraciones. Para la primera valoración se necesitó 48 minutos, que tras cuatro entrevistas bajó a 42, siendo el tiempo medio de cumplimentación de esta versión de 34 minutos tras 4 pacientes.



Fig. 4.17 Curva de aprendizaje II



#### 4.3.2.4. Fase VI: Análisis datos, obtención de la versión INICIARE®-64.

- Las valoraciones fueron realizadas en formato papel, dicha información fue volcada por la investigadora en la aplicación informática “SurveyMonkey®”.
- Posteriormente se descargó en formato Excell y fue exportada a una matriz de datos generada por el programa SSPS 17.0 para la realización de los cálculos estadísticos.
- Tras el análisis psicométrico: fiabilidad interobservador y consistencia interna, obtuvimos la versión INICIARE®-64 (INventario del Nivel de Cuidados mediante Indicadores de clAsificación de Resultados de Enfermería) (ANEXO 10).
- En esta versión también analizamos los descriptivos, el constructo y la validez de criterio.

#### 4.3.3. ETAPA III. OBTENCIÓN DE LA VERSIÓN FINAL: INICIARE®-61

Fue necesaria una tercera etapa cuali-cuantitativa mediante criterio de expertos y validación clinimétrica. Esta etapa se desarrolló en tres Fases.

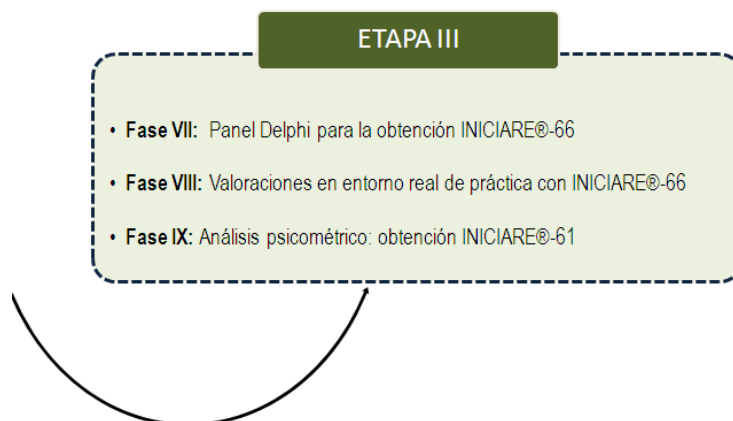


Fig. 4.18 Etapa III

### **4.3.3.1. Fase VII: Validación por expertos de la necesidad de mantener la temperatura corporal de la escala INICIARE®-64; obtención de la versión INICIARE®-66.**

La necesidad de mantener la temperatura corporal de la versión INICIARE®-64 a diferencia del resto de dimensiones, presentó un valor bajo-moderado en la consistencia interna (Campo-Arias y Oviedo, 2008; Streiner, 2003; Roberts, Priest & Traynor, 2006, y Bland & Altman, 1997) que limitaba la fiabilidad de la escala. Por lo que el siguiente paso era dotarla de una nueva validación de contenido antes de pasar a recoger valoraciones en el entorno asistencial, para un nuevo análisis psicométrico.

#### **Subfase VIIa: Configuración del panel Delphi.**

Se siguió la misma metodología que en la Etapa I Fase II (técnica Delphi ejecutada on-line con la plataforma SurveyMonkey®) para la validación de contenido de la necesidad de mantener la temperatura corporal. Para confeccionar el estudio volvimos a seguir las recomendaciones de Van Zolingen y Klaassen (2003) y De Loe (1995).

En esta ocasión participaron 40 panelistas, no existiendo ninguna muerte experimental en una única ronda de validación. Los criterios de selección de los expertos y expertas fueron los mismo que en la Etapa I Fase II (Torres Pérez & Morales Asencio, 2004).

#### **Subfase VIIb: Desarrollo del panel.**

✦ Se inició con el envío de un correo electrónico a los expertos y expertas que incluía la presentación del estudio, la clave de acceso a la plataforma y el de acceso; que era un hipervínculo extraído desde la propia encuesta, facilitado por SurveymonKey®.

- Configuramos la plataforma, para que una vez ingresada la clave de acceso, el o la panelista diera su consentimiento para participar en el estudio, antes de poder acceder a la encuesta digital (**ANEXO 11**).
- Se les pidió que puntuasen los ítems propuestos, en relación al *nivel de acuerdo en cuanto a la capacidad descriptiva del indicador NOC sugerido* (ítems de indicadores de resultados, NOCs). También se les ofertó la posibilidad de inclusión de hasta tres ítems adicionales.
- Una vez finalizada esta primera ronda, se analizaron los resultados. Hubo consenso en todas las propuestas obteniéndose la versión INICIARE®-66 (**ANEXO 12**).
- Finalizamos esta etapa enviando un correo a los expertos y expertas, donde se les mostraban de forma breve los resultados finales, junto con el agradecimiento personal por su participación en el estudio.

#### **4.3.3.2. Fase VIII: Recogida de valoraciones en la práctica clínica con la versión INICIARE®-66.**

Posteriormente con esta nueva versión (**ANEXO 12**) se realizó la recogida de valoraciones en entorno clínico.

- Se volvió a realizar el mismo procedimiento que en la Fase V.
- Se recogieron 160 valoraciones. Con esta versión, se redujo enormemente el tiempo final de cumplimentación, que bajó a 28 minutos tras 4 pacientes, respondiendo a una curva de aprendizaje de 16´.

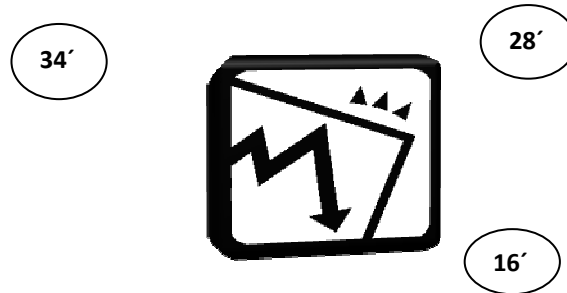


Fig. 4.19 Curva de aprendizaje III

#### 4.3.3.3. Fase IX: Análisis de los datos, obtención de la versión final (escala INICIARE®-61).

Por último se realizó el análisis clinimétrico de los datos correspondientes a las 160 valoraciones realizadas en la fase VIII, obteniéndose la versión final INICIARE®-61 (ANEXO 13).

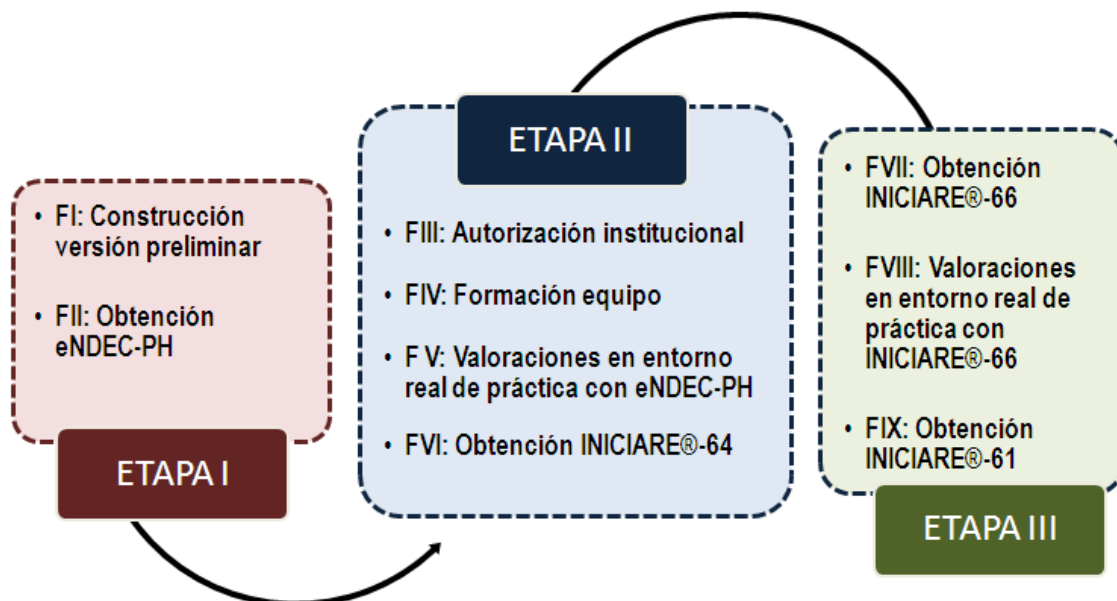


Fig. 4.20 Fases de la investigación por etapas

#### 4.3.4. CRONOGRAMA

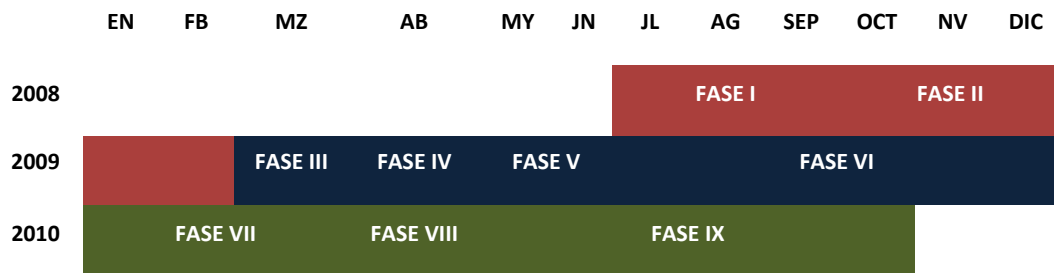


Fig. 4.21 Cronograma de la investigación

**ETAPA I:** desde Julio de 2008 a Febrero de 2009.

- **Fase I:** tuvo lugar en el tercer trimestre (julio, agosto, septiembre) de 2008.
- **Fase II:** se llevó a cabo en el cuarto trimestre (octubre, noviembre, diciembre) de 2008 y primer trimestre de 2009.

**ETAPA II:** desde marzo de 2009 a Junio de 2010.

- **Fase III:** una vez concluida la fase II, se pasó a pedir las autorizaciones institucionales pertinentes, tanto a la comisión de investigación, como a la dirección de enfermería y gerencia, se desarrolló en marzo de 2009.
- **Fase IV:** realizada en Abril 2009.
- **Fase V:** desde el 30 de Abril a Junio de 2009.
- **Fase VI:** se desarrolló desde Julio a Diciembre de 2009.

**ETAPA III:** en Abril de 2010.

- **Fase VII:** tuvo lugar en el primer trimestre de 2010 (enero, febrero y marzo).
- **Fase VIII:** en Abril de 2010.
- **Fase IX:** desde mayo a octubre de 2010.

## 4.4. CONSTRUCCIÓN DEL INSTRUMENTO

### 4.4.1. VERSIÓN PRELIMINAR

Se trató de un instrumento digital que permitía su descarga en formato pdf con cuatro apartados: presentación y acceso telemático, bloques de valoración de Necesidades con metodología NOC (Moorhead et al., 2009), bloques de cuidados con metodología NIC y variables del perfil del y de la panelista (**ANEXO 3**).

- **Apartado 1: Acceso telemático, junto con la presentación del Instrumento a los expertos y expertas del panel Delphi:**

Se diseñó una primera página con una bienvenida y una breve presentación del objeto, objetivos y metodología de trabajo del estudio de investigación, así como una breve descripción de los apartados del instrumento.

- **Apartado 2: Catorce bloques temáticos de valoración de respuestas humanas, correspondientes con cada una de las necesidades del Modelo Conceptual de Virginia Henderson, cuyos ítems eran *indicadores de resultados* de la Clasificación de Resultados de Enfermería (Moorhead et al., 2009).**

En primer lugar contextualizamos las necesidades según la definición de Riopelle, Grondin & Phaneuf, (1999) y a continuación seleccionamos los indicadores de resultados que nos parecían más adecuados para la valoración de las necesidades en la práctica clínica.

En total se seleccionaron 6 de los 7 Dominios y 21 de las 31 Clases:

- Dominio I: Salud Funcional, Dominio II: Salud Fisiológica, Dominio III: Salud Psicosocial, Dominio IV: Conocimiento y Conducta de Salud, Dominio V: Salud Percibida, Dominio VI: Salud Familiar, no procedía utilizar por la característica del contexto del estudio el Dominio VII: Salud Comunitaria.
- Clases: A- Mantenimiento de la energía, B- Crecimiento y desarrollo, C- Movilidad, D – Autocuidados, E- Cardiopulmonar, F – Eliminación, G- Líquidos y electrolitos, I- Regulación Metabólica, J- Neurocognitiva, K- Digestión y Nutrición, L – Integridad tisular, M- Bienestar Psicológico, N- Adaptación social, Q- Conducta de Salud, R – Creencias sobre la salud, S- Conocimientos sobre la Salud, T- Control del riesgo y seguridad, U- Salud y Calidad de vida, V- Sintomatología, W- Ejecución del cuidador familiar, Z- Estado de salud de los miembros de la familia.

**Tabla 4. 1 DOMINIOS Y CLASES SELECCIONADOS PARA LA VERSIÓN PRELIMINAR**

	<b>DOMINIO</b>					
	<b>I: Salud Funcional</b>	<b>II: Salud Fisiológica</b>	<b>III: Salud Psicosocial</b>	<b>IV: Conocimiento y conducta de salud</b>	<b>V: Salud Percibida</b>	<b>VI: Salud familiar</b>
<b>CLASE</b>	A- Mantenimiento de la energía	E- Cardiopulmonar	M- Bienestar psicológico	Q- Conducta de salud	U- Salud y calidad de vida	W- Ejecución del cuidador familiar
	B- Crecimiento y desarrollo	F- Eliminación	N- Adaptación psicosocial	R- Creencias sobre la salud	V- Sintomatología	Z- Estado de salud de los miembros de la familia
	C- Movilidad	G- Líquidos y electrolitos		S- Conocimientos sobre salud		
	D- Autocuidado	I- Regulación metabólica		T- Control del riesgo y seguridad		
		J- Neurocognitiva				
		K- Digestión y Nutrición				
		L- Integridad tisular				

Que quedaron distribuidos de la siguiente forma:

## ☑ **1. Necesidad de respirar**

“Respirar es una necesidad del ser vivo que consiste en captar el oxígeno indispensable para la vida celular y eliminar el gas carbónico producido por la combustión celular. La respiración normal es silenciosa, rítmica y sin esfuerzo, requiriendo que tanto alveolos pulmonares como vías respiratorias estén permeables” (Riopelle, Grondin & Phaneuf, 1999).

Se escogieron para valorar esta necesidad, resultados que describían el funcionamiento orgánico:

**Dominio II: Salud fisiológica**, de la Clase E: *Cardiopulmonar*, que definían “el estado cardíaco, pulmonar circulatorio o de perfusión tisular de un individuo” (Moorhead et al., 2009), eligiéndose los resultados:

- 0400 Efectividad de la bomba cardiaca: *“adecuación del volumen de sangre expulsado del ventrículo izquierdo para apoyar la presión de perfusión sistémica”* (Moorhead et al., 2009).
  - 040002 Frecuencia cardiaca
- 0401 Estado circulatorio: *“flujo sanguíneo sin obstrucción, unidireccional a una presión adecuada a través de los grandes vasos de los circuitos sistémico y pulmonar”* (Moorhead et al., 2009).
  - 040101 Presión arterial sistólica
  - 040102 Presión arterial diastólica
- 0402 Estado respiratorio: intercambio gaseoso: *“intercambio alveolar de CO<sub>2</sub> y O<sub>2</sub> para mantener las concentraciones de gases arteriales.* (Moorhead et al., 2009).
  - 040206 Cianosis
  - 040216 Deterioro cognitivo
- 0403 Estado respiratorio: ventilación: *“movimiento de entrada y salida del aire de los pulmones”* (Moorhead et al., 2009).
  - 040302 Ritmo respiratorio



- 0410 Estado respiratorio: permeabilidad de las vías aéreas: *“vías traqueobronquiales abiertas, despejadas y limpias para el intercambio de aire”* (Moorhead et al., 2009).
  - 041002 Ansiedad
  - 041004 Frecuencia respiratoria
  - 041012 Capacidad de eliminar secreciones

Tabla 4. 2 INDICADORES NOC VERSIÓN PRELIMINAR: NECESIDAD DE RESPIRACIÓN	
1	040216 Deterioro cognitivo
2	040206 Cianosis
3	041004 Frecuencia respiratoria
4	040002 Frecuencia cardiaca
5	040302 Ritmo respiratorio
6	040101 Presión arterial sistólica
7	040102 Presión arterial diastólica
8	041012 Capacidad de eliminar secreciones
9	041002 Ansiedad

## ☑ **2. Necesidad de alimentarse e hidratarse**

“Beber y comer es la necesidad de todo organismo de ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable para su buen funcionamiento” (Riopelle et al., 1999).

Se seleccionaron para valorar esta necesidad, resultados descritos en los dominios:

**Dominio I: Salud funcional:** *“capacidad y realización de las actividades básicas de la vida”* (Moorhead et al., 2009), de las *Clase D: Autocuidado* definido como *“habilidad individual para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria”* (Moorhead et al., 2009):

- 0303 Autocuidados: comer: *“capacidad para preparar e ingerir comida y líquidos independientemente con o sin mecanismos de ayuda”* (Moorhead et al., 2009).
  - 030303 Maneja utensilios

Y Clase B: *Crecimiento y desarrollo*, que describían *“la maduración física, emocional y social de un individuo”* (Moorhead et al., 2009):

- 0113 Envejecimiento físico: *“cambios físicos normales que se producen con el proceso natural de envejecimiento”* (Moorhead et al., 2009).
  - 011301 Masa corporal media

**Dominio II: Salud fisiológica**, concretamente los que pertenecían a las clases: *Clase K: Digestión y Nutrición*, que correspondían con los resultados sobre *“patrones digestivos y nutricionales de un individuo”* (Moorhead et al., 2009):

- 1008 Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos: *“cantidad de ingesta de líquidos y sólidos durante un período de 24 horas”* (Moorhead et al., 2009).
  - 100801 Ingestión alimentaria oral
  - 100802 Ingestión alimentaria por sonda
  - 100804 Administración de líquidos IV
  - 100805 Administración de líquidos con nutrición parenteral total
- 1010 Estado de deglución: *“tránsito seguro de líquidos y/o sólidos desde la boca hacia el estómago”* (Moorhead et al., 2009).
  - 101016 Acepta la comida
  - 101004 Capacidad de masticación
  - 101012 Atragantamiento, tos o náuseas
- 1014 Apetito: *“deseos de comer cuando está enfermo o recibiendo tratamiento”* (Moorhead et al., 2009).
  - 101406 Ingesta de alimentos

Y a la Clase G: *Líquidos y electrolitos*, que describían “*el estado hidroelectrolítico de un individuo*” (Moorhead et al., 2009):

- 0601 Equilibrio hídrico: “*equilibrio de agua en los compartimentos intracelulares y extracelulares del organismo*” (Moorhead et al., 2009).
  - 060107 Entradas y salidas diarias equilibradas

**Dominio V: Salud percibida**, resultado que indicaba “*impresiones sobre la salud y la asistencia sanitaria del individuo*” (Moorhead et al., 2009), perteneciente a la Clase V: *Sintomatología*, que definía “*los indicios de una enfermedad, lesión o pérdida en un individuo*” (Moorhead et al., 2009):

- 2106 Náuseas y vómitos: efectos nocivos: entendido como “*gravedad de los efectos perjudiciales observados o informados de náuseas, esfuerzos para vomitar y vómitos en el funcionamiento diario*” (Moorhead et al., 2009).
  - 210607 Alteración del estado nutricional

**Tabla 4. 3 INDICADORES NOC VERSIÓN PRELIMINAR:  
NECESIDAD DE ALIMENTARSE E HIDRATARSE**

<b>1</b>	030303 Maneja utensilios
<b>2</b>	011301 Masa corporal media
<b>3</b>	100801 Ingestión alimentaria oral
<b>4</b>	100802 Ingestión alimentaria por sonda
<b>5</b>	100804 Administración de líquidos IV
<b>6</b>	100805 Administración de líquidos con nutrición parenteral total
<b>7</b>	101016 Acepta la comida
<b>8</b>	101004 Capacidad de masticación
<b>9</b>	101012 Atragantamiento, tos, náuseas
<b>10</b>	101406 Ingesta de alimentos
<b>11</b>	060107 Entradas y salidas diarias equilibradas
<b>12</b>	210607 Alteración del estado nutricional

### ☑ **3. Necesidad de eliminar**

“Eliminar es la necesidad que tiene el organismo de deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo. La excreción de deshechos se produce principalmente por la orina y las heces, y también por la transpiración y la espiración pulmonar” (Riopelle et al., 1999).

Se seleccionaron para valorar esta necesidad, resultados descritos en los dominios:

**Dominio I: Salud funcional:** cuyo resultados definían *“la capacidad y realización de las actividades básicas de la vida”* (Moorhead et al., 2009), pertenecientes a la *Clase D: Autocuidado*, que indicaban *“la habilidad individual para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria”* (Moorhead et al., 2009), eligiéndose el resultado:

- 0310 Autocuidados: uso del inodoro: *“capacidad de utilizar el inodoro independientemente con o sin mecanismos de ayuda* (Moorhead et al., 2009).
  - 031001 Reconoce y responde a la repleción vesical
  - 031013 Entra y sale del servicio

**Dominio II: Salud Fisiológica:** resultados del *“funcionamiento orgánico”* (Moorhead et al., 2009), pertenecientes a las *Clase G: Líquidos y electrolitos*, que describían *“el estado hidroelectrolítico de un individuo”* (Moorhead et al., 2009) y se eligió el resultado:

- 0602 Hidratación: *“agua adecuada en los compartimentos intracelular y extracelular del organismo”* (Moorhead et al., 2009).
  - 060211 Diuresis

Y a la *Clase F: Eliminación*, que correspondía con los resultados sobre *“los patrones y el estado de eliminación y excreción de los productos de desecho de un individuo”* (Moorhead et al., 2009) y se eligieron los resultados:

- 0500 Continencia intestinal: *“control de la eliminación de heces procedentes del intestino”* (Moorhead et al., 2009).
  - 050002 Mantiene el control de la eliminación de heces
  - 050004 Diarrea
  - 050005 Estreñimiento
- 0501 Eliminación intestinal: *“formación y evacuación de heces”* (Moorhead et al., 2009).
  - 050101 Patrón de eliminación (fecal)
- 0503 Eliminación urinaria: *“recogida y descarga de la orina”* (Moorhead et al., 2009).

- 050301 Patrón de eliminación urinario
- 050312 Incontinencia urinaria
- 0504 Función renal: *“filtración de sangre y eliminación de productos metabólicos de desecho a través de la formación de orina”* (Moorhead et al., 2009).
- 050401 Ingesta adecuada de líquidos

**Tabla 4.4 INDICADORES NOC VERSIÓN PRELIMINAR:  
NECESIDAD DE ELIMINACIÓN**

<b>1</b>	050002 Mantiene el control de la eliminación de heces
<b>2</b>	050004 Diarrea
<b>3</b>	050005 Estreñimiento
<b>4</b>	050101 Patrón de eliminación fecal
<b>5</b>	060211 Diuresis
<b>6</b>	050301 Patrón de eliminación urinario
<b>7</b>	050312 Incontinencia urinaria
<b>8</b>	050401 Ingesta adecuada de líquidos
<b>9</b>	031001 Reconoce y responde a la depleción vesical
<b>10</b>	031013 Entra y sale del servicio

#### ☑ **4. Necesidad de moverse y mantener la posición corporal**

“Es una necesidad para todo ser vivo, estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo. La circulación sanguínea se ve favorecida por los movimientos y las actividad física” (Riopelle et al., 1999).

Se seleccionaron para valorar esta necesidad, resultados descritos en los dominios:

**Dominio I: Salud funcional:** pertenecientes a las Clase C: Movilidad, que describían *“la movilidad física del individuo y las secuelas por la restricción de movimientos”* (Moorhead et al., 2009), de ellos, para esta necesidad finalmente se eligieron los resultados:

- 0200 Ambular: *“capacidad para caminar de un sitio a otro independientemente con o sin mecanismos de ayuda”* (Moorhead et al., 2009).
  - 020002 Camina con marcha eficaz
- 0204 Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas: *“gravedad del compromiso en el funcionamiento fisiológico debido a la alteración de la movilidad física”* (Moorhead et al., 2009).
  - 020401 Úlceras por presión
  - 020412 Tono muscular
- 0211 Función esquelética: *“capacidad de los huesos para soportar el cuerpo y facilitar el movimiento”* (Moorhead et al., 2009).
  - 021101 Integridad ósea
- 0208 Movilidad: *“capacidad para moverse con resolución en el entorno independientemente con o sin mecanismo de ayuda”* (Moorhead et al., 2009).
  - 020814 Se mueve con facilidad
  - 020802 Mantenimiento de la posición corporal
  - 020803 Movimiento muscular
  - 020804 Movimiento articular

Y a la Clase D: Autocuidado, *“la habilidad individual para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria”* (Moorhead et al., 2009), y se eligió el resultado:

- 0306 Autocuidados: actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): *“capacidad para realizar las actividades necesarias para funcionar en el hogar o a nivel social independientemente con o sin mecanismos de ayuda”* (Moorhead et al., 2009).
  - 030609 Realiza las tareas del hogar

**Tabla 4. 5 INDICADORES NOC VERSIÓN PRELIMINAR:  
NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER LA POSICIÓN CORPORAL**

1	020002 Camina con marcha eficaz
2	020401 Úlceras por presión
3	020412 Tono muscular
4	021101 Integridad ósea
5	020814 Se mueve con facilidad
6	020802 Mantenimiento de la posición corporal
7	020803 Movimiento muscular
8	020804 Movimiento articular
9	030609 Realiza las tareas del hogar

### ☑ **5. Necesidad de dormir y descansar**

“Es una necesidad para todo ser humano, que debe llevarse a cabo en las mejores condiciones y en cantidad suficiente a fin de conseguir un buen rendimiento del organismo. Son esenciales para la recuperación del organismo. El descanso es un estado de tranquilidad, de relajación, caracterizado por un descenso de tensión emotiva. El sueño es un estado de reposo caracterizado por una disminución de la agudeza física y psicológica” (Riopelle et al., 1999).

Se seleccionaron para valorar esta necesidad, resultados descritos en los dominios:

**Dominio I: Salud funcional:** pertenecientes a la *Clase A: Mantenimiento de la energía*, que definían “*la recuperación, conservación y gasto de la energía de un individuo*” (Moorhead et al., 2009) de ellos, para esta necesidad finalmente se eligieron los resultados:

- 0003 Descanso: “*grado y patrón de la disminución de actividad para la recuperación mental y física*” (Moorhead et al., 2009).
  - 000303 Calidad del descanso
- 0002 Conservación de la energía: “*acciones personales para controlar la energía para iniciar y mantener la actividad*” (Moorhead et al., 2009).
  - 000202 Siestas en el rango esperado
  - 000201 Equilibrio entre actividad y descanso

- 0004 Sueño: *“suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo”* (Moorhead et al., 2009).
  - 000404 Calidad del sueño

**Dominio III: Salud psicosocial:** cuyos resultados representaban *“el funcionamiento psicológico y social”* (Moorhead et al., 2009), concretamente los pertenecientes a la *Clase M: Bienestar psicológico*, que correspondían con aquellos que abordaban *“la salud emocional de un individuo”* (Moorhead et al., 2009) y se eligió el resultado:

- 1211 Nivel de ansiedad: *“gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable”* (Moorhead et al., 2009).
  - 121101 Desasosiego
  - 121129 Trastorno del sueño

**Dominio V: Salud percibida:** cuyos resultados comprendían *“impresiones sobre la salud y la asistencia sanitaria al individuo”* (Moorhead et al., 2009), de la *Clase V: Sintomatología*, que versaban sobre los *“indicios de una enfermedad, lesión o pérdida en un individuo”* (Moorhead et al., 2009) y se eligió el resultado:

- 2102 Nivel del dolor: *“intensidad del dolor referido o manifestado”* (Moorhead et al., 2009).
  - 210201 Dolor referido
  - 210204 Duración de los episodios de dolor
  -

**Tabla 4. 6 INDICADORES NOC VERSIÓN PRELIMINAR:  
NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR**

<b>1</b>	000303 Calidad del descanso
<b>2</b>	000202 Siestas en el rango esperado
<b>3</b>	000201 Equilibrio entre actividad y descanso
<b>4</b>	000404 Calidad del sueño
<b>5</b>	121101 Desasosiego
<b>6</b>	121129 Trastornos del sueño
<b>7</b>	210201 Dolor referido
<b>8</b>	210204 Duración de los episodios de dolor



## ☑ **6. Necesidad de vestirse y desvestirse**

“El individuo lleva la ropa adecuada según las circunstancias (hora del día, actividades para proteger a su cuerpo del rigor del clima (frío, calor, humedad) y permitir la libertad de movimientos, además de servir...de elemento de comunicación y ...de intimidad” (Riopelle et al., 1999).

Se seleccionaron para valorar esta necesidad, un resultado del **Dominio I: Salud funcional**: de la **Clase D: Autocuidado**, que comprendía “*la recuperación, conservación y gasto de la energía de un individuo*” (Moorhead et al., 2009) y se seleccionó el resultado:

- 0302 Autocuidados: vestir: “*capacidad para vestirse independientemente con o sin mecanismos de ayuda*” (Moorhead et al., 2009).
  - 030201 Escoge la ropa
  - 030204 Se pone la ropa en la parte superior del cuerpo
  - 030205 Se pone la ropa en la parte inferior del cuerpo
  - 030210 Se pone los zapatos
  - 030211 Se quita la ropa

**Tabla 4. 7 INDICADORES NOC VERSIÓN PRELIMINAR:  
NECESIDAD DE ESCOGER LA ROPA, VESTIRSE Y DESVESTIRSE**

<b>1</b>	030201 Escoge la ropa
<b>2</b>	030204 Se pone la ropa en la parte superior del cuerpo
<b>3</b>	030205 Se pone la ropa en la parte inferior del cuerpo
<b>4</b>	030210 Se pone los zapatos
<b>5</b>	030211 Se quita la ropa

## ☑ **7. Necesidad de mantener la temperatura corporal**

“Es una necesidad para el organismo, que debe conservar una temperatura más o menos constante, para mantenerse en buen estado” (Riopelle et al., 1999).

Se seleccionaron para valorar esta necesidad, resultados descritos en el **Dominio II: Salud Funcional:** de la *Clase I: Regulación metabólica*, que definían la “capacidad de un individuo para controlar el metabolismo corporal” (Moorhead et al., 2009), y se seleccionaron los resultados:

- 0802 Signos vitales: “grado en el que la temperatura, el pulso, la respiración y la presión sanguínea están dentro del rango normal” (Moorhead et al., 2009).
  - 080201 Temperatura corporal
- 0800 Termorregulación: “equilibrio entre la producción, la ganancia y la pérdida de calor” (Moorhead et al., 2009).
  - 080007 Cambios de coloración cutánea
  - 080012 Frecuencia del pulso radial
  - 080015 Comodidad térmica referida
  - 080001 Temperatura cutánea aumentada

**Tabla 4. 8 INDICADORES NOC VERSIÓN PRELIMINAR:  
NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL**

<b>1</b>	080201 Temperatura corporal
<b>2</b>	080007 Cambios de coloración cutánea
<b>3</b>	080012 Frecuencia del pulso radial
<b>4</b>	080015 Comodidad térmica referida
<b>5</b>	080001 Temperatura cutánea aumentada

## ☑ **8. Necesidad de higiene e integridad de piel y mucosas**

“Conseguir un cuerpo aseado, tener una apariencia cuidada y mantener la piel sana, con la finalidad de evitar infecciones” (Riopelle et al., 1999).

Se seleccionaron para valorar esta necesidad, los resultados de los dominios: **Dominio I: Salud funcional:** de la *Clase D: Autocuidado* y resultados:

- 0300 Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD): *“capacidad para realizar la mayoría de las tareas básicas y las actividades de cuidado personal independientemente con o sin mecanismos de ayuda (Moorhead et al., 2009).*
- 030006 Higiene
- 030007 Higiene bucal
- 0301 Autocuidados: baño: *“capacidad para lavar el propio cuerpo independientemente con o sin mecanismos de ayuda” (Moorhead et al., 2009).*
  - 030109 Se baña en la ducha
  - 030111 Seca el cuerpo
- 0305 Autocuidados: higiene: *“capacidad para mantener la higiene corporal y un buen aspecto independientemente con o sin mecanismos de ayuda” (Moorhead et al., 2009).*
  - 030514 Mantiene una apariencia pulcra

**Dominio II: Salud fisiológica:** de la Clase L: *Integridad tisular* y del resultado:

- 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas: *“indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas” (Moorhead et al., 2009).*
  - 110102 Sensibilidad
  - 110104 Hidratación
  - 110111 Perfusión tisular
  - 110113 Integridad de la piel

**Tabla 4. 9 INDICADORES NOC VERSIÓN PRELIMINAR:  
NECESIDAD DE HIGIENE E INTEGRIDAD DE PIEL Y MUCOSAS**

<b>1</b>	030006 Higiene
<b>2</b>	030007 Higiene bucal
<b>3</b>	030109 Se baña en la ducha
<b>4</b>	030111 Seca el cuerpo
<b>5</b>	030514 Mantiene una apariencia pulcra
<b>6</b>	110102 Sensibilidad
<b>7</b>	110104 Hidratación
<b>8</b>	110111 Perfusión tisular
<b>9</b>	110113 Integridad de la piel

## ☑ **9. Necesidad de evitar peligros**

“El ser humano debe de protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica” (Riopelle et al., 1999).

Se seleccionaron para valorar esta necesidad, los resultados descritos en los dominios:

**Dominio I: Salud funcional:** de las Clase B: Crecimiento y desarrollo y resultado:

- 0113 Envejecimiento físico: *“cambios físicos normales que se producen con el proceso natural de envejecimiento”* (Moorhead et al., 2009).
  - 011318 Memoria

Y Clase D: Autocuidado y resultado:

- 0306 Autocuidados: actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): *“capacidad para realizar las actividades necesarias para funcionar en el hogar o a nivel social independientemente con o sin mecanismos de ayuda”* (Moorhead et al., 2009).
  - 030617 Controla su propia medicación no parenteral

**Dominio II: Salud fisiológica:** de la Clase J: Neurocognitiva, que definía *“el estado neurológico y cognitivo de un individuo”*, y el resultado:

- 0909 Estado neurológico: *“capacidad del sistema nervioso central y periférico para recibir, procesar y responder a los estímulos externos e internos”* (Moorhead et al., 2009).
  - 090901 Conciencia

**Dominio IV: Conocimiento y Conducta de Salud:** que correspondía con *“resultados que describen actitudes, comprensión y acciones con respecto a la salud y enfermedad”* (Moorhead et al., 2009), perteneciente a las Clase R: Creencias sobre la salud, (Moorhead et al., 2009) cuyos resultados describían *“las ideas y percepciones de un individuo que influyen en la conducta de salud”*, de ellos, para esta necesidad finalmente se eligió el resultado:

- 1704 Creencias sobre la salud: percepción de amenaza: *“convicción personal de que un problema de salud amenazador es grave y tiene posibles consecuencias negativas para el estilo de vida”* (Moorhead et al., 2009).
  - 170401 Percepción de amenaza para la salud

Y Clase T: Control del riesgo y seguridad (Moorhead et al., 2009), *“estado de seguridad y/o acciones de un individuo para evitar, limitar o controlar las amenazas identificables para la salud”*:

- 1902 Control del riesgo: *“acciones personales para prevenir, eliminar o reducir las amenazas para la salud modificables”* (Moorhead et al., 2009).
  - 190201 Reconoce factores de riesgo
- 1911 Conductas de seguridad personal: *“acciones personales que previenen las autolesiones personales”* (Moorhead et al., 2009).
  - 191107 Uso correcto de dispositivos de ayuda
  - 191119 Evitar conductas de alto riesgo

**Dominio VI: Salud familiar:** que describía *“el estado de salud, conducta o el funcionamiento en salud de la familia en conjunto o de un individuo como miembro de la familia”*, perteneciente a la Clase Z: Estado de salud de los miembros de la familia, (Moorhead et al., 2009), cuyos resultados describían *“la salud física, psicológica, social y espiritual de un miembro de la familia”*, de ellos, para esta necesidad finalmente se eligió el resultado:

- 2508 Bienestar del cuidador principal: *“alcance de la percepción positiva del estado del proveedor de cuidados primarios”* (Moorhead et al., 2009).
  - 250807 Apoyo del profesional sanitario
  - 250811 La familia comparte las responsabilidades de los cuidados
  - 250809 Rol del cuidador

**Tabla 4. 10 INDICADORES NOC VERSIÓN PRELIMINAR:  
NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS**

<b>1</b>	011318 Memoria
<b>2</b>	030617 Controla su propia medicación no parenteral
<b>3</b>	090901 Consciencia
<b>4</b>	170401 Percepción de amenaza para la salud
<b>5</b>	190201 Reconoce factores de riesgo
<b>6</b>	191107 Uso correcto de dispositivos de ayuda
<b>7</b>	191119 Evitar conductas de alto riesgo
<b>8</b>	250807 Apoyo del profesional sanitario
<b>9</b>	250811 La familia comparte la responsabilidad de los cuidados
<b>10</b>	250809 Rol del cuidador

### ☑ **10. Necesidad de comunicarse y relacionarse**

“Comunicarse es un proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras, llegar a la puesta en común de sentimientos, opiniones, experiencias e información” (Riopelle et al.).

Se seleccionaron para valorar esta necesidad, los resultados descritos en los dominios:

**Dominio II: Salud fisiológica:** concretamente los pertenecientes a la *Clase J: Neurocognitiva*, eligiéndose:

- 0900 Cognición: *“capacidad para ejecutar los procesos mentales complejos”* (Moorhead et al., 2009).
  - 090014 Comunicación clara según la edad
  - 090003 Atiende
- 0902 Comunicación: *“recepción, interpretación y expresión de los mensajes verbales, escritos y no verbales”* (Moorhead et al., 2009).
  - 090205 Utiliza el lenguaje no verbal
  - 090210 Interpretación exacta de los mensajes recibidos
- 0907 Elaboración de la información: *“capacidad para adquirir, organizar y utilizar la información”* (Moorhead et al., 2009).
  - 090703 Verbaliza un mensaje coherente

- 0908 Memoria: *“capacidad para recuperar y comunicar la información previamente almacena”* (Moorhead et al., 2009).
  - 090802 Recuerda información reciente de forma precisa

**Dominio III: Salud psicosocial:** que corresponden con resultados que describían *“el funcionamiento psicológico y social”*, perteneciente a la *Clase M: Bienestar psicológico, “salud emocional de un individuo”*, y al resultado:

- 1204 Equilibrio emocional: *“adaptación apropiada del tono emocional predominante en respuesta a las circunstancias”* (Moorhead et al., 2009).
  - 120402 Muestra un estado de ánimo sereno

**Dominio VI: Salud familiar:** pertenecientes a la *Clase W: Ejecución del cuidador familiar*, describían *“la adaptación y rendimiento de un cuidador familiar de un niño o adulto dependientes”*:

- 2210 Resistencia del papel del cuidador: *“factores que fomentan la capacidad de continuación del cuidado familiar durante un largo periodo de tiempo”* (Moorhead et al., 2009).
  - 221001 Relación mutuamente satisfactoria entre el cuidador familiar y el destinatario de los cuidados

**Tabla 4. 11 INDICADORES NOC VERSIÓN PRELIMINAR:  
NECESIDAD DE COMUNICARSE Y RELACIONARSE**

<b>1</b>	090014 Comunicación clara según la edad
<b>2</b>	090003 Atiende
<b>3</b>	090205 Utiliza el lenguaje no verbal
<b>4</b>	090210 Interpretación exacta de los mensajes recibidos
<b>5</b>	090703 Verbaliza un mensaje coherente
<b>6</b>	090802 Recuerda información reciente de forma precisa
<b>7</b>	120402 Muestra un estado de ánimo sereno
<b>8</b>	221001 Relación mutuamente satisfactoria entre el cuidador familiar y el destinatario de los cuidados

## ☑ **11. Necesidad de creencias y valores**

“Hacer gestos, actos, conformes a su noción personal del bien y del mal y de la justicia, y la persecución de una ideología” (Riopelle et al., 1999).

Se seleccionaron para valorar esta necesidad, los resultados descritos en los dominios:

**Dominio IV: Conocimiento y Conducta de Salud:** de las Clase Q: *Conducta de salud*, cuyos resultados versaban sobre *“las acciones para favorecer, mantener o restablecer la salud”*:

- 1609 Conducta terapéutica: enfermedad o lesión: percepción de amenaza: *“acciones personales para paliar o eliminar patología”* (Moorhead et al., 2009).
  - 160902 Cumple el régimen terapéutico recomendado

Y Clase R: *Creencias sobre la salud*, de ellos, para esta necesidad finalmente se eligieron los resultados:

- 1702 Creencias sobre la salud: percepción de control: *“convicción personal de que una persona puede influir en el resultado sobre su salud”* (Moorhead et al., 2009).
  - 170202 Implicación requerida en decisiones sobre la salud
- 1704 Creencia sobre la salud: percepción de amenaza: *“convicción personal de que un problema de salud amenazador es grave y tiene posibles consecuencias negativas para el estilo de vida”* (Moorhead et al., 2009).
  - 170404 Preocupación sobre enfermedad o lesión
  - 170411 Impacto percibido sobre el estilo de vida futuro

**Dominio V: Salud percibida:** que correspondían con resultados que describen *“impresiones sobre la salud y la asistencia sanitaria del individuo”*, concretamente el perteneciente a la Clase U: *Salud y Calidad de vida* (Moorhead et al., 2009) que describía el *“estado de salud percibido de un individuo y las circunstancias de vida relacionadas con ella”*:



- 2000 Calidad de vida: *“alcance de la percepción positiva de las condiciones actuales de vida”* (Moorhead et al., 2009).
  - 200011 Satisfacción con el estado de ánimo general

**Tabla 4 12 . INDICADORES NOC VERSIÓN PRELIMINAR:  
NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES**

<b>1</b>	160902 Cumple el régimen terapéutico recomendado
<b>2</b>	170202 Implicación requerida en decisiones sobre la salud
<b>3</b>	170404 Preocupación sobre la enfermedad o lesión
<b>4</b>	170411 Impacto percibido sobre el estilo de vida futuro
<b>5</b>	200011 Satisfacción con el estado de ánimo general

## ☑ **12. Necesidad de trabajar y realizarse**

“Llevar a cabo actividades que al individuo le permita satisfacer sus necesidades o ser útil a los demás. Le permite desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo. La gratificación que el individuo recibe una vez realizadas sus acciones, puede permitirle llegar a una total plenitud” (Riopelle et al., 1999).

Se seleccionaron para valorar esta necesidad, los resultados descritos en los dominios:

**Dominio I: Salud funcional:** perteneciente a la Clase A: *Mantenimiento de la energía:*

- 0001 Resistencia: *“capacidad para mantener la actividad”* (Moorhead et al., 2009).
  - 000101 Realización de la rutina habitual

**Dominio III: Salud psicosocial:** de la Clase M: *Bienestar psicológico*, que narra *“la salud emocional de un individuo”*, de ellos, para esta necesidad finalmente se eligieron los resultados:

- 1205 Autoestima: *“juicio personal sobre la capacidad de uno mismo”* (Moorhead et al., 2009).
  - 120502 Aceptación de las propias limitaciones
  - 120508 Cumplimiento de los roles significativos personales
- 1208 Nivel de depresión: *“intensidad de la melancolía y de la pérdida de interés por los acontecimientos de la vida”* (Moorhead et al., 2009).

- 120801 Estado de ánimo deprimido
- 1200 Imagen corporal: *“percepción de la propia apariencia y de las funciones corporales”* (Moorhead et al., 2009).
- 120007 Adaptación a cambios en el aspecto físico

Y de la Clase N: *Adaptación psicosocial “adaptación psicológica y/o social de un individuo a la alteración de la salud o de las circunstancias de vida”*, y resultados:

- 1302 Afrontamiento de problemas: *“acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo”* (Moorhead et al., 2009).
- 130208 Se adapta a los cambios en desarrollo
- 1305 Modificación psicosocial: cambio de vida: *“respuesta psicosocial de adaptación de un individuo a un cambio de vida importante”* (Moorhead et al., 2009).
- 130501 Establecimiento de objetivos realistas
- 130502 Mantenimiento de la autoestima

**Tabla 4. 13 INDICADORES NOC VERSIÓN PRELIMINAR:  
NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE**

<b>1</b>	010001 Realización de la rutina habitual
<b>2</b>	120502 Aceptación de sus propias limitaciones
<b>3</b>	120508 Cumplimiento de los roles significativos personales
<b>4</b>	120801 Estado de ánimo deprimido
<b>5</b>	120007 Adaptación a cambios en el aspecto físico
<b>6</b>	130208 Se adapta a los cambios en desarrollo
<b>7</b>	130501 Establecimiento de objetivos realistas
<b>8</b>	130502 Mantenimiento de la autoestima

### **13. Necesidad de actividades recreativas y ocio**

“Divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico” (Riopelle et al., 1999).

Se seleccionaron para valorar esta necesidad, el resultado del:

**Dominio IV: Conocimiento y Conducta de Salud:** de la Clase Q: *Conducta de salud*, que describía “*las acciones para favorecer, mantener o restablecer la salud*” (Moorhead et al., 2009):

- 1604 Participación en actividades de Ocio: “*uso de actividades relajantes, interesantes y de ocio para fomentar el bienestar*” (Moorhead et al., 2009).
  - 160403 Uso de habilidades sociales de interacción apropiadas
  - 160404 Refiere relajación con las actividades de ocio
  - 160407 Identificación de opciones recreativas
  - 160413 Disfruta de actividades de ocio

**Tabla 4.14. INDICADORES NOC VERSIÓN PRELIMINAR:  
NECESIDAD DE ACTIVIDADES RECREATIVAS Y OCIO**

<b>1</b>	160403 Uso de habilidades sociales de interacción apropiadas
<b>2</b>	160404 Refiere relajación con las actividades de ocio
<b>3</b>	160407 Identificación de opciones recreativas
<b>4</b>	160413 Disfruta de actividades de ocio

#### ☑ **14. Necesidad de aprender**

“El ser humano adquiere conocimientos, actitudes y habilidades para la modificación de sus comportamientos o la adquisición de nuevos comportamientos con el objetivo de mantener o de recobrar la salud” (Riopelle et al., 1999).

Se seleccionaron para valorar esta necesidad, los resultados descritos en los dominios:

**Dominio III: Salud psicosocial:** de la Clase N: *Adaptación psicosocial*, que narra “*la adaptación psicológica y/o social de un individuo a la alteración de la salud o de las circunstancias de vida*” (Moorhead et al., 2009) y resultado:

- 1302 Afrontamiento de problemas: define las “*acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo*” (Moorhead et al., 2009).

- 130221 Busca información acreditada sobre el tratamiento.

**Dominio IV: Conocimiento y Conducta de Salud:** de las Clase Q: *Conducta de salud*, cuyos resultados recogían *“las acciones para favorecer, mantener o restablecer la salud”* (Moorhead et al., 2009):

- 1600 Conducta de adhesión: *“acciones autoiniciadas para fomentar el bienestar, la recuperación y la rehabilitación óptimas”* (Moorhead et al., 2009).
  - 160001 Pregunta cuestiones.
  - 160007 Proporciona razones para adoptar una pauta.
  - 160008 Refiere el uso de estrategias para eliminar una conducta insalubre.
- 1606 Participación en las decisiones sobre asistencia sanitaria: *“implicación personal en la selección y la evaluación de opciones de cuidados de salud para conseguir un resultado deseado”* (Moorhead et al., 2009).
  - 160601 Reivindica la responsabilidad de tomar decisiones.
- 1609 Conducta terapéutica: enfermedad o lesión: *“acciones personales para paliar o eliminar patología”* (Moorhead et al., 2009).
  - 160902 Cumple el régimen terapéutico recomendado.
  - 160913 Altera las funciones del rol para cumplir los requerimientos terapéuticos.

Y Clase S: *Conocimientos sobre la salud* (Moorhead et al., 2009), cuyos resultados describían *“la comprensión individual a la hora de aplicar la información para favorecer, mantener o restablecer la salud”*, y al resultado:

- 1824 Conocimiento: cuidados en la enfermedad: *“grado de la comprensión transmitida sobre la información relacionada con la enfermedad necesaria para alcanzar y conseguir mantener una salud óptima”* (Moorhead et al., 2009).
  - 182402 Proceso específico de la enfermedad.
  - 182408 Régimen terapéutico.

**Dominio VI: Salud familiar:** de la Clase W: *Ejecución del cuidador familiar:*

- 2202 Preparación del cuidador familiar domiciliario: *“preparación de un cuidador para asumir la responsabilidad de la asistencia sanitaria domiciliaria de un miembro de la familia”* (Moorhead et al., 2009).
  - 220201 Voluntad de asumir el papel de cuidador familiar.

**Tabla 4. 15 INDICADORES NOC VERSIÓN PRELIMINAR:  
NECESIDAD DE APRENDER**

<b>1</b>	130221 Busca información acreditada sobre el tratamiento
<b>2</b>	160001 Pregunta cuestiones
<b>3</b>	160007 Proporciona razones para adoptar una pauta
<b>4</b>	16008 Refiere el uso de estrategias para eliminar una conducta insalubre
<b>5</b>	160001 Reivindica la responsabilidad de tomar decisiones
<b>6</b>	160902 Cumple el régimen terapéutico recomendado
<b>7</b>	160913 Altera las funciones del rol para cumplir los requerimientos terapéuticos
<b>8</b>	180515 Descripción de los servicios de fomento y protección de la salud
<b>9</b>	220201 Voluntad de asumir el papel del cuidador familiar
<b>10</b>	182402 Proceso específico de la enfermedad
<b>11</b>	182408 Régimen terapéutico

**➤ Apartado 3: *Siete bloques de cuidados* cuyos ítems eran *intervenciones enfermeras* descritas mediante la *Clasificación de Intervenciones de Enfermería* (Bulechek et al., 2009).**

Se decidió incluir estos bloques de cuidados, atendiendo a la experiencia clínica y bajo la premisa de que muchas de las intervenciones son transversales a los indicadores de resultados que describían los bloques de Necesidades.

Las intervenciones enfermeras se clasificaron en 7 bloques temáticos, correspondientes a: Cuidados generales, Cuidados Psicosociales, Cuidados de la Piel, Cuidados de Catéteres y Drenajes, Cuidados para el manejo y administración de Medicamentos, Cuidados para la realización de pruebas diagnósticas y Cuidados en situaciones críticas.

Tabla 4. 16 BLOQUES DE CUIDADOS DE LA VERSIÓN PRELIMINAR

<b>CUIDADOS</b>	GENERALES
	PSICOSOCIALES
	DE LA PIEL
	DE CATÉTERES Y DRENAJES
	DEL MANEJO Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS
	DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS
	EN SITUACIONES CRÍTICAS

Se seleccionaron 5 de los 7 Campos y 17 de las 30 Clases:

Campos: 1. Fisiológico: Básico; 2. Fisiológico: Complejo; 3. Conductual; 4. Seguridad y 6. Sistema Sanitario

Clases: B. Control de la eliminación, H. Control de fármacos, P. Terapia cognitiva, U. Control en caso de crisis, Y. Mediación del sistema sanitario, C. Control de la inmovilidad, J. Cuidados perioperatorios, R. Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles, V. Control de riesgos, a. Gestión del sistema sanitario, D. Apoyo nutricional, K. Control respiratorio, S. Educación de los pacientes, E. Fomento de la comodidad física, L. Control de la piel/heridas, T. Fomento de la comodidad psicológica y N. Control de la perfusión tisular.

Tabla 4. 17 CAMPOS Y CLASES SELECCIONADOS PARA LA VERSIÓN PRELIMINAR

		<b>CAMPOS</b>						
		<b>1. Fisiológico: Básico</b>	<b>2. Fisiológico: Complejo</b>	<b>3. Conductual</b>	<b>4. Seguridad</b>	<b>5. Familia</b>	<b>6. Sistema Sanitario</b>	<b>7. Comunidad</b>
<b>CLASE</b>	B. Control de la eliminación	H. Control de fármacos	P. Terapia cognitiva	U. Control en caso de crisis			Y. Mediación del sistema sanitario	
	C. Control de la inmovilidad	J. Cuidados perioperatorios	R. Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles	V. Control de riesgos			a. Gestión del sistema sanitario	
	D. Apoyo nutricional	K. Control respiratorio	S. Educación de los pacientes					
	E. Fomento de la comodidad física	L. Control de la piel/heridas	T. Fomento de la comodidad psicológica					
		N. Control de la perfusión tisular						

Que quedaron distribuidos de la siguiente forma:

☑ **1. Bloque de cuidados generales**

Las intervenciones que se seleccionaron para valorar este bloque temático, fueron aquellas que la enfermera proporciona de forma general independientemente de la tipología del paciente, y pertenecían a los campos:

**Campo 4 Seguridad:** intervenciones que definían “los cuidados que apoyan la protección contra peligros”, concretamente las pertenecientes a la *Clase V: Control de riesgos* “intervenciones para iniciar actividades de reducción de riesgos y continuar con el control de riesgos” (Bulechek et al., 2009) y se eligieron las intervenciones:

- *6680 Monitorización de los signos vitales*, “recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones” (Bulechek et al., 2009).
- *6540 Control de infecciones*, “minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos” (Bulechek et al., 2009).
- *6490 Prevención de caídas*: “las precauciones especiales, que se establecen en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas” (Bulechek et al., 2009).
- *6650 Vigilancia*: “la recopilación, interpretación y síntesis objetiva y continuada de los datos del paciente para la toma de decisiones clínicas” (Bulechek et al., 2009).

**Campo 6: Sistema Sanitario:** “cuidados que apoyan el uso eficaz del sistema de prestación de asistencia sanitaria”, concretamente los pertenecientes a la *Clase Y: Medición del Sistema Sanitario*, que describían “las intervenciones para facilitar el encuentro entre el paciente/familia y el sistema de asistencia sanitaria” (Bulechek et al., 2009), y se eligieron las intervenciones:

- *7310 Cuidados de enfermería al ingreso*: “los cuidados que se facilitan al ingreso del paciente en un centro sanitario” (Bulechek et al., 2009).
- *7560 Facilitar las visitas*: “estimulación beneficiosa de las visitas por parte de la familia y amigos” (Bulechek et al., 2009).
- *7370 Planificación del alta*: “preparación para trasladar al paciente desde un nivel de cuidados a otro dentro o fuera del centro de cuidados actual” (Bulechek et al., 2009).

Y a la *Clase a: Gestión del Sistema Sanitario*, “intervenciones para proporcionar y potenciar los servicios de apoyo para el suministro de los cuidados” (Bulechek et al., 2009), y la intervención:

- *7890 Transporte: dentro de la instalación*: “el transporte de un paciente de un área a otra de una instalación” (Bulechek et al., 2009).

**Campo 3: Conductual**: “cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida”, de la *Clase S: Educación de los Pacientes*, “las intervenciones para facilitar el aprendizaje” (Bulechek et al., 2009) y la intervención:

- *5610 Enseñanza: prequirúrgica*: “ayuda a un paciente para comprender y prepararse mentalmente para la cirugía y el período de recuperación posquirúrgico” (Bulechek et al., 2009).

**Campo 1: Fisiológico: básico** “cuidados que apoyan el funcionamiento físico”, concretamente el perteneciente a la *Clase E: Fomento de la comodidad física*, que definía “las intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas físicas” (Bulechek et al., 2009), y la intervención:

- *1570 Manejo del vómito*: “prevención y alivio del vómito” (Bulechek et al., 2009).

Y el perteneciente a la *Clase C: Control de inmovilidad*, “intervenciones para controlar el movimiento corporal restringido y las secuelas” (Bulechek et al., 2009), y la intervención :



- *0940 Cuidados de tracción/inmovilización*: “actuación ante un paciente que tiene un dispositivo de tracción y /o inmovilización para inmovilizar y estabilizar una parte del cuerpo” (Bulechek et al., 2009).

**Campo 2: Fisiológico: Complejo** “cuidados que apoyan la regulación homeostática”, de la *Clase J: Cuidados perioperatorios*, “intervenciones para la proporcionar cuidados antes, durante e inmediatamente después de la cirugía” (Bulechek et al., 2009), y la intervención:

- *2930 Preparación quirúrgica*: “provisión de cuidados a un paciente inmediatamente antes de la cirugía y verificación de los procedimientos/pruebas y documentación requeridos en el registro clínico” (Bulechek et al., 2009).

<b>Tabla 4. 18 INTERVENCIONES (NIC) VERSIÓN PRELIMINAR: BLOQUE I CUIDADOS GENERALES</b>	
<b>1</b>	6680 Monitorización de los signos vitales
<b>2</b>	6540 Control de infecciones
<b>3</b>	7310 Cuidados de enfermería al ingreso
<b>4</b>	7560 Facilitar las visitas
<b>5</b>	7370 Planificación del alta
<b>6</b>	6490 Prevención de caídas
<b>7</b>	7892 Transporte: dentro de la instalación
<b>8</b>	6650 Vigilancia
<b>9</b>	5610 Enseñanza: prequirúrgica
<b>10</b>	1570 Manejo del vómito
<b>11</b>	2930 Preparación quirúrgica
<b>12</b>	0940 Cuidados de tracción/inmovilización

## **2. Bloque de cuidados psicosociales**

Las intervenciones que se seleccionaron para valorar este bloque temático de cuidados, fueron aquellas que la enfermera proporciona atendiendo a las necesidades psicosociales del paciente y pertenecieron a los campos:

**Campo 3: Conductual:** *Clase R: Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles*, que eran intervenciones “para ayudar a otro a crear sus propias resistencias, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento” (Bulechek et al., 2009):

- *5250 Apoyo en la toma de decisiones:* “proporciona información y apoyo a un paciente que de tomar una decisión sobre cuidados sanitarios” (Bulechek et al., 2009).
- *5230 Aumentar el afrontamiento:* “ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana” (Bulechek et al., 2009).
- *5400 Potenciación de la autoestima:* “ayudar a un paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía” (Bulechek et al., 2009).
- *5290 Facilitar el duelo:* “ayuda a la resolución de una pérdida importante” (Bulechek et al., 2009).

Y las pertenecientes a la *Clase T: Fomento de la comodidad psicológica*, que correspondía con intervenciones “para fomentar la comodidad psicológica utilizando técnicas psicológicas”:

- *5820 Disminución de la ansiedad:* “minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificable de peligro por adelantado” (Bulechek et al., 2009).
- *5900 Distracción:* “el enfoque intencionado de la atención para alejarla de sensaciones indeseables” (Bulechek et al., 2009).

Y la perteneciente a la *Clase P: Terapia cognitiva*, que correspondía con intervenciones “para reforzar o fomentar el funcionamiento cognitivo deseable o alterar el funcionamiento cognitivo indeseable” (Bulechek et al., 2009):

- *5520 Facilitar el aprendizaje:* “fomentar la capacidad de procesar y comprender la información” (Bulechek et al., 2009).

**Tabla 4.19 INTERVENCIONES (NIC) VERSIÓN PRELIMINAR:  
BLOQUE II CUIDADOS PSICOSOCIALES**

<b>1</b>	5250 Apoyo en la toma de decisiones
<b>2</b>	5230 Aumentar el afrontamiento
<b>3</b>	5820 Disminución de la ansiedad
<b>4</b>	5900 Distracción
<b>5</b>	5520 Facilitar el aprendizaje
<b>6</b>	5280 Facilitar el duelo
<b>7</b>	5400 Potenciación de la autoestima

### ☑ **3. Bloque de cuidados de la piel**

Las intervenciones que se seleccionaron para valorar este bloque temático de cuidados, fueron aquellas que la enfermera proporciona atendiendo a un órgano muy concreto, órgano que tiene especial importancia en la relación enfermera-paciente, tanto por su significado cualitativo como por lo que suponen cuantitativamente a la enfermera y pertenecían a los campos:

**Campo 1: Fisiológico: Básico** concretamente una intervención de la *Clase C: Control de inmovilidad*, (Bulechek et al., 2009):

- *0840 Cambio de posición*: “movimiento deliberado del paciente o de una parte corporal para proporcionar el bienestar fisiológico y/o psicológico” (Bulechek et al., 2009).

**Campo 2: Fisiológico: Complejo** de la *Clase L: Control de la piel/heridas*, que comprendían “las intervenciones para mantener o restablecer la integridad de los tejidos”, se eligieron (Bulechek et al., 2009):

- *3660 Cuidados de las heridas*: “prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de la curación de las mismas” (Bulechek et al., 2009).
- *3662 Cuidados de las heridas: drenaje cerrado*: “mantenimiento de un sistema de drenaje de presión en una herida” (Bulechek et al., 2009).
- *3584 Cuidados de la piel: tratamiento tópico*: “aplicación de sustancias tópicas o manipulación de dispositivos para promover la integridad de

la piel y minimizar la pérdida de la solución de continuidad” (Bulechek et al., 2009).

- *3440 Cuidados del sitio de incisión*: “limpieza, seguimiento y fomento de la curación de una herida cerrada mediante suturas, clips o grapas” (Bulechek et al., 2009).
- *3520 Cuidados de las úlceras por presión*: “facilitar la curación de úlceras por presión” (Bulechek et al., 2009).

**Tabla 4. 20 INTERVENCIONES (NIC) VERSIÓN PRELIMINAR:  
BLOQUE III CUIDADOS DE LA PIEL**

<b>1</b>	0840 Cambio de posición
<b>2</b>	3660 Cuidados de las heridas
<b>3</b>	3662 Cuidados de las heridas: drenaje cerrado
<b>4</b>	3584 Cuidados de la piel: tratamiento tópico
<b>5</b>	3440 Cuidados del sitio de incisión
<b>6</b>	3520 Cuidados de las úlceras por presión

#### **4. Bloque de cuidados de catéteres y drenajes**

Se diseñó un bloque de cuidados muy específico, por la importancia que tienen en el rol de colaboración, los cuidados que la enfermera proporciona en relación a catéteres y drenajes. Las intervenciones seleccionadas pertenecieron a los campos:

**Campo 1: Fisiológico: Básico, Clase B: Control de la eliminación**, que recogía “las intervenciones para establecer y mantener las pautas regulares de eliminación intestinal y urinaria y controlar las complicaciones resultantes de pautas alteradas” (Bulechek et al., 2009) y se eligieron las intervenciones:

- *1876 Cuidados del catéter urinario*: “actuación ante un paciente con un equipo de drenaje urinario” (Bulechek et al., 2009).
- *0480 Cuidados de la ostomía*: “asegurar la eliminación a través de un estoma y los cuidados del tejido circundante” (Bulechek et al., 2009).

**Clase D: Apoyo nutricional**, con intervenciones para “modificar o mantener el estado nutricional” (Bulechek et al., 2009), finalmente se eligió la intervención:

- 1874 *Cuidados de la sonda gastrointestinal*: “actuación ante un paciente con una sonda gastrointestinal” (Bulechek et al., 2009).

**Campo 2: Fisiológico: Complejo**, concretamente las pertenecientes a la *Clase K: Control respiratorio* que eran “intervenciones para fomentar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso” (Bulechek et al., 2009), con la intervención:

- 1872 *Cuidados del drenaje torácico*: “actuación ante un paciente con un dispositivo de drenaje torácico” (Bulechek et al., 2009).

*Clase N: Control de la perfusión tisular*, “intervenciones para optimizar la circulación sanguínea y de líquidos hacia los tejidos” (Bulechek et al., 2009), y se eligió la intervención:

- 2440 *Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV)*: “manejo del paciente con acceso venoso prolongado mediante catéteres perforados o no perforados y los implantados” (Bulechek et al., 2009).

**Tabla 4. 21 INTERVENCIONES (NIC) VERSIÓN PRELIMINAR:  
BLOQUE IV CUIDADOS DE CATÉTERES Y DRENAJES**

<b>1</b>	1876 Cuidados del catéter urinario
<b>2</b>	1872 Cuidados del catéter torácico
<b>3</b>	0480 Cuidados de la ostomía
<b>4</b>	1874 Cuidados de la sonda gastrointestinal
<b>5</b>	2440 Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso

## **5. Bloque de cuidados para el manejo y administración de medicamentos**

Se diseñó este bloque de cuidados tan específico, también por la importancia que tienen en el rol de colaboración los cuidados que la enfermera proporciona en relación al manejo y administración de medicamentos. Las intervenciones que se seleccionaron pertenecieron a los campos:

**Campo 2: Fisiológico: Complejo** concretamente las pertenecientes a la *Clase H: Control de fármacos*, que describían intervenciones “para facilitar los efectos deseados de los agentes farmacológicos” (Bulechek et al., 2009):

- *2301 Administración de medicación: enteral*: “administración de medicamentos a través de una sonda introducida en el sistema gastrointestinal” (Bulechek et al., 2009).
- *2313 Administración de medicación: intramuscular (i.m.)*: “preparación y administración de medicamentos por vía intramuscular” (Bulechek et al., 2009).
- *2314 Administración de medicación. Intravenosa (i.v.)*: “preparación y administración de medicamentos por vía intravenosa” (Bulechek et al., 2009).
- *2304 Administración de medicación: oral*: “preparación y administración de medicamentos por la boca” (Bulechek et al., 2009).
- *5616 Enseñanza: medicamentos prescritos*: “preparación de un paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos” (Bulechek et al., 2009).

Y *Clase N: Control de la perfusión tisular*, (Bulechek et al., 2009), y la intervención:

- *4030 Administración de productos sanguíneos*: “administración de sangre y hemoderivados y monitorizar la respuesta del paciente” (Bulechek et al., 2009).

**Campo 4 Seguridad**: de la *Clase V: Control de riesgos* (Bulechek et al., 2009):

- *6410 Manejo de la alergia*: “identificación, tratamiento y prevención de las respuestas alérgicas a alimentos, medicamentos, picaduras de insectos, material de contraste, material de contraste, sangre u otras sustancias” (Bulechek et al., 2009).

**Campo 1: Fisiológico: básico** de la Clase E: *Fomento de la comodidad física* (Bulechek et al., 2009):

- *1400 Manejo del dolor*: “alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente” (Bulechek et al., 2009).

**Tabla 4. 22 INTERVENCIONES (NIC) VERSIÓN PRELIMINAR:  
BLOQUE V CUIDADOS PARA EL MANEJO Y ADMINISTRACIÓN DE  
MEDICAMENTOS**

<b>1</b>	2301 Administración de medicación: enteral
<b>2</b>	2313 Administración de medicación: intramuscular
<b>3</b>	2314 Administración de medicación: intravenosa
<b>4</b>	2304 Administración de medicación: oral
<b>5</b>	4030 Administración de productos sanguíneos
<b>6</b>	5616 Enseñanza. Medicamentos prescritos
<b>7</b>	6410 Manejo de la alergia
<b>8</b>	1400 Manejo del dolor

**6. Bloque de cuidados para la realización de pruebas diagnósticas**

Nuevamente se planteó este bloque de cuidados, por la importancia que tienen en el rol de colaboración los cuidados que la enfermera proporciona en la realización de pruebas diagnósticas. Las intervenciones que se seleccionaron pertenecían a los campos:

**Campo 6: Sistema Sanitario: Clase a: Gestión del Sistema Sanitario**, (Bulechek et al., 2009):

- *7610 Análisis de laboratorio a pie de cama*: “realización de análisis a pie de cama o en el sitio de cuidados” (Bulechek et al., 2009).
- *7680 Ayuda en la exploración*: “proporcionar ayuda al paciente y al cuidador durante un procedimiento o examen” (Bulechek et al., 2009).
- *7710 Colaboración con el médico*: “colaboración con los médicos para proporcionar cuidados de calidad al paciente” (Bulechek et al., 2009).

- 7690 *Interpretación de datos de laboratorio*: “análisis crítico de los datos de laboratorio del paciente para ayudar en la toma de decisiones médicas” (Bulechek et al., 2009).
- 7820 *Manejo de muestras*: “obtener, preparar y preservar una muestra para un análisis de laboratorio” (Bulechek et al., 2009).

**Campo 2: Fisiológico: Complejo, Clase N: Control de la perfusión tisular** (Bulechek et al., 2009):

- 4235 *Flebotomía: vía canalizada*: “extracción d una muestra de sangre a través de un catéter vascular permanente para pruebas de laboratorio” (Bulechek et al., 2009).
- 4232 *Flebotomía: muestra de sangre arterial*: “obtención de una muestra sanguínea de una arteria sin canalizar para valorar los niveles de oxígeno y dióxido de carbono y el equilibrio ácido-base” (Bulechek et al., 2009).
- 4238 *Flebotomía: muestra de sangre venosa*: “extracción de una muestra sanguínea venosa de una vena sin canalizar” (Bulechek et al., 2009).

**Tabla 4. 23 INTERVENCIONES (NIC) VERSIÓN PRELIMINAR:  
BLOQUE VI. CUIDADOS PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS  
DIAGNÓSTICAS**

<b>1</b>	7610 Análisis de laboratorio a pie de cama
<b>2</b>	7680 Ayuda en la exploración
<b>3</b>	7710 Colaboración con el médico
<b>4</b>	4235 Flebotomía: vía canalizada
<b>5</b>	4232: Flebotomía: muestra de sangre arterial
<b>6</b>	4238 Flebotomía: muestra de sangre venosa
<b>7</b>	7690 Interpretación de datos de laboratorio
<b>8</b>	7820 Manejo de muestras



## ☑ **7. Bloque de cuidados en situación críticas**

Finalmente se propuso un bloque sobre cuidados en situaciones críticas, ya que cualquier paciente es susceptible de padecer una situación de compromiso vital, y especialmente en el entorno hospitalario. Se seleccionaron las siguientes intervenciones que pertenecían a los campos:

**Campo 4 Seguridad: Clase U: Control en casos de crisis** “intervenciones para proporcionar una ayuda inmediata a corto plazo en casos de crisis psicológicas o fisiológicas” (Bulechek et al., 2009):

- *6200 Cuidados en la emergencia:* “puesta en práctica de las medidas de salvamento en aquellas situaciones que resulten amenazadoras para la vida” (Bulechek et al., 2009).

**Campo 2: Fisiológico: Complejo Clase K: Control respiratorio,** (Bulechek et al., 2009):

- *3120 Intubación y estabilización de vías aéreas:* “inserción o ayuda en la intubación y estabilización de una vía aérea artificial (Bulechek et al., 2009).
- *3120 Manejo de las vías aéreas artificiales:* “mantenimiento de tubos endotraqueales o de traqueostomía y prevención de complicaciones asociadas con su utilización” (Bulechek et al., 2009).
- *3300 Manejo de la ventilación mecánica: invasiva:* “ayuda a un paciente a recibir un soporte respiratorio artificial con un dispositivo insertado en la tráquea” (Bulechek et al., 2009).

**Clase N: Control de la perfusión tisular,** (Bulechek et al., 2009):

- *4250 Manejo del shock:* “facilitar el aporte de oxígeno y nutrientes al tejido sistémico y extracción de productos de desecho celular en un paciente con perfusión tisular gravemente alterada” (Bulechek et al., 2009).

**Tabla 4. 24 INTERVENCIONES (NIC) VERSIÓN PRELIMINAR:  
BLOQUE VII. CUIDADOS EN SITUACIONES CRÍTICAS**

<b>1</b>	6200 Cuidados en la emergencia
<b>2</b>	3120 Intubación y estabilización de vías aéreas
<b>3</b>	3180 Manejo de las vías aéreas artificiales
<b>4</b>	4250 Manejo del shock
<b>5</b>	3300 Manejo de la ventilación mecánica: invasiva

Se obtuvo finalmente un instrumento con 113 ítems (indicadores de resultados) y 51 ítems (intervenciones enfermeras) en total se generó un instrumento a validar con 164 ítems.

- **Bloque 4: Se realizó un cuarto apartado para conocer algunas características sobre el *perfil profesional* y caracterizar la muestra de panelistas, las variables que se estudiaron fueron:**
  - Sexo
  - Edad
  - Ciudad de residencia
  - Año de Graduación
  - Nivel académico máximo alcanzado
  - Dedicación profesional actual
  - Dedicación profesional en los últimos 10 años

#### 4.4.2. VERSIÓN eNDEC-PH

Una vez construida la versión preliminar (**ANEXO 3**), entendíamos que el siguiente paso era dotarla de validación de contenido; que serviría además para consolidar el formato definitivo antes de la validación en el entorno asistencial.

La escala construida con validación de contenido fue llamada como ya se ha comentado **eNDEC-PH (ANEXO 6)**, y se **construyó en tres rondas de validación mediante técnica Delphi**.

##### **➤ Primera ronda del panel Delphi**

La versión preliminar con 113 indicadores de resultados distribuidos en las catorce necesidades del Modelo Conceptual de Virginia Henderson y 51 intervenciones enfermeras, en total un instrumento con 164 ítems, fue llevado a validación por consenso de expertos.

Al finalizar esta primera ronda de validación, todos los ítems incluidos en las Necesidades (Henderson, 1994) de: “Mantener la temperatura corporal” y de “Trabajar y Realizarse” (necesidades nº siete y nº trece), junto con las intervenciones de los Bloques de Cuidados números uno, tres, cuatro, cinco y seis, fueron seleccionados y pasaron a ser la primera pieza de construcción de la versión eNDEC-PH. Se generó un instrumento digital que permitía su descarga en formato pdf (**ANEXO 4**) y pasó a segunda ronda de validación.

##### **➤ Segunda ronda del panel Delphi**

La encuesta digital la componían doce Necesidades del Modelo Conceptual de Virginia Henderson y dos bloques de cuidados, con ítems en los que o no hubo un consenso unánime en la primera ronda o bien fueron nuevas aportaciones.

- **Indicadores de resultados sobre los que no hubo consenso en primera ronda:**  
Pertencieron a seis de los siete Dominios y a catorce de las treinta y una Clases de la NOC 2009: Dominio I: Salud Funcional, Dominio II: Salud Fisiológica,

Dominio III: Salud Psicosocial, Dominio IV: Conocimiento y Conducta de Salud, Dominio V: Salud Percibida, Dominio VI: Salud Familiar. Y a las Clases A- Mantenimiento de la energía, B- Crecimiento y desarrollo, C- Movilidad, D – Autocuidados, E- Cardiopulmonar, I- Regulación Metabólica, J- Neurocognitiva, L – Integridad tisular, M- Bienestar Psicológico, Q- Conducta de Salud, U- Salud y Calidad de vida, V- Sintomatología, Z- Estado de salud de los miembros de la familia.

- **Indicadores de resultados de nueva aportación:** Cinco de los siete Dominios y a once Clases de las treinta y una de la NOC 2009: Dominio I: Salud Funcional, Dominio II: Salud Fisiológica, Dominio III: Salud Psicosocial, Dominio IV: Conocimiento y Conducta de Salud y Dominio V: Salud Percibida. Y a las Clases A- Mantenimiento de la energía, D- Autocuidados, E- Cardiopulmonar, I- Regulación Metabólica, J- Neurocognitiva, K- Digestión y Nutrición, L – Integridad tisular, N- Adaptación social, P- Interacción Social (nueva clase a valorar), Q- Conducta de Salud, T- Control del riesgo y seguridad y Clase e: Satisfacción con los cuidados.

Realizamos una nueva revisión de la taxonomía y nos fijamos en un indicador que nos pareció interesante para medir la necesidad de Creencias y Valores y lo propusimos para segunda ronda de validación. Pertenecía al Dominio V: Salud Percibida y a una nueva clase, Clase e: Satisfacción con los cuidados. El resultado que lo incluía era “Satisfacción del paciente/usuario: cumplimiento de las necesidades culturales”: que se definía como *“alcance de la percepción positiva de integración de creencias culturales, valores y estructuras sociales en los cuidados de enfermería”* (Moorhead et al., 2009). Perteneciente al resultado: 3004 *Satisfacción del paciente/usuario: cumplimiento de las necesidades culturales: “alcance de la percepción positiva de integración de creencias culturales, valores y estructuras sociales en los cuidados de enfermería”* (Moorhead et al., 2009), se eligió el ítem: 300409 Cuidados consistentes con las creencias culturales.

- **Intervenciones en las que no hubo consenso en primera ronda:** No hubo consenso en una intervención del Campo 3: Conductual y Clase R: Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles, del Bloque de Cuidados nº 2 “Cuidados psicosociales”.
- **Intervenciones de nueva aportación:** Hubo una propuesta perteneciente al Campo 2: Fisiológico Complejo y a la Clase N: Control de la perfusión tisular, del bloque de cuidados nº 7 “Cuidados en situaciones críticas”.

Tras la segunda ronda de validación, quedaron solamente dieciocho ítems sobre los que no hubo acuerdo (17 indicadores de resultados y 1 intervención). No se realizaron nuevas aportaciones.

### ➤ Tercera ronda del panel Delphi:

En esta ocasión el formato que utilizamos para esta versión fue Word (ANEXO 5).  
Compuesta por:

- Diecisiete ítems que formaban parte de diez necesidades del Modelo Conceptual de Virginia Henderson (*excepto las necesidades de eliminación, vestirse y escoger la ropa adecuada, mantener la temperatura corporal y trabajar y realizarse*). Y correspondían a 5 de los 7 Dominios y a 11 Clases de las 31 de la NOC: Dominio I: Salud Funcional, Dominio II: Salud Fisiológica, Dominio III: Salud Psicosocial, Dominio IV: Conocimiento y Conducta de Salud, Dominio V: Salud Percibida. Y a las Clases: B- Crecimiento y desarrollo, C- Movilidad, D – Autocuidados, E- Cardiopulmonar, K- Digestión y Nutrición, L – Integridad tisular, M- Bienestar Psicológico, P- Interacción Social, Q- Conducta de Salud, U- Salud y Calidad de vida, e: Satisfacción con los cuidados.
- Y un ítem que correspondía a una intervención enfermera (Bulechek et al., 2009), del Campo 3: Conductual y Clase R: Ayuda, Bloque de “Cuidados psicosociales”.

## 🔗 Versión preliminar con validación de contenido: eNDEC-PH

Tras la tercera ronda de validación por técnica Delphi, se genera la versión **eNDEC-PH (ANEXO 6)**. Este formato incluía:

- **Indicadores de resultados** de 6 de los 7 Dominios y 22 Clases, mismos dominios y una clase más que en la versión preliminar (Clase e- Satisfacción con los cuidados):
  - Dominio I: Salud Funcional, Dominio II: Salud Fisiológica, Dominio III: Salud Psicosocial, Dominio IV: Conocimiento y Conducta de Salud, Dominio V: Salud Percibida, Dominio VI: Salud Familiar, no procedía utilizar por la característica del contexto del estudio el Dominio VII: Salud Comunitaria.
  - Clases: A- Mantenimiento de la energía, B- Crecimiento y desarrollo, C- Movilidad, D – Autocuidados, E- Cardiopulmonar, F – Eliminación, G- Líquidos y electrolitos, I- Regulación Metabólica, J- Neurocognitiva, K- Digestión y Nutrición, L – Integridad tisular, M- Bienestar Psicológico, N- Adaptación social, Q- Conducta de Salud, R – Creencias sobre la salud, S- Conocimientos sobre la Salud, T- Control del riesgo y seguridad, U- Salud y Calidad de vida, V- Sintomatología, W- Ejecución del cuidador familiar, Z- Estado de salud de los miembros de la familia, e- Satisfacción con los cuidados.
- E **intervenciones** de 5 de los 7 Campos y 17 de las 30 Clases igual que en la versión preliminar:
  - Campos: 1. Fisiológico: Básico; 2. Fisiológico: Complejo; 3. Conductual; 4. Seguridad y 6. Sistema Sanitario.
  - Clases: B. Control de la eliminación, H. Control de fármacos, P. Terapia cognitiva, U. Control en caso de crisis, Y. Mediación del sistema sanitario, C. Control de la inmovilidad, J. Cuidados perioperatorios, R. Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles, V. Control de riesgos, a. Gestión del sistema sanitario, D. Apoyo nutricional, K. Control respiratorio, S. Educación de los pacientes, E. Fomento de la comodidad

física, L. Control de la piel/heridas, T. Fomento de la comodidad psicológica y N. Control de la perfusión tisular.

Antes de iniciar la investigación en entorno clínico consolidamos el formato definitivo, que contó con los siguientes apartados:

- **Apartado para datos del observador u observadora:** para la cumplimentación de la clave asignada a cada investigador e investigadora/a, que permitía el acceso a la gestión anonimizada de datos.

Apartado para datos descriptivos del paciente hospitalizado u hospitalizada como: sexo, edad en años, clave de identificación del paciente, fecha y hora de la valoración, unidad de ingreso, fecha de ingreso, proceso médico o motivo de ingreso, valoración de la independencia para la valoración de las actividades de la vida diaria mediante el Test de Barthel<sup>79</sup> (**ANEXO 14**), y valoración del deterioro cognitivo obtenido mediante test de Pfeiffer<sup>80</sup> (**ANEXO 2**).

A cada encuesta se le asignó una clave de identificación o código, obviando usar el número de historia, número de la Seguridad Social, NUSHA (Número Único de Historia de Salud Andaluza), Documento Nacional de Identidad,... por consistencia ética.

Fecha y hora de la valoración del paciente, como referencia para el análisis estadístico de la fiabilidad interobservador.

- **Apartado para datos descriptivo del cuidador o cuidadora:** Con nuestra investigación pretendíamos identificar la demanda de cuidados de pacientes hospitalizados/as y sus cuidadores/as, por lo tanto era imprescindible estudiar diversas características.

---

<sup>79</sup> Test de Barthel: índice de valoración de actividades de la vida diaria (ANEXO XIII), para la valoración de referencia de la Escala en Nivel de Criterio.

<sup>80</sup> Test de cribado del deterioro cognitivo versión Española, según este test no presenta deterioro cognitivo si presenta menos de tres errores (sabe leer y escribir) o menos de cuatro errores si no sabe leer ni escribir al responder las cuestiones del test.

- Asumíamos que no todos los/las pacientes podían contar con la presencia de un cuidador o cuidadora, por lo que diseñamos un ítem que identificó su presencia o inexistencia.
  - Cuando existió el cuidador/a, estudiamos las variables: Sexo y Parentesco con el/la paciente a su cuidado, y rol. Este último se valoró mediante los siguientes 4 indicadores de la Clasificación de Resultados de Enfermería (Moorhead et al., 2009): 250712 Salud general percibida del cuidador principal, 221002 Dominio de las actividades de cuidados, 221001 Relación cuidador familiar y destinatario de cuidados y 220801 Estresores informados por el cuidador principal, mediante una escala de valoración tipo Likert del 1 al 5, donde la puntuación 1 corresponde con la situación menos satisfactoria y la 5 con la situación ideal.
- **Cuerpo de la escala:**

Formada por catorce bloques temáticos correspondientes a cada una de las necesidades del Modelo Conceptual de Virginia Henderson<sup>81</sup>, cuyos ítems eran indicadores de resultados de la Clasificación de Resultados de Enfermería (Moorhead et al., 2009). Y siete bloques de cuidados<sup>82</sup> cuyos ítems eran intervenciones de enfermería descritas mediante la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (Bulechek et al., 2009). Todos los ítems también estaban codificados mediante una escala de valoración tipo Likert del 1 al 5, donde la puntuación 1 corresponde con la situación menos satisfactoria y la 5 con la situación ideal.

Las necesidades estaban representadas con 113 ítems<sup>83</sup>, repartidos de la siguiente forma:

<sup>81</sup> Necesidad de: Respirar, Alimentarse e Hidratarse, Eliminar por todas las vías corporales, Moverse y Mantener la posición corporal, Reposo-Sueño, Escoger la ropa adecuada y vestirse/desvestirse, Mantener la temperatura, Higiene e Integridad de piel y mucosas, Evitar Peligros, Comunicarse-Relacionarse, Creencias y Valores, Trabajar y Realizarse, Actividades Recreativas/Ocio y Aprender (Henderson, 1994).

<sup>82</sup> Cuidados Generales, Cuidados Psicosociales, Cuidados de la piel, Cuidados de catéteres y drenajes, Cuidados para el Manejo y Administración de Medicamentos, Cuidados para la realización de Pruebas Diagnósticas, Cuidados en Situaciones Críticas.

<sup>83</sup> Indicadores de resultados de la Clasificación de Resultados de Enfermería (Moorhead et al., 2009).



- Necesidad de Respirar: 12 ítems, Necesidad de Alimentación e Hidratación: 13 ítems, Necesidad de Eliminación: 9 ítems, Necesidad de Moverse y Mantener la Posición Corporal: 9 ítems, Necesidad de reposo y Sueño: 6 ítems, Necesidad de Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse: 5 ítems, Necesidad de Mantener la temperatura: 5 ítems, Necesidad de Higiene e integridad de piel y mucosas: 7 ítems, Necesidad de Evitar peligros. 10 ítems, Necesidad de Comunicarse y Relacionarse: 8 ítems, Necesidad de Creencias y Valores: 7 ítems, Necesidad de Trabajar y Realizarse: 8 ítems, Necesidad de Actividades Recreativas y Ocio: 4 ítems, Necesidad de Aprender: 10 ítems.
- Los resultados seleccionados pertenecían a los Dominios: Dominio I: Salud Funcional, Dominio II: Salud Fisiológica, Dominio III: Salud Psicosocial, Dominio IV: Conocimiento y Conducta de Salud y Dominio V: Salud Percibida. Y a las Clases A- Mantenimiento de la energía, B- Crecimiento y desarrollo, C- Movilidad, D- Autocuidados, E- Cardiopulmonar, F- Eliminación, G- Líquidos y electrolitos, I- Regulación Metabólica, J- Neurocognitiva, K- Digestión y Nutrición, L – Integridad tisular, M- Bienestar Psicológico, N- Adaptación social, P- Interacción Social, Q- Conducta de Salud, R- Creencias sobre la Salud, S- Conocimientos sobre la Salud, T- Control del riesgo y seguridad, V- Sintomatología, W- Ejecución del cuidador familiar, e- Satisfacción con los Cuidados.

Los Bloques de Cuidados contaron con 51 ítems<sup>84</sup> repartidos de la siguiente forma:

- Cuidados generales: 12 ítems, Cuidados Psicosociales: 6 ítems, Cuidados de la Piel: 6 ítems, Cuidados de Catéteres y Drenajes: 5 ítems, Cuidados para el Manejo y Administración de Medicamentos: 8 ítems, Cuidados para la Realización de Pruebas Diagnósticas: 8 ítems, Cuidados en Situaciones Críticas: 5 ítems.

<sup>84</sup> Intervenciones de enfermería descritas mediante la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (Bulechek et al., 2009).

La versión **eNDEC-PH** contó en total con 164 ítems, uno más de los 163 ítems iniciales.

### **4.4.3. VERSIÓN INICIARE®**

#### **➤ Versión INICIARE®-64**

Con la escala eNDEC-PH iniciamos el estudio en los centros hospitalarios de Andújar y Montilla realizando 322 valoraciones a pacientes y cuidadores.

Para poder evaluar la fiabilidad interobservador nos apoyamos en estudios como los de Streiner & Norman (1989) y Comin Bertrán (1990), y seguimos la metodología empleada por autores como García González et al., (1999).

- De manera que evaluamos la consistencia interobservador, mediante la realización de dos mediciones de la escala sobre el mismo sujeto por dos observadores u observadoras diferentes, coincidiendo en fecha, hora y lugar.
- A la primera encuesta realizada al primer paciente por el primer o primera observador/a de la pareja, se le asignó el código 001 y a la segunda encuesta realizada por el segundo o segunda observador/a de la pareja se le asignó el código 002.
- A la primera encuesta del segundo paciente realizada por el primer o primera observador/a de la pareja se le asignó el código 003 y a la segunda encuesta del segundo paciente realizada por el segundo o segunda observador/a de la pareja, se le asignó el código 004.
- Y así sucesivamente hasta la valoración del último o última paciente (paciente 161), de manera que a la primera encuesta realizada por el primer o primera observador/a se le asignó el código 321 y a la última encuesta realizada por el segundo o segunda de la pareja sobre el paciente 161 se le asignó el código 322.



Fig. 4.22 Representación de metodología de asignación de códigos

El análisis psicométrico de las valoraciones recogidas con la versión eNDEC-PH fueron descartando ítems durante el procesamiento estadístico (fiabilidad interobservador y consistencia interna), que dio como resultado la escala INICIARE<sup>®</sup>-64; formada por 64 ítems correspondientes solamente a indicadores de resultados de la NOC, concretamente de 5 de los 7 Dominios, igual que en la versión preliminar y 17 Clases, cinco menos que en la versión eNDEC-PH:

- Dominios: Dominio I: Salud Funcional, Dominio II: Salud Fisiológica, Dominio III: Salud Psicosocial, Dominio IV: Conocimiento y Conducta de Salud, Dominio VI: Salud Familiar
- Clases: A- Mantenimiento de la energía, C- Movilidad, D- Autocuidados, E- Cardiopulmonar, F-Eliminación, G- Líquidos y electrolitos, I- Regulación Metabólica, J- Neurocognitiva, K- Digestión y Nutrición, M- Bienestar Psicológico, N- Adaptación social, Q- Conducta de Salud, R-Creencias sobre la salud, S- Conocimientos sobre la Salud, T- Control del riesgo y seguridad, V- Sintomatología y W- Ejecución del cuidador familiar.

Posteriormente en esta versión se realizó la validación del constructo, el análisis descriptivo por ítems y por nivel de dependencia y la validez de criterio.

## 🔗 Versión INICIARE®-66

La escala INICIARE®-64 tenía limitada su fiabilidad por los resultados obtenidos en la necesidad de mantener la temperatura, por lo que se decidió continuar con la investigación y volver a realizar la validación de contenido de esta necesidad para crear el formato definitivo previo a una nueva recogida de valoraciones en entorno asistencial y un nuevo análisis psicométrico.

La escala con nueva validación de contenido fue llamada INICIARE®-66 (ANEXO 12) y **se construyó en una ronda de validación mediante técnica Delphi**.

- **Panel Delphi:**

La necesidad de mantener la temperatura corporal de la versión INICIARE®-64 contó con tres ítems (080201 Temperatura corporal, 080015 Comodidad térmica referida, 080012 Frecuencia del pulso radial) del Dominio II: Salud Funcional, Clase I: Regulación metabólica; para este nuevo panel se propusieron además de éstos, otros pertenecientes al mismo Dominio y Clase:

Dominio II: Salud fisiológica, Clase I: Regulación metabólica, resultados:

- 0800 Termorregulación: que es el “equilibrio entre la producción, la ganancia y la pérdida de calor” (Moorhead et al., 2009)
  - 080010 Sudoración con el calor.
  - 080011 Tiritona con el frío.
  - 080019 Hipertermia.
  - 080020 Hipotermia.

Y a un nuevo Dominio y Clase; Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud, de la Clase T: Control del riesgo y seguridad, los resultados:

- 1922 Control del riesgo: hipertermia, que define las “*acciones personales para prevenir, detectar o reducir la amenaza de una temperatura corporal alta*”, (Moorhead et al., 2009) el indicador:
  - 192202 Identifica signos y síntomas de hipertermia.
- 1923 Control del riesgo: hipotermia que define las “*acciones personales para prevenir, detectar o reducir la amenaza de una temperatura corporal baja*” (Moorhead et al., 2009) indicador:

- 192302 Identifica signos y síntomas de hipotermia.

**Tabla 4. 25 INDICADORES PROPUESTOS RONDA DELPHI (ANEXO XV) DEL INICIARE: NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL**

1	080201 Temperatura corporal
2	080015 Comodidad térmica referida
3	080012 Frecuencia del pulso radial
4	080010 Sudoración con el calor
5	080011 Tiritona con el frío.
6	080019 Hipertermia.
7	080020 Hipotermia
8	192202 Identifica signos y síntomas de hipertermia
9	192302 Identifica signos y síntomas de hipotermia

Al finalizar esta primera ronda de validación hubo consenso en todos los ítems, seleccionando cinco de ellos y descartando cuatro del Dominio II: Salud fisiológica, Clase I: Regulación metabólica; no hubo propuestas de los expertos y expertas susceptibles de valoración en segunda ronda.

Por lo que se dio por finalizado el panel, obteniendo la versión INICIARE®-66, formada por 66 ítems correspondientes a indicadores de resultados de la NOC, concretamente de 5 de los 7 Dominios y 17 Clases, igual que en la versión INICIARE®-64:

- Dominios: Dominio I: Salud Funcional, Dominio II: Salud Fisiológica, Dominio III: Salud Psicosocial, Dominio IV: Conocimiento y Conducta de Salud, Dominio VI: Salud Familiar
- Clases: A- Mantenimiento de la energía, C- Movilidad, D- Autocuidados, E- Cardiopulmonar, F-Eliminación, G- Líquidos y electrolitos, I- Regulación Metabólica, J- Neurocognitiva, K- Digestión y Nutrición, M- Bienestar Psicológico, N- Adaptación social, Q- Conducta de Salud, R-Creencias sobre la salud, S- Conocimientos sobre la Salud, T- Control del riesgo y seguridad, V- Sintomatología y W- Ejecución del cuidador familiar.

La única salvedad, es que en la necesidad de mantener la temperatura corporal se añadieron dos indicadores de resultados del Dominio IV y Clase T, no incluida en la versión INICIARE®-64 para valorar concretamente esta necesidad.

**Se volvió a estructurar antes de** iniciar la investigación en el entorno asistencial en los siguientes apartados:

- **Apartado para datos del observador u observadora:** para la cumplimentación de la clave asignada a cada investigador e investigadora/a.
- **Apartado para datos descriptivos del paciente hospitalizado u hospitalizada** como: sexo, edad en años, clave de identificación del paciente, fecha y hora de la valoración, unidad de ingreso, fecha de ingreso, proceso médico o motivo de ingreso, puntuación del Test de Barthel y valoración mediante test de Pfeiffer.
- **Apartado para datos descriptivo del cuidador o cuidadora:** un ítem que identificaba la existencia o no del cuidador/a. Además de las variables: Sexo, edad, parentesco, salud general percibida del cuidador principal, dominio de las actividades de cuidados, relación cuidador familiar y destinatario de cuidados y los estresores informados por el cuidador principal.

- **Cuerpo de la escala:**

Formada por catorce bloques temáticos correspondientes a cada una de las necesidades del Modelo Conceptual de Virginia Henderson, cuyos ítems eran indicadores de resultados de la Clasificación de Resultados de Enfermería (Moorhead et al., 2009). Todos los ítems también estaban codificados mediante una escala de valoración tipo Likert del 1 al 5, donde la puntuación 1 corresponde con la situación menos satisfactoria y la 5 con la situación ideal.

Las necesidades estaban representadas con 66 ítems, repartidos de la siguiente forma:

- Necesidad de Respirar: 10 ítems, Necesidad de Alimentación e Hidratación: 9 ítems, Necesidad de Eliminación: 7 ítems, Necesidad de Moverse y

Mantener la Posición Corporal: 4 ítems, Necesidad de reposo y Sueño: 3 ítems, Necesidad de Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse: 2 ítems, Necesidad de Mantener la temperatura: 5 ítems, Necesidad de Higiene e integridad de piel y mucosas: 2 ítems, Necesidad de Evitar peligros: 4 ítems, Necesidad de Comunicarse y Relacionarse: 4 ítems, Necesidad de Creencias y Valores: 5 ítems, Necesidad de Trabajar y Realizarse: 4 ítems, Necesidad de Actividades Recreativas y Ocio: 2 ítems, Necesidad de Aprender: 7 ítems.

- Los resultados seleccionados pertenecían a los Dominios: Dominio I: Salud Funcional, Dominio II: Salud Fisiológica, Dominio III: Salud Psicosocial, Dominio IV: Conocimiento y Conducta de Salud y Dominio V: Salud Percibida. Y a las Clases A- Mantenimiento de la energía, B- Crecimiento y desarrollo, C- Movilidad, D- Autocuidados, E- Cardiopulmonar, F- Eliminación, G- Líquidos y electrolitos, I- Regulación Metabólica, J- Neurocognitiva, K- Digestión y Nutrición, L- Integridad tisular, M- Bienestar Psicológico, N- Adaptación social, P- Interacción Social, Q- Conducta de Salud, R- Creencias sobre la Salud, S- Conocimientos sobre la Salud, T- Control del riesgo y seguridad, V- Sintomatología, W- Ejecución del cuidador familiar, e- Satisfacción con los Cuidados.

Posteriormente en esta versión se realizó el análisis descriptivo de la escala y de los ítems, la fiabilidad interobservador mediante la  $r$  de Pearson, la  $R_o$  de Spearman y la el Coeficiente de correlación intraclass, la consistencia interna de la escala y de las necesidades.

** Versión INICIARE®- 61 (versión final).**

## 4.5. VARIABLES

### 4.5.1. VARIABLES DEL PERFIL DEL PANELISTA

#### 4.5.1.1 Variables cualitativas nominales:

- Sexo.
- Dedicación profesional actual: Clínica Atención Primaria (AP), Clínica Atención Especializada (AE), Clínica (Emergencias/DCCU), Clínica (otros), Gestión, Docencia, Investigación.
- Ciudad de residencia.
- Dedicación profesional en los últimos 10 años: Clínica Atención Primaria (AP), Clínica Atención Especializada (AE), Clínica (Emergencias/DCCU), Clínica (otros), Gestión, Docencia, Investigación.

#### 4.5.1.2 Variables cualitativas ordinales:

- Nivel académico máximo alcanzado: Diplomado/a, Licenciado/a, Máster, Doctor/a

#### 4.5.1.3 Variables cuantitativas discretas:

- Edad en años.
- Año de graduación

Tabla 4.26 VARIABLES DEL PERFIL DEL PANELISTA		
NOMBRE	TIPO	VALORES
Sexo	Nominal	Hombre, Mujer
Dedicación Profesional Actual	Nominal	Clínica Atención Primaria (AP), Clínica Atención Especializada (AE), Clínica Emergencias/DCCU, Clínica Otros, Gestión, Docencia, Investigación
Ciudad de Residencia	Nominal	Comunidad Autónoma de Andalucía (Almería, Cádiz, Córdoba, Granada, Jaén, Huelva, Málaga y Sevilla)
Dedicación en los últimos diez años	Nominal	Clínica Atención Primaria (AP), Clínica Atención Especializada (AE), Clínica Emergencias/DCCU, Clínica Otros, Gestión, Docencia, Investigación
Nivel académico máximo alcanzado	Ordinal	Diplomado/a, Licenciado/a, Máster, Doctor/a
Edad	Cuantitativa Discreta	Años
Año de graduación	Cuantitativa Discreta	Años



## **4.5.2. VARIABLES DEL PERFIL DEL PACIENTE**

### **4.5.2.1 Variables cualitativas nominales:**

- Sexo.
- Diagnóstico médico/motivo de ingreso: Agrupados por procesos
- Hospital de Ingreso
- Unidad de Ingreso.
- Dispone de Cuidador/a principal

### **4.5.2.2 Variables cualitativas ordinales:**

- Índice de valoración de la autonomía para la realización de las actividades de la vida diaria -Test de Barthel: Dependencia total (0-20), Dependencia severa (21-60), Dependencia moderada (61-90), Dependencia escasa (91-99) e Independencia (100).
- Test de cribado del deterioro cognitivo versión Española- Pfeiffer: Menos de 3 errores (sabe leer y escribir), menos de cuatro errores (no sabe leer ni escribir), más de 3 errores (sabe leer y escribir), más de cuatro errores (no sabe leer ni escribir).

### **4.5.2.3 Variables cuantitativas discretas:**

- Edad en años.
- Fecha de ingreso
- Fecha de alta

Tabla 4.27 VARIABLES DEL PERFIL DEL PACIENTE		
NOMBRE	TIPO	VALORES
Sexo	Nominal	Hombre, Mujer
Proceso Médico	Nominal	Cardiovascular, Cirugía Ortoplastológica (COT), Dermatológico, Digestivo, Ginecológico, Hematológico, Infeccioso, Nefrológico, Neoplásico, Neumológico, Neurológico, Quirúrgico Abdominal, Quirúrgico General
Hospital de Ingreso	Nominal	Hospital Alto Guadalquivir (Andújar), Hospital de Montilla
Unidad de Ingreso	Nominal	Unidad Especial, Unidad de Hospitalización
Autonomía para la realización de las actividades de la vida diaria (Fuente: Test de Barthel)		Entre 0 y 100 (mínimo – máximo) 0-20 Dependencia total, 21-60 Dependencia severa, 61-90 Dependencia moderada, 91-99 Dependencia escasa, 100 Independencia
Deterioro cognitivo (Fuente: Test Pfeiffer versión Española)		Entre 0 y 10 (mínimo – máximo) Sabe leer y escribir 3 o más errores: presenta deterioro No sabe leer ni escribir 4 o más errores: presenta deterioro
Edad	Cuantitativa discreta	Años
Fecha de ingreso	Cuantitativa discreta	Día/ Mes/ Año
Dispone de cuidador/a de referencia	Nominal	Si, No

### 4.5.3. VARIABLES DEL PERFIL DEL CUIDADOR

#### 4.5.3.1. Variables cualitativas nominales:

- Sexo
- Parentesco con el/la paciente a su cuidado

#### 4.5.3.2. Variables cualitativas ordinales:

- 250712 Salud general percibida del/la cuidador/a
- 221002 Dominio de las actividades de cuidados
- 221001 Relación mutuamente satisfactoria entre el cuidador familiar y el destinatario de los cuidados
- 220801 Estresores informados por el/la cuidador/a

Son Indicadores de resultados de la Clasificación de Resultados de Enfermería (Moorhead et al., 2009), siguen una escala Likert de puntuación, donde la puntuación 5 o punto final, refleja la condición más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

TABLA 4.28 VARIABLES DEL ESTUDIO PERFIL DEL CUIDADOR			
NOMBRE	TIPO	VALORES	FUENTE
Sexo	Nominal	Hombre, Mujer	
Parentesco con el/la paciente a su cuidado	Nominal	Cuidador profesional, Esposa, Hermana, Hermano, Hija, Hijo, Madre, Marido, Sobrina, Sobrino, Vecina	
250712 Salud general percibida del/la cuidador/a	Ordinal	1, 2, 3, 4 y 5 1: condición menos deseable 5: condición más deseable	(NOC, 2009)
221002 Dominio de las actividades de cuidados	Ordinal	1, 2, 3, 4 y 5 1: condición menos deseable 5: condición más deseable	(NOC, 2009)
221001 Relación mutuamente satisfactoria entre el cuidador familiar y el destinatario de los cuidados	Ordinal	1, 2, 3, 4 y 5 1: condición menos deseable 5: condición más deseable	(NOC, 2009)
220801 Estresores informados por el/la cuidador/a	Ordinal	1, 2, 3, 4 y 5 1: condición menos deseable 5: condición más deseable	(NOC, 2009)

#### 4.5.4. VARIABLES DE LAS NECESIDADES Y BLOQUES DE CUIDADOS

##### 4.5.4.1. Variables cuantitativas discretas:

- Indicadores de resultados de la Clasificación de Resultados de Enfermería (Moorhead et al., 2009) de cada una de las Necesidades del Modelo Conceptual de Virginia Henderson; siguiendo una escala Likert de puntuación, donde la puntuación 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable. Se establece además el valor -1 en cada uno de los ítems para reflejar si se da la posibilidad de no poder valorar ese ítem en ese paciente y en ese momento.
- Intervenciones enfermeras descritas mediante la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (Bulechek et al., 2009) de cada uno de los Bloques de Cuidados; siguiendo una escala Likert de puntuación, valorada en función de la frecuencia o intensidad de realización de la

intervención, por parte de la enfermera. El punto 1 indicaba que la intervención no se ha realizado, mientras que el punto 5 o punto final, reflejaba la mayor frecuencia o intensidad de realización de la intervención. Se establece además el valor -1 en cada uno de los ítems para reflejar si se da la posibilidad de no poder valorar ese ítem en ese paciente y en ese momento.

Cada variable contó con cinco categorías de respuesta en función de la adecuación del indicador a la necesidad o bloque de cuidados asignado. Hemos tomado como ejemplo la escala eNDEC-PH pues es la última versión con intervenciones de enfermería y la primera con validez de contenido.

**TABLA 4.29 VARIABLES DE LAS NECESIDADES Y BLOQUES DE CUIDADOS**

NOMBRE	TIPO	VALORES
<b>FUENTE (Moorhead et al., 2009)</b>		
<b>Respiración: 040216 Deterioro cognitivo</b> <b>Respiración: 040206 Cianosis</b> <b>Respiración: 041004 Frecuencia respiratoria</b> <b>Respiración: 040002 Frecuencia cardíaca</b> <b>Respiración: 040302 Ritmo respiratorio</b> <b>Respiración: 040101 Presión arterial sistólica</b> <b>Respiración: 040102 Presión arterial diastólica</b> <b>Respiración: 041012 Capacidad de eliminar secreciones</b> <b>Respiración: 041002 Ansiedad</b>	Cuantitativas	-1, 1, 2, 3, 4 y 5 1: condición menos deseable 5: condición más deseable -1: no puede ser valorada
<b>Alimentación: 030303 Maneja utensilios</b> <b>Alimentación: 011301 Masa corporal media</b> <b>Alimentación: 100801 Ingestión alimentaria oral</b> <b>Alimentación: 100802 Ingestión alimentaria por sonda</b> <b>Alimentación: 100804 Administración de líquidos IV</b> <b>Alimentación: 100805 Administración de líquidos con nutrición parenteral total</b> <b>Alimentación: 101016 Acepta la comida</b> <b>Alimentación: 101004 Capacidad de masticación</b> <b>Alimentación: 101012 Atragantamiento, tos, náuseas</b> <b>Alimentación: 101406 Ingesta de alimentos</b> <b>Alimentación: 060107 Entradas y salidas diarias equilibradas</b> <b>Alimentación: 210607 Alteración del estado nutricional</b>	Cuantitativas	-1, 1, 2, 3, 4 y 5 1: condición menos deseable 5: condición más deseable -1: no puede ser valorada
<b>Eliminar: 050002 Mantiene el control de la eliminación de heces</b> <b>Eliminar: 050004 Diarrea</b> <b>Eliminar: 050005 Estreñimiento</b> <b>Eliminar: 050101 Patrón de eliminación fecal</b> <b>Eliminar: 060211 Diuresis</b> <b>Eliminar: 050301 Patrón de eliminación urinario</b> <b>Eliminar: 050312 Incontinencia urinaria</b>	Cuantitativas	-1, 1, 2, 3, 4 y 5 1: condición menos deseable 5: condición más deseable -1: no puede ser valorada

<p>Eliminar: 050401 Ingesta adecuada de líquidos</p> <p>Eliminar: 031001 Reconoce y responde a la repleción vesical</p> <p>Eliminar: 031013 Entra y sale del servicio</p>		
<p>Moverse: 020002 Camina con marcha eficaz</p> <p>Moverse: 020401 Úlceras por presión</p> <p>Moverse: 020412 Tono muscular</p> <p>Moverse: 021101 Integridad ósea</p> <p>Moverse: 020814 Se mueve con facilidad</p> <p>Moverse: 020802 Mantenimiento de la posición corporal</p> <p>Moverse: 020803 Movimiento muscular</p> <p>Moverse: 020804 Movimiento articular</p> <p>Moverse: 030609 Realiza las tareas del hogar</p>	Cuantitativas	-1, 1, 2, 3, 4 y 5 1: condición menos deseable 5: condición más deseable -1: no puede ser valorada
<p>Reposo-sueño: 000303 Calidad del descanso</p> <p>Reposo-sueño: 000202 Siestas en el rango esperado</p> <p>Reposo-sueño: 000201 Equilibrio entre actividad y descanso</p> <p>Reposo-sueño: 000404 Calidad del sueño</p> <p>Reposo-sueño: 121101 Desasosiego</p> <p>Reposo-sueño: 121129 Trastornos del sueño</p> <p>Reposo-sueño: 210201 Dolor referido</p> <p>Reposo-sueño: 210204 Duración de los episodios de dolor</p>	Cuantitativas	-1, 1, 2, 3, 4 y 5 1: condición menos deseable 5: condición más deseable -1: no puede ser valorada
<p>Vestirse: 030201 Escoge la ropa</p> <p>Vestirse: 030204 Se pone la ropa en la parte superior del cuerpo</p> <p>Vestirse: 030205 Se pone la ropa en la parte inferior del cuerpo</p> <p>Vestirse: 030210 Se pone los zapatos</p> <p>Vestirse: 030211 Se quita la ropa</p>	Cuantitativas	-1, 1, 2, 3, 4 y 5 1: condición menos deseable 5: condición más deseable -1: no puede ser valorada
<p>Temperatura: 080201 Temperatura corporal</p> <p>Temperatura: 080007 Cambios de coloración cutánea</p> <p>Temperatura: 080012 Frecuencia del pulso radial</p> <p>Temperatura: 080015 Comodidad térmica referida</p> <p>Temperatura: 080001 Temperatura cutánea aumentada</p>	Cuantitativas	-1, 1, 2, 3, 4 y 5 1: condición menos deseable 5: condición más deseable -1: no puede ser valorada
<p>Higiene: 030006 Higiene</p> <p>Higiene: 030007 Higiene bucal</p> <p>Higiene: 030109 Se baña en la ducha</p> <p>Higiene: 030111 Seca el cuerpo</p> <p>Higiene: 030514 Mantiene una apariencia pulcra</p> <p>Higiene: 110102 Sensibilidad</p> <p>Higiene: 110104 Hidratación</p> <p>Higiene: 110111 Perfusión tisular</p> <p>Higiene: 110113 Integridad de la piel</p>	Cuantitativas	-1, 1, 2, 3, 4 y 5 1: condición menos deseable 5: condición más deseable -1: no puede ser valorada
<p>Seguridad: 011318 Memoria</p> <p>Seguridad: 030617 Controla su propia medicación no parenteral</p> <p>Seguridad: 090901 Consciencia</p> <p>Seguridad: 170401 Percepción de amenaza para la salud</p> <p>Seguridad: 190201 Reconoce factores de riesgo</p> <p>Seguridad: 191107 Uso correcto de dispositivos de ayuda</p> <p>Seguridad: 191119 Evitar conductas de alto riesgo</p> <p>Seguridad: 250807 Apoyo del profesional sanitario</p> <p>Seguridad: 250811 La familia comparte la responsabilidad de los cuidados</p> <p>Seguridad: 250809 Rol del cuidador</p>	Cuantitativas	-1, 1, 2, 3, 4 y 5 1: condición menos deseable 5: condición más deseable -1: no puede ser valorada
<p>Comunicación: 090014 Comunicación clara según la edad</p> <p>Comunicación: 090003 Atiende</p> <p>Comunicación: 090205 Utiliza el lenguaje no verbal</p> <p>Comunicación: 090210 Interpretación exacta de los mensajes recibidos</p>	Cuantitativas	-1, 1, 2, 3, 4 y 5 1: condición menos deseable 5: condición más deseable -1: no puede ser valorada

<p><b>Comunicación: 090703</b> Verbaliza un mensaje coherente</p> <p><b>Comunicación: 090802</b> Recuerda información reciente de forma precisa</p> <p><b>Comunicación: 120402</b> Muestra un estado de ánimo sereno</p> <p><b>Comunicación: 221001</b> Relación mutuamente satisfactoria entre el cuidador familiar y el destinatario de los cuidados</p>		
<p><b>Creencias y valores: 160902</b> Cumple el régimen terapéutico recomendado</p> <p><b>Creencias y valores: 170202</b> Implicación requerida en decisiones sobre la salud</p> <p><b>Creencias y valores: 170404</b> Preocupación sobre la enfermedad o lesión</p> <p><b>Creencias y valores: 170411</b> Impacto percibido sobre el estilo de vida futuro</p> <p><b>Creencias y valores: 200011</b> Satisfacción con el estado de ánimo general</p>	Cuantitativas	-1, 1, 2, 3, 4 y 5 1: condición menos deseable 5: condición más deseable -1: no puede ser valorada
<p><b>Trabajar-Realizarse: 010001</b> Realización de la rutina habitual</p> <p><b>Trabajar-Realizarse: 120502</b> Aceptación de sus propias limitaciones</p> <p><b>Trabajar-Realizarse: 120508</b> Cumplimiento de los roles significativos personales</p> <p><b>Trabajar-Realizarse: 120801</b> Estado de ánimo deprimido</p> <p><b>Trabajar-Realizarse: 120007</b> Adaptación a cambios en el aspecto físico</p> <p><b>Trabajar-Realizarse: 130208</b> Se adapta a los cambios en desarrollo</p> <p><b>Trabajar-Realizarse: 130501</b> Establecimiento de objetivos realistas</p> <p><b>Trabajar-Realizarse: 130502</b> Mantenimiento de la autoestima</p>	Cuantitativas	1, 1, 2, 3, 4 y 5 1: condición menos deseable 5: condición más deseable -1: no puede ser valorada
<p><b>Ocio: 160403</b> Uso de habilidades sociales de interacción apropiadas</p> <p><b>Ocio: 160404</b> Refiere relajación con las actividades de ocio</p> <p><b>Ocio: 160407</b> Identificación de opciones recreativas</p> <p><b>Ocio: 160413</b> Disfruta de actividades de ocio</p>	Cuantitativas	1, 1, 2, 3, 4 y 5 1: condición menos deseable 5: condición más deseable -1: no puede ser valorada
<p><b>Aprender: 130221</b> Busca información acreditada sobre el tratamiento</p> <p><b>Aprender: 160001</b> Pregunta cuestiones</p> <p><b>Aprender: 160007</b> Proporciona razones para adoptar una pauta</p> <p><b>Aprender: 16008</b> Refiere el uso de estrategias para eliminar una conducta insalubre</p> <p><b>Aprender: 160001</b> Reivindica la responsabilidad de tomar decisiones</p> <p><b>Aprender: 160902</b> Cumple el régimen terapéutico recomendado</p> <p><b>Aprender: 160913</b> Altera las funciones del rol para cumplir los requerimientos terapéuticos</p> <p><b>Aprender: 180515</b> Descripción de los servicios de fomento y protección de la salud</p> <p><b>Aprender: 220201</b> Voluntad de asumir el papel del cuidador familiar</p> <p><b>Aprender: 182402</b> Proceso específico de la enfermedad</p> <p><b>Aprender: 182408</b> Régimen terapéutico</p>	Cuantitativas	1, 1, 2, 3, 4 y 5 1: condición menos deseable 5: condición más deseable -1: no puede ser valorada
<b>FUENTE</b> (Bulechek et al., 2009)		
<p><b>Cuidados generales: 6680</b> Monitorización de los signos vitales</p> <p><b>Cuidados generales: 6540</b> Control de infecciones</p> <p><b>Cuidados generales: 7310</b> Cuidados de enfermería al ingreso</p> <p><b>Cuidados generales: 7560</b> Facilitar las visitas</p> <p><b>Cuidados generales: 7370</b> Planificación del alta</p> <p><b>Cuidados generales: 6490</b> Prevención de caídas</p>	Cuantitativas	-1, 1, 2, 3, 4 y 5 1: no realizado 5: Siempre realizado -1: No puede ser valorada

Cuidados generales: 7892 Transporte: dentro de la instalación		
Cuidados generales: 6650 Vigilancia		
Cuidados generales: 5610 Enseñanza prequirúrgica		
Cuidados generales: 1570 Manejo del vómito		
Cuidados generales: 2930 Preparación quirúrgica		
Cuidados generales: 0940 Cuidados de tracción/inmovilización		
Cuidados Psicosociales: 5250 Apoyo en la toma de decisiones		
Cuidados Psicosociales: 5230 Aumentar el afrontamiento	Cuantitativas	-1, 1, 2,3, 4 y 5
Cuidados Psicosociales: 5820 Disminución de la ansiedad		1: no realizado
Cuidados Psicosociales: 5900 Distracción		5: Siempre realizado
Cuidados Psicosociales: 5520 Facilitar el aprendizaje		-1: No puede ser valorada
Cuidados Psicosociales: 5280 Facilitar el duelo		
Cuidados Psicosociales: 5400 Potenciación de la autoestima		
Cuidados de la piel: 0840 Cambio de posición		
Cuidados de la piel: 3660 Cuidados de las heridas		
Cuidados de la piel: 3662 Cuidados de las heridas: drenaje cerrado	Cuantitativas	-1, 1, 2,3, 4 y 5
Cuidados de la piel: 3584 Cuidados de la piel: tratamiento tópico		1: no realizado
Cuidados de la piel: 3440 Cuidados del sitio de incisión		5: Siempre realizado
Cuidados de la piel: 3520 Cuidados de las úlceras por presión		-1: No puede ser valorada
Cuidados de catéteres y drenajes: 1876 Cuidados del catéter urinario		
Cuidados de catéteres y drenajes: 1872 Cuidados del catéter torácico	Cuantitativas	-1, 1, 2,3, 4 y 5
Cuidados de catéteres y drenajes: 0480 Cuidados de la ostomía		1: no realizado
Cuidados de catéteres y drenajes: 1874 Cuidados de la sonda gastrointestinal		5: Siempre realizado
Cuidados de catéteres y drenajes: 2440 Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso		-1: No puede ser valorada
Cuidados medicamentos: 2301 Administración de medicación: enteral		
Cuidados medicamentos: 2313 Administración de medicación: intramuscular		
Cuidados medicamentos: 2314 Administración de medicación: intravenosa	Cuantitativas	-1, 1, 2,3, 4 y 5
Cuidados medicamentos: 2304 Administración de medicación: oral		1: no realizado
Cuidados medicamentos: 4030 Administración de productos sanguíneos		5: Siempre realizado
Cuidados medicamentos: 5616 Enseñanza. Medicamentos prescritos		-1: No puede ser valorada
Cuidados medicamentos: 6410 Manejo de la alergia		
Cuidados medicamentos: 1400 Manejo del dolor		
Cuidados pruebas diagnósticas: 7610 Análisis de laboratorio a pie de cama		
Cuidados pruebas diagnósticas: 7680 Ayuda en la exploración		
Cuidados pruebas diagnósticas: 7710 Colaboración con el médico		
Cuidados pruebas diagnósticas: 4235 Flebotomía: vía canalizada	Cuantitativas	-1, 1, 2,3, 4 y 5
Cuidados pruebas diagnósticas: 4232: Flebotomía: muestra de sangre arterial		1: no realizado
Cuidados pruebas diagnósticas: 4238 Flebotomía: muestra de sangre venosa		5: Siempre realizado
Cuidados pruebas diagnósticas: 7690 Interpretación de datos de laboratorio		-1: No puede ser valorada
Cuidados pruebas diagnósticas: 7820 Manejo de muestras		
Cuidados en las emergencias: 6200 Cuidados en la emergencia	Cuantitativas	-1, 1, 2,3, 4 y 5

Cuidados en las emergencias: 3120 Intubación y estabilización de vías aéreas

Cuidados en las emergencias: 3180 Manejo de las vías aéreas artificiales

Cuidados en las emergencias: 4250 Manejo del shock

Cuidados en las emergencias: 3300 Manejo de la ventilación mecánica: invasiva

1: no realizado  
5: Siempre realizado  
-1: No puede ser valorada

#### 4.5.5. FUENTES DE CONFUSIÓN

Las variables de estudio determinan en gran medida la complejidad del proceso, ya que aquellas que comportan cierto grado de subjetividad (como factores asociados con los pacientes, con los observadores o con el instrumento de medida) hacen especialmente difícil su medición y pueden conllevar algún grado de error que va adicionándose al proceso de medición (Pita Fernández & Pértegas Díaz, 2004; Hernández Aguado, Porta Serra, Miralles, García Benavides & Bolúmar, 1990). Para intentar minimizar este error en relación a:

- **LOS OBSERVADORES:** se creó un equipo pluridisciplinar (asistencial, gestor y docente e investigador). Para evitar errores por presión asistencial, las mediciones se realizaron siempre fuera del horario laboral de los investigadores.  
Y se salvó un potencial conflicto de intereses entre pacientes-cuidadores e investigadores evitando entrevistas entre conocidos y/o parientes.
- **LOS PACIENTES:** la valoración fue realizada a pacientes en habitaciones individuales y en ausencia de visitas, por dos observadores en el mismo momento al mismo paciente y en horarios planos, es decir, en aquellos que el paciente no estaba realizando ninguna actividad personal o clínica.
- **EL INSTRUMENTO:** a cada colaborador o colaboradora, se le asignó una clave que permitiese la gestión anónima de datos. Las enfermeras estaban emparejadas aleatoriamente y formadas en metodología enfermera.



En cualquier caso, pudieron haber actuado como fuentes de confusión:

- **Los cambio en el estado del paciente entre las mediciones:** La encuesta fue realizada por dos investigadores/ras cada vez, en el/la mismo/a paciente y en el mismo momento.
- **Entrenamiento del equipo colaborador en la investigación:** Previamente, en la fase de entrenamiento y piloto se realizó un análisis comparativo de los dos registros para comprobar la estabilidad de las mediciones.

La fase de entrenamiento consistió en un recordatorio en relación al uso de los Sistemas Estandarizados de Lenguaje Enfermero, las definiciones taxonómicas y al conocimiento del Modelo Conceptual de Virginia Henderson, obviando mostrar la escala versión eNDEC-PH hasta el inicio del trabajo de campo, para evitar contaminar a los/las observadores/as con las expectativas del estudio y poder influir en la fiabilidad interobservador.

Y contó con cuatro sesiones de dos horas cada una, desarrolladas durante una semana previa al inicio en la toma de datos. En ellas el equipo unificó criterios, mediante sesiones clínicas compartidas, toma de muestras in situ y exposición de casos en el uso de los Sistemas Estandarizados de Lenguaje Enfermero y el Modelo Conceptual de Virginia Henderson.

- **Presión asistencial en el momento de la recogida de datos:** Todas las mediciones se llevaron a cabo por la investigadora del estudio y ocho observadores afines liberados y liberadas de sus tareas asistenciales por la institución para este objetivo, realizándose las mediciones siempre fuera de sus horarios laborales, en turnos de mañana y/o tarde.
- **Potencial conflicto de intereses en la relación clínica entre el/la paciente - cuidador/a e investigador/a:** Se evitó igualmente la entrevista entre un o una paciente-cuidador/a y observador u observadora, si coincidía relación de parentesco, amistad o si se había sido enfermera de referencia de dicho/a paciente. Intentamos conseguir la mayor asepticidad en la investigación, por lo tanto la premisa era “no conocer” a los/las pacientes y cuidadores/ras.

- **Horario de las mediciones:** Se estableció un clima terapéutico, valorando al o a la paciente en horarios que denominamos “neutros”. Es decir, horarios donde no estaba prevista ninguna actividad asistencial. Respetándose el horario de: comidas, sueño, administración de medicación, pruebas diagnósticas, visitas médicas y de enfermería.

Así mismo, la experiencia demuestra que al inicio del turno las enfermeras están estudiando el estado clínico del paciente, planificando las actividades y elaborando los planes de cuidados para los pacientes a su cargo, por lo que los colaboradores y colaboradoras no interrumpían la asistencia directa de estos y estas profesionales.

- **Entorno e intimidad:** Se solicitó permiso a la enfermera responsable del o de la paciente, sobre la adecuación para la realización de la entrevista, previo abordaje.

Sólo se realizaron entrevistas a pacientes que no compartían habitación.

En relación a visitas de familiares y amistades, no se pudo respetar íntegramente este aspecto, ya que ambas instituciones, cuentan con una política de puertas abiertas, estando permitidas las visitas en cualquier horario. En este sentido se pidió permiso al paciente, identificando al cuidador o cuidadora principal e invitando al resto de personas si el paciente nos otorgaba su consentimiento previamente a abandonar la estancia, para crear un clima de intimidad.

## 4.6. ASPECTOS ÉTICOS

### 4.6.1. PERMISOS INSTITUCIONALES:

Como ya se ha contado, esta investigación surge en el seno de la EPHAG por lo que una vez que el proyecto estuvo diseñado y planificado, se contactó con la dirección de la Empresa (dirección de gerencia y dirección de cuidados de enfermería) para informarles de la investigación y obtener el permiso correspondiente (**ANEXO 7**).

También se obtuvo el consentimiento de la Comisión Ética de la Empresa Pública (ANEXO 15).

#### **4.6.2. CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

Previo a la realización del estudio de campo, se elaboró el consentimiento informado, corregido junto con los servicios jurídicos de la EPHAG. Fue entregado a cada paciente previamente a la entrevista.

Constaba de dos documentos, el primero dirigido al director gerente de la EPHAG que quedaba bajo la custodia de la Empresa, donde el o la paciente (ANEXO 8) otorgaba su consentimiento expreso para:

- Participar voluntariamente en la investigación.
- Permitir el acceso a la investigadora a su información clínica y datos de carácter personal.
- Ceder la información para la realización de esta investigación.

Y era informado o informada de:

- La voluntariedad de su participación.
- La finalidad de la investigación.
- El tratamiento confidencial de los datos.
- La posibilidad para no seguir colaborando voluntariamente en este proyecto o de la posibilidad de rectificación o cancelación de sus datos personales en cualquier momento.
- Y de la remisión de toda la información una vez finalizada la investigación a la EP Hospital Alto Guadalquivir.

Y un segundo documento, donde se describía la investigación y quedaba bajo la custodia de cada paciente participante en la investigación (ANEXO 9). El

consentimiento debía de ser firmado por cada paciente y por la investigadora una vez realizada la lectura pormenorizada y solventadas todas las dudas.

### **4.6.3. GARANTÍAS DE CONFIDENCIALIDAD Y TRATAMIENTO DE LOS DATOS:**

El consentimiento informado es el documento legal que garantiza la confidencialidad y el tratamiento de los datos. En la práctica obviamos usar el número de historia o NUSHA asignando una codificación arbitraria. Tampoco recogimos datos de carácter personal, solamente nos centramos en los datos demográficos (sexo, edad, parentesco,...) de pacientes y cuidadores junto con el motivo de ingreso o proceso médico-quirúrgico. Quedando toda la información protegida por la Ley 12/1989 que regula el secreto estadístico, lo que significó que los datos fueron tratados de forma anónima y confidencial.

## **4.7. MATERIAL**

- **Soporte informático:** Programa SSPS 17.0 y plataforma digital SurveyMonkey®. Las encuestas se recopilaron mediante la plataforma digital, recogiendo los datos en Excel que posteriormente fueron exportados hasta una matriz de datos generada por el programa SSPS 17.0, suministrado por la Universidad.
- **Intranet de la biblioteca de Ciencias de la Salud,** para la búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Pubmed, Cuiden, Cinahl, IME y Cochane.
- **Intranet del Hospital Alto Guadalquivir** para la consulta de datos administrativos de los pacientes.
- **Historia clínica de los pacientes,** para comprobar datos como la frecuencia en la toma de constantes vitales, pauta de medicación, etc...

## 4.8. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

### 4.8.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO, UNI Y BIVARIANTE DE LA INVESTIGACIÓN

Para el análisis univariante de las variables en escala de medición cualitativa (nominal u ordinal), que describían a pacientes, panelistas y cuidadores/as, se emplearon las frecuencias relativas y porcentajes junto con sus intervalos de confianza al 95%. Y la media para las variables cuantitativas discretas.

Para el análisis bivalente se utilizó la chi cuadrado y el cálculo de las diferencias significativas entre variables nominales, y la t de student entre variables nominales y de escala.

La normalidad de las variables continuas (que son las variables del instrumento) se evaluó con la prueba de Kolmogorov-Smirnov con la corrección de la significación de Lilliefors y la prueba de Shapiro-Wilk. Entre los estadísticos utilizados para su descripción utilizamos percentiles, moda, mediana, media, rango intercuartílico, asimetría, curtosis, puntuaciones mínimas y máximas y la desviación típica.

Se determinaron muestras homogéneas, siendo el coeficiente de correlación un estadístico muy sensible, que mide el sentido entre dos variables y no una casualidad entre ellos.

Se incluyó además la estadística descriptiva de la escala y de cada una de las dimensiones, con los promedios ponderados y las bisagras de Tukey. Y obtuvimos los:

- Gráficos de frecuencias en histogramas con línea de interpolación y curva de distribución o en cajas.
- Gráficos Q-Q normal: en el caso de un ajuste perfecto a una distribución normal los puntos estarían en la recta (Díaz Santos, 2004).
- Gráficos Q-Q sin tendencias: en una normal perfecta los datos deben distribuirse por encima y debajo de la línea cero al azar (Díaz Santos, 2004).

### 4.8.2. ANÁLISIS CLINIMÉTRICO

La medición es un proceso inherente a la investigación en la práctica clínica; como afirma Burgos (1998), son la validez y fiabilidad las propiedades a determinar en los instrumentos de medida de la salud y determinan su calidad (Argimon Pallán & Jiménez Vill, 2000; Latour, Abraira, Cabello & López Sánchez, 1997).

Según Sánchez y Echeverry (2004), el proceso de validación de instrumentos es un proceso continuo en constante evaluación *que “invita a modificaciones que se basen en las investigaciones disponibles”*. Dado que lo que pretendemos es una escala de medición para determinar aspectos de salud (nivel de dependencia en necesidad de cuidados de enfermería), nos propusimos asegurar que la escala fuese un instrumento fiable y válido. Para describir la metodología de validación, seguiremos el discurso de Martín Arribas (2004):

- ♣ **Fiabilidad:** El instrumento es capaz de ofrecer en su empleo repetido resultados constantes y veraces en condiciones similares. Las pruebas estadísticas que la valoran son:
  - ▀ Fiabilidad entre observadores:  $r$  de Pearson y  $R_o$  de Sperman, Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI).
  - ▀ Estabilidad temporal: Test de retest
  - ▀ Consistencia interna: alfa de Cronbach
  
- ♣ **Validez:** El instrumento sirve para el propósito para el que ha sido construido. Las pruebas estadísticas que la valoran son:
  - ▀ Validez de contenido: Estudio Delphi
  - ▀ Validez de constructo: Análisis factorial
  - ▀ Validez de criterio: Comparación con un *Gold Standard*.

En nuestra investigación para la validación del cuestionario se tuvo en cuenta que los datos estaban codificados numéricamente, y eran ordinales o de intervalo y

las escalas eran aditivas, de manera que cada elemento estaba linealmente relacionado con la puntuación total.

En nuestra investigación realizamos la validación de contenido mediante panel Delphi, que siguió la regla de a mayor puntuación menor nivel de frecuencia o concordancia. Y la evaluación de la fiabilidad interobservador, consistencia interna, validez de criterio y de constructo de la escala en un total de 482 valoraciones que en este caso siguieron una regla inversa, a mayor puntuación mayor nivel de cuidados, realizadas en el periodo 2009-2010. Otras limitaciones que pueden afectar a la investigación.

En cualquier caso para conseguir una mayor fiabilidad en el análisis de datos, se tendrán en cuenta aspectos como la utilización de los procedimientos estadísticos apropiados en cada caso para controlar el error aleatorio.

#### **4.8.2.1. Análisis estadístico: estudio de la fiabilidad de la escala**

La fiabilidad indica hasta qué punto se obtienen los mismos valores al efectuar la medición en más de una ocasión, bajo condiciones similares se repite el proceso de medida para evaluar la concordancia entre las distintas mediciones (Pita Fernández & Pértegas Díaz, 2004).

De manera que en un estudio de la fiabilidad pueden valorarse los siguientes aspectos como proponen Argimon Pallán & Jiménez Vill (2000):

- a. **Repetibilidad:** indica hasta qué punto un instrumento proporciona resultados similares cuando se aplica a una misma persona en más de una ocasión, pero en idénticas condiciones.
- b. **Concordancia intraobservador:** tiene por objetivo evaluar el grado de consistencia al efectuar la medición de un observador consigo mismo.

- c. **Concordancia interobservador:** se refiere a la consistencia entre dos observadores distintos cuando evalúan una misma medida en un mismo individuo.
- d. **Concordancia entre métodos de medición:** cuando existen diferentes métodos de medida para un mismo fenómeno, es interesante estudiar hasta qué punto los resultados obtenidos con ambos instrumentos son equivalentes.

El índice estadístico más utilizado y más apropiado para evaluar la *reproductibilidad*, para el caso de variables cuantitativas es habitualmente el **coeficiente de correlación intraclase** (Prieto, Lamarca & Casado, 1998), afirmando que: *“Dicho coeficiente estima el promedio de las correlaciones entre todas las posibles ordenaciones de los pares de observaciones disponibles y, por lo tanto, evita el problema de la dependencia del orden del coeficiente de correlación”*. Combina una prueba de correlación con una prueba de diferencia de medias, de forma que corrige el error sistemático (Sánchez Fernández, Aguilar de Armas, Fuentelsaz Gallego, Moreno Casbas & Hidalgo García, 2005).

Para esta estimación también se han propuesto otros métodos aunque menos potentes en palabras de los autores Pita Fernández & Pértegas Díaz (2004), como es el cálculo del **coeficiente de correlación de lineal (r) de Pearson** como índice de concordancia. Estos mismos autores, afirman que también puede utilizarse el **coeficiente de correlación de Spearman**, que es idéntico al coeficiente de correlación de Pearson calculado sobre el rango de observaciones. En definitiva la correlación estimada entre X e Y se halla calculando el coeficiente de correlación de Pearson para el conjunto de rangos apareados. El coeficiente de correlación de Spearman es recomendable utilizarlo cuando los datos presentan valores extremos ya que dichos valores afectan mucho el coeficiente de correlación de Pearson, o ante distribuciones no normales.

La interpretación del coeficiente r de Spearman es similar a la Pearson. Valores próximos a 1 indican una correlación fuerte y positiva. Valores próximos a -1 indican una correlación fuerte y negativa. Valores próximos a cero indican que no hay correlación lineal.



A la hora de interpretar los valores del CCI, resulta útil disponer de una clasificación ampliamente difundida y consensuada como la que aparece en la tabla 4.30, propuesta por Fleiss (1986).

**Tabla 4.30 VALORACIÓN DE LA CONCORDANCIA SEGÚN FLEIS (1986), SEGÚN COEFICIENTE DE CORRELACIÓN INTRACLASE**

Valor del CCI	Fuerza de la Concordancia
>0,90	Muy buena
0,71-0,90	Buena
0,51-0,70	Moderada
0,31-0,50	Mediocre
<0,30	Mala o nula

Existen otros métodos como es el de Bland & Altman (1996) que proporcionan además unos límites de concordancia a partir del **cálculo del intervalo de confianza** para la diferencia de dos mediciones. “El intervalo de dos desviaciones estándar alrededor de la media de las diferencias incluye el 95% de las diferencias observadas. Estos valores deben compararse con los límites de concordancia que se hayan establecido previamente al inicio del estudio para concluir si las diferencias observadas son o no clínicamente relevantes” (Pita Fernández & Pértega Díaz, 2004).

## ■ Fiabilidad interobservador de la escala

En primer lugar se realizó la construcción de la base de datos, introduciendo los casos por duplicado. Esta base se dividió por la mitad, con una distribución en filas, para comparar una a una las dos encuestas introducidas correspondientes al mismo paciente. Se identificaron los casos duplicados y no se encontró ninguno.

Trabajamos con la base de datos en filas, para comparar las variables 2 a 2, es decir variable x del Observador 1 con variable x del Observador 2. Para esto reestructuramos los casos en variables, realizando un duplicado de las variables de observación y renombramos las variables, teniendo por un lado las variables del Observador 1 y las variables del Observador 2.

A continuación redefinimos los conjuntos por necesidades y bloques de cuidados, añadiendo a cada conjunto todas las variables nuevas del segundo observador, en total 21 conjuntos.

Se comprobó para cada variable su distribución mediante el test de Kolmogoroff- Smirnoff (prueba de la distribución en conjunto); que, al no seguir una distribución normal, realizamos correlaciones bivariadas, mediante el Coeficiente Correlación de Spearman ( $R_{\text{Spearman}}$ , pruebas no paramétricas), con prueba de significación bilateral. Aunque también se calculó el Coeficiente de Correlación de Pearson y el Coeficiente de Correlación Intraclase.

### ■ **Fiabilidad test retets de la escala**

Fiabilidad test-retest: indica hasta qué punto un instrumento proporciona resultados similares cuando se aplica a una misma persona en más de una ocasión, pero en idénticas condiciones (Sánchez & Gómez cit, of Sánchez Fernández et al., 2005).

No se realizó este estudio de fiabilidad, por la imposibilidad de someter a una medición repetida a pacientes en estado agudo, ya que su estado psicofísico podía cambiar en cuestión de minutos u horas.

### ■ **Consistencia interna de la escala**

La confiabilidad tipo consistencia interna se refiere al grado en que los ítems, de una escala se relacionan entre sí (Hebson, 2001). Es decir si los ítems que componen una escala miden el mismo constructo deber de mostrar una alta correlación o alto grado de homogeneidad. Las preguntas que miden un mismo dominio deben estar más correlacionadas entre sí que las que miden diferentes dominios (Sánchez y Gómez en Sánchez Fernández et al., 2005).

Siguiendo el discurso de Corral (2009), podemos decir que la prueba utilizada para evaluar la consistencia interna de un instrumento para escalas policotómicas, se realiza mediante el **Coefficiente Alfa de Cronbach** (Bland & Altman, 1997), que evalúa la confiabilidad o la homogeneidad de las preguntas o ítems, cuando se trata de alternativas de respuestas policotómicas, como las escalas tipo Likert; la cual puede tomar valores entre 0 y 1, donde: 0 significa confiabilidad nula y 1 representa confiabilidad total.

Campo-Arias y Oviedo (2008), afirman que son valores aceptables, aquellos que son iguales o superiores a 0,70, coincidiendo con autores como Bland & Altman (1997) y Cervantes (2005). Sin embargo también citan estudios como los de Streiner (2003) o Roberts, Priest y Traynor (2006) más conservadores, subiendo a valores de 0,8. En referencia a Jaju & Crask (1999), concluyen afirmando que valores de consistencia interna inferiores a 0,70 indican una pobre correlación entre los ítems.

Las asunciones escalares se analizaron mediante la correlación ítem total corregida, admitiendo como límite mínimo aceptable un valor de 0,30 (Fayers y Machin, 2000).

Según Peterson (1994), es posible observar un incremento en la consistencia, con la reducción en el número de ítems cuando se eliminan aquellos que muestran correlaciones bajas con la puntuación total, esto viene a decir que *“los ítems eliminados son de poca calidad y exploran pobremente el constructo”*.

#### **4.8.2.2. Análisis estadístico: estudio de la validez de la escala**

Como exponen Rodríguez y Lopera (2002), el contar con un instrumento validado con buen rigor científico que pueda ser usado con plena confianza para futuras investigaciones, requiere de una serie de pruebas denominadas psicométricas, algunas de ellas están relacionadas con la validez, comúnmente definida como *“la capacidad de la prueba para medir lo que se intenta medir”* o lo que es lo mismo en

palabras de Vieytes (2004) y Streiner & Norman (2003), la validez es la capacidad del instrumento para medir aquello para lo que fue construido.

## ■ Validación de contenido de la escala

Se refiere “al grado en que un instrumento refleja un dominio específico del contenido de lo que se quiere medir, se trata de determinar hasta dónde los ítems o reactivos de un instrumento son representativos del universo de contenido de la característica o rasgo que se quiere medir, responde a la pregunta cuán representativo es el comportamiento elegido como muestra del universo que intenta representar” (Corral, 2009).

Para este tipo de análisis se utiliza el llamado JUICIO DE EXPERTO, concretamente en nuestro análisis utilizamos la técnica de consenso Delphi. Este método se basa en realizar rondas sucesivas entre especialistas, sobre las cuestiones planteadas. Este proceso puede continuar hasta que se logra un grado suficiente de acuerdo que ofrezca claridad y síntesis sobre el tema tratado (Berman et al., 2007).

Se realizó dos tipos de análisis:

**1.** En primer lugar se estudió la distribución de las puntuaciones en cuanto a la **opinión sobre la frecuencia de cada ítem**, para ello entre las medidas centrales se eligió la **mediana**; ya que la mediana es el número que se encuentra en medio de un conjunto de números, es decir, la mitad de los números es mayor que la mediana y la otra mitad es menor, teniendo en cuenta que si la cantidad de números en el conjunto es par, se calcula el promedio de los números centrales.

**2.** Y en segundo lugar la selección de los ítems se estableció mediante dos criterios:

**2.1.** Los ítems aportados por los panelistas en primera ronda del panel se seleccionaron según criterios de inclusión y criterios de exclusión a los que denominamos “criterios de ajuste”:

- **Criterios de inclusión:** ítems susceptibles de comprobar su pertinencia en la escala en construcción, correspondiendo con los siguientes:
  - **Frecuencia:** propuesto al menos en dos ocasiones.
  - **Adecuación:** aspecto en relación a la necesidad o bloque de cuidados, no tenido en cuenta en la fase de construcción de la versión preliminar y que podían enriquecer la herramienta.
- **Criterio de exclusión:**
  - **Presentar defecto de forma:** no nos permitía identificar el resultado a valorar. Bien por carecer de código de referencia o bien, por no estar bien referenciado según la fuente bibliográfica Moorhead et al., (2009) y Bulechek et al., (2009).

**2.2.** Para el resto de ítems aportados en la primera ronda de validación, se seleccionaron según **idoneidad por su frecuencia en la práctica diaria y nivel de acuerdo** entre panelistas. Se evaluó el grado de acuerdo entre expertos, para ello se calculó los cuartiles En este sentido y combinando “ACUERDO” + “FRECUENCIA” seguimos la propuesta metodológica para evaluar los estudios Delphi de Engels & Kennedy (2007). Esta función permite establecer un umbral de aceptación tomándose también como medida de dispersión del acuerdo, la existencia de un rango intercuartílico mayor de 3.

- Entendiéndose que hay acuerdo cuando se coincidió al menos en el 75% de los panelistas (p75); con valor entre 1 y 3 (ambos inclusive).
- Se descartaron los ítems con criterio de idoneidad por debajo de 3 (entre 3 y 4) y con acuerdo parcial (p25-p75) o desacuerdo (<p25).
- Y pasaron a una siguiente ronda por no consenso, en los que hubo un acuerdo (>75) pero con rango de 4 o 5; acuerdo parcial en la franja de p25-p75 con rango (1, 2, 3) y desacuerdo en p0-p25 con rango 1, 2 o 3.

**Tabla 4.31 CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE ÍTEMS EN PRIMERA RONDA DE VALIDACIÓN DE CONTENIDO.** Fuente: Engels & Kennedy (2007)

CRITERIOS	Acuerdo (>p75)	Acuerdo parcial (p25-p75)	Desacuerdo (<p25)
<b>Frecuente (1-2)</b>	Ítem seleccionado	Nueva ronda	Nueva ronda
<b>Ocasional (3)</b>	Ítem seleccionado	Nueva ronda	Nueva ronda
<b>Raro (4-5)</b>	Nueva ronda	ítem descartado	ítem descartado

**2.3.** Para la selección de los ítems en el segundo panel Delphi, los criterios fueron más taxativos: El valor máximo de dispersión fue de 3 sobre 5. Si el valor estaba por debajo de ese valor en la mediana o en el Percentil 75 aceptábamos el ítem. Si se encontraba entre 3-4 lo revisábamos y si estaba por encima de 5 o en el percentil 75 lo rechazábamos. Si el valor estaba por debajo de un rango intercuartílico menor de 3 independientemente de su percentil pasaba a tercera ronda Delphi.

**Tabla 4.32 CRITERIOS DE SELECCIÓN ÍTEMS SEGUNDA RONDA PANEL DELPHI**

MEDIANA ó P75	RI<3 (CONSENSO)	RI>=3 (DISENSO)
<b>1-2,3</b>	ITEM ACEPTADO	3ª RONDA
<b>3-4</b>	3ª RONDA	3ª RONDA
<b>4-5</b>	ITEM ELIMINADO	3ª RONDA

**2.4.** Y en la tercera ronda además del análisis cualitativo, los criterios de selección cuantitativos de los ítems fueron aún más restrictivos que en las anteriores rondas, y se ajustaron a los siguientes: Percentil 75<4 y Rango Intercuartílico <3

## **Validez de constructo de la escala**

La validez de constructo muestra si el instrumento, refleja la naturaleza del concepto o “constructo” que se pretende medir (Cronbach, 1990), es decir, es útil para identificar patrones capaces de ver el comportamiento de una variable o lo que es lo mismo busca detectar variables latentes en el instrumento.

Según Harman (1976) cit of Alarcón y Muñoz (2008), la prueba utilizada será el **análisis factorial**, ya que puede identificar la cantidad de constructos o factores que

existen en el test, y la medida en que cada ítem está relacionado con cada factor. Este análisis puede ser exploratorio o confirmatorio, en su forma exploratoria origina una idea de cuáles y cuántas son las dimensiones que conforma el constructo del instrumento que estamos analizando.

Por ello, para el estudio de la validez de constructo se realizó el análisis de factores, justificándose su realización mediante varios criterios como la prueba de esfericidad de Barlett y de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). Se realizó un análisis de discriminabilidad de los ítems mediante la frecuencia de endose, y un análisis factorial exploratorio por componentes principales rotación Varimax y gráficos de sedimentación y en ocasiones de componentes en espacio rotado.

## ■ Validez de criterio de la escala

La validez de criterio mide la concordancia entre los resultados de la medida del instrumento y los resultados de la medida realizada mediante un criterio o patrón de referencia (*gold standard*) de lo que se quiere medir. Se considera que existe validez de criterio concurrente cuando la correlación de la medida con el patrón oro sea de al menos el 0,70 (Guirao-Goris, Cabrero-García, Moreno Pina & Muñoz-Mendoza, 2009).

Según Nunnally Jum (1978) en clínica es común predecir la conducta de un instrumento mediante la comparativa con un *gold Standard*, de modo que si la correlación es alta, la medida es válida, es lo que también denominamos validez concurrente. Aunque no siempre es posible contar con ese patrón de oro, por lo que es necesario contrastar los resultados bajo otros criterios o tipos de validez (Junniper, Guyantt & Feeny, 1996).

En nuestro estudio realizamos una validez convergente y comparamos nuestro instrumento con el test de Barthel (ANEXO 14), que evalúa 10 actividades de la vida diaria de las personas. La puntuación oscila entre 0 y 100, de manera que la

dependencia es leve cuando la puntuación está comprendida entre 91-99 puntos, moderada entre 61-90 puntos, severa o grave entre 21-60 puntos y total si resulta menor de 20 puntos.

Como medida de Asociación para contrastar la hipótesis de que las medias eran iguales, se utilizó el ANOVA de un factor. Este procedimiento es el equivalente a la *t de Student* para más de dos muestras, es decir, realiza una comparación de medias en variables cuantitativas para más de dos grupos casos (cada una de las dimensiones de la Escala); de manera que si el nivel de significación es menor de 0,05, se rechaza la hipótesis de igualdad de las varianzas (Álvarez Cáceres, 2007).

Para garantizar la calidad del procedimiento estadístico utilizado en las pruebas de hipótesis realizamos la homogeneidad de las varianzas u homogeneidad del ANOVA. Para este cálculo descartamos la prueba de Bartlett al ser muy sensible a los alejamientos del supuesto de normalidad (Montgomery 2002 citado por Correa, Iral & Rojas, 2006); y nos decantamos por la prueba de Levene.

Con el ANOVA analizamos (Martínez González, Sánchez-Villegas & Faulín Fajardo, 2006) calculamos la dispersión de la media de cada dimensión o necesidad respecto a la media total (suma de cuadrados intergrupos) y la dispersión de la media de cada uno de sus ítems respecto a la media de su grupo.

En último lugar, analizamos la F, o F de Fisher-Snedecor<sup>85</sup> (cociente entre las varianzas inter e intragrupo), para conocer si el efecto observado podía ser o no explicado por el azar (error aleatorio). Si al contrastar la hipótesis principal se rechaza la hipótesis nula, hay que dilucidar entre qué medias hay diferencias estadísticamente significativas (Díaz de Santos, 2007).

A la vista de esta heterogeneidad, el ANOVA no se realizó mediante la prueba F, sino con pruebas robustas de igualdad de medias, como los estadísticos de Welch y

---

<sup>85</sup>  $F$  (grados de libertad intergrupos / grados de libertad intragrupos)



Brown-Forsythe, los cuales, mostraron que efectivamente, las diferencias de medias eran significativas.

En nuestra investigación sólo fue posible realizar comparaciones con posterioridad a la recogida de los datos (post hoc), en este caso se hace necesario *penalizar* de alguna manera el valor original de  $p$  en las comparaciones 2 a 2, para de este modo protegernos del denominado error tipo I<sup>86</sup>.

Se llevó a cabo un análisis post-hoc mediante prueba de Games-Howell, que no asume varianzas poblacionales iguales.

---

<sup>86</sup> El Error tipo I: Se produce cuando se rechaza la hipótesis nula cuando es verdadera, es decir cuando los resultados indican que hay una diferencia significativa y en realidad no la hay. Mientras que el Error tipo II: Se produce cuando se considera verdadera la hipótesis nula, pero es falsa y suelen estar provocados por defectos en los métodos de investigación. (Burns & Grove, 2004)

## **V. RESULTADOS**



## V. RESULTADOS

Los resultados obtenidos responden a los objetivos fijados y se corresponden con cada una de las etapas de la investigación.

### 5.1. RESULTADOS DE LA ETAPA I: VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE LA VERSIÓN PRELIMINAR: CONSTRUCCIÓN DE LA VERSIÓN eNDEC-PH.

Como comentamos, la metodología empleada para la validación de contenido se desarrolló mediante técnica delphi ejecutada on-line con la plataforma SurveyMonkey®.

El instrumento a validar (versión preliminar) constó de 113 indicadores de resultados (NOC) y 51 intervenciones (NIC) (**ANEXO 3**). Y pedíamos a los especialistas del panel, sus valoraciones en relación al *“nivel de acuerdo en cuanto a la capacidad de los indicadores de resultados (NOC) sugeridos para describir cada una de las Necesidades del Modelo Conceptual de Virginia Henderson e idoneidad de las intervenciones (NIC) por su frecuencia en la práctica diaria”* en base a una escala liker.

La puntuación otorgada siguió una regla inversa, es decir, a menor puntuación mayor nivel de acuerdo o mayor capacidad descriptiva del indicador o intervención, la regla fue la siguiente: 1: Totalmente adecuado, 2: Muy adecuado, 3: Adecuado, 4: Poco adecuado, 5: No adecuado. Seleccionando finalmente los ítems en función de los criterios de Engels y Kennedy (2007) (ver tabla 4.28).

En este panel, **se necesitaron tres rondas** para la validación de versión preliminar obteniéndose finalmente la versión eNDEC-PH (**ANEXO 6**).

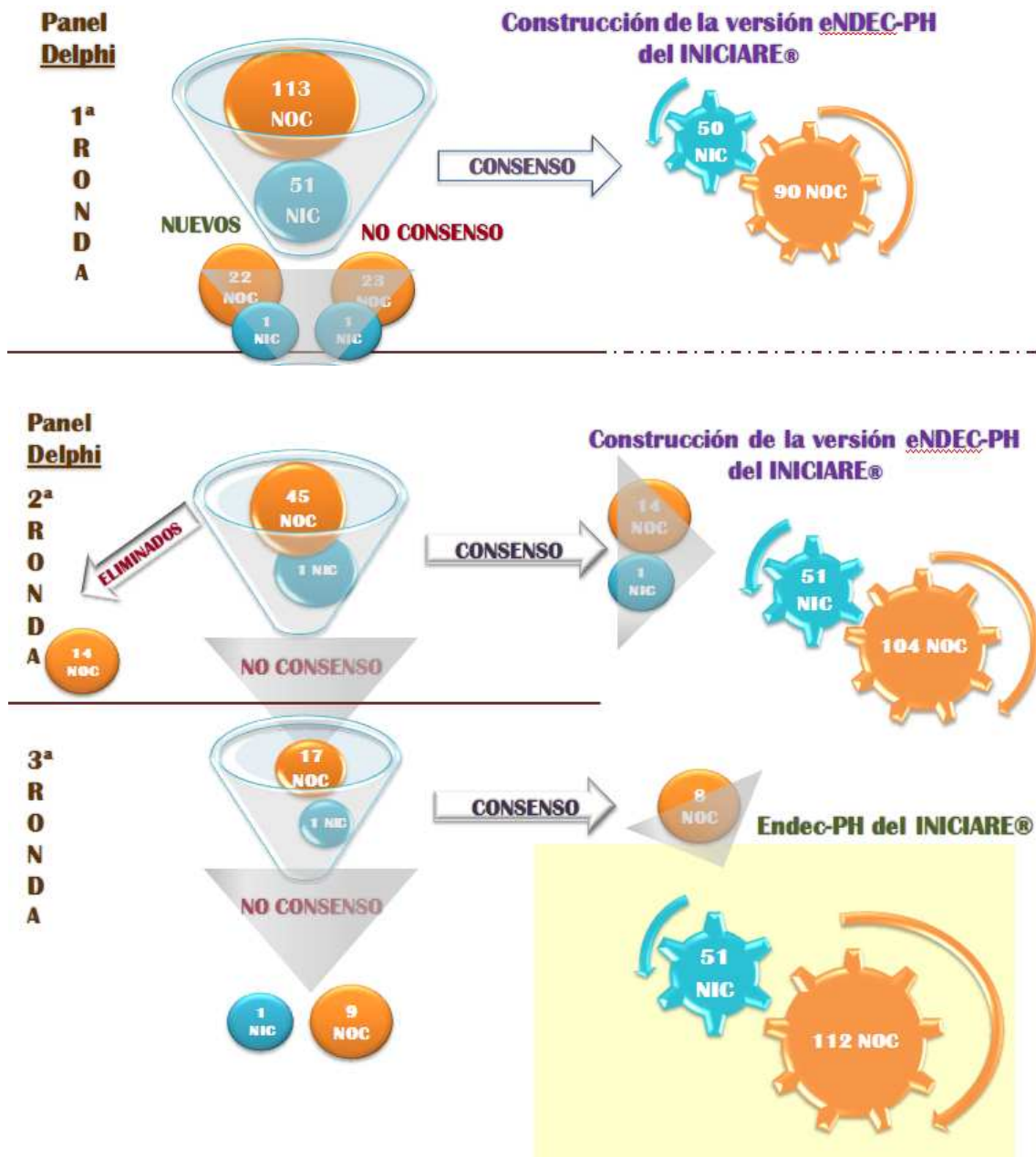


Fig. 5. 1 Dinámica de ítems en la validación de contenido de la versión preliminar de la escala INICIARE®, para la obtención de la versión eNDEC-PH

### 5.1.1. DESCRIPTIVO DEL PERFIL DEL PANELISTA QUE PARTICIPÓ EN EL ESTUDIO DE VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN PRELIMINAR

El perfil del experto que participó en el panel fue predominantemente mujer y diplomada. Su rango de edad fue amplio (entre 26 y 55 años), siendo el año medio de graduación 1990, que podría corresponder con una edad media de 40 años.

De forma preferente, su dedicación profesional actual<sup>87</sup> era la docencia e investigación para ambos sexos, seguida de la clínica en cuidados especiales. Y residía principalmente y por este orden, en las provincias de Jaén y Sevilla.

Tabla 5. 1 DESCRIPTIVO DEL PERFIL DEL PANELISTA				
		HOMBRE	MUJER	
		$\bar{X}$ (IC 95%) / N (%)	$\bar{X}$ (IC 95%) / N (%)	p
<b>SEXO</b>		9 (41%)	13 (59%)	
<b>AÑO DE GRADUACIÓN</b>		1990(1979-2006)	1989,5(1976-2003)	0,57
<b>NIVEL ACADÉMICO</b>	<b>Diplomado/a</b>	5(22,7%)	9 (41%)	0,93
	<b>Licenciado/a</b>	2 (9%)	2 (9%)	
	<b>Máster</b>	1(4,5%)	1 (4,5%)	
	<b>Doctor/a</b>	1 (4,5%)	1 (4,5%)	
<b>EDAD</b>	<b>&lt;25</b>	1 (4,5%)	0 (0%)	0,54
	<b>26-35</b>	2 (9%)	5 (22,7%)	
	<b>36-45</b>	3 (13,6%)	3 (13,6%)	
	<b>46-55</b>	3 (13,6%)	5 (22,7%)	
<b>DEDICACIÓN PROFESIONAL ACTUAL</b>	<b>Clínica Cuidados Especiales</b>	3(13,6)	3(13,6)	0,82
	<b>Clínica Hospitalización</b>	0 (0%)	2 (9%)	
	<b>Docencia e Investigación</b>	4 (18,2%)	6 (27,3%)	
	<b>Gestión</b>	2 (9%)	2 (9%)	

<sup>87</sup> No se han podido calcular los datos referidos a la "dedicación del/de la panelista" en los últimos 10 años, por falta de implementación de este apartado, con valores perdidos en el sistema de hasta más del 50%.

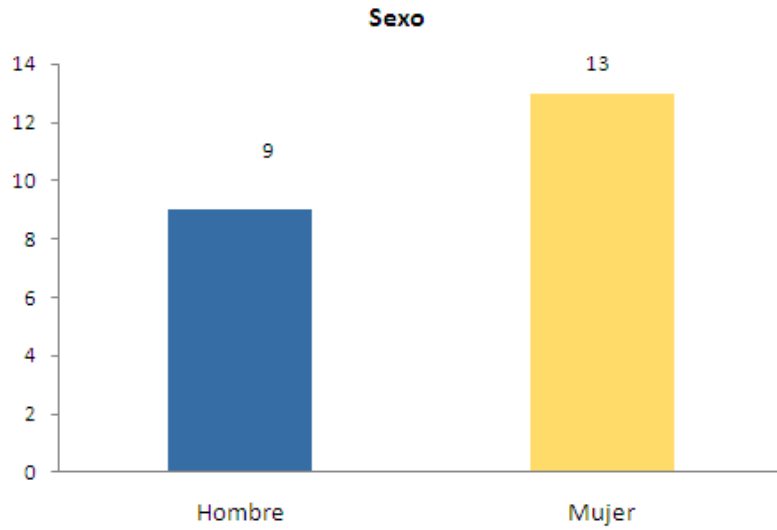


Gráfico 5. 1 Sexo del experto del panel Delphi, para la validación de la versión preliminar

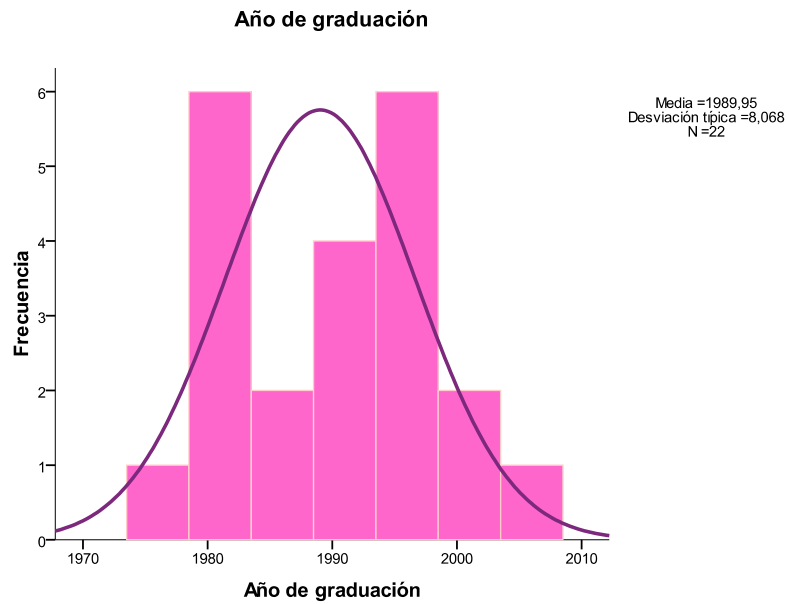


Gráfico 5. 2 Año de graduación del experto y experta del panel Delphi, para la validación de la versión preliminar

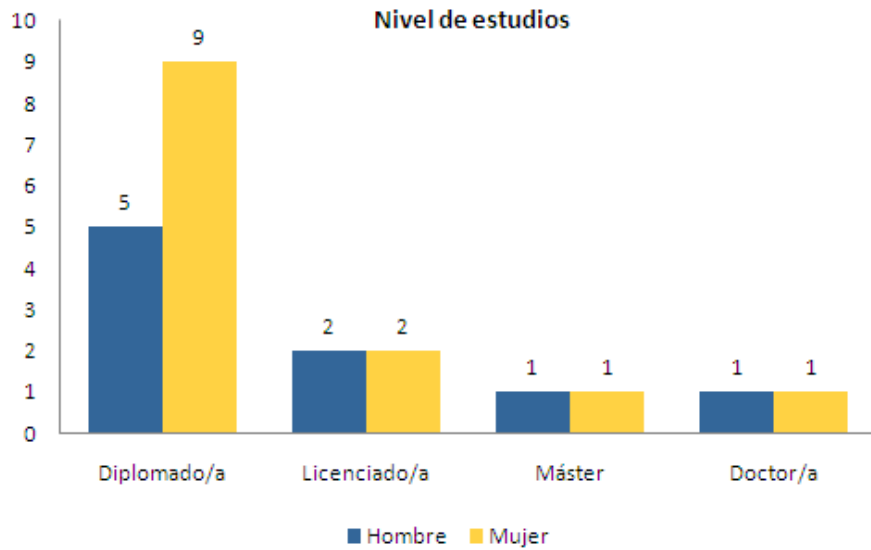


Gráfico 5. 3 Nivel académico máximo alcanzado por el experto y experta del panel Delphi, para la validación de la versión preliminar

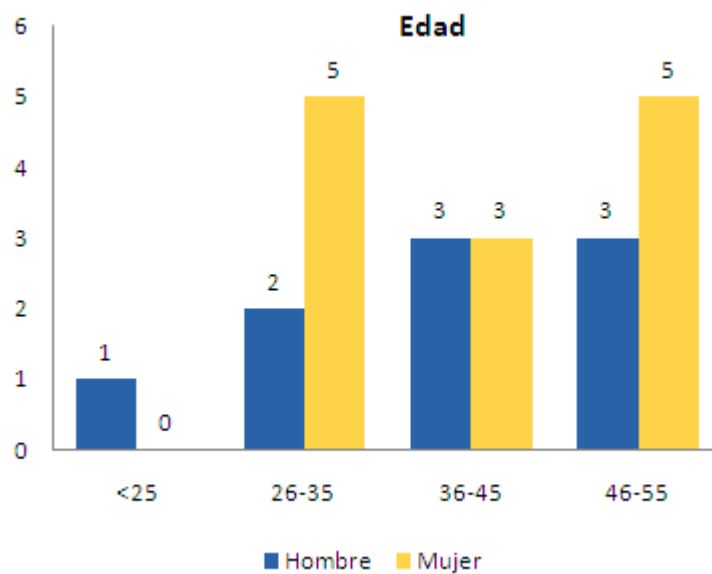


Gráfico 5. 4 Edad media del experto y experta del panel Delphi, para la validación de la versión preliminar



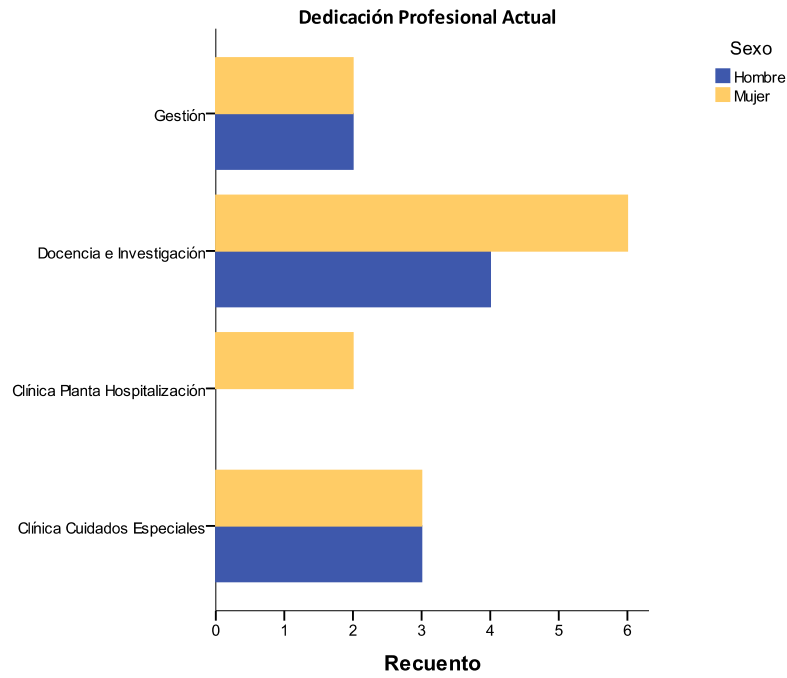


Gráfico 5. 5 Dedicación profesional actual del experto y experta del panel Delphi, para la validación de la versión preliminar



Gráfico 5. 6 Área asistencial del experto y experta del panel Delphi, para la validación de la versión preliminar cuando profesionalmente se dedicaba a la Práctica Clínica

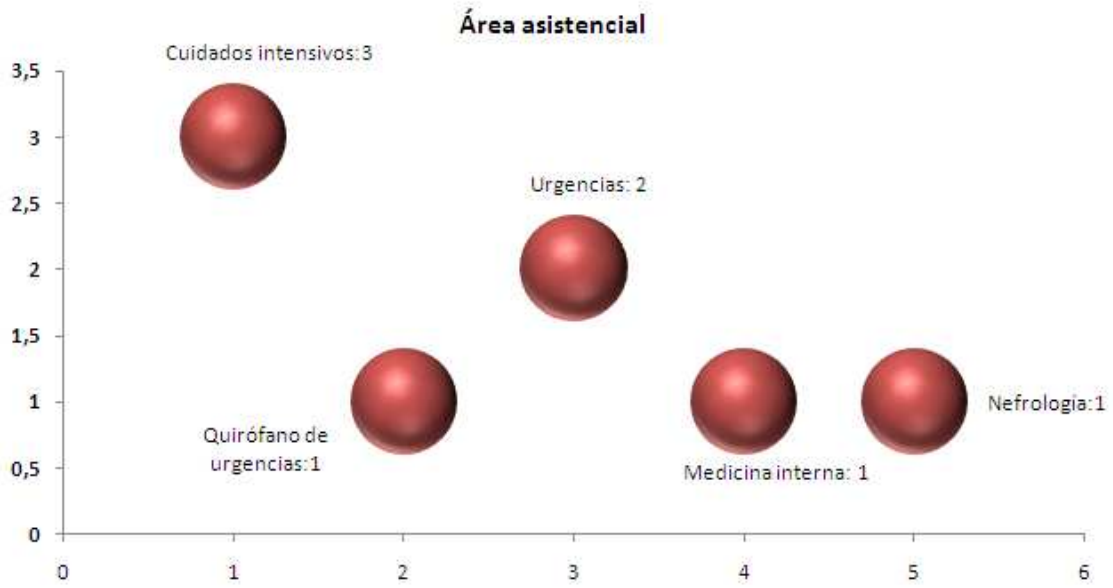


Gráfico 5. 7 Área asistencial del experto y experta del panel Delphi para la validación de la versión preliminar cuando profesionalmente se dedicaban a la práctica clínica

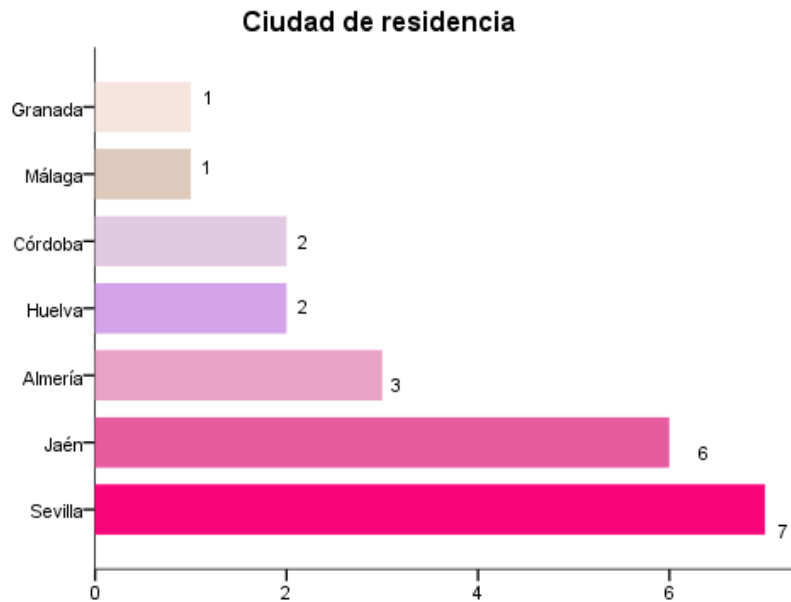


Gráfico 5. 8 Ciudad de residencia habitual del experto y experta del panel Delphi para la validación de la versión preliminar

## 5.1.2. RESULTADOS DE LA PRIMERA RONDA DEL PANEL DELPHI PARA LA VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN PRELIMINAR Y OBTENCIÓN DE LA VERSIÓN ENDEC-PH.

Por un lado presentamos los resultados de esta primera ronda referentes a las valoraciones sobre los ítems de la versión preliminar donde se aplicaron los criterios de Engels & Kennedy (2007) (tabla 4. 31) y por otro los resultados sobre los ítems aportados por los expertos y expertas sobre los que se aplicó los “criterios de ajuste”.

En las siguientes tablas (tabla 5.2 y tabla 5.3), se muestran los resultados en función de las puntuaciones obtenidas tras esta primera ronda de validación en relación a los indicadores NOC e intervenciones NIC.

Tabla 5. 2 INDICADORES NOC PROPUESTOS EN 1ª RONDA DE VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN PRELIMINAR			PERCENTILES			90 (79,64%)	23 (20,36%)	
		Nº panelistas	Perdidos	25	50	75	Seleccionados	Nueva ronda
<b>1. NECESIDAD DE RESPIRACIÓN</b>								
1	040216 Deterioro cognitivo	22	0	1,3	2	3	1	0
2	040206 Cianosis	22	0	1	1	1	1	0
3	041004 Frecuencia respiratoria	22	0	1	1	1	1	0
4	040002 Frecuencia cardiaca	22	0	1	2	3	1	0
5	040302 Ritmo respiratorio	22	0	1	1	2	1	0
6	040101 Presión arterial sistólica	22	0	2	3	4	0	1
7	040102 Presión arterial diastólica	22	0	2,3	3	4	0	1
8	041012 Capacidad d eliminar secreciones	22	0	1	1	2	1	0
9	041002 Ansiedad	22	0	2	2	3	1	0
<b>2. NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN</b>								
10	030303 Maneja utensilios	22	0	1	2	3	1	0
11	100801 Ingestión alimentaria oral	22	0	1	1	1	1	0
12	100802 Ingestión alimentaria por sonda	22	0	1	1	2	1	0
13	100804 Administración de líquidos I.V.	22	0	1	2	3	1	0
14	100805 Administración de líquidos con nutrición parenteral total	22	0	1	2	3	1	0
15	101016 Acepta la comida	22	0	1	1	3	1	0
16	101004 Capacidad de masticación	22	0	1	1	2	1	0
17	101012 Atragantamiento, tos o náuseas	22	0	1	2	2	1	0
18	101406 Ingesta de alimentos	22	0	1	1	3	1	0
19	011301 Masa corporal media	22	0	1	2	4	0	1
20	210607 Alteración del estado nutricional	22	0	1	3	3	1	0
21	060107 Entradas y salidas diarias equilibradas	22	0	1	2	3	1	0
<b>3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN</b>								
22	050002 Mantiene el control de la eliminación de heces	22	0	1	1	1	1	0

23	050004	Diarrea	22	0	1	2	2	1	0
24	050005	Estreñimiento	22	0	1	1	2	1	0
25	050101	Patrón de eliminación fecal	22	0	1	1	2	1	0
26	060211	Diuresis	22	0	1	1	2	1	0
27	050301	Patrón de eliminación (urinario)	22	0	1	1	2	1	0
28	050312	Incontinencia urinaria	22	0	1	1	2	1	0
29	050401	Ingesta adecuada de líquidos	22	0	1	2	3	1	0
30	031001	Reconoce y responde a la repleción vesical	22	0	1	2	3	1	0
31	031013	Entra y sale del servicio	22	0	1	3	4	0	1
<b>4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER LA POSICIÓN CORPORAL</b>									
32	020002	Camina con marcha eficaz	22	0	1	1	2	1	0
33	020401	Úlceras por presión	22	0	1	2	3	1	0
34	020412	Tono muscular	22	0	1	2	3	1	0
35	021101	Integridad ósea	22	0	2	3	3	1	0
36	030609	Realiza las tareas del hogar	22	0	1	3	4	0	1
37	020814	Se mueve con facilidad	22	0	1	1	3	1	0
38	020802	Mantenimiento de la posición corporal	22	0	1	1	2	1	0
39	020803	Movimiento muscular	22	0	1	3	4	0	1
40	020804	Movimiento articular	22	0	1	3	4	0	1
<b>5. NECESIDAD DE REPOSO – SUEÑO</b>									
41	000303	Calidad del descanso	22	0	1	1	3	1	0
42	000202	Siestas en el rango esperado	22	0	2	3	4	0	1
43	000201	Equilibrio entre actividad y descanso	22	0	1	2	2	1	0
44	121101	Desasosiego	22	0	2	3	4	0	1
45	121129	Trastorno de los patrones del sueño	22	0	1	1	2	1	0
46	210201	Dolor referido	22	0	1	2	2	1	0
47	210204	Duración de los episodios de dolor	22	0	1	2	4	0	1
48	000404	Calidad del sueño	22	0	1	1	2	1	0
<b>6. NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE</b>									
49	030201	Escoge la ropa	22	0	1	3	4	0	1
50	030204	Se pone la ropa en la parte superior del cuerpo	22	0	1	1	3	1	0
51	030205	Se pone la ropa en la parte inferior del cuerpo	22	0	1	1	3	1	0
52	030210	Se pone los zapatos	22	0	1	1	3	1	0
53	030211	Se quita la ropa	22	0	1	1	2	1	0
<b>7. MANTENER LA TEMPERATURA</b>									
54	080001	Temperatura cutánea aumentada	22	0	1	2	3	1	0
55	080201	Temperatura corporal	22	0	1	1	2	1	0
56	080007	Cambios de coloración cutánea	22	0	1	2	3	1	0
57	080012	Frecuencia del pulso radial	22	0	2	3	3	1	0
58	080015	Comodidad térmica referida	22	0	1	2	3	1	0
<b>8. HIGIENE E INTEGRIDAD DE PIEL Y MUCOSAS</b>									
59	030006	Higiene	22	0	1	1	2	1	0
60	030006	Higiene bucal	22	0	1	1	3	1	0
61	030109	Se baña en la ducha	22	0	1	2	4	0	1
62	003011	Seca el cuerpo	22	0	2	3	4	0	1
63	030514	Mantiene una apariencia pulcra	22	0	1	3	4	0	1
64	110102	Sensibilidad	22	0	1	2	3	1	0
65	110104	Hidratación	22	0	1	1	2	1	0
66	110111	Perfusión tisular	22	0	1	3	4	0	1
67	110113	Integridad de la piel	22	0	1	1	1	1	0

9. EVITAR PELIGROS								
68	011318 Memoria	22	0	1	2	3	1	0
69	030617 Controla su propia medicación no parenteral	22	0	1	1	2	1	0
70	090901 Conciencia	22	0	1	1	2	1	0
71	170401 Percepción de amenaza para la Salud	22	0	1	2	3	1	0
72	190201 Reconoce factores de riesgo	22	0	1	1	2	1	0
73	191107 Uso correcto de dispositivos de ayuda	22	0	1	1	3	1	0
74	191119 Evitar conductas de alto riesgo	22	0	1	1	2	1	0
75	250807 Apoyo del profesional sanitario	22	0	2	3	4	0	1
76	250811 La familia comparte las responsabilidades de los cuidados	22	0	1	2	3	1	0
77	250809 Rol del cuidador	22	0	1	2	3	1	0
10. COMUNICARSE Y RELACIONARSE								
78	090014 Comunicación clara según la edad	22	0	1	1	2	1	0
79	090003 Atiende	22	0	1	2	3	1	0
80	090205 Utiliza el lenguaje no verbal	22	0	1	2	2	1	0
81	090210 Interpretación exacta de los mensajes recibidos	22	0	1	2	3	1	0
82	000907 Verbaliza un mensaje coherente	22	0	1	2	3	1	0
83	090802 Recuerda información reciente de forma precisa	22	0	1	3	3	1	0
84	120402 Muestra un estado de ánimo sereno	22	0	1	2	4	0	1
85	221001 Relación mutuamente satisfactoria entre el cuidador familiar y el destinatario de los cuidados	22	0	1	2	3	1	0
11. NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES								
86	160902 Cumple el régimen terapéutico recomendado	22	0	1	1	2	1	0
87	170202 Implicación requerida en decisiones sobre la salud	22	0	1	2	3	1	0
88	170404 Preocupación sobre enfermedad o lesión	22	0	1	1	2	1	0
89	170411 Impacto percibido sobre el estilo de vida futuro	22	0	1	2	3	1	0
90	200011 Satisfacción con el estado de ánimo general	22	0	2	3	4	0	1
12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE								
91	010001 Realización de la rutina habitual	22	0	1	2	3	1	0
92	120502 Aceptación de las propias limitaciones	22	0	1	2	2	1	0
93	120508 Cumplimiento de los roles significativos personales	22	0	1	2	3	1	0
94	120801 Estado de ánimo deprimido	22	0	1	2	3	1	0
95	130208 Se adapta a los cambios en desarrollo	22	0	1	1	3	1	0
96	130501 Establecimiento de objetivos realistas	22	0	1	2	2	1	0
97	130502 Mantenimiento de la autoestima	22	0	1	1	2	1	0
98	120007 Adaptación a cambios en el aspecto físico	22	0	1	2	3	1	0
13. NECESIDAD DE OCIO Y ACTIVIDADES RECREATIVAS								
99	160403 Uso de habilidades sociales de interacción apropiadas	22	0	1	1	3	1	0
100	160404 Refiere relajación con las actividades de ocio	22	0	1	2	4	0	1
101	160407 Identificación de opciones recreativas	22	0	1	2	4	0	1
102	160413 Disfruta de actividades de ocio	22	0	1	1	3	1	0
14. NECESIDAD DE APRENDER								

103	130221 Busca información acreditada sobre el tratamiento	22	0	1	1	2	1	0
104	160001 Pregunta cuestiones	22	0	1	1	2	1	0
105	160601 Reivindica la responsabilidad de tomar decisiones	22	0	1	2	3	1	0
106	160902 Cumple el régimen terapéutico recomendado	22	0	1	2	3	1	0
107	160913 Altera las funciones del rol para cumplir los requerimientos terapéuticos	22	0	1	2	4	0	1
108	160007 Proporciona razones para adoptar una pauta	22	0	1	2	4	0	1
109	160008 Refiere el uso de estrategias para eliminar una conducta insalubre	22	0	1	2	3	1	0
110	180515 Descripción de los servicios de fomento y protección de la salud	22	0	1	2	4	0	1
111	220201 Voluntad de asumir el papel de cuidador familiar	22	0	1	2	3	1	0
112	182402 Proceso específico de la enfermedad	22	0	1	2	3	1	0
113	182408 Régimen terapéutico	22	0	1	2	3	1	0

Tabla 5. 3 INTERVENCIONES NIC PROPUESTAS EN 1ª RONDA DE VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN PRELIMINAR		Nº panelistas	Perdidos	PERCENTILES			50 (98,03%)	1 (1,97%)
				25	50	75	Seleccionado	nueva ronda
<b>1. CUIDADOS GENERALES</b>								
1	6680 Monitorización de los signos vitales	22	0	1	1	1	1	0
2	6540 Control de infecciones	22	0	1	1	2	1	0
3	7310 Cuidados de enfermería al ingreso	22	0	1	1	2	1	0
4	7560 Facilitar las visitas	22	0	1	2	3	1	0
5	7370 Planificación del alta	22	0	1	1	2	1	0
6	6490 Prevención de caídas	22	0	1	1	2	1	0
7	0960 Transporte: dentro de la instalación	22	0	1	2	3	1	0
8	6650 Vigilancia	22	0	1	1	2	1	0
9	5610 Enseñanza: prequirúrgica	22	0	1	2	3	1	0
10	1570 Manejo del vómito	22	0	1	2	3	1	0
11	2930 Preparación quirúrgica	22	0	1	2	2	1	0
12	0940 Cuidados de tracción/inmovilización	22	0	1	2	3	1	0
<b>2. CUIDADOS PSICOSOCIALES</b>								
13	5250 Apoyo en la toma de decisiones	22	0	1	2	3	1	0
14	5230 Aumentar el afrontamiento	22	0	1	2	4	0	1
15	5820 Disminución de la ansiedad	22	0	1	1	2,25	1	0
16	5900 Distracción	22	0	2	2	3,25	1	0
17	5520 Facilitar el aprendizaje	22	0	1	2	3	1	0
18	5290 Facilitar el duelo	22	0	1	2	3,25	1	0
19	5400 Potenciación de la autoestima	22	0	1	2	3	1	0
<b>3. CUIDADOS DE LA PIEL</b>								
20	0840 Cambio de posición	22	0	1	1	2	1	0
21	3660 Cuidados de las heridas	22	0	1	1	1	1	0
22	3662 Cuidados de las heridas: drenaje cerrado	22	0	1	1	2	1	0
23	3584 Cuidados de la piel: tratamiento tópico	22	0	1	2	2	1	0
24	3440 Cuidados del sitio de incisión	22	0	1	1	2	1	0
25	3520 Cuidados de las úlceras por presión	22	0	1	1	1	1	0
<b>4. CUIDADOS DE CATÉTERES Y DRENAJES</b>								

26	1876 Cuidados del catéter urinario	22	1	1	2	1	0	1
27	1872 Cuidados del drenaje torácico	22	1	2	3	1	0	1
28	0480 Cuidados de la ostomía	22	1	2	2	1	0	1
29	1874 Cuidados de la sonda gastrointestinal	22	1	1	2	1	0	1
30	2440 Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV)	22	1	1	1	1	0	1
<b>5. CUIDADOS PARA EL MANEJO Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS</b>								
31	2301 Administración de medicación: enteral	22	0	1	1	2	1	0
32	2313 Administración de medicación: intramuscular (i.m)	22	0	1	1	2	1	0
33	2314 Administración de medicación: intravenosa (i.v)	22	0	1	1	1	1	0
34	2304 Administración de medicación: oral	22	0	1	1	2	1	0
35	4030 Administración de productos sanguíneos	22	0	1	1	3	1	0
36	5616 Enseñanza: medicamentos prescritos	22	0	1	1	3	1	0
37	6410 Manejo de la alergia	22	0	1	2	3	1	0
38	1400 Manejo del dolor	22	0	1	1	1	1	0
<b>6. CUIDADOS PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS</b>								
39	7610 Análisis de laboratorio a pie de cama	22	0	1	3	4	1	0
40	7680 Ayuda en la exploración	22	0	1	1	3	1	0
41	7710 Colaboración con el médico	22	0	1	1	3	1	0
42	4235 Flebotomía: vía canalizada	22	0	1	1	3	1	0
43	4232 Flebotomía: muestra de sangre arterial	22	0	1	1	2	1	0
44	4238 Flebotomía: muestra de sangre venosa	22	0	1	2	3	1	0
45	7690 Interpretación de datos de laboratorio	22	0	1	1	2	1	0
46	7820 Manejo de muestras	22	0	1	2	3	1	0
<b>7. CUIDADOS EN SITUACIONES CRÍTICAS</b>								
47	6200 Cuidados en la emergencia	22	0	1	1	1	1	0
48	3120 Intubación y estabilización de vías aéreas	22	0	1	2	3	1	0
49	3180 Manejo de las vías aéreas artificiales	22	0	1	1	2	1	0
50	4250 Manejo del shock	22	0	1	2	3	1	0
51	3300 Manejo de la ventilación mecánica: invasiva	22	0	1	2	3	1	0

A continuación, vamos a ir exponiendo los resultados en relación a las frecuencias de los indicadores NOC por necesidades y frecuencia de las intervenciones por bloques de cuidados y criterios de inclusión y exclusión de ítems.

### 5.1.2.1. Resultados de los indicadores (NOC) por Necesidades

#### 1. Necesidad de respirar

La tabla de frecuencias de los ítems planteados en la primera ronda de validación para la necesidad de respirar, fue la siguiente:

Tabla 5. 4 FRECUENCIAS DE LOS INDICADORES DE RESULTADOS (NOC) PROPUESTOS en PRIMERA RONDA DE VALIDACIÓN DEL PANEL DELPHI: NECESIDAD DE RESPIRAR					
	Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>1 040216 Deterioro cognitivo</b>	Totalmente adecuado	6	27,3	27,3	27,3
	Muy adecuado	7	31,8	31,8	59,1
	Adecuado	6	27,3	27,3	86,4
	Poco adecuado	3	13,6	13,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>2 40206 Cianosis</b>	Totalmente adecuado	17	77,3	77,3	77,3
	Muy adecuado	2	9,1	9,1	86,4
	Adecuado	3	13,6	13,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>3 041004 Frecuencia respiratoria</b>	Totalmente adecuado	18	81,8	81,8	81,8
	Muy adecuado	2	9,1	9,1	90,9
	Adecuado	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>4 040002 Frecuencia cardiaca</b>	Totalmente adecuado	5	22,7	22,7	22,7
	Muy adecuado	8	36,4	36,4	59,1
	Adecuado	6	27,3	27,3	86,4
	Poco adecuado	3	13,6	13,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>5 040302 Ritmo respiratorio</b>	Totalmente adecuado	17	77,3	77,3	77,3
	Muy adecuado	3	13,6	13,6	90,9
	Adecuado	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>6 040101 Presión arterial sistólica</b>	Muy adecuado	7	31,8	31,8	31,8
	Adecuado	9	40,9	40,9	72,7
	Poco adecuado	4	18,2	18,2	90,9
	Inadecuado	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>7 040102 Presión arterial diastólica</b>	Muy adecuado	5	22,7	22,7	22,7
	Adecuado	10	45,5	45,5	68,2
	Poco adecuado	5	22,7	22,7	90,9
	Inadecuado	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>8 041012 Capacidad de eliminar secreciones</b>	Totalmente adecuado	14	63,6	63,6	63,6
	Muy adecuado	5	22,7	22,7	86,4
	Adecuado	3	13,6	13,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>9 041002 Ansiedad</b>	Totalmente adecuado	4	18,2	18,2	18,2
	Muy adecuado	9	40,9	40,9	59,1
	Adecuado	5	22,7	22,7	81,8
	Poco adecuado	3	13,6	13,6	95,5
	Inadecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	



Como se puede apreciar, hubo consenso en todos ellos, salvo en los indicadores 040101 Presión arterial sistólica y 040102 Presión arterial diastólica (ver tabla 4.31), con los siguientes valores en los percentiles:

Tabla 5. 5 INDICADORES DE RESULTADOS (NOC) EN LOS QUE NO HUBO CONSENSO EN PRIMERA RONDA DE VALIDACIÓN: NECESIDAD DE RESPIRAR			
	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75
040101 Presión arterial sistólica	2	3	4
040102 Presión arterial diastólica	2,3	3	4

También se hicieron las siguientes diecinueve propuestas:

- 040203 Disnea en reposo (2/19)\*
- 040204 Disnea de esfuerzo (2/19)\*
- 040310 Ruidos respiratorios patológicos (7/19)\*
- 191411 Busca información sobre los métodos para mantener la salud cardiovascular (1/19)\*
- 040309 Utilización de los músculos accesorios (3/19)\*
- 190611 Cumple las recomendaciones para controlar el consumo de tabaco (1/19)\*
- Gran adherencia del moco (1/19)\*
- 040211 Saturación de Oxígeno (1/19)\*
- Presencia de esputos densos (1/19)\*

**Nota al pié:** \*(número de repeticiones/número total de propuestas)

De las cuales por cumplir *criterios de frecuencia y adecuación*, se incluyeron en la segunda ronda de validación, los indicadores: 040310 Ruidos respiratorios patológicos, 040309 Utilización de músculos accesorios, 040203 Disnea en reposo, 040204 Disnea de esfuerzo, 040211 Saturación de oxígeno y 191411 Busca información sobre los métodos para mantener la salud cardiovascular.

- **Criterio de frecuencia:** Los indicadores bajo este criterio correspondieron con: 040310 Ruidos respiratorios patológicos, 040309 Utilización de músculos accesorios, 040203 Disnea en reposo y 040203 Disnea de esfuerzo.

**040310 Ruidos respiratorios patológicos** fue el indicador que presentó mayor frecuencia (en total 7 propuestas de las 19 totales), siguiéndole **040309 Utilización de músculos accesorios** con 3 propuestas del total. Ambos, pertenecían al resultado 0403 Estado respiratorio: ventilación: definido como *“movimiento de entrada y salida del aire de los pulmones”* que describía el funcionamiento orgánico (*Dominio II: Salud fisiológica*), pertenecientes a la *Clase E: Cardiopulmonar* (Moorhead et al., 2009).

Tanto los indicadores **040203 Disnea en reposo** y **040203 Disnea de esfuerzo**, se propusieron en 2 ocasiones. Ambos pertenecían al resultado 0402 Estado respiratorio: intercambio gaseoso: *“intercambio alveolar de CO<sub>2</sub> y O<sub>2</sub> para mantener las concentraciones de gases arteriales”* que describía el funcionamiento orgánico (*Dominio II: Salud fisiológica*), pertenecientes a la *Clase E: Cardiopulmonar* (Moorhead et al., 2009).

- **Criterio de adecuación:** Se ajustaron a este criterio los indicadores: 040211 Saturación de oxígeno y 191411 Busca información sobre los métodos para mantener la salud cardiovascular:

**040211 Saturación de oxígeno:** Indicador perteneciente al 0402 Estado respiratorio: intercambio gaseoso, definido como *“intercambio alveolar de CO<sub>2</sub> y O<sub>2</sub> para mantener las concentraciones de gases arteriales”* del *Dominio II: Salud fisiológica*, *Clase E: Cardiopulmonar* (Moorhead et al., 2009). Lo consideramos adecuado por la accesibilidad de la medida y la frecuencia con la que las enfermeras lo obtienen en las instituciones sanitarias para la valoración del estado respiratorio del paciente.

**191411 Busca información sobre los métodos para mantener la salud cardiovascular**, que pertenecía al resultado 1914 Control del riesgo: salud cardiovascular que comprendía las *“acciones personales para eliminar o reducir amenazas para la salud cardiovascular”* (Moorhead et al., 2009), de la *Clase T: Control*

*del riesgo y seguridad (“resultados que describen el estado de seguridad y/o las acciones de un individuo para evitar, limitar o controlar las amenazas identificables para la salud) del Dominio IV: Conocimiento y conducta de Salud, que refiere “resultados que describen actitudes, comprensión y acciones con respecto a la salud y la enfermedad”.* Pensamos que era apropiado por que abarcaba un Dominio que no fue propuesto en la primera ronda para esta necesidad, por lo tanto creíamos adecuado someterlo a consenso en la segunda ronda del panel.

Sin embargo, fueron excluidos de un segundo panel los ítems: “190611 Cumple las recomendaciones para controlar el consumo de tabaco”, “gran adherencia del moco” y “presencia de esputos densos”.

- **Defecto de forma:** las propuestas “**gran adherencia del moco**” y “**presencia de esputos densos**”, no nos permitieron identificar el resultado a valorar, puesto que no poseían código de referencia.

- **Otras causas de exclusión:** Decidimos excluir el indicador **190611 Cumple las recomendaciones para controlar el consumo de tabaco**, que pertenecía al resultado *1906 Control del riesgo: consumo de tabaco: acciones personales para prevenir, eliminar o reducir el consumo de tabaco*. (Moorhead et al., 2009); puesto que contábamos con un indicador más general *190201 Reconoce los factores de riesgo* y por tanto más extensible.

**Finalmente los indicadores para ser validados en un segundo panel fueron los siguientes:**

- ♣ 040101 Presión arterial sistólica.
- ♣ 040102 Presión arterial diastólica.
- ♣ 040310 Ruidos respiratorios patológicos.
- ♣ 040309 Utilización de los músculos accesorios.
- ♣ 040203 Disnea en reposo.
- ♣ 040204 Disnea de esfuerzo.
- ♣ 040211 Saturación de oxígeno.

- ♣ 191411 Busca información sobre los métodos para mantener la salud cardiovascular.

## ☑ **2. Necesidad de alimentarse e hidratarse**

La tabla de frecuencias de los ítems planteados en la primera ronda de validación para la necesidad de alimentarse e hidratarse, fue la siguiente:

Tabla 5. 6 FRECUENCIAS DE LOS INDICADORES DE RESULTADOS (NOC) PROPUESTOS en PRIMERA RONDA DE VALIDACIÓN DEL PANEL DELPHI: NECESIDAD DE ALIMENTARSE E HIDRATARSE					
	Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>1 30303 Maneja utensilios</b>	Totalmente adecuado	12	54,5	54,5	54,5
	Muy adecuado	4	18,2	18,2	72,7
	Adecuado	4	18,2	18,2	90,9
	Poco adecuado	1	4,5	4,5	95,5
	Inadecuado	1	4,5	4,5	100,0
<b>2 100801 Ingestión alimentaria oral</b>	Totalmente adecuado	18	81,8	81,8	81,8
	Muy adecuado	3	13,6	13,6	95,5
	Poco adecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>3 100802 Ingestión alimentaria por sonda</b>	Totalmente adecuado	14	63,6	63,6	63,6
	Muy adecuado	5	22,7	22,7	86,4
	Adecuado	3	13,6	13,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>4 100804 Administración de líquidos i.v</b>	Totalmente adecuado	7	31,8	31,8	31,8
	Muy adecuado	5	22,7	22,7	54,5
	Adecuado	7	31,8	31,8	86,4
	Poco adecuado	2	9,1	9,1	95,5
	Inadecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>5 100805 Administración de líquidos con nutrición parenteral total</b>	Totalmente adecuado	8	36,4	36,4	36,4
	Muy adecuado	5	22,7	22,7	59,1
	Adecuado	6	27,3	27,3	86,4
	Poco adecuado	3	13,6	13,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>6 101016 Acepta la comida</b>	Totalmente adecuado	12	54,5	54,5	54,5
	Muy adecuado	6	27,3	27,3	81,8
	Adecuado	3	13,6	13,6	95,5
	Poco adecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>7 101004 Capacidad de masticación</b>	Totalmente adecuado	15	68,2	68,2	68,2
	Muy adecuado	6	27,3	27,3	95,5
	Adecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>8 101012 Atragantamiento, tos o náuseas</b>	Totalmente adecuado	11	50,0	50,0	50,0
	Muy adecuado	8	36,4	36,4	86,4
	Adecuado	2	9,1	9,1	95,5
	Poco adecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>9 101406 Ingesta de alimentos</b>	Totalmente adecuado	13	59,1	59,1	59,1
	Muy adecuado	4	18,2	18,2	77,3
	Adecuado	4	18,2	18,2	95,5
	Poco adecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>10 113012 Masa corporal media</b>	Totalmente adecuado	6	27,3	27,3	27,3
	Muy adecuado	6	27,3	27,3	54,5
	Adecuado	7	31,8	31,8	86,4

	Poco adecuado	2	9,1	9,1	95,5
	Inadecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>11 210607 Alteración del estado nutricional</b>	Totalmente adecuado	9	40,9	40,9	40,9
	Muy adecuado	2	9,1	9,1	50,0
	Adecuado	5	22,7	22,7	72,7
	Poco adecuado	5	22,7	22,7	95,5
	Total	22	100,0	100,0	
<b>12 060107 Entradas y salidas diarias equilibradas</b>	Totalmente adecuado	8	36,4	36,4	36,4
	Muy adecuado	4	18,2	18,2	54,5
	Adecuado	6	27,3	27,3	81,8
	Poco adecuado	4	18,2	18,2	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Hubo consenso en todos, salvo en el indicador “011301 Masa corporal media” (ver tabla 4.31) con los siguientes valores en los percentiles:

**Tabla 5. 7 INDICADOR DE RESULTADOS (NOC) EN EL QUE NO HUBO CONSENSO EN PRIMERA RONDA DE VALIDACIÓN: NECESIDAD DE ALIMENTARSE E HIDRATARSE**

	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75
011301 Masa corporal media	1	2	4

Y se hicieron las siguientes trece propuestas:

- 100601 Peso (4/13)
- Ingestión de líquidos orales (1/13)
- Ingestión de líquidos por vía oral (1/13)
- 101401 Deseo de comer (2/13)
- 060203 Ausencia de edema periférico (2ª edición NOC) (1/13)
- 110015 Integridad dental (1/13)
- El ítem 210607 se objetiviza con IMC (1/13)
- Realiza comida completa (1/13)
- 113012 Masa corporal (1/13)

**Nota al pie:** \*(número de repeticiones/número total de propuestas)

De las que se incluyeron en la segunda ronda de validación, los indicadores: 100601 Peso, 101401 Deseo de comer y 113012 Masa corporal.

- **Criterio de frecuencia:** Los indicadores bajo este criterio correspondieron con: 100601 Peso 040310 y 101401 Deseo de comer.

**100601 Peso:** fue el indicador con mayor frecuencia, en total 4 propuestas de las 12 totales, que pertenecía al resultado 1006 Peso: Masa corporal: *“grado en el que el peso, el músculo y la grasa corporal son congruentes con la talla, la constitución, el sexo y la edad”* (Moorhead et al., 2009). Concretamente perteneciente a la Clase I Regulación metabólica (*Dominio II: Salud fisiológica*) que corresponde con los *“resultados que describen la capacidad de un individuo para controlar el metabolismo corporal”* (Moorhead et al., 2009).

**101401 Deseo de comer:** fue propuesto en 2 ocasiones de las 12 totales, pertenecía al resultado: 1014 Apetito: *“deseos de comer cuando se está enfermo o recibiendo tratamiento”* de la clase *K Digestión y Nutrición* (Moorhead et al., 2009).

- **Criterio de adecuación:** Creímos apropiado incluir el indicador “113012 Masa corporal”.

**113012 Masa corporal** del resultado: 1006 Peso, por pertenecer a una Clase (Clase I Regulación metabólica del Dominio II: Salud Fisiológica) de la referencia Moorhead et al., (2009), no tomada en cuenta para valoración durante la primera ronda.

Fueron excluidos del segundo panel las propuestas: “Ingestión de líquidos por vía oral”, “Ingestión de líquidos orales”, “Realiza comida completa” y “El ítem 210607 se objetiviza con IMC” por no poder identificar el resultado al que pertenecerían al no poseer código según la clasificación propuesta por Moorhead et al., (2009). Y los indicadores: 060203 Ausencia de edema periférico y 110015 Integridad dental, por no encontrarse en la fuente bibliográfica (Moorhead et al., 2009).

**Finalmente los indicadores que tuvieron que ser validados en un segundo panel fueron los siguientes:**

- ♣ 113012 Masa corporal

- ♣ 100601 Peso
- ♣ 101401 Deseo de comer

### ☑ **3. Necesidad de eliminar**

La tabla de frecuencias de los ítems planteados en la primera ronda de validación para la necesidad de eliminar, fue la siguiente:

Tabla 5. 8 FRECUENCIAS DE LOS INDICADORES DE RESULTADOS (NOC) PROPUESTOS en PRIMERA RONDA DE VALIDACIÓN DEL PANEL DELPHI: NECESIDAD DE ELIMINAR					
	Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>1 050002 Mantiene el control de la eliminación de heces</b>	Totalmente adecuado	21	95,5	95,5	95,5
	Muy adecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Adecuado				
	Total	22	100,0	100,0	
<b>2 050004 Diarrea</b>	Totalmente adecuado	11	50,0	50,0	50,0
	Muy adecuado	7	31,8	31,8	81,8
	Adecuado	3	13,6	13,6	95,5
	Poco adecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>3 050005 Estreñimiento</b>	Totalmente adecuado	12	54,5	54,5	54,5
	Muy adecuado	6	27,3	27,3	81,8
	Adecuado	3	13,6	13,6	95,5
	Poco adecuado	1	4,5	4,5	100,0
<b>4 050101 Patrón de eliminación fecal</b>	Totalmente adecuado	16	72,7	72,7	72,7
	Muy adecuado	4	18,2	18,2	90,9
	Adecuado	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>5 060211 Diuresis</b>	Totalmente adecuado	14	63,6	63,6	63,6
	Muy adecuado	6	27,3	27,3	90,9
	Adecuado	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>6 050301 Patrón de eliminación (urinario)</b>	Totalmente adecuado	14	63,6	63,6	63,6
	Muy adecuado	5	22,7	22,7	86,4
	Adecuado	3	13,6	13,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>7 050312 Incontinencia urinaria</b>	Totalmente adecuado	16	72,7	72,7	72,7
	Muy adecuado	6	27,3	27,3	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>8 050401 Ingesta adecuada de líquidos</b>	Totalmente adecuado	12	54,5	54,5	54,5
	Muy adecuado	5	22,7	22,7	77,3
	Adecuado	3	13,6	13,6	90,9
	Poco adecuado	1	4,5	4,5	95,5
	Inadecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>9 031001 Reconoce y responde a la repleción vesical</b>	Totalmente adecuado	10	45,5	45,5	45,5
	Muy adecuado	6	27,3	27,3	72,7
	Adecuado	3	13,6	13,6	86,4
	Poco adecuado	3	13,6	13,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>10 301006 Entra y sale del servicio</b>	Totalmente adecuado	2	9,1	9,1	9,1
	Muy adecuado	2	9,1	9,1	18,2
	Adecuado	10	45,5	45,5	63,6
	Poco adecuado	5	22,7	22,7	86,4
	Inadecuado	3	13,6	13,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Solamente no hubo consenso en el indicador:

Tabla 5. 9 INDICADOR DE RESULTADOS (NOC) EN EL QUE NO HUBO CONSENSO EN PRIMERA RONDA DE VALIDACIÓN: NECESIDAD DE ELIMINAR			
	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75
031013 Entra y sale del servicio	1	3	4

Los expertos y expertas en relación a esta necesidad hicieron cinco propuestas que correspondieron con:

- 040410 Vómitos (1/1)\*
- 050112 Facilidad de eliminación de las heces (1/1)\*
- 051121 Eliminación fecal sin ayuda (1/1)\*
- Ostomía: se autocura (1/1)\*
- Ostomía: necesita ayuda (1/1)\*

**Nota al pié:** \*(número de repeticiones/número total de propuestas)

De las que se incluyó en la segunda ronda de validación sólo el indicador “040410Vómitos”.

- **Criterio de frecuencia:** No se aportaron ítems que cumplieran este criterio.
- **Criterio de adecuación:** Bajo este criterio incluimos el indicador “040410Vómitos”.

**040410 Vómitos** del resultado *0404 Perfusión tisular: órganos abdominales*. Consideramos pertinente este indicador y aunque abarca el Dominio II “Salud fisiológica”, que ha sido propuesto en esta primera ronda; corresponde con la clase E-Cardiopulmonar, que no se había valorado en el primer panel, haciendo referencia a la *“adecuación del flujo sanguíneo a través de los pequeños vasos de las vísceras abdominales para mantener la función orgánica”* (Moorhead et al., 2009).



Fueron excluidas el resto de propuestas por:

- **Defecto de forma:** las propuestas “Ostomía se autocura” y “Ostomía necesita ayuda”, no presentaban código, con lo que no podíamos identificar el resultado a valorar. Y en el caso de “051121Eliminación fecal sin ayuda”, el código de referencia no se encontraba en la fuente bibliográfica (Moorhead et al., 2009).
- **Otras causas de exclusión:** El indicador “050112 Facilidad de eliminación de las heces”, era muy similar a los ya propuestos en la primera ronda de validación.

Finalmente los indicadores que tuvieron que ser validados en un segundo panel fueron los siguientes:

- ♣ 031013 Entra y sale del servicio
- ♣ 040410 Vómitos

#### **4. Necesidad de moverse y mantener la posición corporal**

La tabla de frecuencias de los indicadores planteados en la primera ronda de validación para la necesidad de moverse y mantener la posición corporal, fue la siguiente:

Tabla 5. 10 FRECUENCIAS DE LOS INDICADORES DE RESULTADOS (NOC) PROPUESTOS en PRIMERA RONDA DE VALIDACIÓN DEL PANEL DELPHI: NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER LA POSICIÓN CORPORAL					
	Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>1 020002 Camina con marcha eficaz</b>	Totalmente adecuado	17	77,3	77,3	77,3
	Muy adecuado	2	9,1	9,1	86,4
	Adecuado	1	4,5	4,5	90,9
	Poco adecuado	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>2 020401 Úlceras por presión</b>	Totalmente adecuado	11	50,0	50,0	50,0
	Muy adecuado	4	18,2	18,2	68,2
	Adecuado	3	13,6	13,6	81,8
	Poco adecuado	3	13,6	13,6	95,5
	Inadecuado	1	4,5	4,5	100,0
Total	22	100,0	100,0		
<b>3 020412 Tono muscular</b>	Totalmente adecuado	6	27,3	27,3	27,3
	Muy adecuado	8	36,4	36,4	63,7
	Adecuado	7	31,8	31,8	95,5
	Poco adecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

<b>4 021101 Integridad ósea</b>	Totalmente adecuado	6	27,3	27,3	27,3	
	Muy adecuado	8	36,4	36,4	63,7	
	Adecuado	5	22,7	22,7	86,4	
	Poco adecuado	1	4,5	4,5	90,9	
	Inadecuado	2	9,1	9,1	100,0	
	Total	22	100,0	100,0		
<b>5 0030609 Realiza las tareas del hogar</b>	Totalmente adecuado	6	27,3	27,3	27,3	
	Muy adecuado	5	22,7	22,7	50,0	
	Adecuado	4	18,2	18,2	68,2	
	Poco adecuado	7	31,8	31,8	100,0	
	Total	22	100,0	100,0		
	<b>6 020814 Se mueve con facilidad</b>	Totalmente adecuado	13	59,1	59,1	59,1
Muy adecuado		3	13,6	13,6	72,7	
Adecuado		6	27,3	27,3	100,0	
Total		22	100,0	100,0		
<b>7 020802 Mantenimiento de la posición corporal</b>		Totalmente adecuado	16	72,7	72,7	72,7
		Muy adecuado	3	13,6	13,6	86,4
	Adecuado	2	9,1	9,1	95,5	
	Poco adecuado	1	4,5	4,5	100,0	
	Total	22	100,0	100,0		
	<b>8 020803 Movimiento muscular</b>	Totalmente adecuado	6	27,3	27,3	27,3
Muy adecuado		3	13,6	13,6	40,9	
Adecuado		6	27,3	27,3	68,2	
Poco adecuado		5	22,7	22,7	90,9	
Inadecuado		2	9,1	9,1		
Total		22	100,0	100,0		
<b>9 020804 Movimiento articular</b>	Totalmente adecuado	7	31,8	31,8	31,8	
	Muy adecuado	3	13,6	13,6	45,5	
	Adecuado	7	31,8	31,8	77,3	
	Poco adecuado	4	18,2	18,2	95,5	
	Inadecuado	1	4,5	4,5	100,0	
	Total	22	100,0	100,0		

No hubo consenso en los siguientes indicadores (ver tabla 4.31):

<b>Tabla 5. 11 INDICADORES DE RESULTADOS (NOC) EN LOS QUE NO HUBO CONSENSO EN PRIMERA RONDA DE VALIDACIÓN: NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER LA POSICIÓN CORPORAL</b>			
	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75
0030609 Realiza las tareas del hogar	1	3	4
020803 Movimiento muscular	1	3	4
020804 Movimiento articular	1	3	4

Los expertos y expertas en relación a esta necesidad hicieron cinco propuestas que correspondieron con:

- 020411 Fuerza muscular (1/1)\*
- Coordinación (1/1)\*
- 030012 Cambia de posición solo (1/1)\*
- 161607 Utiliza dispositivos de apoyo correctamente (1/1)\*

- 130803 Se adapta a las limitaciones funcionales (1/1)\*

**Nota al pié:** \*(número de repeticiones/número total de propuestas)

No encontramos ninguna que cumpliera criterios de frecuencia, sin embargo consideramos adecuadas incluir: 161607 Utiliza dispositivos de apoyo correctamente, 130803 Se adapta a las limitaciones funcionales y 030012 Cambia de posición solo.

- **Criterio de adecuación:**

**161607 Utiliza dispositivos de apoyo correctamente:** indicador perteneciente al resultado *1616 Rendimiento de los mecanismos corporales*. Que consideramos pertinente porque abarcaba un nuevo Dominio (Dominio IV “Conocimiento y conducta de salud”) y a una nueva Clase (Clase Q- Conducta de salud) para esta necesidad que no se había previamente valorado en el panel. Siendo la definición de este resultado “*Acciones personales para mantener la alineación corporal correcta y para prevenir la distensión esquelética*” (Moorhead et al., 2009).

**130803 Se adapta a las limitaciones funcionales:** perteneciente al Dominio *III: Salud Psicosocial*), y Clase N- Adaptación psicosocial, cuyos resultados *describen la adaptación psicológica y/o social de u individuo a la alteración de la salud o de las circunstancias de vida* (Moorhead et al., 2009); que no se había aún valorado en el panel. Siendo la definición de este resultado “*Respuesta adaptativa a un reto funcional importante debido a una discapacidad física*” (Moorhead et al., 2009).

**030012 Cambia de posición solo:** del Dominio I: Salud Funcional, Clase D- Adaptación psicosocial y resultado *0300 Autocuidados. Actividades de la vida diaria (AVD)* que no se había sido tampoco valorado; y que describía *la capacidad para realizar la mayoría de las tareas básicas y las actividades de cuidado personal independientemente con o sin mecanismos de ayuda* (Moorhead et al., 2009).

Quedan excluidas las propuestas: “020411 Fuerza muscular”, por ser un indicador parecido al propuesto en la primera ronda (020412 Tono muscular), incluso pertenecía

al mismo resultado y “coordinación” por presentar defecto de forma y no poder identificar el resultado a valorar.

**Finalmente los indicadores para ser validados en un segundo panel fueron:**

- ♣ 030609 Realiza las tareas del hogar
- ♣ 020803 Movimiento muscular
- ♣ 020804 Movimiento articular
- ♣ 161607 Utiliza dispositivos de apoyo correctamente
- ♣ 13803 Se adapta a las limitaciones funcionales
- ♣ 030012 Cambia de posición solo

### **5. Necesidad de reposo-sueño**

La tabla de frecuencias de los ítems planteados en la primera ronda de validación para la necesidad de reposo-sueño, fue la siguiente:

Tabla 5. 12 FRECUENCIAS DE LOS INDICADORES DE RESULTADOS (NOC) PROPUESTOS en PRIMERA RONDA DE VALIDACIÓN DEL PANEL DELPHI: NECESIDAD DE REPOSO-SUEÑO					
	Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>1 000303 Calidad del descanso</b>	Totalmente adecuado	15	68,2	68,2	68,2
	Muy adecuado	3	13,6	13,6	81,8
	Adecuado	2	9,1	9,1	90,9
	Poco adecuado	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>2 000202 Siestas en el rango esperado</b>	Totalmente adecuado	4	18,2	18,2	18,2
	Muy adecuado	3	13,6	13,6	31,8
	Adecuado	10	45,5	45,5	77,3
	Poco adecuado	4	18,2	18,2	95,5
	Inadecuado	1	4,5	4,5	100,0
Total	22	100,0	100,0		
<b>3 000201 Equilibrio entre actividad y descanso</b>	Totalmente adecuado	9	40,9	40,9	40,9
	Muy adecuado	10	45,5	45,5	86,4
	Adecuado	2	9,1	9,1	95,5
	Poco adecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>4 121101 Desasosiego</b>	Totalmente adecuado	3	13,6	13,6	13,6
	Muy adecuado	6	27,3	27,3	40,9
	Adecuado	8	36,4	36,4	77,3
	Poco adecuado	5	22,7	22,7	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>5 121129 Trastornos de los patrones del sueño</b>	Totalmente adecuado	17	77,3	77,3	77,3
	Muy adecuado	2	9,1	9,1	86,4
	Adecuado	2	9,1	9,1	95,5
	Poco adecuado	1	4,5	4,5	100,0

	Total	22	100,0	100,0	
<b>6 210201 Dolor referido</b>	Totalmente adecuado	10	45,5	45,5	45,5
	Muy adecuado	7	31,8	31,8	77,3
	Adecuado	2	9,1	9,1	86,4
	Poco adecuado	3	13,6	13,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>7 210204 Duración de los episodios de dolor</b>	Totalmente adecuado	4	18,2	18,2	18,2
	Muy adecuado	6	27,3	27,3	45,5
	Adecuado	7	31,8	31,8	77,3
	Poco adecuado	4	18,2	18,2	95,5
	Inadecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>8 000404 Calidad del sueño</b>	Totalmente adecuado	14	63,6	63,6	63,6
	Muy adecuado	4	18,2	18,2	81,8
	Adecuado	2	9,1	9,1	90,9
	Poco adecuado	1	4,5	4,5	95,5
	Inadecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

No hubo consenso (ver tabla 4.31) en:

Tabla 5. 13 INDICADORES DE RESULTADOS (NOC) EN LOS QUE NO HUBO CONSENSO EN PRIMERA RONDA DE VALIDACIÓN: NECESIDAD DE REPOSO-SUEÑO			
	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75
000202 Siestas en el rango esperado	2	3	4
121101 Desasosiego	2	3	4
210201 Duración de los episodios de dolor	1	2	4

También se hicieron doce propuestas que correspondieron con:

- 000306 Consumo de fármacos psicotrópicos (6/1)\*
- 000403 Patrón del sueño (5/1)\*
- Necesita ayuda / medicación (1/1)\*

**Nota al pie:** \*(número de repeticiones/número total de propuestas)

De las que por cumplir *criterios de frecuencia*, se incluyeron en la segunda ronda de validación: 000306 Consumo de fármacos psicotrópicos y 000403 Patrón del sueño.

- **Criterio de frecuencia:**

**000306 Consumo de fármacos psicotrópicos:** propuesto en seis ocasiones. Pertenecía al resultado 003 Descanso: cuya definición es el *“grado y patrón de la disminución de actividad para la recuperación mental y física”* (Moorhead et al., 2009).

**000403 Patrón del sueño:** propuesto en cinco ocasiones, y perteneciente al resultado 0004 Sueño: que define *“la suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo”* (Moorhead et al., 2009).

Ambos del Dominio I: Salud funcional y Clase A- Mantenimiento de la energía.

La propuesta *“Necesita ayuda / medicación”*, fue desestimada por no poder identificar el resultado a valorar.

**Finalmente los indicadores que tuvieron que ser validados en un segundo panel fueron los siguientes:**

- ♣ 000202 Siestas en el rango esperado
- ♣ 121101 Desasosiego
- ♣ 210204 Duración de los episodios de dolor
- ♣ 000306 Consumo de fármacos psicotrópicos
- ♣ 000403 Patrón del sueño

## 6. Necesidad de vestirse y desvestirse

La tabla de frecuencias de los ítems planteados en la primera ronda de validación para la necesidad de vestirse y desvestirse, fue la siguiente:

**Tabla 5. 14 FRECUENCIAS DE LOS INDICADORES DE RESULTADOS (NOC) PROPUESTOS en PRIMERA RONDA DE VALIDACIÓN DEL PANEL DELPHI: NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE**

	Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>1 030201 Escoge la ropa</b>	Totalmente adecuado	5	22,7	22,7	22,7
	Muy adecuado	1	4,5	4,5	27,2
	Adecuado	8	36,4	36,4	63,6
	Poco adecuado	4	18,2	18,2	81,8
	Inadecuado	4	18,2	18,2	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>2 030204 Se pone la ropa en la parte superior del cuerpo</b>	Totalmente adecuado	15	68,2	68,2	68,2
	Muy adecuado	3	13,6	13,6	81,8
	Adecuado	2	9,1	9,1	90,9
	Poco adecuado	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>3 030205 Se pone la ropa en la parte inferior del cuerpo</b>	Totalmente adecuado	15	68,2	68,2	68,2
	Muy adecuado	3	13,6	13,6	81,8
	Adecuado	2	9,1	9,1	90,9
	Poco adecuado	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>4 030210 Se pone los zapatos</b>	Totalmente adecuado	12	54,5	54,5	54,5
	Muy adecuado	5	22,7	22,7	77,3
	Adecuado	3	13,6	13,6	90,9
	Inadecuado	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>5 030211 Se quita la ropa</b>	Totalmente adecuado	13	59,1	59,1	59,1
	Muy adecuado	5	22,7	22,7	81,8
	Adecuado	1	4,5	4,5	86,4
	Poco adecuado	2	9,1	9,1	95,5
	Inadecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

No hubo consenso (ver tabla 4.31) en los siguientes indicadores:

**Tabla 5. 15 INDICADORES DE RESULTADOS (NOC) EN LOS QUE NO HUBO CONSENSO EN PRIMERA RONDA DE VALIDACIÓN: NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE**

	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75
030201 Escoge la ropa	1	3	4

Sólo se hizo una propuesta:

- 030002 Se viste (1/1)\*

**Nota al pie:** \*(número de repeticiones/número total de propuestas)

Que consideramos *adecuada* para incluirla en la segunda ronda:

- **Criterio de adecuación:**

030002 Se viste, que aunque pertenecía al *Dominio I: Salud funcional* (NOC, 2009), de la *Clase D: Autocuidado*, ya valorada para esta necesidad, correspondía a un nuevo resultado: 0300 Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD) que se definía “como la capacidad para realizar la mayoría de las tareas básicas y las actividades de cuidado personal independientemente con o sin mecanismos de ayuda” (Moorhead et al., 2009).

**Finalmente los indicadores que tuvieron que ser validados en un segundo panel fueron los siguientes:**

- ♣ 030201 Escoge la ropa
- ♣ 030002 Se viste

**7. Necesidad de mantener la temperatura corporal**

La tabla de frecuencias de los ítems planteados en la primera ronda de validación para la necesidad de mantener la temperatura, fue la siguiente:

Tabla 5. 16 FRECUENCIAS DE LOS INDICADORES DE RESULTADOS (NOC) PROPUESTOS en PRIMERA RONDA DE VALIDACIÓN DEL PANEL DELPHI: NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA					
	Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>1 080001 Temperatura cutánea aumentada</b>	Totalmente adecuado	9	40,9	40,9	40,9
	Muy adecuado	4	18,2	18,2	59,1
	Adecuado	8	36,4	36,4	95,5
	Poco adecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>2 080201 Temperatura corporal</b>	Totalmente adecuado	16	72,7	72,7	72,7
	Muy adecuado	4	18,2	18,2	90,9
	Adecuado	1	4,5	4,5	95,5
	Poco adecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>3 080007 Cambios de coloración cutánea</b>	Totalmente adecuado	8	36,4	36,4	36,4
	Muy adecuado	5	22,7	22,7	59,1
	Adecuado	7	31,8	31,8	90,9
	Poco adecuado	1	4,5	4,5	95,5
	Inadecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	



<b>4 080012 Frecuencia del pulso radial</b>	Totalmente adecuado	3	13,6	13,6	13,6
	Muy adecuado	8	36,4	36,4	50,0
	Adecuado	6	27,3	27,3	87,3
	Poco adecuado	3	13,6	13,6	90,9
	Inadecuado	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>5 080015 Comodidad térmica referida</b>	Totalmente adecuado	11	50,0	50,0	50,0
	Muy adecuado	4	18,2	18,2	68,2
	Adecuado	4	18,2	18,2	86,4
	Poco adecuado	3	13,6	13,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Hubo consenso en todos los ítems valorados en esta primera ronda. Los expertos y expertas hicieron las dos siguientes propuestas:

- 080019 Hipotermia (1/1)\*
- 080020 Hipertermia (1/1)\*

**Nota al pie:** \*(número de repeticiones/número total de propuestas)

No fueron incluidas para una segunda valoración, al no cumplir criterios ni de frecuencia ni de adecuación, ya que eran muy similares a indicadores de resultados ya valorados, perteneciendo al mismo resultado planteado.

**No hubo que volver a valorar ítems en relación a esta necesidad en una segunda valoración.**

### **8. Necesidad de higiene e integridad de piel y mucosas**

La tabla de frecuencias de los ítems planteados en la primera ronda de validación para la Necesidad de Higiene e Integridad de Piel y Mucosas, fue la siguiente:

**Tabla 5. 17 FRECUENCIAS DE LOS INDICADORES DE RESULTADOS (NOC) PROPUESTOS en PRIMERA RONDA DE VALIDACIÓN DEL PANEL DELPHI: NECESIDAD DE HIGIENE E INTEGRIDAD DE PIEL Y MUCOSAS**

	Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>1 030006 Higiene</b>	Totalmente adecuado	18	81,8	81,8	81,8
	Muy adecuado	3	13,6	13,6	95,5
	Adecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>2 030006 Higiene bucal</b>	Totalmente adecuado	12	54,5	54,5	54,5
	Muy adecuado	5	22,7	22,7	77,3
	Adecuado	3	13,6	13,6	90,9
	Poco adecuado	2	9,1	9,1	100,0
<b>3 030109 Se baña en la ducha</b>	Totalmente adecuado	6	27,3	27,3	27,3
	Muy adecuado	4	18,2	18,2	31,8
	Adecuado	7	31,8	31,8	77,3
	Poco adecuado	3	13,6	13,6	90,9
<b>4 003011 Seca el cuerpo</b>	Totalmente adecuado	5	22,7	22,7	22,7
	Muy adecuado	5	22,7	22,7	45,5
	Adecuado	8	36,4	36,4	81,8
	Poco adecuado	3	13,6	13,6	95,5
<b>5 030514 Mantiene una apariencia pulcra</b>	Totalmente adecuado	5	22,7	22,7	22,7
	Muy adecuado	3	13,6	13,6	36,3
	Adecuado	8	36,4	36,4	72,7
	Poco adecuado	4	18,2	18,2	90,9
<b>6 110102 Sensibilidad</b>	Totalmente adecuado	7	31,8	31,8	31,8
	Muy adecuado	6	27,3	27,3	59,1
	Adecuado	5	22,7	22,7	81,8
	Poco adecuado	3	13,6	13,6	95,5
<b>7 110104 Hidratación</b>	Totalmente adecuado	14	63,6	63,6	63,6
	Muy adecuado	3	13,6	13,6	77,3
	Adecuado	3	13,6	13,6	90,9
	Poco adecuado	2	9,1	9,1	100,0
<b>8 110111 Perfusión tisular</b>	Totalmente adecuado	7	31,8	31,8	31,8
	Muy adecuado	3	13,6	13,6	45,5
	Adecuado	7	31,8	31,8	77,3
	Poco adecuado	4	18,2	18,2	95,5
<b>9 110113 Integridad de la piel</b>	Totalmente adecuado	20	90,9	90,9	90,9
	Muy adecuado	1	4,5	4,5	95,5
	Adecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

No hubo consenso (ver tabla 4.31) en los siguientes indicadores:

Tabla 5. 18 INDICADORES DE RESULTADOS (NOC) EN LOS QUE NO HUBO CONSENSO EN PRIMERA RONDA DE VALIDACIÓN: NECESIDAD DE HIGIENE E INTEGRIDAD DE PIEL Y MUCOSAS			
	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75
030109 Se baña en la ducha	1	2	4
030111 Seca el cuerpo	2	3	4
030514 Mantiene una apariencia pulcra	1	3	4
110111 Perfusión tisular	1	3	4

En relación a esta necesidad recogimos las siguientes ocho propuestas:

- 030508 Se lava el pelo (1/1)\*
- Nivel de autonomía (1/1)\*
- No entiendo que es una apariencia pulcra ni si se baña en la ducha (1/1)\*
- Suplencia (1/1)\*
- Temperatura de la piel (1/1)\*
- 110116 Lesiones de la membrana mucosa (3/1)\*

**Nota al pie:** \*(número de repeticiones/número total de propuestas)

De las que por cumplir criterios de *frecuencia y adecuación*, se incluyeron en la segunda ronda de validación, los indicadores: 110116 Lesiones de la membrana mucosa y 030508 Se lava el pelo.

- **Criterio de frecuencia:**

**110116 Lesiones de la membrana mucosa:** fue propuesto por tres panelistas y pertenecía al *Dominio II: Salud fisiológica: Clase L: Integridad tisular*, que correspondía con el resultado *1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas* (Moorhead et al., 2009).

- **Criterio de adecuación:**

**030508 Se lava el pelo:** Lo creímos adecuado por pertenecer a un resultado no valorado. Concretamente al *Dominio I Salud Funcional, Clase D Autocuidado*, resultado

0305 Autocuidados: higiene, que se define como *“Capacidad para realizar la higiene corporal y un buen aspecto independientemente con o sin mecanismos de ayuda”* (Moorhead et al., 2009).

Fueron excluidas por defecto de forma las propuestas:

- **Defecto de forma:** “Nivel de autonomía”, “No entiendo que es una apariencia pulcra ni si se baña en la ducha”, “Suplencia” y “Temperatura de la piel”, ya que al no poseer código, no nos permitieron identificar el resultado a valorar en la fuente bibliográfica Moorhead et al. (2009).

**Finalmente los indicadores para ser validados en un segundo panel fueron los siguientes:**

- ♣ 030109 Se baña en la ducha
- ♣ 030111 Seca el cuerpo
- ♣ 030514 Mantiene una apariencia pulcra
- ♣ 110111 Perfusión tisular
- ♣ 110116 Lesiones de la membrana mucosa
- ♣ 030508 Se lava el pelo

### **9. Necesidad de evitar peligros**

La tabla de frecuencias de los ítems planteados en la primera ronda de validación para la necesidad de evitar peligros, fue la siguiente:

**Tabla 5. 19 RECUENCIAS DE LOS INDICADORES DE RESULTADOS (NOC) PROPUESTOS en PRIMERA RONDA DE VALIDACIÓN DEL PANEL DELPHI: NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS**

	Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>1 011318 Memoria</b>	Totalmente adecuado	8	36,4	36,4	36,4
	Muy adecuado	8	36,4	36,4	72,7
	Adecuado	4	18,2	18,2	90,9
	Poco adecuado	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>2 030617 Controla su propia medicación no parenteral</b>	Totalmente adecuado	15	68,2	68,2	68,2
	Muy adecuado	5	22,7	22,7	90,9
	Adecuado	1	4,5	4,5	95,5
	Poco adecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>3 090901 Conciencia</b>	Totalmente adecuado	14	63,6	63,6	63,6
	Muy adecuado	6	27,3	27,3	90,9
	Adecuado	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
	<b>4 170401 Percepción de amenaza para la Salud</b>	Totalmente adecuado	15	68,2	68,2
Muy adecuado		3	13,6	13,6	81,8
Adecuado		2	9,1	9,1	90,9
Poco adecuado		2	9,1	9,1	100,0
Total		22	100,0	100,0	
<b>5 190201 Reconoce factores de riesgo</b>	Totalmente adecuado	5	22,7	22,7	22,7
	Muy adecuado	3	13,6	13,6	36,3
	Adecuado	8	36,4	36,4	72,7
	Poco adecuado	4	18,2	18,2	90,9
	Inadecuado	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>6 191107 Uso correcto de dispositivos de ayuda</b>	Totalmente adecuado	12	54,5	54,5	54,5
	Muy adecuado	3	13,6	13,6	68,2
	Adecuado	3	13,6	13,6	81,8
	Poco adecuado	2	9,1	9,1	90,9
	Inadecuado	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>7 191119 Evitar conductas de alto riesgo</b>	Totalmente adecuado	13	59,1	59,1	59,1
	Muy adecuado	6	27,3	27,3	86,4
	Adecuado	1	4,5	4,5	90,9
	Poco adecuado	1	4,5	4,5	95,5
	Inadecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>8 250807 Apoyo del profesional sanitario</b>	Totalmente adecuado	3	13,6	13,6	13,6
	Muy adecuado	3	13,6	13,6	27,3
	Adecuado	10	45,5	45,5	72,7
	Poco adecuado	4	18,2	18,2	90,9
	Inadecuado	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>9 250811 La familia comparte las responsabilidades de los cuidados</b>	Totalmente adecuado	7	31,8	31,8	31,8
	Muy adecuado	8	36,4	36,4	68,2
	Adecuado	3	13,6	13,6	81,8
	Poco adecuado	2	9,1	9,1	90,9
	Inadecuado	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>10 250809 Rol del cuidador</b>	Totalmente adecuado	10	45,5	45,5	45,5
	Muy adecuado	4	18,2	18,2	63,6
	Adecuado	4	18,2	18,2	81,8
	Poco adecuado	2	9,1	9,1	90,9
	Inadecuado	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

No hubo consenso (ver tabla 4.31) en el indicador:

Tabla 5. 20 INDICADOR DE RESULTADOS (NOC) EN EL QUE NO HUBO CONSENSO EN PRIMERA RONDA DE VALIDACIÓN: NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS			
	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75
250807 Apoyo del profesional sanitario	2	3	4

Recogimos las siguientes cinco propuestas:

- 090005 Está orientado (1/1)\*
- Efectúa las vacunaciones apropiadas (1/1)\*
- Manifiesta estar satisfecho actual (1/1)\*
- 161411 Participa en las decisiones de los cuidados de salud (1/1)\*
- Reconoce cambios en el estado (1/1)\*

**Nota al pie:** \*(número de repeticiones/número total de propuestas)

De las que por cumplir criterios de *adecuación*, se incluyeron en la segunda ronda de validación, los indicadores: 090005 Está orientado y 161411 Participa en las decisiones de los cuidados de salud

- **Criterio de adecuación:**

**090005 Está orientado:** Se consideró pertinente incluir este nuevo ítem, ya que aunque en primera ronda de valoración se propusieron resultados pertenecientes a su mismo dominio y clase (*Dominio II: Salud fisiológica, Clase J: Neurocognitiva*), correspondía con un nuevo resultado (0900 Cognición); que definía la “*Capacidad para ejecutar los procesos mentales complejos*” (Moorhead et al., 2009).

**161411 Participa en las decisiones de los cuidados de salud:** En primera ronda de valoración se propusieron resultados pertenecientes al mismo dominio (*Dominio IV: Conocimiento y Conducta de Salud*), pero correspondía con una nueva clase (*Clase Q: Conducta de Salud*) y por tanto a un nuevo resultado: 1614 Autonomía personal que se definía como “*Acciones personales de un individuo competente para controlar las decisiones vitales*” (Moorhead et al., 2009).

El resto de propuestas: “Efectúa las vacunaciones apropiadas”, “Manifiesta estar satisfecho actual” y “Reconoce cambios en el estado” presentaban defecto de forma al no poseer código de referencia.

**Finalmente los indicadores que tuvieron que ser validados en un segundo panel fueron los siguientes:**

- ♣ 250807 Apoyo del profesional sanitario
- ♣ 090005 Está orientado
- ♣ 161411 Participa en las decisiones de los cuidados de salud

### **10. Necesidad de comunicarse y relacionarse**

La tabla de frecuencias de los ítems planteados en la primera ronda de validación para la Necesidad de comunicarse y relacionarse, fue la siguiente:

<b>Tabla 5. 21 FRECUENCIAS DE LOS INDICADORES DE RESULTADOS (NOC) PROPUESTOS en PRIMERA RONDA DE VALIDACIÓN DEL PANEL DELPHI: NECESIDAD DE COMUNICARSE Y RELACIONARSE</b>					
	<b>Válidos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>1 090014 Comunicación clara según la edad</b>	Totalmente adecuado	18	81,8	81,8	81,8
	Muy adecuado	4	18,2	18,2	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>2 090003 Atiende</b>	Totalmente adecuado	10	45,5	45,5	45,5
	Muy adecuado	4	18,2	18,2	63,6
	Adecuado	6	27,3	27,3	90,9
	Poco adecuado	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>3 090205 Utiliza el lenguaje no verbal</b>	Totalmente adecuado	10	45,5	45,5	45,5
	Muy adecuado	7	31,8	31,8	77,3
	Adecuado	4	18,2	18,2	95,5
	Poco adecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>4 090210 Interpretación exacta de los mensajes recibidos</b>	Totalmente adecuado	10	45,5	45,5	45,5
	Muy adecuado	6	27,3	27,3	72,7
	Adecuado	3	13,6	13,6	86,4
	Poco adecuado	2	9,1	9,1	95,5
	Inadecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>5 000907 Verbaliza un mensaje coherente</b>	Totalmente adecuado	9	40,9	40,9	40,9
	Muy adecuado	7	31,8	31,8	72,7
	Adecuado	3	13,6	13,6	86,4
	Poco adecuado	2	9,1	9,1	95,5

	Inadecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>6 090802 Recuerda información reciente de forma precisa</b>	Totalmente adecuado	8	36,4	36,4	36,4
	Muy adecuado	5	22,7	22,7	59,1
	Adecuado	5	22,7	22,7	81,8
	Poco adecuado	2	9,1	9,1	90,9
	Inadecuado	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>7 120402 Muestra un estado de ánimo sereno</b>	Totalmente adecuado	6	27,3	27,3	27,3
	Muy adecuado	3	13,6	13,6	40,9
	Adecuado	9	40,9	40,9	81,8
	Poco adecuado	4	18,2	18,2	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>8 221001 Relación mutuamente satisfactoria entre el cuidador familiar y el destinatario de los cuidados</b>	Totalmente adecuado	6	27,3	27,3	27,3
	Muy adecuado	11	50,0	50,0	77,3
	Adecuado	2	9,1	9,1	86,4
	Poco adecuado	2	9,1	9,1	95,5
	Inadecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

No hubo consenso (ver tabla 4.31) en el indicador:

**Tabla 5. 22 INDICADOR DE RESULTADOS (NOC) EN EL QUE NO HUBO CONSENSO EN PRIMERA RONDA DE VALIDACIÓN: NECESIDAD DE COMUNICARSE Y RELACIONARSE**

	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75
120402 Muestra un estado de ánimo sereno	1	2	4

Los expertos y expertas plantearon cinco nuevas propuestas:

- 150303 Interacción con miembros de la familia (3/1)\*
- Sordo / prótesis (1/1)\*
- Laringectomizado (1/1)\*

**Nota al pié:** \*(número de repeticiones/número total de propuestas)

De las que por cumplir tanto criterio de *frecuencia y adecuación*, se incluyó en la segunda ronda de validación, el indicador: 150303 Interacción con miembros de la familia.



- **Criterio de frecuencia:**

**150303 Interacción con miembros de la familia:** fue propuesto por tres panelistas. Pertenecía al *Dominio III: Salud psicosocial* valorado en primera ronda, pero correspondía a una nueva Clase (Clase P Interacción social) y al resultado: 1503 Implicación social: que se definía como “*las interacciones sociales con personas, grupos u organizaciones*” (Moorhead et al., 2009).

- **Criterio de adecuación:**

**150303 Interacción con miembros de la familia:** Este indicador también pudo ser agrupado bajo este criterio, por su pertenencia a una nueva Clase (*Clase P Interacción social*) y a un nuevo resultado *1503 Implicación social* (Moorhead et al., 2009) no valorado en el primer panel.

Sin embargo, los ítems: “Laringectomizado” y “Sordo / prótesis” no nos permitieron identificar el resultado a valorar, puesto que no poseían código de referencia.

**Finalmente los indicadores que tuvieron que ser validados en un segundo panel fueron los siguientes:**

- ♣ 120402 Muestra un estado de ánimo sereno
- ♣ 150303 Interacción con miembros de la familia

## ☑ **11. Necesidad de creencias y valores**

La tabla de frecuencias de los ítems planteados en la primera ronda de validación para la necesidad de creencias y valores, fue la siguiente:

Tabla 5. 23 FRECUENCIAS DE LOS INDICADORES DE RESULTADOS (NOC) PROPUESTOS en PRIMERA RONDA DE VALIDACIÓN DEL PANEL DELPHI: NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES					
	Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>1 160902 Cumple el régimen terapéutico recomendado</b>	Totalmente adecuado	16	72,7	72,7	72,7
	Muy adecuado	2	9,1	9,1	81,8
	Adecuado	1	4,5	4,5	86,4
	Poco adecuado	3	13,6	13,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>2 170202 Implicación requerida en decisiones sobre la salud</b>	Totalmente adecuado	10	45,5	45,5	45,5
	Muy adecuado	6	27,3	27,3	72,7
	Adecuado	4	18,2	18,2	90,9
	Poco adecuado	1	4,5	4,5	95,5
	Inadecuado	1	4,5	4,5	100,0
Total	22	100,0	100,0		
<b>3 170404 Preocupación sobre la enfermedad o lesión</b>	Totalmente adecuado	12	54,5	54,5	54,5
	Muy adecuado	5	22,7	22,7	77,3
	Adecuado	4	18,2	18,2	95,5
	Poco adecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>4 170411 Impacto percibido sobre el estilo de vida futuro</b>	Totalmente adecuado	11	50,0	50,0	50,0
	Muy adecuado	4	18,2	18,2	68,2
	Adecuado	4	18,2	18,2	86,4
	Poco adecuado	3	13,6	13,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>5 200011 Satisfacción con el estado de ánimo general</b>	Totalmente adecuado	5	22,7	22,7	22,7
	Muy adecuado	4	18,2	18,2	40,9
	Adecuado	5	22,7	22,7	63,6
	Poco adecuado	8	36,4	36,4	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

No hubo consenso (ver tabla 4.31) en el indicador:

Tabla 5. 24 INDICADOR DE RESULTADOS (NOC) EN EL QUE NO HUBO CONSENSO EN PRIMERA RONDA DE VALIDACIÓN: NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES			
	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75
200011 Satisfacción con el estado de ánimo general	2	3	4

Tras nueva revisión de la taxonomía aportamos el indicador:

- “300409 Cuidados consistentes con las creencias culturales”, perteneciente al Dominio V: Salud Percibida y a la Clase e: Satisfacción con los cuidados.

Los y las panelistas plantearon dos nuevas propuestas que correspondieron con lo siguiente:

- Refiere algún recurso para mantener sus valores y creencias (1/1)\*
- Manifiesta algún conflicto entre sus creencias y el régimen terapéutico (1/1)\*

**Nota al pié:** \*(número de repeticiones/número total de propuestas)

Como se puede apreciar, no poseían código, no pudiendo identificarlas en la referencia bibliográfica de Moorhead et al. (2009), por lo que fueron excluidas en relación a una segunda valoración.

**Finalmente los indicadores que tuvieron que ser validados en un segundo panel fueron los siguientes:**

- ♣ 200011 Satisfacción con el estado de ánimo general
- ♣ 300409 Cuidados consistentes con las creencias culturales

## **12. Necesidad de trabajar y realizarse**

La tabla de frecuencias de los ítems planteados en la primera ronda de validación para la necesidad de trabajar y realizarse, fue la siguiente:

**Tabla 5. 25 FRECUENCIAS DE LOS INDICADORES DE RESULTADOS (NOC) PROPUESTOS en PRIMERA RONDA DE VALIDACIÓN DEL PANEL DELPHI: NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE**

	Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>1 010001 Realización de la rutina habitual</b>	Totalmente adecuado	10	45,5	45,5	45,5
	Muy adecuado	5	22,7	22,7	68,2
	Adecuado	4	18,2	18,2	86,4
	Poco adecuado	1	4,5	4,5	90,9
	Inadecuado	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>2 120502 Aceptación de las propias limitaciones</b>	Totalmente adecuado	11	50,0	50,0	50,0
	Muy adecuado	7	31,8	31,8	81,8
	Adecuado	3	13,6	13,6	95,5
	Poco adecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>3 120508 Cumplimiento de los roles significativos personales</b>	Totalmente adecuado	10	45,5	45,5	45,5
	Muy adecuado	4	18,2	18,2	63,6
	Adecuado	5	22,7	22,7	86,4
	Poco adecuado	2	9,1	9,1	95,5
	Inadecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>4 120801 Estado de ánimo deprimido</b>	Totalmente adecuado	6	27,3	27,3	27,3
	Muy adecuado	7	31,8	31,8	59,1
	Adecuado	6	27,3	27,3	86,4
	Poco adecuado	3	13,6	13,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>5 130208 Se adapta a los cambios en desarrollo</b>	Totalmente adecuado	12	54,5	54,5	54,5
	Muy adecuado	5	22,7	22,7	77,3
	Adecuado	3	13,6	13,6	90,9
	Poco adecuado	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>6 130501 Establecimiento de objetivos realistas</b>	Totalmente adecuado	11	50,0	50,0	50,0
	Muy adecuado	8	36,4	36,4	86,4
	Adecuado	2	9,1	9,1	95,5
	Poco adecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>7 130502 Mantenimiento de la autoestima</b>	Totalmente adecuado	11	50,0	50,0	50,0
	Muy adecuado	7	31,8	31,8	81,8
	Adecuado	3	13,6	13,6	95,5
	Poco adecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>8 120007 Adaptación a cambios en el aspecto físico</b>	Totalmente adecuado	8	36,4	36,4	36,4
	Muy adecuado	5	22,7	22,7	59,1
	Adecuado	7	31,8	31,8	90,9
	Poco adecuado	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Hubo consenso en todos los ítems y se realizó una nueva propuesta:

- Satisfacción con la interacción social (1/1)\*

**Nota al pié:** \*(número de repeticiones/número total de propuestas)

Como se puede apreciar, no poseía código, no pudiendo identificarlo en la referencia bibliográfica de Moorhead et al. (2009), por lo que fue excluido.

**Esta necesidad no precisó ser valorada en un segundo panel.**

### **13. Necesidad de actividades recreativas y ocio**

La tabla de frecuencias de los ítems planteados en la primera ronda de validación para la necesidad de actividades recreativas y ocio, fue la siguiente:

Tabla 5. 26 FRECUENCIAS DE LOS INDICADORES DE RESULTADOS (NOC) PROPUESTOS en PRIMERA RONDA DE VALIDACIÓN DEL PANEL DELPHI: NECESIDAD DE ACTIVIDADES RECREATIVAS Y DE OCIO					
	Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>1 160403 Uso de habilidades sociales de interacción apropiadas</b>	Totalmente adecuado	12	54,5	54,5	54,5
	Muy adecuado	4	18,2	18,2	72,7
	Adecuado	5	22,7	22,7	95,5
	Poco adecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>2 160404 Refiere relajación con las actividades de ocio</b>	Totalmente adecuado	8	22,7	22,7	22,7
	Muy adecuado	5	22,7	22,7	45,4
	Adecuado	8	36,4	36,4	81,8
	Poco adecuado	3	13,6	13,6	95,5
	Inadecuado	1	4,5	4,5	100,0
Total	22	100,0	100,0		
<b>3 160407 Identificación de opciones recreativas</b>	Totalmente adecuado	2	9,1	9,1	9,1
	Muy adecuado	5	22,7	22,7	72,7
	Adecuado	11	50,0	50,0	81,8
	Poco adecuado	4	18,2	18,2	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>4 160413 Disfruta de actividades de ocio</b>	Totalmente adecuado	13	59,1	59,1	59,1
	Muy adecuado	3	13,6	13,6	72,7
	Adecuado	4	18,2	18,2	90,9
	Poco adecuado	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Como se puede apreciar, hubo consenso en todos ellos, salvo en los indicadores 160404 Refiere relajación con las actividades de ocio y 160407 Identificación de opciones recreativas (ver tabla 4.31), con los siguientes valores en los percentiles.

**Tabla 5. 27 INDICADORES DE RESULTADOS (NOC) EN LOS QUE NO HUBO CONSENSO EN PRIMERA RONDA DE VALIDACIÓN: NECESIDAD DE ACTIVIDADES RECREATIVAS Y DE OCIO**

	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75
160404 Refiere relajación con las actividades de ocio	1	2	4
160407 Identificación de opciones recreativas	1	2	4

Encontramos sólo una propuesta:

- 160402 Expresión de satisfacción con las actividades de ocio (1/1)

**Nota al pié:** \*(número de repeticiones/número total de propuestas)

Sin embargo, no la consideramos adecuada para incluirla en nueva ronda, por ser un indicador que pertenecía al mismo resultado de los valorados: *Dominio IV: Conocimiento y Conducta de Salud: Clase Q: Conducta de salud*, cuyos resultados describían *las acciones para favorecer, mantener o restablecer la salud*: 1604 Participación en actividades de Ocio: *uso de actividades relajantes, interesantes y de ocio para fomentar el bienestar* (Moorhead et al., 2009).

**Finalmente los indicadores para ser validados en un segundo panel fueron los siguientes:**

- ♣ 160404 Refiere relajación con las actividades de ocio
- ♣ 160407 Identificación de opciones recreativas

#### **14. Necesidad de aprender**

La tabla de frecuencias de los ítems planteados en la primera ronda de validación para la necesidad de aprender, fue la siguiente:

**Tabla 5. 28 FRECUENCIAS DE LOS INDICADORES DE RESULTADOS (NOC) PROPUESTOS en PRIMERA RONDA DE VALIDACIÓN DEL PANEL DELPHI: NECESIDAD DE APRENDER**

	Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>1 130221 Busca información acreditada sobre su tratamiento</b>	Totalmente adecuado	13	59,1	59,1	59,1
	Muy adecuado	5	22,7	22,7	81,8
	Adecuado	3	13,6	13,6	95,5
	Poco adecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>2 160001 Pregunta cuestiones</b>	Totalmente adecuado	13	59,1	59,1	59,1
	Muy adecuado	6	27,3	27,3	86,4
	Adecuado	2	9,1	9,1	95,5
	Poco adecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>3 160601 Reivindica la responsabilidad de tomar decisiones</b>	Totalmente adecuado	9	40,9	40,9	40,9
	Muy adecuado	6	27,3	27,3	68,2
	Adecuado	4	18,2	18,2	86,4
	Poco adecuado	3	13,6	13,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>4 160902 Cumple el régimen terapéutico recomendado</b>	Totalmente adecuado	8	36,4	36,4	36,4
	Muy adecuado	6	27,3	27,3	63,6
	Adecuado	2	9,1	9,1	72,7
	Poco adecuado	5	22,7	22,7	95,5
	Inadecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>5 160913 Altera las funciones del rol para cumplir los requerimientos terapéuticos</b>	Totalmente adecuado	6	27,3	27,3	27,3
	Muy adecuado	4	18,2	18,2	45,5
	Adecuado	7	31,8	31,8	77,3
	Poco adecuado	3	13,6	13,6	90,9
	Inadecuado	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>6 160007 Proporciona razones para adoptar una pauta</b>	Totalmente adecuado	2	9,1	9,1	9,1
	Muy adecuado	5	22,7	22,7	72,7
	Adecuado	11	50,0	50,0	81,8
	Poco adecuado	4	18,2	18,2	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>7 160008 Refiere el uso de estrategias para eliminar una conducta insalubre</b>	Totalmente adecuado	9	40,9	40,9	40,9
	Muy adecuado	7	31,8	31,8	72,7
	Adecuado	2	9,1	9,1	81,8
	Poco adecuado	4	18,2	18,2	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>8 180515 Descripción de los servicios de fomento y protección de la salud</b>	Totalmente adecuado	2	9,1	9,1	9,1
	Muy adecuado	5	22,7	22,7	72,7
	Adecuado	11	50,0	50,0	81,8
	Poco adecuado	4	18,2	18,2	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>9 220201 Voluntad de asumir el papel de cuidador familiar</b>	Totalmente adecuado	9	40,9	40,9	40,9
	Muy adecuado	7	31,8	31,8	72,7
	Adecuado	3	13,6	13,6	86,4
	Poco adecuado	3	13,6	13,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>10 182402 Proceso específico de la enfermedad</b>	Totalmente adecuado	7	31,8	31,8	31,8
	Muy adecuado	5	22,7	22,7	54,5
	Adecuado	5	22,7	22,7	77,3
	Poco adecuado	5	22,7	22,7	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>11 182408 Régimen terapéutico</b>	Totalmente adecuado	8	36,4	36,4	36,4
	Muy adecuado	5	22,7	22,7	59,1
	Adecuado	4	18,2	18,2	77,3
	Poco adecuado	4	18,2	18,2	95,5
	Total	22	100,0	100,0	

Inadecuado	1	4,5	4,5	100,0
Total	22	100,0	100,0	

Hubo consenso (ver tabla 4.31) en todos salvo en:

Tabla 5. 29 INDICADORES DE RESULTADOS (NOC) EN LOS QUE NO HUBO CONSENSO EN PRIMERA RONDA DE VALIDACIÓN: NECESIDAD DE APRENDER			
	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75
160913 Altera las funciones del rol para cumplir los requerimientos terapéuticos	1	2	4
160007 Proporciona razones para adoptar una pauta	1	2	4
180515 Descripción de los servicios de fomento y protección de la salud	1	2	4

Y se hizo una propuesta:

- 182308 Conductas que fomentan la salud (1/1)\*

**Nota al pié:** \*(número de repeticiones/número total de propuestas)

Que consideramos incluir en una segunda ronda, ya que pertenecían al *Dominio IV: Conocimiento y Conducta de Salud: Clase S: Conocimientos sobre salud*, y resultado: 1823 Conocimiento: fomento de la Salud, que se definía como “*grado de comprensión sobre la información necesaria para conseguir y mantener una salud óptima*” (Moorhead et al., 2009).

**Finalmente los indicadores para ser validados en un segundo panel fueron los siguientes:**

- ♣ 160913 Altera las funciones del rol para cumplir los requerimientos terapéuticos
- ♣ 160007 Proporciona razones para adoptar una pauta
- ♣ 180515 Descripción de los servicios de fomento y protección de la salud
- ♣ 182308 Conductas que fomentan la salud



## 5.1.2.2. Resultados de las intervenciones (NIC) por Bloques de Cuidados

### 1. Bloque de cuidados generales

La tabla de frecuencias de las intervenciones planteadas en la primera ronda de validación en el bloque de cuidados generales, fue la siguiente:

Tabla 5. 30 INTERVENCIONES (NIC) PROPUESTAS PRIMERA en PRIMERA RONDA DE VALIDACIÓN DEL PANEL DELPHI: BLOQUE DE CUIDADOS GENERALES					
	Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>1 6680 Monitorización de los signos vitales</b>	Totalmente adecuado	19	86,4	86,4	86,4
	Muy adecuado	2	9,1	9,1	95,5
	Poco adecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>2 6540 Control de infecciones</b>	Totalmente adecuado	14	63,6	63,6	63,6
	Muy adecuado	3	13,6	13,6	77,3
	Adecuado	4	18,2	18,2	95,5
	Poco adecuado	1	4,5	4,5	100,0
Total	22	100,0	100,0		
<b>3 7310 Cuidados de enfermería al ingreso</b>	Totalmente adecuado	16	72,7	72,7	72,7
	Muy adecuado	6	27,3	27,3	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>4 7560 Facilitar las visitas</b>	Totalmente adecuado	8	36,4	36,4	36,4
	Muy adecuado	5	22,7	22,7	59,1
	Adecuado	5	22,7	22,7	81,8
	Poco adecuado	4	18,2	18,2	100,0
Total	22	100,0	100,0		
<b>5 7370 Planificación del alta</b>	Totalmente adecuado	13	59,1	59,1	59,1
	Muy adecuado	6	27,3	27,3	86,4
	Adecuado	1	4,5	4,5	90,9
	Poco adecuado	2	9,1	9,1	100,0
Total	22	100,0	100,0		
<b>6 6490 Prevención de caídas</b>	Totalmente adecuado	15	68,2	68,2	68,2
	Muy adecuado	4	18,2	18,2	86,4
	Adecuado	3	13,6	13,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>7 0960 Transporte: dentro de la instalación</b>	Totalmente adecuado	8	36,4	36,4	36,4
	Muy adecuado	5	22,7	22,7	59,1
	Adecuado	4	18,2	18,2	77,3
	Poco adecuado	5	22,7	22,7	100,0
Total	22	100,0	100,0		
<b>8 6650 Vigilancia</b>	Totalmente adecuado	13	59,1	59,1	59,1
	Muy adecuado	6	27,3	27,3	86,4
	Adecuado	3	13,6	13,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>9 5610 Enseñanza prequirúrgica</b>	Totalmente adecuado	8	36,4	36,4	36,4
	Muy adecuado	5	22,7	22,7	59,1
	Adecuado	7	31,8	31,8	90,9
	Poco adecuado	2	9,1	9,1	100,0
Total	22	100,0	100,0		
<b>10 1570 Manejo del vómito</b>	Totalmente adecuado	6	27,3	27,3	27,3
	Muy adecuado	12	54,5	54,5	81,8

	Adecuado	4	18,2	18,2	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>11 2930 Preparación quirúrgica</b>	Totalmente adecuado	9	40,9	40,9	40,9
	Muy adecuado	10	45,5	45,5	86,4
	Adecuado	1	4,5	4,5	90,9
	Poco adecuado	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>12 0940 Cuidados de tracción/inmovilización</b>	Totalmente adecuado	7	31,8	31,8	31,8
	Muy adecuado	10	45,5	45,5	77,3
	Adecuado	4	18,2	18,2	95,5
	Poco adecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Hubo consenso en todas las intervenciones en esta primera ronda de validación. Los expertos y expertas no realizaron ninguna propuesta, por lo que este bloque no tuvo que ser valorado en una segunda ronda del panel.

## **2. Bloque de cuidados psicosociales**

La tabla de frecuencias de las intervenciones planteadas en la primera ronda de validación en el bloque de cuidados psicosociales, fue la siguiente:

<b>Tabla 5. 31 INTERVENCIONES (NIC) PROPUESTAS PRIMERA en PRIMERA RONDA DE VALIDACIÓN DEL PANEL DELPHI: BLOQUE DE CUIDADOS PSICOSOCIALES</b>					
	Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>1 5250 Apoyo en la toma de decisiones</b>	Totalmente adecuado	8	36,4	36,4	36,4
	Muy adecuado	5	22,7	22,7	59,1
	Adecuado	4	18,2	18,2	77,3
	Poco adecuado	4	18,2	18,2	95,5
	Inadecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>2 5230 Aumentar el afrontamiento</b>	Totalmente adecuado	8	36,4	36,4	36,4
	Muy adecuado	5	22,7	22,7	59,1
	Adecuado	4	18,2	18,2	77,3
	Poco adecuado	4	18,2	18,2	95,5
	Inadecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>3 5820 Disminución de la ansiedad</b>	Totalmente adecuado	12	54,5	54,5	54,5
	Muy adecuado	5	22,7	22,7	77,3
	Adecuado	3	13,6	13,6	90,9
	Poco adecuado	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>4 5900 Distracción</b>	Totalmente adecuado	12	54,5	54,5	54,5
	Muy adecuado	5	22,7	22,7	77,3
	Adecuado	3	13,6	13,6	90,9
	Poco adecuado	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>5 5520 Facilitar el</b>	Totalmente adecuado	8	36,4	36,4	36,4

<b>aprendizaje</b>	Muy adecuado	7	31,8	31,8	68,2
	Adecuado	5	22,7	22,7	90,9
	Poco adecuado	1	4,5	4,5	95,5
	Inadecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>6 5280 Facilitar el duelo</b>	Totalmente adecuado	9	40,9	40,9	40,9
	Muy adecuado	5	22,7	22,7	63,6
	Adecuado	4	18,2	18,2	81,8
	Poco adecuado	2	9,1	9,1	90,9
	Inadecuado	2	9,1	9,1	100,0
Total	22	100,0	100,0		
<b>7 5400 Potenciación de la autoestima</b>	Totalmente adecuado	7	31,8	31,8	31,8
	Muy adecuado	5	22,7	22,7	54,5
	Adecuado	6	27,3	27,3	81,8
	Poco adecuado	2	9,1	9,1	90,9
	Inadecuado	2	9,1	9,1	100,0
Total	22	100,0	100,0		

Como se muestra, hubo consenso en toda, salvo en la intervención “5230 Aumentar el afrontamiento” (ver tabla 4.31), con los siguientes valores en los percentiles:

<b>Tabla 5. 32 INTERVENCIÓN (NIC) EN LA QUE NO HUBO CONSENSO EN PRIMERA RONDA DE VALIDACIÓN: BLOQUE DE CUIDADOS PSICOSOCIALES</b>			
	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75
5230 Aumentar el afrontamiento	1	2	4

Y no realizaron ninguna propuesta.

**Finalmente la intervención para ser validada en un segundo panel fue la siguiente:**

- ♣ 5230 Aumentar el afrontamiento

### **3. Bloque de cuidados de la piel**

La tabla de frecuencias de las intervenciones planteadas en la primera ronda de validación en el bloque de cuidados de la piel, fue la siguiente:

**Tabla 5. 33 INTERVENCIONES (NIC) PROPUESTAS PRIMERA en PRIMERA RONDA DE VALIDACIÓN DEL PANEL DELPHI: BLOQUE DE CUIDADOS DE LA PIEL**

	Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>1 0840 Cambio de posición</b>	Totalmente adecuado	12	54,5	54,5	54,5
	Muy adecuado	8	36,4	36,4	90,9
	Adecuado	1	4,5	4,5	95,5
	Poco adecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>2 3660 Cuidados de las heridas</b>	Totalmente adecuado	17	77,3	77,3	77,3
	Muy adecuado	5	22,7	22,7	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>3 3662 Cuidados de las heridas: drenaje cerrado</b>	Totalmente adecuado	12	54,5	54,5	54,5
	Muy adecuado	6	27,3	27,3	81,8
	Adecuado	3	13,6	13,6	95,5
	Poco adecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>4 3584 Cuidados de la piel: tratamiento tópico</b>	Totalmente adecuado	11	50,0	50,0	50,0
	Muy adecuado	7	31,8	31,8	81,8
	Adecuado	3	13,6	13,6	95,5
	Poco adecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>5 3440 Cuidados del sitio de incisión</b>	Totalmente adecuado	14	63,6	63,6	63,6
	Muy adecuado	5	22,7	22,7	86,4
	Adecuado	2	9,1	9,1	95,5
	Inadecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>6 3520 Cuidados de las úlceras por presión</b>	Totalmente adecuado	17	77,3	77,3	77,3
	Muy adecuado	4	18,2	18,2	95,5
	Poco adecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Hubo consenso en todas las intervenciones y no plantearon propuestas, por lo que este bloque no fue valorado en una segunda ronda.

#### **4. Bloque de cuidados de catéteres y drenajes**

La tabla de frecuencias de las intervenciones planteadas en la primera ronda de validación en el bloque de cuidados de catéteres y drenajes, fue la siguiente:

**Tabla 5. 34 INTERVENCIONES (NIC) PROPUESTAS PRIMERA en PRIMERA RONDA DE VALIDACIÓN DEL PANEL DELPHI: BLOQUE DE CUIDADOS DE CATÉTERES Y DRENAJES**

	Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>1 1876 Cuidados del catéter urinario</b>	Totalmente adecuado	16	72,7	72,7	72,7
	Muy adecuado	6	27,3	27,3	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>2 1872 Cuidados del drenaje torácico</b>	Totalmente adecuado	12	54,5	54,5	54,5
	Muy adecuado	4	18,2	18,2	72,7
	Adecuado	2	9,1	9,1	81,8
	Poco adecuado	4	18,2	18,2	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>3 0480 Cuidados de la ostomía</b>	Totalmente adecuado	12	54,5	54,5	54,5
	Muy adecuado	6	27,3	27,3	81,8
	Adecuado	3	13,6	13,6	95,5
	Poco adecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>4 1874 Cuidados de la sonda gastrointestinal</b>	Totalmente adecuado	13	59,1	59,1	59,1
	Muy adecuado	5	22,7	22,7	81,8
	Adecuado	4	18,2	18,2	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>5 2440 Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV)</b>	Totalmente adecuado	17	77,3	77,3	77,3
	Muy adecuado	5	22,7	22,7	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Hubo consenso en todas las intervenciones. Los y las panelistas no plantearon propuestas, por lo que este bloque no fue valorado en una segunda ronda.

**5. Bloque de cuidados para el manejo y administración de medicamentos**

La tabla de frecuencias de las intervenciones planteadas en la primera ronda de validación en el bloque de cuidados para el manejo y administración de medicamentos, fue la siguiente:

**Tabla 5. 35 INTERVENCIONES (NIC) PROPUESTAS PRIMERA en PRIMERA RONDA DE VALIDACIÓN DEL PANEL DELPHI: BLOQUE DE CUIDADOS PARA EL MANEJO Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS**

	Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>1 2301 Administración de medicación: enteral</b>	Totalmente adecuado	14	63,6	63,6	63,6
	Muy adecuado	5	22,7	22,7	86,4
	Adecuado	2	9,1	9,1	95,5
	Poco adecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>2 2313 Administración de medicación: intramuscular (i.m)</b>	Totalmente adecuado	14	63,6	63,6	63,6
	Muy adecuado	5	22,7	22,7	86,4
	Adecuado	3	13,6	13,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>3 2304 Administración de medicación: intravenosa (i.v)</b>	Totalmente adecuado	17	77,3	77,3	77,3
	Muy adecuado	5	22,7	22,7	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>4 4030 Administración de medicación: oral</b>	Totalmente adecuado	14	63,6	63,6	63,6
	Muy adecuado	6	27,3	27,3	90,9
	Poco adecuado	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>5 4030 Administración de productos sanguíneos</b>	Totalmente adecuado	12	54,5	54,5	54,5
	Muy adecuado	5	22,7	22,7	77,3
	Adecuado	5	22,7	22,7	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>6 5616 Enseñanza: de medicamentos prescritos</b>	Totalmente adecuado	11	50,0	50,0	50,0
	Muy adecuado	4	18,2	18,2	68,2
	Adecuado	5	22,7	22,7	90,9
	Poco adecuado	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>7 6410 Manejo de la alergia</b>	Totalmente adecuado	8	36,4	36,4	36,4
	Muy adecuado	7	31,8	31,8	68,2
	Adecuado	4	18,2	18,2	86,4
	Poco adecuado	3	13,6	13,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>8 1400 Manejo del dolor</b>	Totalmente adecuado	16	72,7	72,7	72,7
	Muy adecuado	5	22,7	22,7	95,5
	Adecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Hubo consenso en todas las intervenciones; no plantearon propuestas, por lo que este bloque no fue valorado en una segunda ronda.

#### **6. Bloque de cuidados para la realización de pruebas diagnósticas**

La tabla de frecuencias de las intervenciones planteadas en la primera ronda de validación en el bloque de cuidados para la realización de pruebas diagnósticas, fue la siguiente:

**Tabla 5. 36 INTERVENCIONES (NIC) PROPUESTAS PRIMERA en PRIMERA RONDA DE VALIDACIÓN DEL PANEL DELPHI: BLOQUE DE CUIDADOS PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS**

	Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>1 7610 Análisis de laboratorio a pie de cama</b>	Totalmente adecuado	9	40,9	40,9	40,9
	Muy adecuado	9	40,9	40,9	81,8
	Adecuado	2	9,1	9,1	90,9
	Poco adecuado	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>2 7680 Ayuda en la exploración</b>	Totalmente adecuado	10	45,5	45,5	45,5
	Muy adecuado	8	36,4	36,4	81,8
	Adecuado	2	9,1	9,1	90,9
	Poco adecuado	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>3 7710 Colaboración con el médico</b>	Totalmente adecuado	11	50,0	50,0	50,0
	Muy adecuado	6	27,3	27,3	77,3
	Adecuado	2	9,1	9,1	86,4
	Poco adecuado	2	9,1	9,1	95,5
	Inadecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>4 4235 Flebotomía: vía canalizada</b>	Totalmente adecuado	16	72,7	72,7	72,7
	Muy adecuado	6	27,3	27,3	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>5 4232 Flebotomía: muestra de sangre arterial</b>	Totalmente adecuado	12	54,5	54,5	54,5
	Muy adecuado	8	36,4	36,4	90,9
	Adecuado	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>6 4238 Flebotomía: muestra de sangre venosa</b>	Totalmente adecuado	15	68,2	68,2	68,2
	Muy adecuado	7	31,8	31,8	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>7 7690 Interpretación de datos de laboratorio</b>	Totalmente adecuado	4	18,2	18,2	18,2
	Muy adecuado	8	36,4	36,4	54,5
	Adecuado	8	36,4	36,4	90,9
	Poco adecuado	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>8 7820 Manejo de muestras</b>	Totalmente adecuado	8	36,4	36,4	36,4
	Muy adecuado	12	54,5	54,5	90,9
	Adecuado	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Hubo consenso en todas las intervenciones en esta primera ronda de validación. Los expertos y expertas no realizaron ninguna propuesta, por lo que este bloque no tuvo que ser valorado en una segunda ronda del panel.

### **7. Bloque de cuidados en situaciones críticas**

La tabla de frecuencias de las intervenciones planteadas en la primera ronda de validación en el bloque de cuidados en situaciones críticas, fue la siguiente:

**Tabla 5. 37 INTERVENCIONES (NIC) PROPUESTAS PRIMERA en PRIMERA RONDA DE VALIDACIÓN DEL PANEL DELPHI: BLOQUE DE CUIDADOS EN SITUACIONES CRÍTICAS**

	Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>1 6200 Cuidados en la emergencia</b>	Totalmente adecuado	17	77,3	77,3	77,3
	Muy adecuado	3	13,6	13,6	90,9
	Adecuado	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>2 3120 Intubación y estabilización de vías aéreas</b>	Totalmente adecuado	10	45,5	45,5	45,5
	Muy adecuado	7	31,8	31,8	77,3
	Adecuado	2	9,1	9,1	86,4
	Poco adecuado	3	13,6	13,6	100,0
Total	22	100,0	100,0		
<b>3 3180 Manejo de las vías aéreas artificiales</b>	Totalmente adecuado	13	59,1	59,1	59,1
	Muy adecuado	6	27,3	27,3	86,4
	Adecuado	2	9,1	9,1	95,5
	Inadecuado	1	4,5	4,5	100,0
Total	22	100,0	100,0		
<b>4 4250 Manejo del shock</b>	Totalmente adecuado	11	50,0	50,0	50,0
	Muy adecuado	6	27,3	27,3	77,3
	Adecuado	3	13,6	13,6	90,9
	Poco adecuado	2	9,1	9,1	100,0
Total	22	100,0	100,0		
<b>5 3300 Manejo de la ventilación mecánica: invasiva</b>	Totalmente adecuado	9	40,9	40,9	40,9
	Muy adecuado	6	27,3	27,3	68,2
	Adecuado	4	18,2	18,2	86,4
	Poco adecuado	2	9,1	9,1	95,5
Inadecuado	1	4,5	4,5	100,0	
Total	22	100,0	100,0		

Hubo consenso en todas las intervenciones valoradas. Los expertos y expertas hicieron una propuesta que fue la siguiente:

- 4210 Monitorización hemodinámica invasiva (1/1)\*

**Nota al pié:** \*(número de repeticiones/número total de propuestas)

Al analizar esta intervención, creímos adecuado incluirla en un segundo panel, por su idoneidad, puesto que según Bulechek et al. (2009), se definía como “la medición e interpretación de parámetros hemodinámicas invasivos para determinar la función cardiovascular y regular la terapia, si procede”<sup>88</sup>.

<sup>88</sup> Campo 2: Fisiológico: Complejo, Clase N: Control de la perfusión tisular (Bulechek et al. ,2009).



Finalmente la intervención para ser validada en un segundo panel fue la siguiente:

- ♣ 4210 Monitorización hemodinámica invasiva (1/1)

Concluyendo, podemos decir que tras esta primera ronda de valoración:

- ▶ De los 113 indicadores de resultados (NOC) de la versión inicial (**ANEXO V**), se seleccionaron 90, que correspondía con el 79,64% de los indicadores planteados.
- ▶ No existió consenso en 23 indicadores NOC (20,36%)

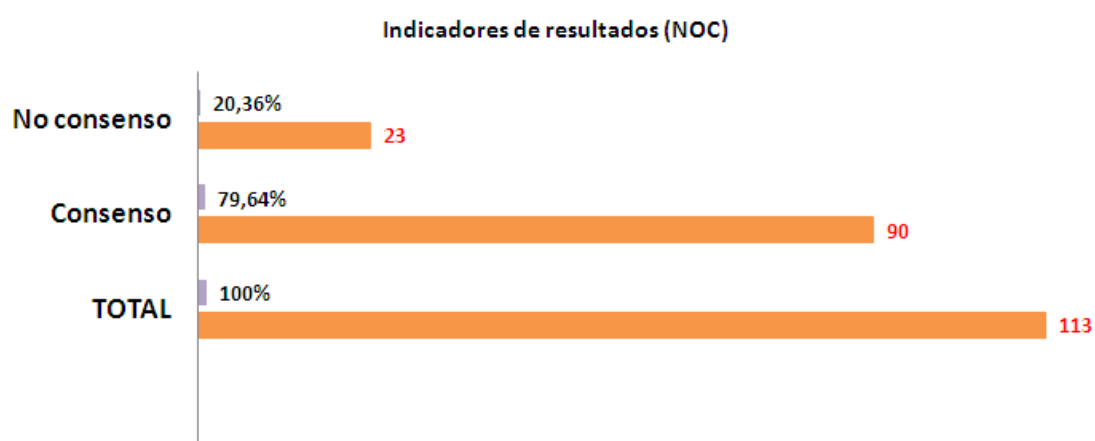


Gráfico 5. 9 Consenso con los indicadores de resultados (NOC) en primera ronda de validación del panel delphi

- ▶ Hubo un mayor acuerdo en las intervenciones (NIC). De forma que de las 51 planteadas (**ANEXO V**), se seleccionaron 50, que es igual al 98,03% del total.
- ▶ No existió consenso en 1 intervención NIC (1,97%).

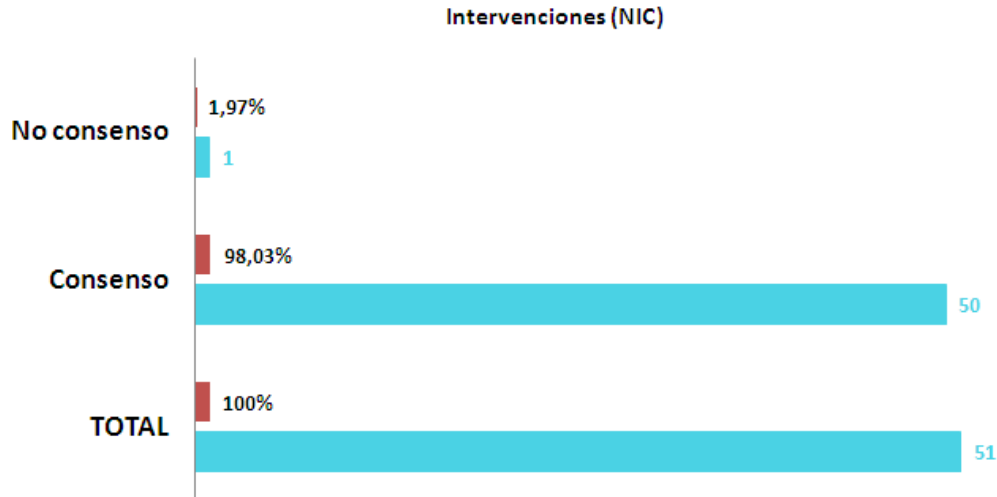


Gráfico 5. 10 Consenso con las intervenciones (NIC) en primera ronda de validación del panel delphi

- ▶ De los ítems aportados por los expertos y expertas, pasan a segunda ronda de validación, 22 indicadores NOC y 1 intervención NIC.
- ▶ Para esto se generó una segunda encuesta que constaba de 47 ítems, que correspondían con 45 indicadores NOC y 2 ítems intervenciones enfermeras.
- ▶ De los 45 indicadores NOC, 22 (48,8%) eran resultado de nuevas aportaciones y 23 (51,1%) del total de 45, correspondían a indicadores propuestos por la investigadora sobre los que no hubo consenso en esta primera ronda.
- ▶ De las dos intervenciones enfermeras que entraron en segunda ronda de validación, una correspondió a una nueva propuesta por los expertos del panel y la otra correspondió a una intervención propuesta por la investigadora sobre la que tampoco hubo consenso.

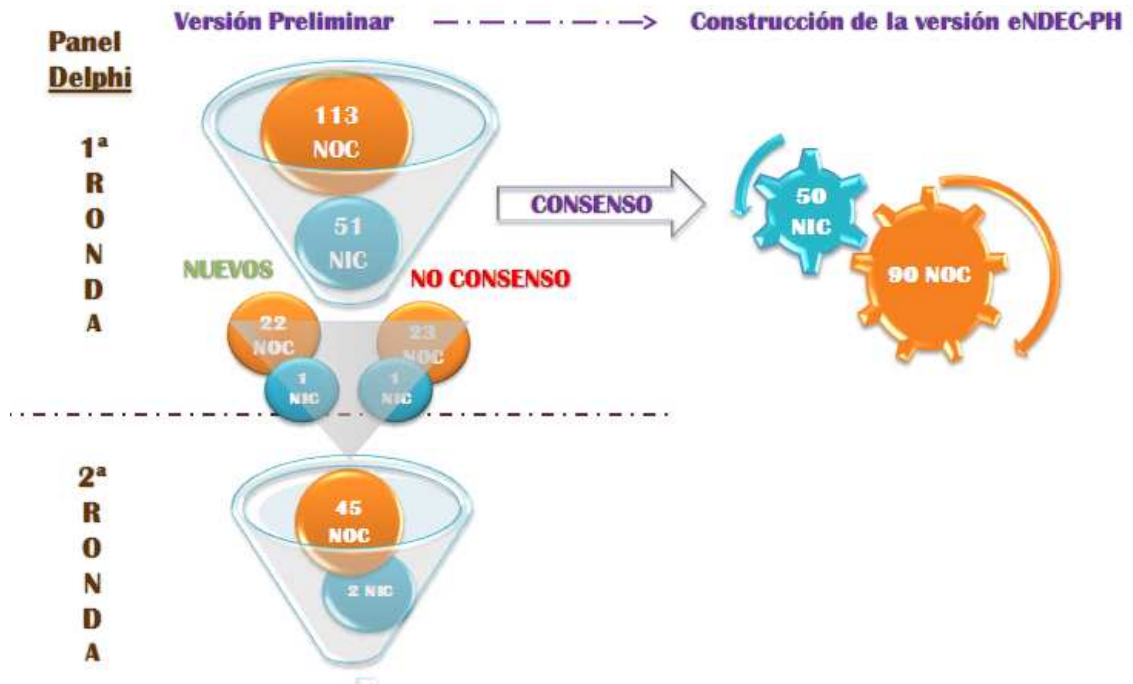


Fig. 5. 2 Dinámica de ítems durante la primera ronda de validación del panel delphi

### 5.1.3. RESULTADOS DE LA SEGUNDA RONDA DEL PANEL DELPHI, PARA LA VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN PRELIMINAR Y OBTENCIÓN DE LA VERSIÓN ENDEC-PH.

Volvieron a participar los 22 expertos y expertas y no hubo ninguna muerte experimental, ni datos perdidos en el sistema, aunque en esta ocasión no se dio la opción de aportación de ningún ítem adicional.

Para esta segunda ronda los criterios de análisis de datos fueron más restrictivos (tabla 4.32); tomamos el criterio “mediana” (o primer valor que deja “al menos” el 50% de los datos por debajo) o Percentil 75 (o primer valor que deja “al menos” el 75% de los datos por debajo), ya que se trataban de variables ordinales con sólo 5 valores, al existir muchos valores repetidos (mediano número de panelistas y medianos valores de la variable) en ocasiones los datos podían solaparse entre sí.

Comprobamos, además que los valores estaban aglutinados en torno a valores extremos a la derecha o del límite superior del intervalo, por lo que tuvimos que acudir a un criterio adicional para evaluar la dispersión, como es el rango intercuartílico (RI).

Tabla 5. 38 INDICADORES NOC PROPUESTOS EN SEGUNDA RONDA DE VALIDACIÓN		PERCENTILES				15	17	
		Moda	Rango intercuartílico	25	50	75	Seleccio- nado (33,3%)	Nueva ronda (37,8%)
<b>1. NECESIDAD DE RESPIRACIÓN</b>								
1	040101 Presión arterial sistólica	4	1	3	4	4	0	0
2	040102 Presión arterial diastólica	4	1,25	3	4	4,25	0	0
3	040310 Ruidos respiratorios patológicos	1	3	1	2	4	0	1
4	040309 Utilización de músculos accesorios	1	1,25	1	2	2,25	1	0
5	040203 Disnea en reposo	1	1	1	1	2	1	0
6	040204 Disnea de esfuerzo	1	1,25	1	1	2,25	1	0
7	040211 Saturación de oxígeno	1	2	1	1	3	1	0
8	191411 Busca información sobre los métodos para mantener la salud cardiovascular	5	2,75	2	4	5	0	0
<b>2. NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN</b>								

9	113012 Masa corporal media	5	2	4	5	3	0	1
10	100601 Peso	1	1	1	3	2	1	0
11	101401 Deseo de comer	1	1	2	5	4	0	1
<b>3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN</b>								
12	031013 Entra y sale del servicio	4	3	4	5	2	0	0
13	040410 Vómitos	4	2	4	4	2	0	0
<b>4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER LA POSICIÓN CORPORAL</b>								
14	030609 Realiza las tareas del hogar	4	1,75	4	4,25	2,5	0	0
15	020803 Movimiento muscular	3	1	3	3,25	2,25	0	1
16	020804 Movimiento articular	3	1,75	3	4	2,25	0	1
17	161607 Utiliza dispositivos de apoyo correctamente	2	1	2	3	2	1	0
18	130803 Se adapta a las limitaciones funcionales	1	1	2	3,25	2,25	1	0
19	030012 Cambia de posición solo	3	1	1	4	3	0	1
<b>5. NECESIDAD DE REPOSO – SUEÑO</b>								
20	000202 Siestas en el rango esperado	4	2,75	1	1	3	0	0
21	121101 Desasosiego	2	2	2	3	4	0	1
22	210204 Duración de los episodios de dolor	4	2	1	2	2	0	0
23	000306 Consumo de fármacos psicotrópicos	2	2	2	3	4	0	1
24	000403 Patrón del sueño	1	1	1	1	2	1	0
<b>6. NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE</b>								
25	030201 Escoge la ropa	4	2,75	4	3	2	1	0
26	030002 Se viste	1	1	1	2	1	1	0
<b>7. MANTENER LA TEMPERATURA</b>								
<b>8. HIGIENE E INTEGRIDAD DE PIEL Y MUCOSAS</b>								
27	030109 Se baña en la ducha	4	2	4	4	2	0	0
28	003011 Seca el cuerpo	4	2	3	4	2	0	0
29	030514 Mantiene una apariencia pulcra	4	2,75	4	4,25	1,5	0	0
30	110111 Perfusión tisular	5	2	3	5	3	0	1
31	110116 Lesiones de la membrana mucosa	1	1	1	2	1	1	0
32	030508 Se lava el pelo	2	2	3	4,25	2,25	0	1
<b>9. EVITAR PELIGROS</b>								
33	250807 Apoyo del profesional sanitario	4	2,75	4	4,25	1,5	0	0
34	090005 Está orientado	1	1	1	1	0	1	0
35	161411 Participa en las decisiones de los cuidados de salud	1	1	2,5	4,25	3,25	0	1
<b>10. COMUNICARSE Y RELACIONARSE</b>								
36	120402 Muestra un estado de ánimo sereno	5	4	1	3	5	0	1
37	150303 Interacción con miembros de la familia	1	3,25	1	2	4,25	0	1
<b>11. NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES</b>								
38	200011 Satisfacción con el estado de ánimo general	4	2	2	3	4,25	0	1
39	300409 Cuidados consistentes con las creencias culturales	1	1	1	1	0	1	0
<b>12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE</b>								
<b>13. NECESIDAD DE OCIO Y ACTIVIDADES RECREATIVAS</b>								
40	160404 Refiere relajación con las actividades de ocio	2	3	1	2	4	0	1
41	160407 Identificación de opciones recreativas	2	3	1	2	4	0	1

14. NECESIDAD DE APRENDER								
42	160913 Altera las funciones del rol para cumplir los requerimientos terapéuticos	4	2	3,7	4	2	0	0
43	160007 Proporciona razones para adoptar una pauta	1	3	2	4	3	0	1
44	180515 Descripción de los servicios de fomento y protección de la salud	4	2,75	4	4,25	1,5	0	0
45	182308 Conductas que fomentan la salud	1	2	2	3	2	1	0

Tabla 5. 39 INTERVENCIONES NIC PROPUESTAS EN SEGUNDA RONDA DE VALIDACIÓN		PERCENTILES				1 (50,0%)	1 (50,0%)	
		Moda	Rango intercuartílico	25	50	75	Seleccio nado	Nueva ronda
1. CUIDADOS GENERALES								
2. CUIDADOS PSICOSOCIALES								
1	5230 Aumentar el afrontamiento	4	2,25	1,75	3	4	0	1
3. CUIDADOS DE LA PIEL								
4. CUIDADOS DE CATÉTERES Y DRENAJES								
5. CUIDADOS PARA EL MANEJO Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS								
6. CUIDADOS PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS								
7. CUIDADOS EN SITUACIONES CRÍTICAS								
2	4210 Monitorización hemodinámica invasiva	1	1,25	1	2	2,25	1	0

### 5.1.3.1. Resultados de los indicadores (NOC) por Necesidades

#### 1. Necesidad de respirar

La tabla de frecuencias de los ítems planteados en la segunda ronda de validación para la necesidad de respirar, fue la siguiente:

**Tabla 5. 40 FRECUENCIAS DE LOS INDICADORES DE RESULTADOS (NOC) PROPUESTOS en SEGUNDA RONDA DE VALIDACIÓN DEL PANEL DELPHI: NECESIDAD DE RESPIRAR**

	Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>1 040101 Presión arterial sistólica</b>	Totalmente adecuado	1	4,5	4,5	4,5
	Muy adecuado	3	13,6	13,6	18,2
	Adecuado	2	9,1	9,1	27,3
	Poco adecuado	12	54,5	54,5	81,8
	Inadecuado	4	18,2	18,2	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>2 040102 Presión arterial diastólica</b>	Totalmente adecuado	1	4,5	4,5	4,5
	Muy adecuado	3	13,6	13,6	18,2
	Adecuado	2	9,1	9,1	27,3
	Poco adecuado	11	50,0	50,0	77,3
	Inadecuado	5	22,7	22,7	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>3 040310 Ruidos respiratorios patológicos</b>	Totalmente adecuado	8	36,4	36,4	36,4
	Muy adecuado	6	27,3	27,3	63,6
	Adecuado	1	4,5	4,5	68,2
	Poco adecuado	3	13,6	13,6	81,8
	Inadecuado	4	18,2	18,2	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>4 040309 Utilización de músculos accesorios</b>	Totalmente adecuado	9	40,9	40,9	40,9
	Muy adecuado	8	36,4	36,4	77,3
	Adecuado	2	9,1	9,1	86,4
	Poco adecuado	2	9,1	9,1	95,5
	Inadecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>5 040203 Disnea en reposo</b>	Totalmente adecuado	15	68,2	68,2	68,2
	Muy adecuado	3	13,6	13,6	81,8
	Adecuado	2	9,1	9,1	90,9
	Poco adecuado	1	4,5	4,5	95,5
	Inadecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>6 040204 Disnea de esfuerzo</b>	Totalmente adecuado	14	63,6	63,6	63,6
	Muy adecuado	3	13,6	13,6	77,3
	Adecuado	2	9,1	9,1	86,4
	Poco adecuado	1	4,5	4,5	90,9
	Inadecuado	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>7 040211 Saturación de oxígeno</b>	Totalmente adecuado	12	54,5	54,5	54,5
	Muy adecuado	4	18,2	18,2	72,7
	Adecuado	3	13,6	13,6	86,4
	Poco adecuado	2	9,1	9,1	95,5
	Inadecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>8 191411 Busca información sobre los métodos para mantener la salud cardiovascular</b>	Totalmente adecuado	3	13,6	13,6	13,6
	Muy adecuado	4	18,2	18,2	31,8
	Adecuado	3	13,6	13,6	45,5
	Poco adecuado	4	18,2	18,2	63,6
	Inadecuado	8	36,4	36,4	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

De los ocho indicadores de resultados, **hubo consenso en cuatro**, pasando a engrosar la versión eNDEC-PH del INICIARE®:

- ▀ 040309 Utilización de músculos accesorios.
- ▀ 040203 Disnea en reposo.
- ▀ 040204 Disnea de esfuerzo.

040211 Saturación de oxígeno.

No hubo consenso en uno, teniendo que ser sometido a una tercera ronda:

Tabla 5. 41 INDICADOR DE RESULTADOS (NOC) EN EL QUE NO HUBO CONSENSO EN SEGUNDA RONDA DE VALIDACIÓN: NECESIDAD DE RESPIRAR				
	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75	RI*
<b>040310 Ruidos respiratorios patológicos</b>	2	4	3	3

\*RI: Rango Intercuartílico

Y fueron eliminados los tres siguientes:

Tabla 5. 42 INDICADORES DE RESULTADOS (NOC) ELIMINADOS EN SEGUNDA RONDA DE VALIDACIÓN: NECESIDAD DE RESPIRAR				
	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75	RI*
<b>040101 Presión arterial sistólica</b>	4	4	1	1
<b>040102 Presión arterial diastólica</b>	4	4,25	1,25	1,25
<b>191411 Busca información sobre los métodos para mantener la salud cardiovascular</b>	4	5	3	2,75

## **2. Necesidad de alimentarse e hidratarse**

La tabla de frecuencias de los ítems planteados en la segunda ronda de validación para la necesidad de alimentarse e hidratarse, fue la siguiente:



**Tabla 5. 43 FRECUENCIAS DE LOS INDICADORES DE RESULTADOS (NOC) PROPUESTOS en SEGUNDA RONDA DE VALIDACIÓN DEL PANEL DELPHI: NECESIDAD DE ALIMENTARSE E HIDRATARSE**

	Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>1 113012 Masa corporal media</b>	Totalmente adecuado	4	18,2	18,2	18,2
	Muy adecuado	2	9,1	9,1	27,3
	Adecuado	3	13,6	13,6	40,9
	Poco adecuado	6	27,3	27,3	68,2
	Inadecuado	7	31,8	31,8	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>2 100601 Peso</b>	Totalmente adecuado	13	59,1	59,1	59,1
	Muy adecuado	3	13,6	13,6	72,7
	Adecuado	3	13,6	13,6	86,4
	Poco adecuado	2	9,1	9,1	95,5
	Inadecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>3 101401 Deseo de comer</b>	Totalmente adecuado	9	40,9	40,9	40,9
	Muy adecuado	3	13,6	13,6	54,5
	Adecuado	3	13,6	13,6	68,2
	Poco adecuado	1	4,5	4,5	72,7
	Inadecuado	6	27,3	27,3	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

De los tres indicadores de resultados, **hubo consenso en uno**, pasando a formar parte de la versión eNDEC-PH del INICIARE®:

■ 100601 Peso.

**No hubo consenso en dos**, teniendo que ser sometido a una tercera ronda:

**Tabla 5. 44 INDICADORES DE RESULTADOS (NOC) EN LOS QUE NO HUBO CONSENSO EN SEGUNDA RONDA DE VALIDACIÓN: NECESIDAD DE ALIMENTARSE E HIDRATARSE**

	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75	RI*
<b>113012 Masa corporal media</b>	2	4	5	2
<b>101401 Deseo de comer</b>	1	2	5	1

\*RI: Rango Intercuartílico

**Ningún indicador fue eliminado.**

### ☑ **3. Necesidad de eliminar**

La tabla de frecuencias de los ítems planteados en la segunda ronda de validación para la necesidad de eliminar, fue la siguiente:

Tabla 5. 45 FRECUENCIAS DE LOS INDICADORES DE RESULTADOS (NOC) PROPUESTOS en SEGUNDA RONDA DE VALIDACIÓN DEL PANEL DELPHI: NECESIDAD DE ELIMINAR					
	Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>1 031013 Entra y sale del cuarto del servicio</b>	Totalmente adecuado	3	13,6	13,6	13,6
	Muy adecuado	1	4,5	4,5	18,2
	Adecuado	5	22,7	22,7	40,9
	Poco adecuado	7	31,8	31,8	72,7
	Inadecuado	6	27,3	27,3	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>2 040410 Vómitos</b>	Totalmente adecuado	2	9,1	9,1	9,1
	Muy adecuado	6	27,3	27,3	36,4
	Adecuado	1	4,5	4,5	40,9
	Poco adecuado	9	40,9	40,9	81,8
	Inadecuado	4	18,2	18,2	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Los dos indicadores de resultados fueron eliminados:

Tabla 5. 46 INDICADORES DE RESULTADOS (NOC) ELIMINADOS EN SEGUNDA RONDA DE VALIDACIÓN: NECESIDAD DE ELIMINAR				
	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75	RI*
<b>031013 Entra y sale del servicio</b>	4	5	2	2
<b>040410 Vómitos</b>	4	4	2	2

### ☑ **4. Necesidad de moverse y mantener la posición corporal**

La tabla de frecuencias de los ítems planteados en la segunda ronda de validación para la necesidad de moverse y mantener la posición corporal, fue la siguiente:

**Tabla 5. 47 FRECUENCIAS DE LOS INDICADORES DE RESULTADOS (NOC) PROPUESTOS en SEGUNDA RONDA DE VALIDACIÓN DEL PANEL DELPHI: NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER LA POSICIÓN CORPORAL**

	Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>1 030609 Realiza las tareas del hogar</b>	Totalmente adecuado	5	22,7	22,7	22,7
	Muy adecuado	1	4,5	4,5	27,3
	Adecuado	4	18,2	18,2	45,5
	Poco adecuado	7	31,8	31,8	77,3
	Inadecuado	5	22,7	22,7	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>2 020803 Movimiento muscular</b>	Totalmente adecuado	6	27,3	27,3	27,3
	Muy adecuado	4	18,2	18,2	45,5
	Adecuado	7	31,8	31,8	77,3
	Poco adecuado	3	13,6	13,6	90,9
	Inadecuado	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>3 020804 Movimiento articular</b>	Totalmente adecuado	5	22,7	22,7	22,7
	Muy adecuado	2	9,1	9,1	31,8
	Adecuado	8	36,4	36,4	68,2
	Poco adecuado	5	22,7	22,7	90,9
	Inadecuado	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>4 161607 Utiliza dispositivos de apoyo correctamente</b>	Totalmente adecuado	9	40,9	40,9	40,9
	Totalmente adecuado	6	27,3	27,3	27,3
	Muy adecuado	9	40,9	40,9	68,2
	Adecuado	5	22,7	22,7	90,9
	Poco adecuado	1	4,5	4,5	95,5
	Inadecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>5 130803 Se adapta a las limitaciones funcionales</b>	Totalmente adecuado	8	36,4	36,4	36,4
	Muy adecuado	6	27,3	27,3	63,6
	Adecuado	3	13,6	13,6	77,3
	Poco adecuado	3	13,6	13,6	90,9
	Inadecuado	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>6 030012 Cambia de posición solo</b>	Totalmente adecuado	12	54,5	54,5	54,5
	Muy adecuado	3	13,6	13,6	68,2
	Adecuado	1	4,5	4,5	72,7
	Poco adecuado	3	13,6	13,6	86,4
	Inadecuado	3	13,6	13,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

De los seis indicadores de resultados, **hubo consenso en dos**, pasando a la lista de ítems de la versión eNDEC-PH del INICIARE®:

- 161607 Utiliza dispositivos de apoyo correctamente.
- 130803 Se adapta a las limitaciones funcionales.

**No hubo consenso en tres**, teniendo que ser sometidos a una tercera ronda:

**Tabla 5. 48 INDICADORES DE RESULTADOS (NOC) EN EL QUE NO HUBO CONSENSO EN SEGUNDA RONDA DE VALIDACIÓN: NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER LA POSICIÓN CORPORAL**

	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75	RI*
<b>020803 Movimiento muscular</b>	3	3,25	2,25	1
<b>020804 Movimiento articular</b>	3	4	2,25	1,75
<b>030012 Cambia de posición solo</b>	1	4	3	1

\*RI: Rango Intercuartílico

Y fue eliminado uno:

**Tabla 5. 49 INDICADOR DE RESULTADOS (NOC) ELIMINADO EN SEGUNDA RONDA DE VALIDACIÓN: NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER LA POSICIÓN CORPORAL**

	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75	RI*
<b>030609 Realiza las tareas del hogar</b>	4	4,25	2,5	2,5

### **5. Necesidad de dormir y descansar**

La tabla de frecuencias de los ítems planteados en la segunda ronda de validación para la necesidad de reposo-sueño, fue la siguiente:

**Tabla 5. 50 FRECUENCIAS DE LOS INDICADORES DE RESULTADOS (NOC) PROPUESTOS en SEGUNDA RONDA DE VALIDACIÓN DEL PANEL DELPHI: NECESIDAD DE REPOSO-SUEÑO**

<b>1 000202 Siestas en el rango esperado</b>	Totalmente adecuado	1	4,5	4,5	4,5
	Muy adecuado	4	18,2	18,2	22,7
	Adecuado	5	22,7	22,7	45,5
	Poco adecuado	7	31,8	31,8	77,3
	Inadecuado	5	22,7	22,7	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>2 121101 Desasosiego</b>	Totalmente adecuado	2	9,1	9,1	9,1
	Muy adecuado	6	27,3	27,3	36,4
	Adecuado	4	18,2	18,2	54,5
	Poco adecuado	6	27,3	27,3	81,8
	Inadecuado	4	18,2	18,2	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>3 210204 Duración de los episodios de dolor</b>	Totalmente adecuado	2	9,1	9,1	9,1
	Muy adecuado	5	22,7	22,7	31,8
	Adecuado	1	4,5	4,5	36,4
	Poco adecuado	9	40,9	40,9	77,3
	Inadecuado	5	22,7	22,7	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>4 000306 Consumo de fármacos psicotrópicos</b>	Totalmente adecuado	4	18,2	18,2	18,2
	Muy adecuado	7	31,8	31,8	50,0
	Adecuado	2	9,1	9,1	59,1
	Poco adecuado	6	27,3	27,3	86,4
	Inadecuado	3	13,6	13,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>5 000403 Patrón del sueño</b>	Totalmente adecuado	17	77,3	77,3	77,3
	Muy adecuado	3	13,6	13,6	90,9
	Adecuado	1	4,5	4,5	95,5
	Inadecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

De los cinco indicadores de resultados, **hubo consenso en uno**, pasando a la versión eNDEC-PH del INICIARE®:

- ▀ 000403 Patrón del sueño

**No hubo consenso en dos**, teniendo que ser sometidos a una tercera ronda:

Tabla 5. 51 INDICADORES DE RESULTADOS (NOC) EN LOS QUE NO HUBO CONSENSO EN SEGUNDA RONDA DE VALIDACIÓN: NECESIDAD DE REPOSO-SUEÑO				
	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75	RI*
121101 Desasosiego	3	3,25	2,25	2
000306 Consumo de fármacos psicotrópicos	3	4	2,25	2

\*RI: Rango Intercuartílico

Y **fueron eliminados los dos** siguientes:

Tabla 5. 52 INDICADORES DE RESULTADOS (NOC) ELIMINADOS EN SEGUNDA RONDA DE VALIDACIÓN: NECESIDAD DE REPOSO-SUEÑO				
	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75	RI*
<b>000202 Siestas en el rango esperado</b>	1	1	3	2,75
<b>210204 Duración de los episodios de dolor</b>	1	2	2	2

## **6. Necesidad de vestirse y desvestirse**

La tabla de frecuencias de los ítems planteados en la segunda ronda de validación para la necesidad de vestirse y desvestirse, fue la siguiente:

**Tabla 5. 53 FRECUENCIAS DE LOS INDICADORES DE RESULTADOS (NOC) PROPUESTOS en SEGUNDA RONDA DE VALIDACIÓN DEL PANEL DELPHI: NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE**

	Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>1 030201 Escoge la ropa</b>	Totalmente adecuado	1	4,5	4,5	4,5
	Muy adecuado	3	13,6	13,6	18,2
	Adecuado	7	31,8	31,8	40,9
	Poco adecuado	5	22,7	22,7	72,7
	Inadecuado	6	27,3	27,3	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>2 030002 Se viste</b>	Totalmente adecuado	14	63,6	63,6	63,6
	Muy adecuado	4	18,2	18,2	81,8
	Adecuado	1	4,5	4,5	86,4
	Inadecuado	3	13,6	13,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Pasando ambos a engrosar la versión eNDEC-PH del INICIARE®:

- ▀ 030201 Escoge la ropa.
- ▀ 030002 Se viste.

### **7. Necesidad de mantener la temperatura corporal**

Todos los indicadores propuestos fueron por consenso aceptados por los expertos y expertas, en primera ronda de validación del panel Delphi, por lo que no se precisó esta segunda ronda en esta necesidad.

### **8. Necesidad de higiene e integridad de piel y mucosas**

La tabla de frecuencias de los ítems planteados en la segunda ronda de validación para la necesidad de higiene e integridad de piel y mucosas, fue la siguiente:

**Tabla 5. 54 FRECUENCIAS DE LOS INDICADORES DE RESULTADOS (NOC) PROPUESTOS en SEGUNDA RONDA DE VALIDACIÓN DEL PANEL DELPHI: NECESIDAD DE HIGIENE E INTEGRIDAD DE PIEL Y MUCOSAS**

	Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>1 030109 Se baña en la ducha</b>	Totalmente adecuado	3	13,6	13,6	13,6
	Muy adecuado	5	22,7	22,7	36,4
	Adecuado	2	9,1	9,1	45,5
	Poco adecuado	9	40,9	40,9	86,4
	Inadecuado	3	13,6	13,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>2 003011 Seca el cuerpo</b>	Totalmente adecuado	3	13,6	13,6	13,6
	Muy adecuado	6	27,3	27,3	40,9
	Adecuado	3	13,6	13,6	54,5
	Poco adecuado	7	31,8	31,8	86,4
	Inadecuado	3	13,6	13,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>3 030514 Mantiene una apariencia pulcra</b>	Totalmente adecuado	4	18,2	18,2	18,2
	Muy adecuado	1	4,5	4,5	22,7
	Adecuado	5	22,7	22,7	45,5
	Poco adecuado	7	31,8	31,8	77,3
	Inadecuado	5	22,7	22,7	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>4 110111 Perfusión tisular</b>	Totalmente adecuado	4	18,2	18,2	18,2
	Muy adecuado	4	18,2	18,2	36,4
	Adecuado	4	18,2	18,2	54,5
	Poco adecuado	3	13,6	13,6	68,2
	Inadecuado	7	31,8	31,8	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>5 110116 Lesiones de la membrana mucosa</b>	Totalmente adecuado	13	59,1	59,1	59,1
	Muy adecuado	5	22,7	22,7	81,8
	Poco adecuado	1	4,5	4,5	86,4
	Inadecuado	3	13,6	13,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
	<b>6 030508 Se lava el pelo</b>	Totalmente adecuado	3	13,6	13,6
Muy adecuado		6	27,3	27,3	40,9
Adecuado		3	13,6	13,6	54,5
Poco adecuado		5	22,7	22,7	77,3
Inadecuado		5	22,7	22,7	100,0
Total		22	100,0	100,0	

De los seis indicadores de resultados, **hubo consenso en uno**, pasando a formar parte de la versión eNDEC-PH del INICIARE®:

- 110116 Lesiones de la membrana mucosa.

**No hubo consenso en dos**, teniendo que ser sometidos a una tercera ronda:

**Tabla 5. 55 INDICADORES DE RESULTADOS (NOC) EN LOS QUE NO HUBO CONSENSO EN SEGUNDA RONDA DE VALIDACIÓN: NECESIDAD DE HIGIENE E INTEGRIDAD DE PIEL Y MUCOSAS**

	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75	RI*
<b>110111 Perfusión tisular</b>	3	5	3	2
<b>030508 Se lava el pelo</b>	3	4,25	2,25	2

\*RI: Rango Intercuartílico

Y fueron eliminados los tres siguientes:

Tabla 5. 56 INDICADORES DE RESULTADOS (NOC) ELIMINADOS EN SEGUNDA RONDA DE VALIDACIÓN: NECESIDAD DE HIGIENE E INTEGRIDAD DE PIEL Y MUCOSAS				
	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75	RI*
<b>030109 Se baña en la ducha</b>	4	4	2	2
<b>003011 Seca el cuerpo</b>	3	4	2	2
<b>030514 Mantiene una apariencia pulcra</b>	4	4,25	1,5	2,75

### **9. Necesidad de evitar peligros**

La tabla de frecuencias de los ítems planteados en la segunda ronda de validación para la necesidad de evitar peligros, fue la siguiente:

Tabla 5. 57 FRECUENCIAS DE LOS INDICADORES DE RESULTADOS (NOC) PROPUESTOS en SEGUNDA RONDA DE VALIDACIÓN DEL PANEL DELPHI: NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS					
	Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>1 250807 Apoyo del profesional sanitario</b>	Totalmente adecuado	1	4,5	4,5	4,5
	Muy adecuado	4	18,2	18,2	22,7
	Adecuado	4	18,2	18,2	40,9
	Poco adecuado	8	36,4	36,4	77,3
	Inadecuado	5	22,7	22,7	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>2 090005 Está orientado</b>	Totalmente adecuado	18	81,8	81,8	81,8
	Muy adecuado	3	13,6	13,6	95,5
	Inadecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>3 161411 Participa en las decisiones de los cuidados de salud</b>	Totalmente adecuado	6	27,3	27,3	27,3
	Muy adecuado	5	22,7	22,7	50,0
	Adecuado	4	18,2	18,2	68,2
	Poco adecuado	2	9,1	9,1	77,3
	Inadecuado	5	22,7	22,7	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

De los tres indicadores de resultados, **hubo consenso en uno**, pasando a formar parte de la versión eNDEC-PH del INICIARE®:

 090005 Está orientado



No hubo consenso en otro, teniendo que ser sometido a una tercera ronda:

Tabla 5. 58 INDICADOR DE RESULTADOS (NOC) EN EL QUE NO HUBO CONSENSO EN SEGUNDA RONDA DE VALIDACIÓN: NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS				
	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75	RI*
<b>161411 Participa en las decisiones de los cuidados de salud</b>	2,5	4,25	3,25	1

\*RI: Rango Intercuartílico

Y un tercero quedó **eliminado**.

Tabla 5. 59 INDICADOR DE RESULTADOS (NOC) ELIMINADO EN SEGUNDA RONDA DE VALIDACIÓN: NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS				
	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75	RI*
<b>250807 Apoyo del profesional sanitario</b>	4	4,25	1,5	2,75

### **10. Necesidad de comunicarse y relacionarse**

La tabla de frecuencias de los ítems planteados en la segunda ronda de validación para la necesidad de comunicarse y relacionarse, fue la siguiente:

Tabla 5. 60 FRECUENCIAS DE LOS INDICADORES DE RESULTADOS (NOC) PROPUESTOS en SEGUNDA RONDA DE VALIDACIÓN DEL PANEL DELPHI: NECESIDAD DE COMUNICARSE Y RELACIONARSE					
	Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>1 120402 Muestra un estado de ánimo sereno</b>	Totalmente adecuado	6	27,3	27,3	27,3
	Muy adecuado	4	18,2	18,2	45,5
	Adecuado	2	9,1	9,1	54,5
	Poco adecuado	3	13,6	13,6	68,2
	Inadecuado	7	31,8	31,8	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>2 150303 Interacción con miembros de la familia</b>	Totalmente adecuado	10	45,5	45,5	45,5
	Muy adecuado	4	18,2	18,2	63,6
	Adecuado	1	4,5	4,5	68,2
	Poco adecuado	2	9,1	9,1	77,3
	Inadecuado	5	22,7	22,7	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

No hubo consenso y ambos tuvieron que ser sometidos a una tercera ronda:

Tabla 5. 61 INDICADORES DE RESULTADOS (NOC) EN LOS QUE NO HUBO CONSENSO EN SEGUNDA RONDA DE VALIDACIÓN: NECESIDAD DE COMUNICARSE Y RELACIONARSE				
	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75	RI*
<b>120402 Muestra un estado de ánimo sereno</b>	1	3	5	4
<b>150303 Interacción con miembros de la familia</b>	1	2	4,25	3,25

### ☑ **11. Necesidad de creencias y valores**

La tabla de frecuencias de los ítems planteados en la segunda ronda de validación para la necesidad de creencias y valores, fue la siguiente:

Tabla 5. 62 FRECUENCIAS DE LOS INDICADORES DE RESULTADOS (NOC) PROPUESTOS en SEGUNDA RONDA DE VALIDACIÓN DEL PANEL DELPHI: NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES					
	Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>1 200011 Satisfacción con el estado de ánimo general</b>	Totalmente adecuado	4	18,2	18,2	18,2
	Muy adecuado	4	18,2	18,2	36,4
	Adecuado	4	18,2	18,2	54,5
	Poco adecuado	5	22,7	22,7	77,3
	Inadecuado	5	22,7	22,7	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>2 300409 Cuidados consistentes con las creencias culturales</b>	Totalmente adecuado	18	81,8	81,8	81,8
	Muy adecuado	3	13,6	13,6	95,5
	Inadecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Hubo consenso pasando a formar parte de la versión eNDEC-PH del INICIARE®:

- ▀ 300409 Cuidados consistentes con las creencias culturales.

No hubo consenso y pasó a una tercera ronda:

Tabla 5. 63 INDICADOR DE RESULTADOS (NOC) EN EL QUE NO HUBO CONSENSO EN SEGUNDA RONDA DE VALIDACIÓN: NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES				
	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75	RI*
<b>200011 Satisfacción con el estado de ánimo general</b>	2	3	4,25	2

### ☑ **12. Necesidad de trabajar y realizarse**

Todos los indicadores propuestos fueron por consenso aceptados por los expertos y expertas en primera ronda de validación del panel Delphi, por lo que no se precisó esta segunda ronda en esta necesidad.

### ☑ **13. Necesidad de actividades recreativas y ocio**

La tabla de frecuencias de los ítems planteados en la segunda ronda de validación para la necesidad de ocio y actividades recreativas fue la siguiente:

Tabla 5. 64 FRECUENCIAS DE LOS INDICADORES DE RESULTADOS (NOC) PROPUESTOS en SEGUNDA RONDA DE VALIDACIÓN DEL PANEL DELPHI: NECESIDAD DE OCIO Y ACTIVIDADES RECREATIVAS					
	Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>1 160404 Refiere relajación con las actividades de ocio</b>	Totalmente adecuado	6	27,3	27,3	27,3
	Muy adecuado	7	31,8	31,8	59,1
	Adecuado	2	9,1	9,1	68,2
	Poco adecuado	4	18,2	18,2	86,4
	Inadecuado	3	13,6	13,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>3 160407 Identificación de opciones recreativas</b>	Totalmente adecuado	7	31,8	31,8	31,8
	Muy adecuado	7	31,8	31,8	63,6
	Adecuado	1	4,5	4,5	68,2
	Poco adecuado	3	13,6	13,6	81,8
	Inadecuado	4	18,2	18,2	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

**No hubo consenso** en ninguno de los dos, teniendo que ser sometidos a una tercera ronda:

Tabla 5. 65 INDICADORES DE RESULTADOS (NOC) EN LOS QUE NO HUBO CONSENSO EN SEGUNDA RONDA DE VALIDACIÓN: NECESIDAD DE OCIO Y ACTIVIDADES RECREATIVAS				
	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75	RI*
<b>160404 Refiere relajación con las actividades de ocio</b>	1	2	4	3
<b>160407 Identificación de opciones recreativas</b>	1	2	4	3

\*RI: Rango Intercuartílico

### ☑ **14. Necesidad de aprender**

La tabla de frecuencias de los ítems planteados en la segunda ronda de validación para la necesidad de aprender, fue la siguiente:

**Tabla 5. 66 FRECUENCIAS DE LOS INDICADORES DE RESULTADOS (NOC) PROPUESTOS en SEGUNDA RONDA DE VALIDACIÓN DEL PANEL DELPHI: NECESIDAD DE APRENDER**

	Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>1 160913 Altera las funciones del rol para cumplir los requerimientos terapéuticos</b>	Totalmente adecuado	3	13,6	13,6	13,6
	Muy adecuado	5	22,7	22,7	36,4
	Adecuado	3	13,6	13,6	50,0
	Poco adecuado	8	36,4	36,4	86,4
	Inadecuado	3	13,6	13,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>2 160007 Proporciona razones para adoptar una pauta</b>	Totalmente adecuado	9	40,9	40,9	40,9
	Muy adecuado	5	22,7	22,7	63,6
	Adecuado	2	9,1	9,1	72,7
	Poco adecuado	3	13,6	13,6	86,4
	Inadecuado	3	13,6	13,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>3 180515 Descripción de los servicios de fomento y protección de la salud</b>	Totalmente adecuado	10	45,5	45,5	45,5
	Muy adecuado	8	36,4	36,4	81,8
	Adecuado	1	4,5	4,5	86,4
	Poco adecuado	3	13,6	13,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
	Muy adecuado	5	22,7	22,7	63,6
	Adecuado	2	9,1	9,1	72,7
	Poco adecuado	3	13,6	13,6	86,4
	Inadecuado	3	13,6	13,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
<b>4 182308 Conductas que fomentan la salud</b>	Totalmente adecuado	9	40,9	40,9	40,9
	Muy adecuado	5	22,7	22,7	63,6
	Adecuado	5	22,7	22,7	86,4
	Inadecuado	3	13,6	13,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
	Totalmente adecuado	9	40,9	40,9	40,9

**Hubo consenso** pasando a formar parte de la versión eNDEC-PH del INICIARE® en:

- 182308 Conductas que fomentan la salud.

**No hubo consenso** en uno, teniendo que ser sometido a una tercera ronda:

**Tabla 5. 67 INDICADOR DE RESULTADOS (NOC) EN EL QUE NO HUBO CONSENSO EN SEGUNDA RONDA DE VALIDACIÓN: NECESIDAD DE APRENDER**

	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75	RI*
<b>160007 Proporciona razones para adoptar una pauta</b>	2	4	3	3

\*RI: Rango Intercuartílico

Y fueron eliminados los dos siguientes:

Tabla 5. 68 INDICADORES DE RESULTADOS (NOC) ELIMINADOS EN SEGUNDA RONDA DE VALIDACIÓN: NECESIDAD DE APRENDER				
	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75	RI*
160913 Altera las funciones del rol para cumplir los requerimientos terapéuticos	3,7	4	2	2
180515 Descripción de los servicios de fomento y protección de la salud	4	4,25	1,5	2,75

### 5.1.3.2. Resultados de las intervenciones (NIC) por Bloques de Cuidados

#### 1. Bloque de cuidados generales

Todas las intervenciones propuestas fueron por consenso aceptadas por los expertos y expertas en primera ronda de validación del panel Delphi, por lo que no se precisó esta segunda ronda en este bloque de cuidados.

#### 2. Bloque de cuidados psicosociales

La tabla de frecuencias de las intervenciones planteadas en la segunda ronda de validación para el bloque de cuidados psicosociales, fue la siguiente:

Tabla 5. 69 FRECUENCIAS DE LAS INTERVENCIONES (NIC) PROPUESTAS en SEGUNDA RONDA DE VALIDACIÓN DEL PANEL DELPHI: BLOQUE DE CUIDADOS PSICOSOCIALES					
	Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1 5230 Aumentar el afrontamiento	Totalmente adecuado	5	22,7	22,7	22,7
	Muy adecuado	2	9,1	9,1	31,8
	Adecuado	5	22,7	22,7	54,5
	Poco adecuado	6	27,3	27,3	81,8
	Inadecuado	4	18,2	18,2	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

**Siguió sin haber consenso en esta intervención, y tuvo que pasar a una tercera ronda:**

<b>Tabla 5. 70 INTERVENCIÓN (NIC) EN LA QUE NO HUBO CONSENSO EN SEGUNDA RONDA DE VALIDACIÓN: BLOQUE DE CUIDADOS PSICOSOCIALES</b>				
	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75	RI*
<b>35230 Aumentar el afrontamiento</b>	1,75	3	4	2,25

\*RI: Rango Intercuartílico

☑ **3. Bloque de cuidados de la piel**

Todas las intervenciones propuestas fueron por consenso aceptadas por los expertos y expertas en primera ronda de validación del panel Delphi, por lo que no se precisó esta segunda ronda en este bloque de cuidados.

☑ **4. Bloque de cuidados de catéteres y drenajes**

Todas las intervenciones propuestas fueron por consenso aceptadas por los expertos y expertas en primera ronda de validación del panel Delphi, por lo que no se precisó esta segunda ronda en este bloque de cuidados.

☑ **5. Bloque de cuidados para el manejo y administración de medicamentos**

Todas las intervenciones propuestas fueron por consenso aceptadas por los expertos y expertas en primera ronda de validación del panel Delphi, por lo que no se precisó esta segunda ronda en este bloque de cuidados.

## ☑ **6. Bloque de cuidados para la realización de pruebas diagnósticas**

Todas las intervenciones propuestas fueron por consenso aceptadas por los expertos y expertas en primera ronda de validación del panel Delphi, por lo que no se precisó esta segunda ronda en este bloque de cuidados.

## ☑ **7. Bloque de cuidados en situaciones críticas**

La tabla de frecuencias de las intervenciones planteadas en la segunda ronda de validación para el bloque de cuidados en situaciones críticas, fue la siguiente:

Tabla 5. 71 FRECUENCIAS DE LAS INTERVENCIONES (NIC) PROPUESTAS en SEGUNDA RONDA DE VALIDACIÓN DEL PANEL DELPHI: BLOQUE DE CUIDADOS EN SITUACIONES CRÍTICAS					
	Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1 <b>4210 Monitorización hemodinámica invasiva</b>	Totalmente adecuado	10	45,5	45,5	45,5
	Muy adecuado	7	31,8	31,8	77,3
	Adecuado	3	13,6	13,6	90,9
	Poco adecuado	1	4,5	4,5	95,5
	Inadecuado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

**Hubo consenso** y pasó a formar parte de la versión eNDEC-PH del INICIARE®:

Podemos decir, que en esta segunda ronda de valoración, se originaron tres tipos de situaciones:

- ▶ Ítems eliminados.
- ▶ Ítems en los que no existió un consenso y que tuvieron que volver a ser valorados en una tercera ronda.
- ▶ E ítems seleccionados que pasaron a formar parte de la versión eNDEC-PH del INICIARE®.

De manera, que de los 45 indicadores de resultados (NOC) sometidos a segunda ronda de validación (**ANEXO VII**):

- ▶ Se eliminaron 14 que correspondió con el 31,1%.
- ▶ Quedaron para ser nuevamente valorados 17 (37,8%).
- ▶ Y fueron seleccionados 14 (31,1%).

**Tabla 5. 72 EVOLUCIÓN DE INDICADORES DE RESULTADOS (NOC) POR NECESIDADES TRAS SEGUNDA RONDA DE VALIDACIÓN**

NECESIDADES MODELO CONCEPTUAL VIRGINIA HENDERSON	ELIMINADOS	A TERCERA RONDA DE VALIDACIÓN	SELECCIONADOS
1. Respiración	3	1	4
2. Alimentación e Hidratación	0	2	1
3. Eliminación	2	0	0
4. Moverse y Mantener la Posición Corporal	1	3	2
5.Reposo - Sueño	2	2	1
6. Vestirse	0	0	2
7. Termorregulación	0	0	0
8. Higiene e Hidratación de Piel Mucosas	3	2	1
9. Evitar Peligros	1	1	1
10. Comunicarse y relacionarse	0	2	0
11. Creencias y Valores	0	1	1
12.Trabajar y realizarse	0	0	0
13. Actividades recreativas	0	2	0
14. Aprender	2	1	1
<b>TOTAL: 45 indicadores NOC</b>	<b>14 (31,1%)</b>	<b>17 (38,2%)</b>	<b>14 (31,1%)</b>

En relación a las intervenciones (NIC), sólo tuvieron que volver a ser valoradas dos (**ANEXO VII**):

- ▶ La intervención del bloque de cuidados psicosociales tuvo que volver a ser planteada en una tercera ronda, ya que volvió a no existir consenso sobre ella.
- ▶ Mientras que la intervención del bloque de cuidados en situaciones críticas fue seleccionada para formar parte de la versión eNDEC-PH del INICIARE®.



Tabla 5. 73 EVOLUCIÓN DE INTERVENCIONES (NIC) POR BLOQUES DE CUIDADOS TRAS SEGUNDA RONDA DE VALIDACIÓN			
BLOQUE DE CUIDADOS	ELIMINADAS	A TERCERA RONDA DE VALIDACIÓN	SELECCIONADAS
1. Cuidados generales	0	0	0
2. Cuidados psicosociales	0	1	0
3. Cuidados de la piel	0	0	0
4. Cuidados de catéteres y drenajes	0	0	0
5. Cuidados para el manejo y administración de medicamentos	0	0	0
6. Cuidados para la realización de pruebas diagnósticas	0	0	0
7. Cuidados en situaciones críticas	0	0	1
<b>TOTAL: 2 intervenciones NIC</b>	<b>0 (0%)</b>	<b>1 (50,0%)</b>	<b>1 (50,0%)</b>

De esta forma, se originó un nuevo instrumento de 18 ítems (**ANEXO x**), que constó de 17 indicadores de resultados (NOC) y 1 intervención (NIC), para ser nuevamente valorados en una tercera ronda.

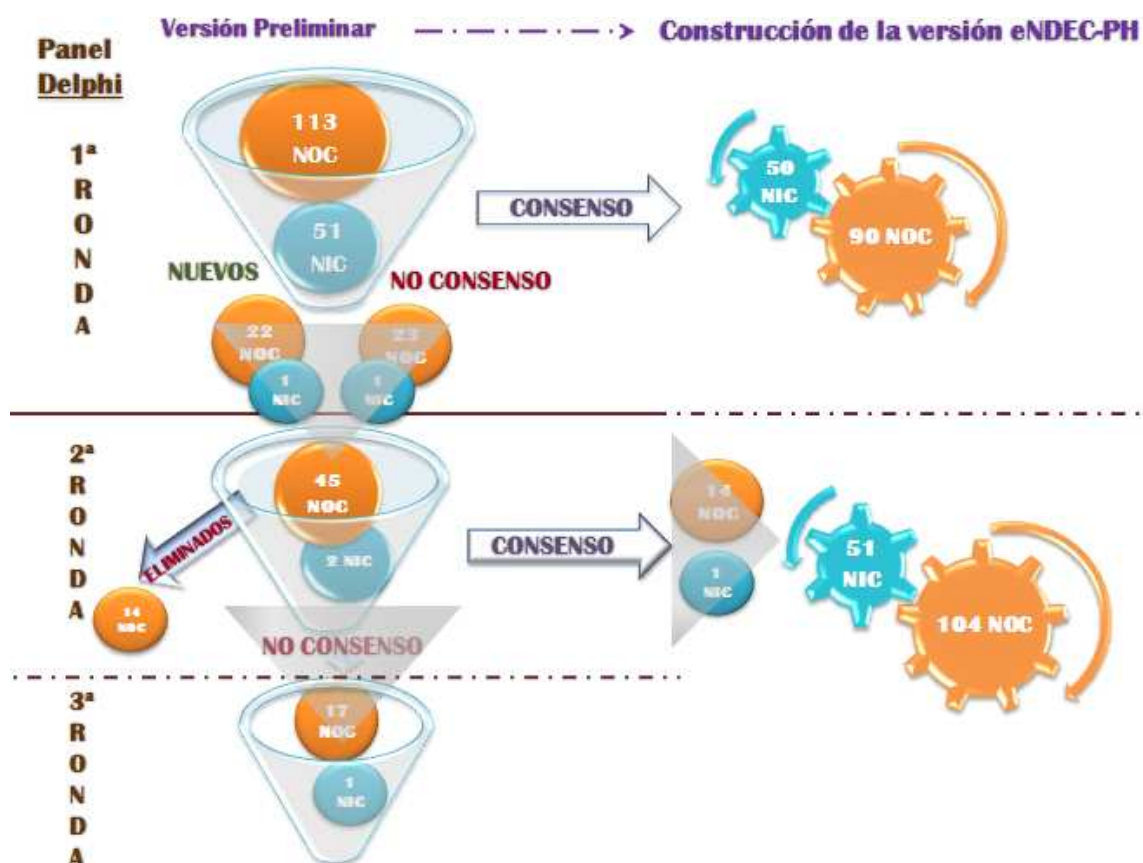


Fig. 5. 3 Dinámica de ítems durante la segunda ronda de validación del panel Delphi

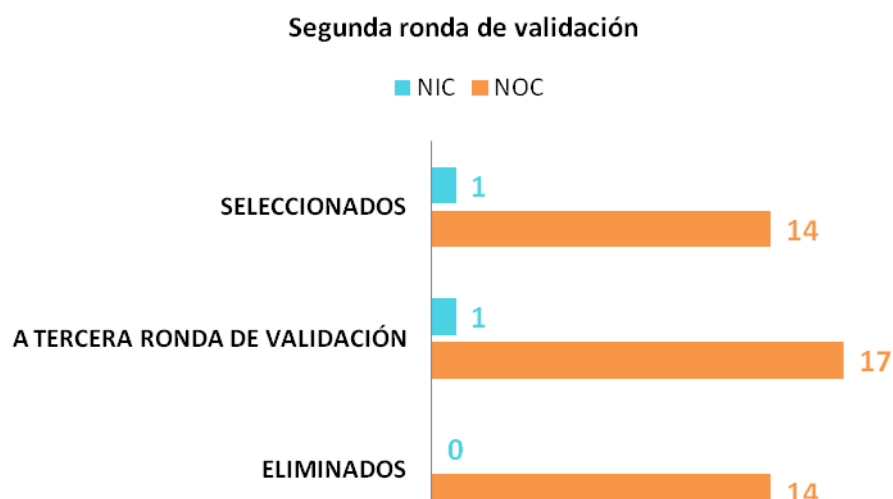


Gráfico 5. 11 Grados de consenso de los ítems planteados en segunda ronda de validación en panel Delphi

#### **5.1.4. RESULTADOS DE LA TERCERA RONDA DEL PANEL DELPHI, PARA LA VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN PRELIMINAR Y OBTENCIÓN DE LA VERSIÓN ENDEC-PH.**

En esta ocasión al igual que en la segunda ronda no se dio la posibilidad de adicionar ítems. Los criterios para la selección fueron aún más taxativos, es decir sólo se seleccionaron los que presentaron un rango intercuartílico  $<3$  y Percentil 75  $<4$  junto con el análisis de las valoraciones cualitativas en cada uno de ellos. Y aunque todos los expertos emitieron sus valoraciones cuantitativas sobre los 18 ítems propuestos, no todos se pronunciaron sobre todos los ítems a valorar. Sin embargo, se consideró que los comentarios no aportaban información adicional y por tanto se respetó el consenso cuantitativo de selección de ítems.

### Ítems por necesidades para tercera ronda de validación

■ indicadores de resultados: TOTAL 17

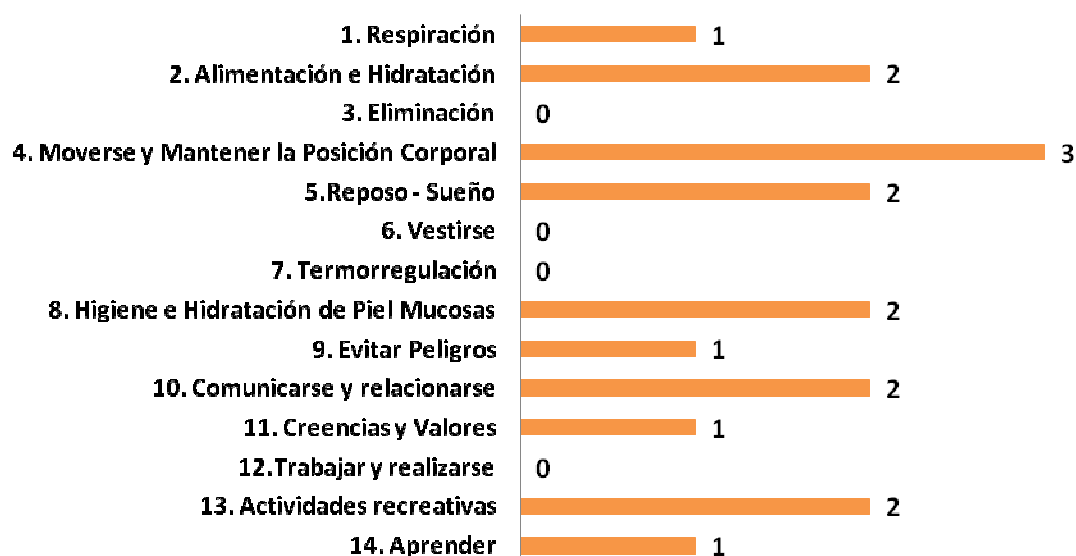


Gráfico 5. 12 Indicadores de resultados por necesidades para valorar en tercera ronda de validación en panel Delphi

### Ítems por bloques de cuidados

■ Intervenciones enfermeras: TOTAL 1

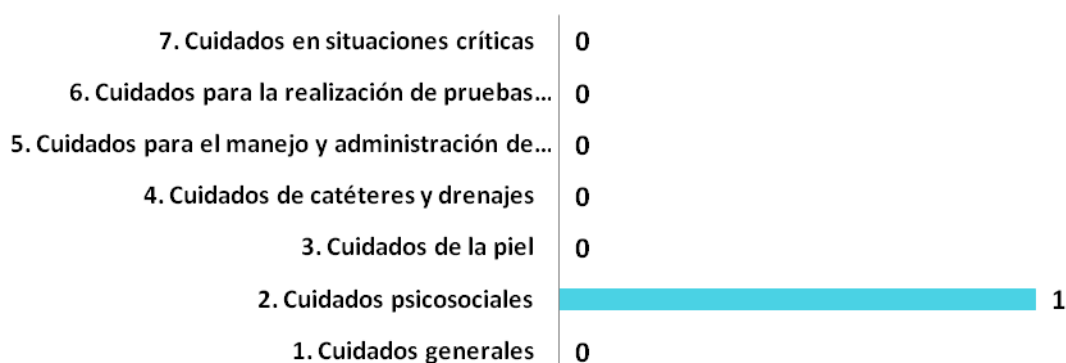


Gráfico 5. 13 Intervenciones por bloques de cuidados para valorar en tercera ronda de validación en panel Delphi

La tabla de frecuencias obtenida en la tercera ronda fue la siguiente:

Tabla 5. 74 PUNTUACIONES DE LOS ÍTEMS VALORADOS EN TERCERA RONDA DE VALIDACIÓN	Media	P50	P25	P75	RI	Selecio nado	Eliminado
<b>1. NECESIDAD DE RESPIRAR</b>							
040310 Ruidos respiratorios patológicos	2,33	2,00	1	3	2	1	0
<b>2. NECESIDAD DE ALIMENTARSE E HIDRATARSE</b>							
113012 Masa corporal media	3,78	4,00	3	4	1	0	1
101401 Deseo de comer	2,28	2,00	1	3	2	1	0
<b>3. NECESIDAD DE ELIMINAR</b>							
<b>4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER LA POSTURA CORPORAL</b>							
020803 Movimiento muscular	3,22	3,00	3	4	1	0	1
020804 Movimiento articular	2,94	3,00	2	4	2	0	1
030012 Cambia de posición solo	1,33	1,00	1	1	0	1	0
<b>5. NECESIDAD DE REPOSO-SUEÑO</b>							
121101 Desasosiego	3,22	4,00	2,25	4	1,75	0	1
000306 Consumo de fármacos psicotrópicos	2,89	3,00	2	4	2	0	1
<b>6. NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE</b>							
<b>7. NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL</b>							
<b>8. NECESIDAD DE HIGIENE</b>							
110111 Perfusión tisular	3,67	4,00	3	4	1	0	1
030508 Se lava el pelo	2,83	2,50	2	3,75	1,75	1	0
<b>9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS</b>							
161411 Participa en las decisiones de los cuidados de salud	2,89	3,00	2	4	2	0	1
<b>10. NECESIDAD DE COMUNICARSE Y RELACIONARSE</b>							
120402 Muestra un estado de ánimo sereno	3,28	4,00	2	4,75	2,75	0	1
150303 Interacción con miembros de la familia	2,17	2,00	1	3	2	1	0
<b>11. NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES</b>							
200011 Satisfacción con el estado de ánimo general	3,11	3,00	2,25	4	1,75	0	1
<b>12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE</b>							
<b>13. NECESIDAD DE OCIO Y ACTIVIDADES RECREATIVAS</b>							
160404 Refiere relajación con las actividades de ocio	2,67	3,00	2	3,75	1,75	1	0
160407 Identificación de opciones recreativas	2,78	3,00	2	3,75	1,75	1	0
<b>14. NECESIDAD DE APRENDER</b>							
160007 Proporciona razones para adoptar una pauta	2,33	2,00	1	3	2	1	0
<b>2. CUIDADOS PSICOSOCIALES</b>							
5230 Aumentar el afrontamiento	3,22	4,00	2,25	4	1,75	0	1

### 5.1.4.1. Resultados de los indicadores (NOC) por Necesidades

#### ☑ **1. Necesidad de respirar**

Las valoraciones cualitativas y la puntuación otorgada por cada experto y experta de los indicadores de resultados sometidos a tercera ronda de validación fue la siguiente:

**Tabla 5. 75 VALORACION DEL INDICADOR DE RESULTADOS (NOC) en TERCERA RONDA DE VALIDACIÓN DEL PANEL DELPHI: NECESIDAD DE RESPIRAR**

PANELISTA*	INDICADOR	PUNTUACIÓN
	<b>040310 Ruidos Respiratorios Patológicos</b>	
1	Indicador fácil de valorar y relevante para medir esta necesidad.	2
2	Inicialmente pensaba que a la hora de valorar la necesidad de respiración era fácil valorar los ruidos respiratorios pero comprobando los resultados establecidos por consenso no sería necesario. Aunque a veces escuchamos antes el ruido respiratorio que vemos los músculos accesorios.	4
3	No contesta	
4	Me parece adecuado para medir esta necesidad	3
5	Se trata de un ítem que permite valorar con precisión la presencia o posible aparición de problemas respiratorios	2
6	No contesta	3
7	Las enfermeras deben de usar este indicador para valorar el estado respiratorio de un paciente, ya que la existencia de ruidos patológicos indicaría alteración de la necesidad	1
8	Ayuda a definir la necesidad	1
9	No contesta	3
10	Puede ser adecuado en ciertas circunstancias y tipo de pacientes. La existencia de ruidos respiratorios patológicos, cuando se evidencian, es un indicador asociado a la alteración de la necesidad de respirar.	3
11	Con este indicador se valora la alteración de esta necesidad	2
12	No contesta	3
13	Mantengo la puntuación pienso que si existen ruidos existe patología y esta necesidad estaría alterada.	1
14	Estoy totalmente de acuerdo que para medir una alteración en la necesidad de respiración se valoren los ruidos respiratorios anómalos. Indicador de insatisfacción de la necesidad (demanda O2 y aporte)	1
15	Mantengo la misma puntuación; su presencia condiciona de manera importante la recuperación del paciente y el establecimiento de resultados realistas	1
16	No es un indicador de una conducta ni una conducta, no es indicativo de dependencia	4
17	No contesta	2
18	La presencia de sonidos respiratorios alterados obtenidos mediante auscultación en un datos básico en la valoración de la respiración	1
19	Es indicativo de alteración de la necesidad	2
20	Que existan ruidos respiratorios no implica una respiración alterada	5
21	No es una práctica habitual entre las enfermeras, no hay adiestramiento y nos guiamos por otros ítems. Pero sí es verdad que aunque no la realicemos nosotras mismas (médicos) nos puede ser muy útil	2
22	No contesta	4

\* Participaron 22 panelistas

El indicador “040310 Ruidos Respiratorios Patológicos” pasó a formar parte de la versión eNDEC-PH.

## ☑ **2. Necesidad de alimentarse e hidratarse**

Las valoraciones cualitativas y la puntuación otorgada por cada experto y experta de los indicadores de resultados sometidos a tercera ronda de validación fue la siguiente:

Tabla 5. 76 VALORACION DE LOS INDICADORES DE RESULTADOS (NOC) en TERCERA RONDA DE VALIDACIÓN DEL PANEL DELPHI: NECESIDAD DE ALIMENTARSE E HIDRATARSE		
PANELISTA*	INDICADOR	PUNTUACIÓN
<b>113012 Masa corporal media</b>		
1	Es difícil medir este indicador ya que habitualmente no disponemos de los medios para poder medir la masa corporal de los pacientes en las unidades.	5
2	Considero que valorando el peso no sería necesario la medición de la masa corporal media	4
3	No contesta	
4	No contesta	3
5	Este ítem me parece que se aplicaría a algunos casos, porque en la hospitalización este valor puede estar afectado por la presencia de edemas o la pérdida excesiva de líquidos. Además para que pudiese útil este indicador además de la masa corporal media, tendría que valorarse el porcentaje de masa muscular.	4
6	No contesta	4
7	Como enfermera se me hace muy difícil utilizar este indicador para medir esta necesidad, no sabría cómo hacerlo	5
8	Nos da una idea de si la persona lleva una alimentación equilibrada	3
9	No contesta	
10	No contesta	3
11	No sé como determinar en un paciente su masa corporal media	4
12	No contesta	
13	Mantengo la puntuación pienso que el IMC es indicador de obesidad o delgadez pero no me indica si una persona se alimenta bien o mal, ya que no solo de esto depende la alimentación.	5
14	He puesto un 4 porque relaciono + este ítem con la nutrición, la alimentación es un concepto más amplio y complejo en la que interviene la voluntad	4
15	Nos orienta sobre los hábitos alimenticios del paciente	3
16	Adecuado por ser un indicador de conducta	3
17	No contesta	
18	Considero que es poco adecuado, por el añadido de “media”. La masa corporal (peso) de una persona es un indicador adecuado, pero le peso medio ¿de que? De varias personas, de la población, de una persona en un periodo determinado? No lo veo demasiado adecuado.	4
19	Orienta a toma de decisiones y plan de cuidados a medio-largo plazo, no a corto como el proceso agudo representa.	4
20	La masa corporal no depende de la alimentación	5
21	Objetivo y medible	2
22	No contesta	3
<b>101401 Deseo de comer</b>		

1	¿Cómo se cuantifica en una estimación puntual este indicador, si las posibles escalas miden comportamientos que van de nunca manifestado a constantemente manifestado?	5
2	Con respecto al deseo de comer te lo he vuelto a cambiar ya que no me da ninguna pista inicialmente.	4
3	No contesta	3
4	Bastante adecuado	2
5	Me parece que se trata de una medida muy imprecisa. Se puede tener deseo de comer ( lo que daría una puntuación alta en este ítem) y a la vez , comer poco debido a que no le guste la comida u otras causas.	4
6	No contesta	3
7	Muy importante conocer la apetencia del paciente en la necesidad de alimentación	1
8	La inapetencia puede ser indicativa de un alteración en la alimentación sobre la que podemos actuar modificando sabores, texturas, olores...	1
9	No contesta	3
10	El deseo de comer debe ser explorado por la enfermera como un indicador de peso, que dará un reflejo de la situación física y emocional del paciente.	2
11	Si tiene deseo de comer es indicativo de apetito y de satisfacción de la necesidad	2
12	No contesta	
13	Lo veo adecuado porque esto me indica que la persona quiere alimentarse y puede ayudarme a ver que existe otro problema por el que no lo hace correctamente.	3
14	El deseo de comer es importante para mantener una alimentación sana: Si este deseo se encuentra abolido este proceso no es agradable.	1
15	Mantengo la misma puntuación	3
16	Dato muy importante para la alerta de la enfermera	1
17	No contesta	3
18	Entiendo que el deseo o “ganas de comer” es un indicador básico para esta necesidad	1
19	Decisivo a la hora de incorporar suplencia en alimentación o no.	1
20	Una cosa es el deseo de comer y otra la alimentación (ejemplo paciente con SNG, puede estar bien alimentado y no tener deseo de comer)	5
21	Subjetivo y puede no estar relacionado con la necesidad de alimentación	4
22	Muy adecuado	1

\* Participaron 22 panelistas

El indicador “101401 Deseo de comer” pasó a formar parte de la versión eNDEC-PH del mientras que “113012 Masa corporal media”, fue eliminado finalmente.

### **3. Necesidad de eliminar**

Todos los indicadores propuestos fueron por consenso aceptados por los expertos y expertas, en segunda ronda de validación del panel Delphi, por lo que no se precisó ésta tercera ronda en esta necesidad.

#### ☑ **4. Necesidad de moverse y mantener la posición corporal**

Las valoraciones cualitativas y la puntuación otorgada por cada experto y experta de los indicadores de resultados sometidos a tercera ronda de validación, fue la siguiente:

Tabla 5. 77 VALORACION DE LOS INDICADORES DE RESULTADOS (NOC) en TERCERA RONDA DE VALIDACIÓN DEL PANEL DELPHI: NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER LA POSICIÓN CORPORAL		
PANELISTA*	INDICADOR	PUNTUACIÓN
<b>020803 Movimiento muscular</b>		
1	Me parece muy difícil medir este indicador, no lo veo adecuado	5
2	Para mantener la posición corporal no sería necesario valorar el movimiento muscular o articular pero si que debemos tener en cuenta los cambios de posición lo cual nos indicaría que puede mantener la posición.	5
3	No contesta	
4	No contesta	4
5	Este ítem me parece poco adecuado, ya que se trata de un ítem poco conciso, que aporta poca información sobre el estado del paciente, difícil de valorar de forma general.	4
6		4
7	Valorar el movimiento muscular, puede ser adecuado para esta necesidad, pero se me plantea la duda de cómo valorarlo	3
8	La limitación muscular puede influir negativamente en el cumplimiento de una adecuada posición corporal	3
9	No contesta	
10	Aunque pudiera no ser muy utilizado en la práctica, la capacidad de movimiento muscular es un indicador potente para saber la fuerza y capacidad para mantener la posición corporal que tiene el paciente. La base del movimiento es la capacidad muscular que puede desarrollarse, junto con el movimiento articular	2
11	No sé como valorar esta necesidad con este indicador	4
12	No contesta	
13	He debido cometer un error pienso que es poco adecuado, una persona puede tener movimientos musculares pero no ser eficaces para esta acción, además no sé cómo medirlo	4
14	Para mantener la posición corporal los movimientos musculares adecuados (sin espasmos, contracturas) favorecen el mantenimiento de la posición es por ello que creo que es totalmente adecuado valorarlo	1
15	Mantengo la misma puntuación; tanto la movilidad muscular como articular son determinantes para posteriores complicaciones (Integridad de la piel, traumatismos...)	2
16	Dato de falta de autonomía	3
17	No contesta	
18	Estos tres indicadores proporcionan información sobre el grado de autonomía de una persona para moverse y mantener su posición.	1
19	Lo cambio. Quizá el movimiento articular engloba más capacidad que el muscular.	5
20	No me parece claro para medirlo	3
21	Muy inespecífico y poco manejado por las enfermeras	4
22	No contesta	3
<b>020804 Movimiento articular</b>		
1	Veó difícil medir este indicador, por lo que no lo veo adecuado	5
2	Para mantener la posición corporal no sería necesario valorar el movimiento muscular o articular pero si que debemos tener en cuenta los cambios de posición lo cual nos indicaría que puede mantener la posición.	5
3	No contesta	
4	No contesta	4
5	Este ítem me parece poco adecuado, ya que se trata de un ítem poco conciso, que	4



	aporta poca información sobre el estado del paciente, difícil de valorar de forma general.	
6	No contesta	4
7	Valorar el movimiento articular, puede ser adecuado para esta necesidad, pero se me plantea la duda de cómo valorarlo	3
8	La limitación articular puede influir negativamente en el cumplimiento de una adecuada posición corporal	3
9	No contesta	
10	Sirve el argumento del ítem anterior. Ambos son complementarios (Aunque pudiera no ser muy utilizado en la práctica, la capacidad de movimiento muscular es un indicador potente para saber la fuerza y capacidad para mantener la posición corporal que tiene el paciente. La base del movimiento es la capacidad muscular que puede desarrollarse, junto con el movimiento articular)	2
11	No sé como valorar esta necesidad con este indicador	4
12	No contesta	
13	He debido cometer un error pienso que es poco adecuado, una persona puede tener movimientos musculares pero no ser eficaces para esta acción, además no sé cómo medirlo	4
14	Relacioné en un principio la articulación con el movimiento del cuerpo. Repasando + detenidamente, las articulaciones proveen estabilidad o soporte/apoyo estático. Además, como una unidad total del cuerpo humano, las articulaciones proveen la capacidad para trasladarse de un punto a otro se puede poner un 1 porque también intervienen en el apoyo estático del cuerpo	1
15	Mantengo la misma puntuación; tanto la movilidad muscular como articular son determinantes para posteriores complicaciones (Integridad de la piel, traumatismos...)	2
16	Dato de falta de autonomía	3
17	No contesta	
18	Estos tres indicadores proporcionan información sobre el grado de autonomía de una persona para moverse y mantener su posición.	1
19	El movimiento articular engloba más capacidad que el muscular	2
20	No me parece claro para medirlo	3
21	Más específico e importante para mantener la posición	2
22	No contesta	3
<b>030012 Cambia de posición solo</b>		
1	Es un indicador fácil de medir y relevante para cuantificar esta necesidad	2
2	Para mantener la posición corporal no sería necesario valorar el movimiento muscular o articular pero sí que debemos tener en cuenta los cambios de posición lo cual nos indicaría que puede mantener la posición.	1
3	No contesta	
4	No contesta	1
5	Me parece muy adecuado, valora la autonomía del paciente	1
6	No contesta	1
7	Una persona que se mueva por sí sola sin necesidad de ayuda es un indicador de autonomía en esta necesidad	1
8	Es importante para definir la autonomía en esta necesidad	1
9	No contesta	
10	La necesidad estará alterada si el paciente no tiene capacidad para cambiar de posición por sí sólo.	1
11	Este indicador valora por sí solo esta necesidad	1
12	No contesta	
13	En este indicador mantengo la puntuación, si cambia de posición sólo difícilmente no podría una persona mantener su posición.	1
14	Se valora autonomía de la persona en el mantenimiento de la posición y sus movimientos/cambios	1
15	Mantengo la misma puntuación; tanto la movilidad muscular como articular son determinantes para posteriores complicaciones (Integridad de la piel, traumatismos...)	2
16	Dato de falta de autonomía	3
17	No contesta	

18	Estos tres indicadores proporcionan información sobre el grado de autonomía de una persona para moverse y mantener su posición.	1
19	Podríamos quitarlo si mantenemos SE MUEVE CON FACILIDAD.	1
20	No lo tengo claro	3
21	Es un ítem fundamental	1
22	No contesta	3

\* Participaron 22 panelistas

El indicador “030012 Cambia de posición” pasó a formar parte de la versión eNDEC-PH mientras que “020803 Movimiento muscular” y “020804 Movimiento articular”, fueron eliminados.

### **5. Necesidad de dormir y descansar**

Las valoraciones cualitativas y la puntuación otorgada por cada experto y experta de los indicadores de resultados sometidos a tercera ronda de validación, fue la siguiente:

Tabla 5. 78 VALORACION DE LOS INDICADORES DE RESULTADOS (NOC) en TERCERA RONDA DE VALIDACIÓN DEL PANEL DELPHI: NECESIDAD DE REPOSO-SUEÑO		
PANELISTA*	INDICADOR	PUNTUACIÓN
<b>121101 Desasosiego</b>		
1	¿Cómo se mide el desasosiego?	5
2	Creo que estos dos criterios nos pueden orientar bastante en el patrón de sueño del paciente. Pacientes con desasosiego, con consumo y la mayoría con abuso de psicotrópicos suelen ser pacientes con una alteración del sueño.	1
3	No contesta	4
4	No contesta	3
5	Me parece que se trata de un ítem muy poco conciso, muy difícil de valorar y que nos da información escasa sobre la causa que lo produce o las actividades de enfermería que pueden hacer que desaparezca. Además la situación de enfermedad y el ingreso hospitalario es habitual que produzcan un cierto grado de desasosiego.	4
6	No contesta	4
7	No le veo relación con esta necesidad, no lo identifico	4
8	Las preocupaciones modifican los hábitos de sueño	1
9	No contesta	
10	Tengo la impresión que el desasosiego estará relacionado con otras variables o debería estar valorado en otras necesidades y que pueden confundir si lo centramos con el reposo-sueño	4
11	No relaciono el desasosiego con la necesidad de dormir y descansar	4
12	No contesta	
13	Lo veo poco adecuado porque no sé como cuantificar esto, aunque pienso que una persona que presenta desasosiego difícilmente puede descansar y alteraría esta necesidad.	4
14	Este apartado se puede incluso puntuar como 1 porque si una persona no se	1

	encuentra serena se producen cambios en el reposo-sueño reparador	
15	Mantengo la misma puntuación; adecuado para intentar minimizar aquellos factores que dificultan el descanso	3
16	No mide ni la dependencia ni la independencia, un indicador para medir una conducta mide un problema	4
17	No contesta	
18	Poco adecuado, debido a lo inespecífico que es el término	4
19	Si mantenemos TRASTORNO DE LOS PATRONES DEL SUEÑO podríamos darle un 5, pues se identifica en un menor % de pacientes	5
20	No lo tengo claro	3
21	Importante para valorar el descanso	2
22	No contesta	4
<b>000306 Consumo de fármacos psicotrópicos</b>		
1	Es un indicador relevante por la repercusión que el hecho de tomar este tratamiento tiene para la necesidad de reposo-sueño. Fácil de medir	2
2	Creo que estos dos criterios nos pueden orientar bastante en el patrón de sueño del paciente. Pacientes con desasosiego, con consumo y la mayoría con abuso de psicotrópicos suelen ser pacientes con una alteración del sueño.	2
3	No contesta	4
4	Muy adecuado	1
5	El consumo de fármacos psicotrópicos de forma habitual nos ayuda a prevenir o detectar la presencia de cuadros de ansiedad, agitación, insomnio,..	4
6	No lo creo un criterio adecuado para esta necesidad	4
7	No siempre el consumo de fármacos psicotrópicos está en relación con un problema del sueño o descanso, puede ser el tratamiento de patologías psiquiátricas diversas, o indicación médica por un determinado problema de salud, y no por eso aumenta la necesidad de cuidados de un paciente	4
8	El consumo puede influir en el patrón del sueño	3
9	No contesta	2
10	No contesta	3
11	No es indicativo de esta necesidad, pues su consumo puede estar relacionado con múltiples factores	4
12	No contesta	
13	Mantengo la puntuación porque si necesita un paciente fármacos para descansar está claro que tiene alterada esta necesidad.	2
14	La influencia de estos fármacos es directa en esta necesidad	1
15	Mantengo la misma puntuación; la habituación en el consumo de psicótopos o el no ofrecimiento de estos para conciliar el sueño condiciona el descanso.	2
16	No mide ni la dependencia ni la independencia, un indicador para medir una conducta mide un problema	4
17	No contesta	
18	Este indicador solo resulta útil si se asume que la persona a la que se valora está en tratamiento con este tipo de fármacos (mas relacionados con enfermedad mental que con reposo y sueño) quizás se podría quitar.	5
19	En el ámbito del rol de colaboración, puede ser un factor relacionado de otras respuestas humanas, no sólo de alteración del sueño.	4
20	No siempre tiene relación con el sueño	4
21	Importante para valorar el sueño	1
22	Adecuado	2

\* Participaron 22 panelistas

Ambos indicadores fueron eliminados.

### ☑ **6. Necesidad de vestirse y desvestirse**

Todos los indicadores propuestos fueron por consenso aceptados por los expertos y expertas en segunda ronda de validación del panel Delphi, por lo que no se precisó ésta tercera ronda en esta necesidad.

### ☑ **7. Necesidad de mantener la temperatura corporal**

Todos los indicadores propuestos fueron por consenso aceptados por los expertos y expertas en segunda ronda de validación del panel Delphi, por lo que no se precisó ésta tercera ronda en esta necesidad.

### ☑ **8. Necesidad de higiene e integridad de piel y mucosas**

Las valoraciones cualitativas y la puntuación otorgada por cada experto y experta de los indicadores de resultados sometidos a tercera ronda de validación, fue la siguiente:

Tabla 5. 79 VALORACION DE LOS INDICADORES DE RESULTADOS (NOC) en TERCERA RONDA DE VALIDACIÓN DEL PANEL DELPHI: NECESIDAD DE HIGIENE E INTEGRIDAD DE PIEL Y MUCOSAS		
PANELISTA*	INDICADOR	PUNTUACIÓN
<b>110111 Perfusión tisular</b>		
1	Aspecto importante a la hora de valorar el estado de la piel y el riesgo de sufrir alteraciones en la integridad	2
2	Considero que no son necesarios teniendo resultados como los consensuados.	5
3	No contesta	
4	No contesta	3
5	Este ítem me parece muy general, poco adecuado para la valoración de necesidades, ya que las actuaciones de enfermería que podrían cambiar la mala perfusión tisular son escasas.	4
6	No contesta	3
7	No veo la relación entre la perfusión y la higiene	5
8	Ahora no lo veo tan claro	3
9	No contesta	4
10	He valorado este indicador pensando en los cuidados de la piel y la higiene	2
11	No relaciono la perfusión tisular con esta necesidad, no valoraría esta necesidad con este indicador	4
12	No contesta	
13	Sinceramente no le veo relación, corrígeme si no es así.	4
14	Es un ítem que se valora en la necesidad de respiración (o2) para valorar equilibrio entre aporte y demanda y sus efectos en la circulación periférica	5
15	Puntuación 3	3
16	No mide ni la dependencia ni la independencia, un indicador para medir una	4

	conducta mide un problema	
17	No contesta	4
18	Adecuado para la integridad tisular	3
19	Va más relacionado con pacientes críticos, si los excluimos del estudio lo podemos puntuar con 5.	5
20	Puede existir tejido perfundido pero sucio	4
21	No lo veo importante	4
22	No es nada de adecuado	5
<b>030508 Se lava el pelo</b>		
1	En un paciente agudo creo que este indicador pasa a un segundo plano	5
2	Considero que no son necesarios teniendo resultados como los consensuados.	5
3	No contesta	3
4	No contesta	5
5	Este ítem incluido dentro de otro anterior más general “ Se baña sólo “	4
6	No contesta	3
7	La higiene del pelo es parte de la higiene corporal y acorde con esta necesidad	2
8	Ahora no lo veo tan claro. Es difícil lavarse el pelo en una situación de encamamiento hospitalario	3
9	No contesta	2
10	Me parece que no siendo muy utilizado, es un buen indicador para saber, junto con otros, hasta qué punto el paciente es autónomo para la higiene.	2
11	La higiene del pelo es complementaria al resto de la higiene corporal	2
12	No contesta	
13	Tampoco lo veo adecuado, esta necesidad se puede valorar sabiendo si realiza un correcto aseo diario pero ¿sólo el pelo?	4
14	Como otras partes del cuerpo no? Valoramos la higiene integral, no se cuestiona el lavado de los pies?	1
15	Mantengo la misma puntuación; si el paciente es capaz de lavarse el pelo implica que puede realizar algunas actividades más complejas	3
16	Si es una conducta de higiene	1
17	No contesta	
18	La higiene del pelo entiendo que es un indicador útil y adecuado para la necesidad de higiene, incluso podría pasar a 2.	2
19	Con SE BAÑA tenemos medida esta capacidad y voluntad para la higiene	4
20	Si mide esta necesidad	2
21	Sigo viéndolo importante en esta necesidad	2
22	No contesta	5

\* Participaron 22 panelistas

El indicador “030508 Se lava el pelo” pasó a formar parte de la versión eNDEC-PH mientras que “110111 Perfusión tisular” fue eliminado.

### **9. Necesidad de evitar peligros**

Las valoraciones cualitativas y la puntuación otorgada por cada experto y experta de los indicadores de resultados sometidos a tercera ronda de validación, fue la siguiente:

**Tabla 5. 80 VALORACION DEL INDICADOR DE RESULTADOS (NOC) en TERCERA RONDA DE VALIDACIÓN DEL PANEL DELPHI: NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS**

PANELISTA*	INDICADOR	PUNTUACIÓN
<b>161411 Participa en las decisiones de los cuidados de salud</b>		
1	Me resulta muy compleja y subjetiva la medición de este indicador	4
2	Opino que la capacidad de participar en todo el proceso nos orienta hacia la seguridad del paciente a la hora de tomar una decisión, tomar una iniciativa.	3
3	No contesta	1
4	No contesta	1
5	Me parece un ítem que aporta información poco válida en este caso, ya que no siempre es posible la participación activa en las decisiones de los cuidados debido al estado del paciente ( estuporoso, confuso, falta de comprensión,..) o en algunos casos existen pocas alternativas o decisiones asociados a los cuidados en las que sea posible participar activamente el paciente	4
6	No contesta	4
7	Esto aumenta la seguridad física del paciente	2
8	Al tomar un rol activo en un proceso se percibe cierto control de la situación y esto deriva en mayor seguridad en el proceso	1
9	No contesta	1
10		4
11	Me resulta difícil imaginar cómo se puede participar en las decisiones en salud como paciente, y que eso vaya a aumentar su seguridad física o psíquica	4
12	No contesta	
13	Me parece adecuado e incluso muy adecuado ya que si un paciente tiene herramientas suficientes para tomar decisiones y participar en sus cuidados difícilmente tendrá alterada esta necesidad	3
14	Este ítem lo relaciono + con el manejo efectivo del régimen terapéutico. Con la implicación en el plan de cuidados para conseguir los objetivos consensuados, no como un apartado. No pongo en duda la importancia de este apartado es 1, pero como ítem aislado en seguridad?	1
15	Mantengo la misma puntuación; la implicación del paciente en la toma de decisiones respecto a sus cuidados supone una mayor aceptación de la situación, una mayor sensación de control sobre la misma y un aumento en la confianza de su cuidador	2
16	Si es una conducta, es una acción	1
17	No contesta	
18	No lo veo adecuado	4
19	Fundamental para orientar las intervenciones de enseñanza del proceso de enfermedad y de los cuidados que precisará.	2
20	No lo incluiría en esta necesidad	5
21	Importante en mi opinión	2
22	No contesta	3

\* Participaron 22 panelistas

Éste indicador fue eliminado.

## ☑ **10. Necesidad de comunicarse y relacionarse**

Las valoraciones cualitativas y la puntuación otorgada por cada experto y experta de los indicadores de resultados sometidos a tercera ronda de validación, fue la siguiente:

Tabla 5. 81 VALORACION DE LOS INDICADORES DE RESULTADOS (NOC) en TERCERA RONDA DE VALIDACIÓN DEL PANEL DELPHI: NECESIDAD DE COMUNICARSE Y RELACIONARSE		
PANELISTA*	INDICADOR	PUNTUACIÓN
<b>120402 Muestra un estado de ánimo sereno</b>		
1	Indicador importante por la repercusión del estado emocional para la comunicación, con un bajo estado emocional la comunicación se haría más difícil	2
2	Cuando hay falta de comunicación o problemas en la comunicación hay un déficit de información que se manifiesta con alteración del estado de ánimo entre otras manifestaciones.	3
3	No contesta	4
4	No contesta	4
5	Me parece un ítem poco apropiado, ya que durante la estancia hospitalaria es normal que exista un estado de preocupación o temor asociado al propio ingreso o la causa que lo produce.	5
6	No contesta	4
7	No lo veo en esta necesidad. No relaciono ánimo y comunicación	5
8	Sólo lo veo adecuado, podría influir en esta necesidad	3
9	No contesta	
10	Pienso que la comunicación requiere de un estado de ánimo equilibrado y sereno por parte del paciente.	2
11	Un paciente con desanimo puede estar comunicativo, expresándonos precisamente su desanimo. El ánimo o desanimo no creo que esté relacionado con la comunicación	5
12	No contesta	
13	No sé cómo medirlo pero que una persona este serena no quiere decir que establezca comunicación.	5
14	Es verdad que la ansiedad nerviosismo afecta a la comunicación si se valora el estado de ánimo en otro apartado, se puede prescindir en este, aunque influya en otros aspectos, las necesidades no van solas.	4
15	Mantengo la misma puntuación; el estado de ánimo influye en la capacidad de recuperación y en la aceptación del proceso	2
16	Si es un indicador	3
17	No contesta	
18	El estado de ánimo es un indicador de la necesidad de comunicación.	1
19	Aunque podría formar parte de la necesidad de seguridad, es importante valorar el estado de ánimo antes de interpretar los mensajes que emite.	1
20	Puedes mostrar un estado de ánimo pero no comunicarlo expresamente o no saber comunicarlo.	5
21	No lo veo adecuado en esta necesidad	4
22	No es adecuado	1
<b>150303 Interacción con miembros de la familia</b>		
1	Para poder valorar este indicador habría que hacer un seguimiento relativamente cercano del paciente en sus relaciones familiares, con la inversión de tiempo que esto supondría, por lo que una observación puntual no me parece fiable para medirlo	5
2	La ausencia de interacción familiar puede indicar un déficit en la comunicación	1

3	No contesta	
4	No contesta	1
5	Me parece un ítem poco apropiado, ya que durante la estancia hospitalaria la interacción con miembros de la familia está limitada por el propio ingreso ( limitación de número de personas de visita, el horario de visita, la presencia de personas extraños como puede ser personal sanitario o compañero de habitación, estado de ánimo del paciente,..) y por la adquisición del rol de paciente junto con la pérdida momentánea de los comportamientos asociados con otros roles que desempeña ( padre, hijo ,...)	4
6	No contesta	3
7	Las relaciones familiares no tienen por qué influir en la necesidad de comunicarse, creo que sí podría ser más adecuada en otra necesidad, como la de realizarse	5
8	La interacción con la familia que suele ser la más cercana en un ámbito hostil como un hospital habitualmente es la más presente	1
9	No contesta	3
10	No contesta	3
11	La interacción con miembros de la familia es posible si existe comunicación	3
12	No contesta	
13	Mantengo mi puntuación esto se puede observar hasta puntualmente si el paciente viene acompañado o no con su familia o persona más allegada y su relación con la misma, pienso que es importante porque una desestructuración familiar alteraría esta necesidad y podría realizar efecto dominó sobre otras como por ejemplo la alimentación o la eliminación.	1
14	Conocer como se interacciona comunica con su familia nos puede servir para trabaja un plan de cuidados conjunto Enfermo/a /familia (binomio)	2
15	Mantengo la misma puntuación; la relación e implicación de la familia en el proceso puede favorecer o no de manera determinante la recuperación del paciente	3
16	Si es una capacidad de acción	1
17	No contesta	
18	Es muy adecuado	2
19	Ocurre es que cuando no hay identificada una persona cuidadora en la familia, esta dimensión es importante al valorar.	1
20	Dudoso	3
21	Muy adecuado	1
22	Muy adecuado	1

\* Participaron 22 panelistas

El indicador “150303 Interacción con miembros de la familia” pasó a formar parte de la versión eNDEC-PH mientras que “120402 Muestra un estado de ánimo sereno” fue eliminado.



## ☑ **11. Necesidad de creencias y valores**

Las valoraciones cualitativas y la puntuación otorgada por cada experto y experta de los indicadores de resultados sometidos a tercera ronda de validación, fue la siguiente:

Tabla 5. 82 VALORACION DEL INDICADOR DE RESULTADOS (NOC) en TERCERA RONDA DE VALIDACIÓN DEL PANEL DELPHI: NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES		
PANELISTA*	INDICADOR	PUNTUACIÓN
<b>200011 Satisfacción con el estado de ánimo general</b>		
1	Al igual que en los anteriores la medición de este indicador es compleja, implicaría una observación y relación muy estrecha con el paciente, para que este verbalice su grado de satisfacción en este aspecto tan concreto.	5
2	El estado de ánimo nos orientará en gran medida acerca de la comunicación del paciente	1
3	No contesta	5
4	No contesta	3
5	Me parece inapropiado, ya que durante la estancia hospitalaria , es habitual que se produzca incomodidad o preocupación asociada a la presencia en la institución, las causas que la producen y la posible evolución	5
6	No contesta	3
7	No relaciono el estado de ánimo con valores y creencias, creo que sí puede influir en la necesidad de participación en actividades recreativas pero no aquí.	5
8	El verbalizar el estado de ánimo ayuda a ser consciente de tu propia realidad	1
9	No contesta	4
10	La satisfacción con el estado de ánimo de una persona está asociada con la satisfacción con su modo de vivir y de entender la vida, posiblemente a un equilibrio con sus valores y creencias.	2
11	El estado de ánimo no creo que influya para que un paciente viva de acuerdo con sus creencias o valores	4
12	No contesta	
13	Me parece muy adecuada porque si una persona está satisfecha con el estado de ánimo general es que su creencia a cerca de la salud es positiva por lo que me ayudaría a descartar problemas de afrontamiento.	1
14	Incluso se puede puntuar con un 5, pero pienso que siempre nos influye algo las cosas aunque sea en una pequeña medida por eso le doy un 4 pero porque el estado de ánimo se debe de tener en cuenta en el apartado de valores y creencias como influye en ellas.?? No lo veo	4
15	Puntuación 3; igual que en "muestra un estado de ánimo sereno"	3
16	Las creencias y valores tienen que ver con los cuidados de salud, el ánimo no lo relaciono con esto	4
17	No contesta	
18	No lo veo adecuado en esta necesidad	4
19	En determinados procesos de enfermedad el estado de ánimo condicionará mucho la voluntad para el afrontamiento, y el aprendizaje de los cuidados.	2
20	Bueno, a mi no me aporta mucho este indicador, pero no lo tengo claro	3
21	Muy inespecífico, muy ambiguo y se puede interpretar de forma diversa	4
22	No contesta	3

\* Participaron 22 panelistas

\* Participaron 22 panelistas

El indicador “200011 Satisfacción con el estado de ánimo general” fue eliminado.

### ☑ **12. Necesidad de trabajar y realizarse**

Todos los indicadores propuestos fueron por consenso aceptados por los expertos y expertas en segunda ronda de validación del panel Delphi, por lo que no se precisó ésta tercera ronda en esta necesidad.

### ☑ **13. Necesidad de actividades recreativas y ocio**

Las valoraciones cualitativas y la puntuación otorgada por cada experto y experta de los indicadores de resultados sometidos a tercera ronda de validación, fue la siguiente:

Tabla 5. 83 VALORACION DE LOS INDICADORES DE RESULTADOS (NOC) en TERCERA RONDA DE VALIDACIÓN DEL PANEL DELPHI: NECESIDAD DE OCIO Y ACTIVIDADES RECREATIVAS		
PANELISTA*	INDICADOR	PUNTUACIÓN
<b>160404 Refiere relajación con las actividades de ocio</b>		
1	Me parece aspecto secundario a la hora de medir el nivel de cuidados de un paciente agudo	4
2	La alteración de estos dos criterios no nos indica necesariamente una alteración de la necesidad	5
3	No contesta	3
4	No contesta	3
5	Este ítem me parece poco adecuado, ya que durante la estancia hospitalaria las actividades de ocio son escasas, y no siempre se ajustan a los gustos del paciente y están limitadas por la situación de la persona (escasa visión, escasa movilidad, presencia de un compañero de habitación, analfabetismo,...)	5
6	No contesta	3
7	Creo más apropiado este indicador en la necesidad de descanso- reposo que aquí. Aunque el indicador hable de ocio creo que la finalidad es el descanso	5
8	El ocio por definición tiene una serie de característica como la relajación y la evasión, puede ser indicativo de que se disfruta de la actividad	1
9	No contesta	2
10	No contesta	2

11	El indicador creo que puede ser adecuado, si se relaja con las actividades de ocio, es que las lleva a cabo y esto puede cubrir esta necesidad	3
12	No contesta	3
13	Si afirma relajarse con sus actividades de ocio es que está satisfecho, pero me resultaría difícil decir por ejemplo del 1 al 5 en qué puntuación esta.	1
14	Me reitero en la puntuación, se pueden realizar muchas actividades ocio y estar tensa, una carga más. Conozco casos	4
15	Mantengo la misma puntuación; la relajación puede contribuir de manera muy positiva en la adaptación a la situación de salud	3
16	Me parece un indicador importante	1
17	No contesta	2
18	Son pertinentes en esta necesidad	2
19	En procesos agudos muy pocos pacientes se beneficiarán de esta medición.	4
20	Creo que sí es adecuado para esta necesidad	2
21	Adecuado	2
22	No contesta	2
<b>160407 Identificación de opciones recreativas</b>		
1	Me parece aspecto secundario a la hora de medir el nivel de cuidados de un paciente agudo	5
2	La alteración de estos dos criterios no nos indica necesariamente una alteración de la necesidad	5
3	No contesta	4
4	No contesta	2
5	Me parece un ítem poco adecuado, ya que durante la hospitalización las opciones recreativas son escasas, y además en muchos casos están limitadas por la situación de la persona ( escasa visión, escasa movilidad,	5
6		3
7	Que una persona sepa cuáles son las opciones recreativas no significa que participe en ellas o se sienta realizado por ello	5
8	La identificación puede ayudar a la evidencia de si existen momentos de ocio	1
9	No contesta	2
10	No contesta	2
11	Es la primera acción para después participar en las actividades de ocio o recreativas	3
12	No contesta	
13	Si afirma relajarse con sus actividades de ocio es que está satisfecho, pero me resultaría difícil decir por ejemplo del 1 al 5 en qué puntuación esta.	2
14	Muy adecuado valorar para ver si conoce los recursos de su entorno. Después con los otros ítems se valora si participa o no	2
15	Mantengo la misma puntuación; tener la oportunidad de elegir qué le entretiene favorece la adaptación y la relación con el cuidador	3
16	Me parece un indicador importante	1
17	No contesta	4
18	Son pertinentes en esta necesidad	2
19	En procesos agudos muy pocos pacientes se beneficiarán de esta medición.	4
20	No me sirve en un paciente hospitalizado	4
21	Muy adecuado	1
22	No lo veo adecuado	4

\* Participaron 22 panelistas

El indicador “160404 Refiere relajación con las actividades de ocio” y “160407 Identificación de opciones recreativas” pasaron a formar parte de la versión eNDEC-PH.

#### ☑ **14. Necesidad de aprender**

Las valoraciones cualitativas y la puntuación otorgada por cada experto y experta de los indicadores de resultados sometidos a tercera ronda de validación, fue la siguiente:

Tabla 5. 84 VALORACION DEL INDICADOR DE RESULTADOS (NOC) en TERCERA RONDA DE VALIDACIÓN DEL PANEL DELPHI: NECESIDAD DE APRENDER		
PANELISTA*	INDICADOR	PUNTUACIÓN
<b>160007 Proporciona razones para adoptar una pauta</b>		
1	Este indicador me parece muy complejo por lo que supone para el paciente, porque no todos los pacientes tienen capacidad cognitiva como para desarrollar el proceso mental que le lleve a poder realizar este razonamiento. La media de edad de nuestros pacientes es bastante alta, no lo olvidemos. Por lo general creo que este sería un indicador a medir más bien en las cuidadoras.	5
2	Es importante que haga un razonamiento de lo aprendido ya que a veces nos describen perfectamente las indicaciones que les damos pero al no saber porque son así termina olvidando lo aprendido. Por lo tanto si no es capaz de razonar lo aprendido posiblemente es porque no ha aprendido sino que ha memorizado.	1
3	No contesta	1
4	No contesta	2
5	Me parece un ítem poco adecuado, ya que no siempre es necesaria la adopción de un régimen terapéutico o este ya se ha producido.	4
6	No contesta	2
7	Realmente que sepa por qué tiene que llevar un régimen terapéutico determinado no significa que lo siga o que necesite aprender cómo aplicarlo a su proceso	5
8	Responde a una profundidad propia de personas entendidas en la enfermedad. Puede resultar difícil para el paciente identificar los motivos.	4
9	No contesta	3
10	Las dificultades para razonar sobre un régimen terapéutico inducen a pensar dificultades para aprender. Pero no le daría más valor a este indicador	3
11	Si razona los motivos supongo que es porque los conoce	3
12	No contesta	
13	Si razona los motivos pero me encuentro que no adopta un régimen terapéutico me sirve para descartar un manejo inefectivo r/c falta de conocimientos ( por ejemplo)	1
14	Nos acercamos a sus percepciones y creencias para la adhesión/ rechazo de determinadas recomendaciones de tratamiento y acciones cuidadoras	1
15	Mantengo la misma puntuación; el razonamiento implica una interiorización en la adopción de un régimen terapéutico o en el cambio de hábitos inadecuados	3
16	Me parece un indicador importante en esta necesidad	1
17	No contesta	
18	La capacidad de una persona de explicar los motivos de un tratamiento o régimen de terapia, entiendo que se relaciona con la necesidad de aprender (vinculada con	2

	problemas de Déficit de conocimientos).	
19	Fundamental en la EPS analizar la voluntad y disposición al aprendizaje, condicionará mucho la intensidad de las intervenciones.	1
20	No lo pondría en esta necesidad, creo que se adapta más a la de seguridad	4
21	Totalmente adecuado para valorar el aprendizaje y la interiorización de los conocimientos	1
22	No contesta	1

\* Participaron 22 panelistas

El indicador “160007 Proporciona razones para adoptar una pauta” pasó a formar parte de la versión eNDEC-PH.

#### 5.1.4.2. Resultados de las intervenciones (NIC) por Bloques de Cuidados

##### 1. Bloque de cuidados generales

Todas las intervenciones propuestas fueron por consenso aceptadas por los expertos y expertas en segunda ronda de validación del panel Delphi, por lo que no se precisó esta segunda ronda en este bloque de cuidados.

##### 2. Bloque de cuidados psicosociales

Las valoraciones cualitativas y la puntuación otorgada por cada experto y experta de los indicadores de resultados sometidos a tercera ronda de validación, fue la siguiente:

**Tabla 5. 85 VALORACION DE LA INTERVENCION (NIC) en TERCERA RONDA DE VALIDACIÓN DEL PANEL DELPHI: BLOQUE DE CUIDADOS PSICOSOCIALES**

PANELISTA*	INDICADOR	PUNTUACIÓN
	<b>5230 Aumentar el afrontamiento</b>	
1	Yo no sabría cómo medir esta intervención.	4
2	Ante la incapacidad de aumentar el afrontamiento creo que hay alteración en la necesidad de cuidados psicosociales	1
3	No contesta	3
4	No contesta	2
5	Este ítem me parece poco adecuado , ya que no siempre existe conflicto o necesidad de afrontamiento complejo de la situación durante la hospitalización , por tratarse de un proceso benigno ( ejemplo: parto ) o por ser un proceso corto que no necesita un cambio en los hábitos de vida	5
6	No contesta	4
7	Me parece muy complicada esta intervención	4
8	Cuánto más concienciado esté el paciente de su situación mayor será la respuesta y la recuperación	3
9	No contesta	
10	¿?	3
11	Difícil de conocer en una valoración inicial	4
12	No contesta	3
13	Solo el afrontamiento me parece tan complejo que no lo metería en esta parrilla ya que sería acotarlo.	4
14	Me parece complicado	4
15	Mantengo la misma puntuación; la capacidad de afrontamiento se revela como elemento fundamental en la recuperación del paciente	2
16	Me parece importante para este tipo de cuidados	1
17	No contesta	
18	No la veo adecuada	4
19	Ante diagnósticos nuevos con impacto, y en procesos crónicos con manejo inefectivo del régimen terapéutico a menudo hay que trabajar mucho el afrontamiento.	2
20	Yo no incluiría el afrontamiento en una parrilla, me parece muy difícil de diagnosticar y de medir, hay que conocer ampliamente la situación del paciente para medirlo y tratarlo. Esto no quiere decir que no me parezca importante, sino todo lo contrario.	4
21	Los problemas de afrontamiento son muy habituales en nuestro medio. No siempre los detectamos y muy pocas veces los tratamos. Aunque la intervención requiere de una descripción detallada de las actividades que vamos a llevar a cabo y adaptarla a cada circunstancia individual de las personas	2
22	No contesta	2

\* Participaron 22 panelistas

La intervención “5230 Aumentar el afrontamiento” fue eliminada.

☑ **3. Bloque de cuidados de la piel**

Todas las intervenciones propuestas fueron por consenso aceptadas por los expertos y expertas en segunda ronda de validación del panel Delphi, por lo que no se precisó esta segunda ronda en este bloque de cuidados.

☑ **4. Bloque de cuidados de catéteres y drenajes**

Todas las intervenciones propuestas fueron por consenso aceptadas por los expertos y expertas en segunda ronda de validación del panel Delphi, por lo que no se precisó esta segunda ronda en este bloque de cuidados.

☑ **5. Bloque de cuidados para el manejo y administración de medicamentos**

Todas las intervenciones propuestas fueron por consenso aceptadas por los expertos y expertas en segunda ronda de validación del panel Delphi, por lo que no se precisó esta segunda ronda en este bloque de cuidados.

☑ **6. Bloque de cuidados para la realización de pruebas diagnósticas**

Todas las intervenciones propuestas fueron por consenso aceptadas por los expertos y expertas en segunda ronda de validación del panel Delphi, por lo que no se precisó esta segunda ronda en este bloque de cuidados.

☑ **7. Bloque de cuidados en situación críticas**

Todas las intervenciones propuestas fueron por consenso aceptadas por los expertos y expertas en segunda ronda de validación del panel Delphi, por lo que no se precisó esta segunda ronda en este bloque de cuidados.

Para finalizar podemos decir que en esta tercera ronda, fueron seleccionados ocho indicadores de resultados y eliminados nueve. La intervención NIC tampoco fue seleccionada.

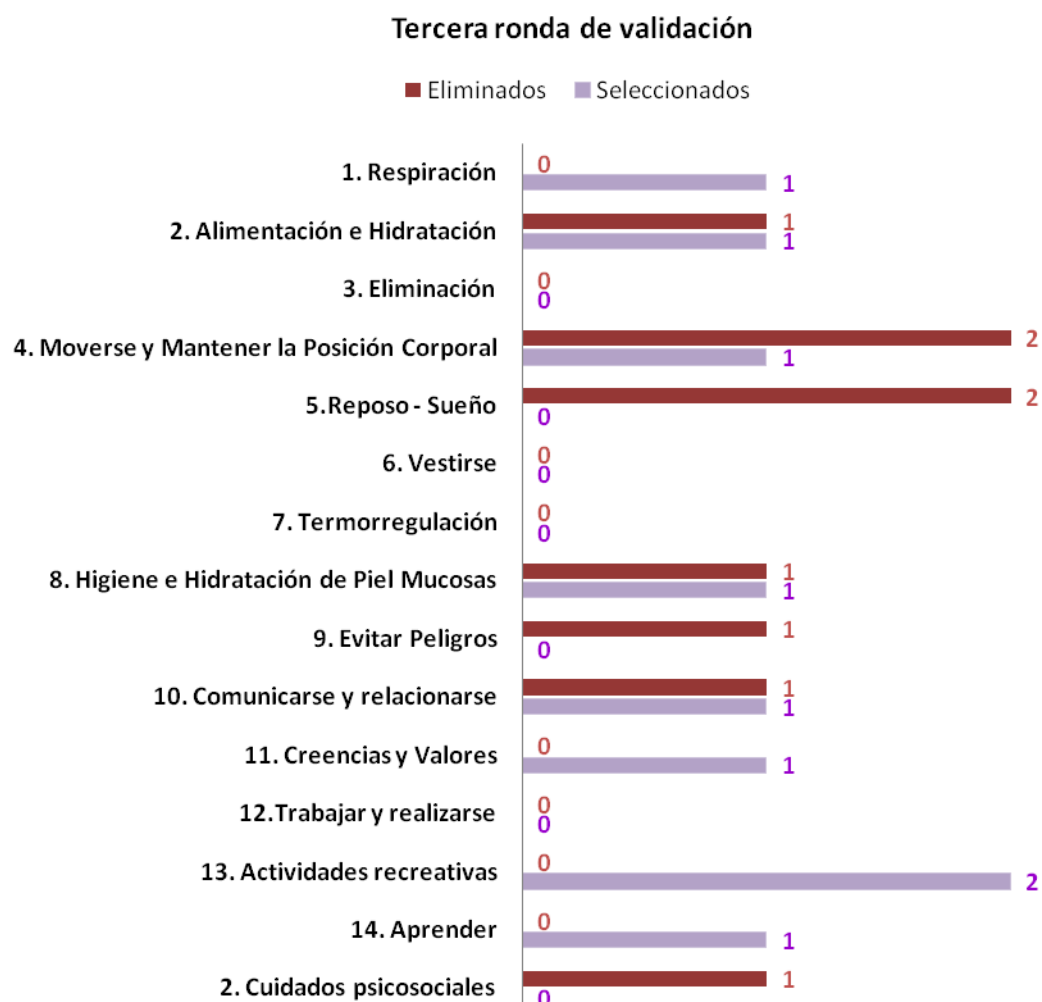


Gráfico 5. 14 Ítems eliminados y seleccionados para formar parte de la versión eNDEC-PH del INICIARE® tras tercera ronda de validación en panel Delphi

Se generó la versión eNDEC-PH con 112 indicadores de resultados (NOC) y 51 intervenciones (NIC), en total con 163 indicadores (**ANEXO IX**).



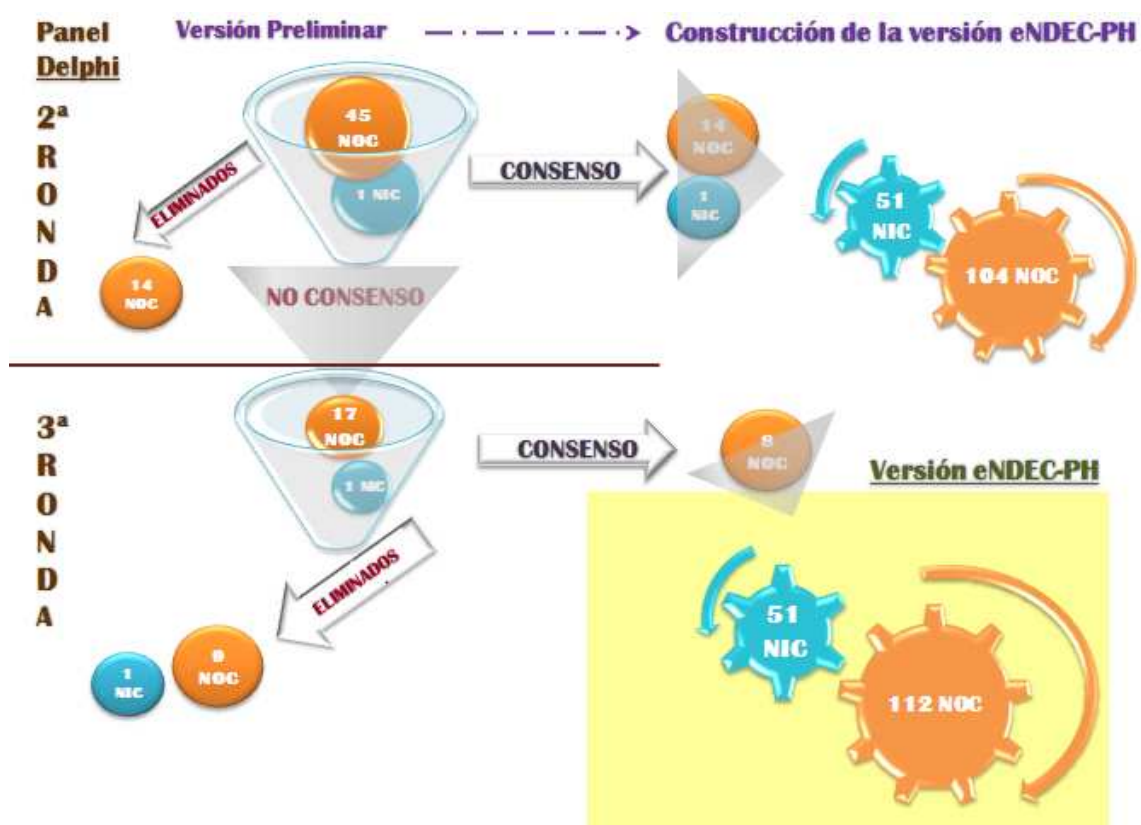


Fig. 5. 4 Dinámica de ítems durante la tercera ronda de validación del panel Delphi

Tabla 5. 86 DINÁMICA DE ÍTEMS DESDE LA VERSIÓN PRELIMINAR HASTA LA VERSIÓN eNDEC-PH							
ÍTEMS	Preliminar 113NOC 51NIC (ANEXO V)		45NOC 2NIC (ANEXO VIII)		17NOC 1NIC (ANEXO IX)		Versión eNDEC-PH
	1 <sup>a</sup> Ronda		2 <sup>a</sup> Ronda		3 <sup>a</sup> Ronda		
	NOC	NIC	NOC	NIC	NOC	NIC	NOC: 90+14+8=113
Aceptados	90	50	14	1	8	0	NIC: 50+1=51
Nuevos	22	1	0	0	0	0	
No consenso	23	1	17	1	0	0	
Eliminados	0	0	14	0	9	1	

## 5.2. RESULTADOS DE LA ETAPA II: VALIDACIÓN CLINIMÉTRICA DE LA VERSIÓN eNDEC-PH: CONSTRUCCIÓN DE LA ESCALA INICIARE®-64

### 5.2.1. DESCRIPTIVO DEL PACIENTE VALORADO CON LA VERSIÓN ENDEC-PH

El perfil del paciente valorado fue hombre y/o mujer con edad media de 63 años, ingresado/a preferentemente en Unidad de Hospitalización, con una dependencia de moderada a severa, valorada por el test de Barthel y que disponía de cuidador principal.

Tabla 5. 87 DESCRIPTIVO DEL PERFIL GENERAL DE PACIENTES VALORADO CON LA VERSIÓN eNDEC-PH				
		HOMBRE	MUJER	
		$\bar{X}$ (IC 95%) / N (%)	$\bar{X}$ (IC 95%) / N (%)	p
<b>SEXO</b>		85 (52,8%)	76 (47,2%)	
<b>EDAD</b>		63,19 (60,45-65,93)	62,81 (59,98-65,65)	0,97
<b>BARTHEL</b>	<b>Dependencia total (0-20)</b>	5 (5,8%)	10 (13,1%)	0,53
	<b>Dependencia severa (21-60)</b>	20 (23,5%)	18 (23,7%)	
	<b>Dependencia moderada (61-90)</b>	33 (38,8%)	24 (31,6%)	
	<b>Dependencia escasa (91-99)</b>	12 (14,1%)	9 (11,8%)	
	<b>Independencia (100)</b>	15 (17,6%)	15 (19,7%)	
<b>DISPONE DE CUIDADOR/A</b>	<b>NO</b>	9 (10,6%)	16 (21,1%)	0,08
	<b>SI</b>	76 (89,4%)	60 (78,9%)	
<b>UNIDAD DE INGRESO</b>	<b>Cuidados Especiales</b>	44 (51,8%)	29 (38,2%)	0,11
	<b>Unidad de Hospitalización</b>	41 (48,2%)	47 (61,8%)	

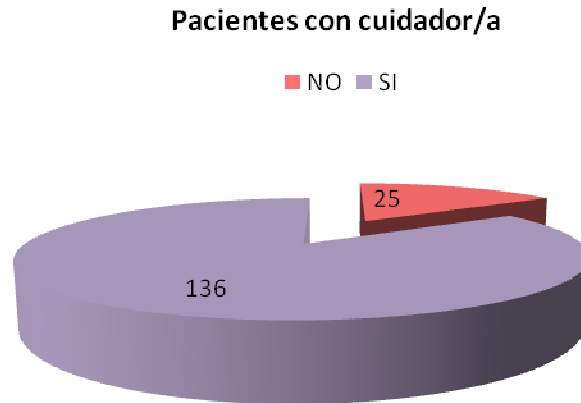


Gráfico 5. 15 Existencia de cuidadores y cuidadoras por pacientes

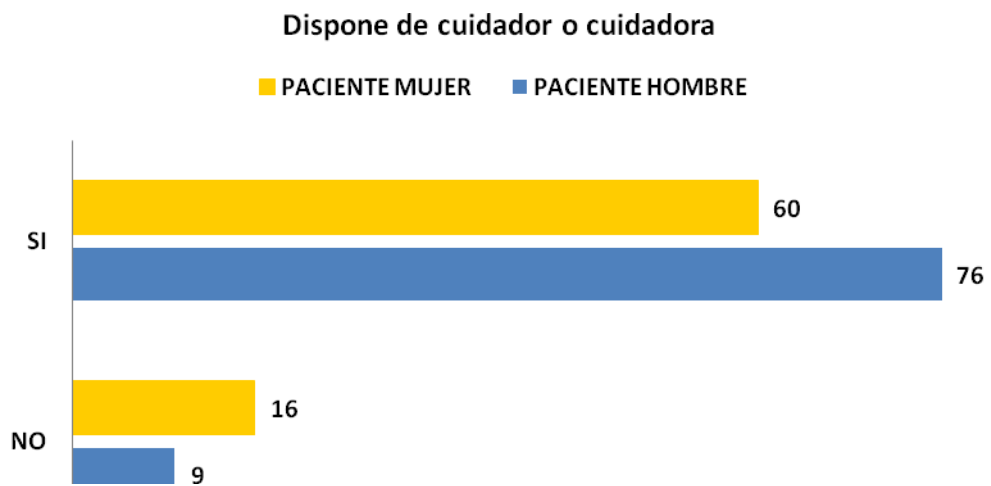


Gráfico 5. 16 Existencia de cuidadores y cuidadoras en relación a la categoría por sexo de pacientes

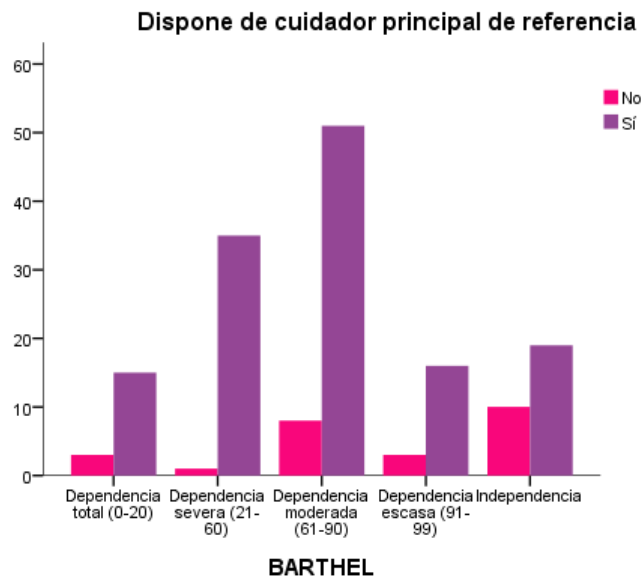


Gráfico 5. 17 Disponibilidad de cuidadores según nivel de dependencia de los pacientes, valorado por el test de Barthel

### 5.2.1.1. Perfil por proceso médico-quirúrgico

Prevalcieron por ingreso, los procesos quirúrgicos frente a los procesos médicos, tanto en hombres como en mujeres.

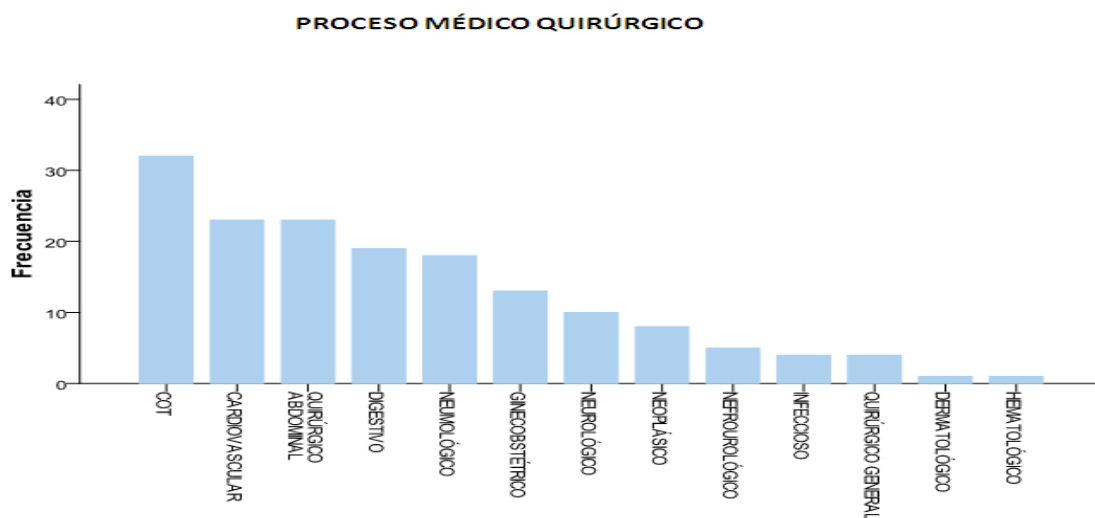


Gráfico 5. 18 Proceso médico-quirúrgico de paciente de la E P Hospital Alto Guadalquivir

Entre los procesos quirúrgicos por sexo, prevaleció el ingreso en mujeres por Procesos de Cirugía Ortopédica y Traumatológica (COT) siguiendo la Cirugía abdominal y en hombres sin embargo se invierte esta tendencia.

En relación al proceso médico, el de mayor prevalencia en mujeres es el proceso ginecológico siguiendo del Digestivo y con una menor frecuencia del cardiovascular, sin embargo en hombres se invierte esta tendencia, apareciendo como primera causa de ingreso el proceso cardiovascular y en segundo lugar, el proceso digestivo, aunque las tendencias entre ambos procesos están mucho más igualadas que en mujeres.

	SEXO		Total
	Hombre	Mujer	
COT	12	20	32
QUIRÚRGICO ABDOMINAL	15	8	23
CARDIOVASCULAR	16	7	23
DIGESTIVO	9	10	19
NEUMOLÓGICO	12	6	18
GINECOBSTÉTRICO	0	13	13
NEUROLÓGICO	8	2	10
NEOPLÁSICO	5	3	8
NEFROUROLÓGICO	3	2	5
QUIRÚRGICO GENERAL	3	1	4
INFECCIOSO	1	3	4
HEMATOLÓGICO	1	0	1
DERMATOLÓGICO	0	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>85</b>	<b>76</b>	<b>161</b>

Fig. 5. 5 Proceso médico-quirúrgico por sexo en la E.P. Hospital Alto Guadalquivir

### 5.2.1.2. Perfil por centros hospitalarios: E.P. Hospital Alto Guadalquivir (hospital de Andújar) y hospital de Montilla.

El perfil del paciente en el Hospital de Alto Guadalquivir (Hospital de Andújar) fue: hombre que disponía de cuidador/a principal, de aproximadamente 63 años de edad, ingresado en la Unidad de Cuidados Especiales, con dependencia moderada para la realización de las Actividades Básicas de la Vida diaria (valoradas por el test de Barthel).

El perfil del paciente en el Hospital de Montilla fue mujer que disponía de cuidador/a principal, de aproximadamente 63 años de edad, ingresada en la Unidad de Hospitalización, con dependencia de moderada a escasa o independiente para la realización de las Actividades Básicas de la Vida diaria (valoradas por el test de Barthel).

**Tabla 5. 88 DESCRIPTIVO DEL PERFIL DE PACIENTES VALORADOS CON LA VERSIÓN eNDEC-PH POR CENTROS HOSPITALARIOS**

		<b>ALTO GUADALQUIVIR</b> $\bar{X}$ (IC 95%) / N (%)	<b>MONTILLA</b> $\bar{X}$ (IC 95%) / N (%)	<b>p</b>
<b>SEXO</b>	Hombre	67 (55,8%)	18 (43,9%)	0,20
	Mujer	53 (44,2%)	23 (56,1%)	
<b>EDAD</b>		63,13 (60,41-65,92)	62,66 (58,98-65,21)	0,88
<b>BARTHEL</b>	Dependencia total (0-20)	14 (11,7%)	1 (2,4%)	0,04
	Dependencia severa (21-60)	27 (22,5%)	11 (26,8%)	
	Dependencia moderada (61-90)	48 (40,0%)	9 (22,0%)	
	Dependencia escasa (91-99)	16 (13,3%)	5 (12,2%)	
	Independencia (100)	15 (12,5%)	15 (36,6%)	
<b>DISPONE DE CUIDADOR/A</b>	NO	19 (15,8%)	6 (14,6%)	1,00
	SI	101 (84,2%)	35 (85,4%)	
<b>UNIDAD DE INGRESO</b>	Cuidados Especiales	69 (57,5%)	51 (42,5%)	0,000
	Unidad de Hospitalización	4 (9,8%)	37 (90,2%)	

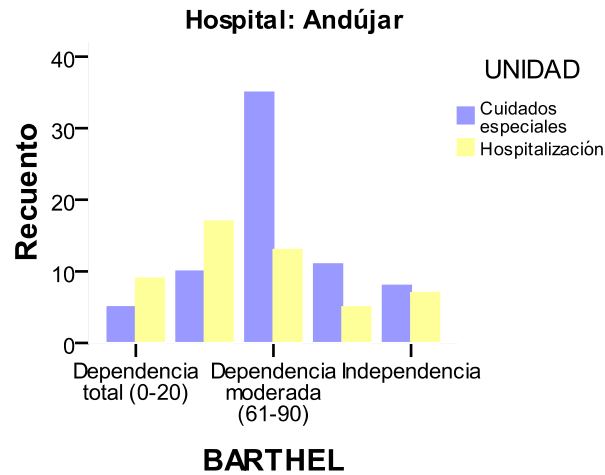


Gráfico 5. 19 Barthel por Unidades: Hospital de Andújar

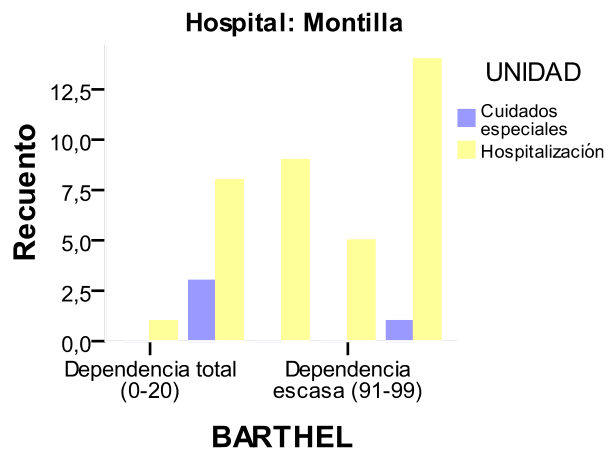


Gráfico 5. 20 Barthel por Unidades: Hospital de Montilla

En ambos casos el perfil del paciente coincide por edad y por poseer en su gran mayoría de cuidador/a de referencia. Las diferencias entre sexos son pequeñas, aumentando la dependencia para la realización de las actividades básicas de la Vida diaria en pacientes ingresados en el Hospital de Andújar frente a los ingresados en el Hospital de Montilla.

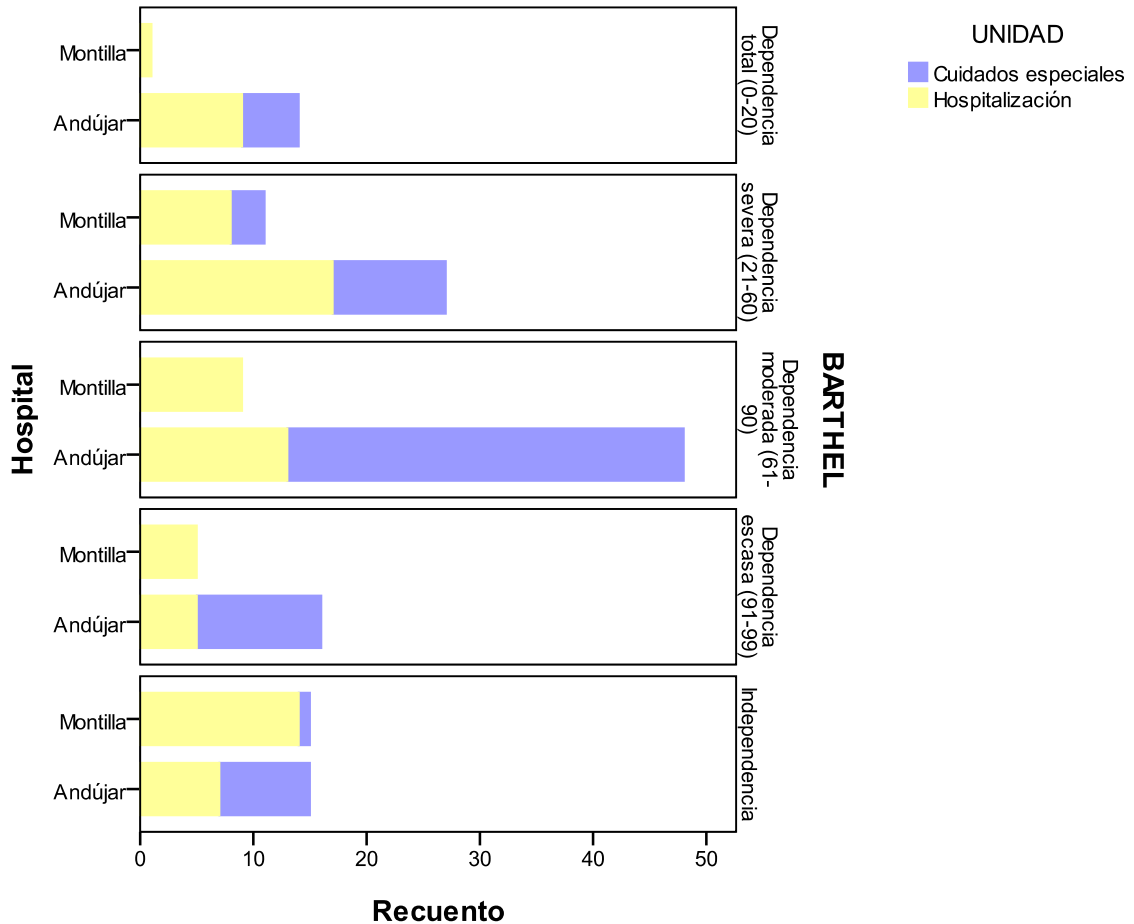


Gráfico 5. 21 Barthel comparativo por Hospitales: Hospital de Andújar y Hospital de Montilla

### 5.2.1.3. Perfil por proceso médico-quirúrgico según centros hospitalarios: E.P. Hospital Alto Guadalquivir (hospital de Andújar) y hospital de Montilla.

En el centro hospitalario de Andújar prevalecen los ingresos por proceso quirúrgico (COT y Cirugía Abdominal), mientras que en el Hospital de Montilla prevalecen los ingresos por proceso médico (Digestivo).



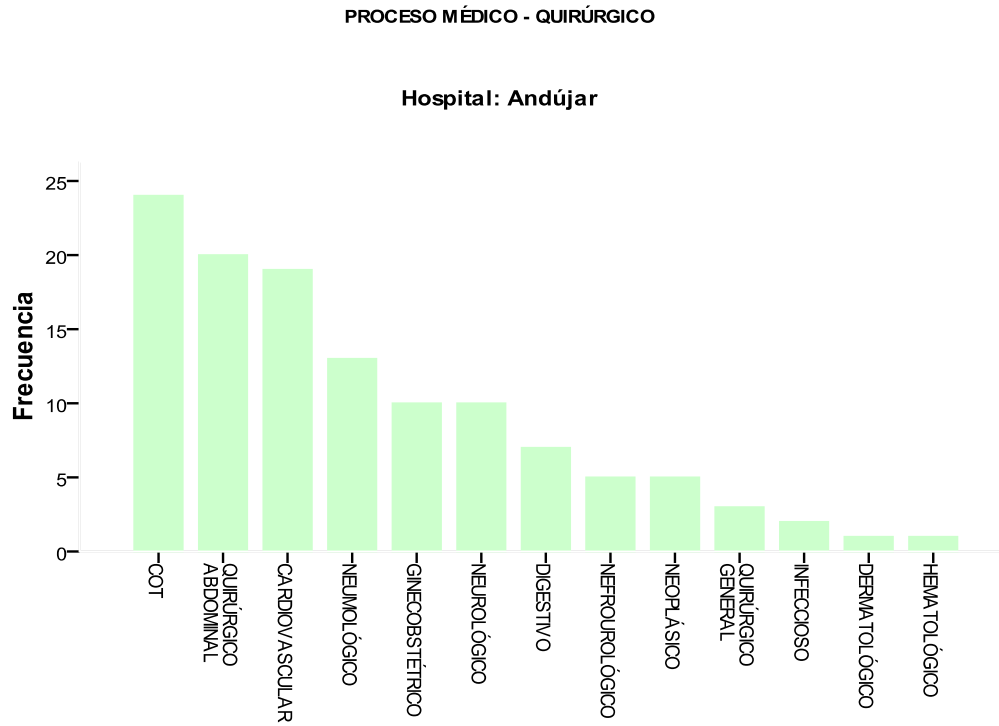


Gráfico 5. 22 Pacientes por proceso médico-quirúrgico Hospital de Andújar

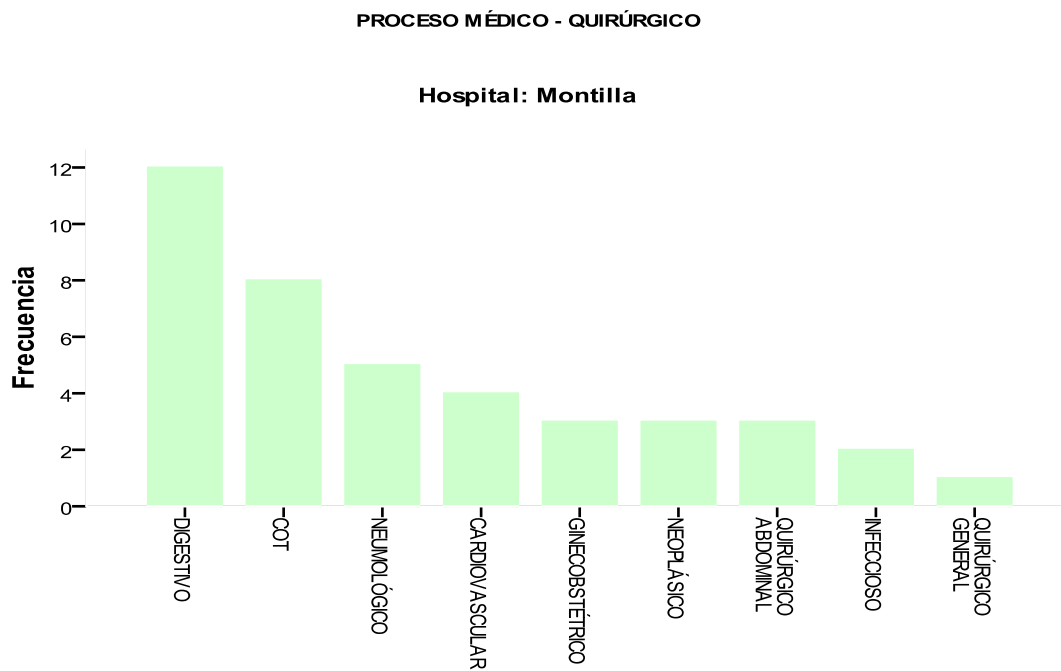


Gráfico 5. 23 Pacientes por proceso médico-quirúrgico Hospital de Montilla

## 5.2.2. DESCRIPTIVO DEL CUIDADOR VALORADO CON LA VERSIÓN ENDEC-PH

### 5.2.2.1. Perfil por sexo y parentesco

Principalmente fueron mujeres con parentesco de esposas o hijas, sin diferencias significativas entre hospitales. Entre los cuidadores hombres destacan como parentesco los maridos, seguidos de los hijos, no se establece tampoco diferencias significativas por hospital.

Tabla 5. 89 DESCRIPTIVO DEL PERFIL DEL CUIDADOR VALORADO CON LA VERSIÓN eNDEC-PH POR SEXO Y PARENTESCO

		HOSPITAL ANDÚJAR $\bar{X}$ (IC 95%) / N (%)	HOSPITAL DE MONTILLA $\bar{X}$ (IC 95%) / N (%)	p
<b>SEXO</b>	<b>Hombre</b>	26 (25,75%)	9 (25,72%)	0,99
	<b>Mujer</b>	75 (74,25%)	26 (74,28%)	
<b>PARENTESCO</b>	<b>Esposa</b>	32(31,68%)	11(31,4%)	0,97
	<b>Marido</b>	19(18,81%)	6(17,14%)	
	<b>Hijo</b>	6(5,94%)	3(8,57%)	
	<b>Hija</b>	26(25,7%)	11(31,42%)	
	<b>Cuidador/a Profesional</b>	6(5,94%)	1(2,85%)	
	<b>Madre</b>	4(3,96%)	2(5,71%)	
	<b>Hermano</b>	1(0,99%)	0	
	<b>Hermana</b>	2(1,98%)	0	
	<b>Sobrino</b>	4(3,96%)	1(2,85%)	
	<b>Vecina</b>	1(0,99%)	0	
	<b>TOTAL</b>		<b>101</b>	

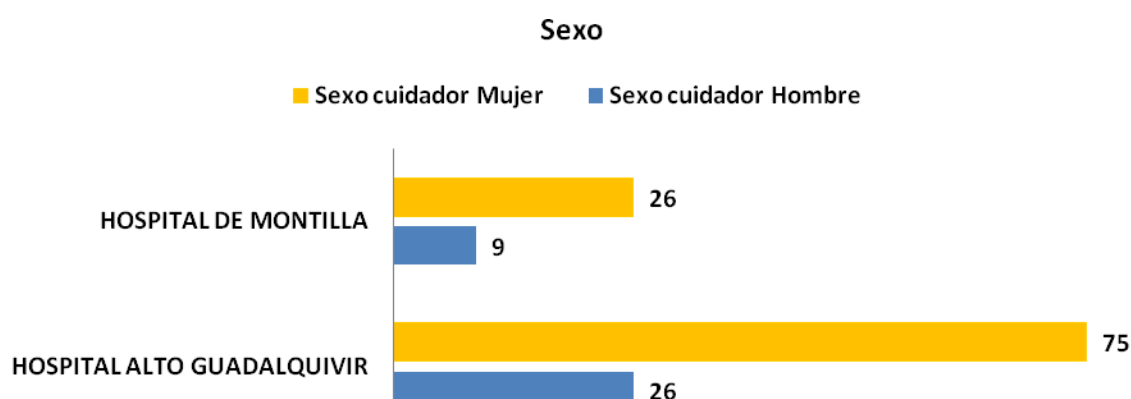


Gráfico 5. 24 Sexo del cuidador por Hospitales en la E.P. Hospital Alto Guadalquivir

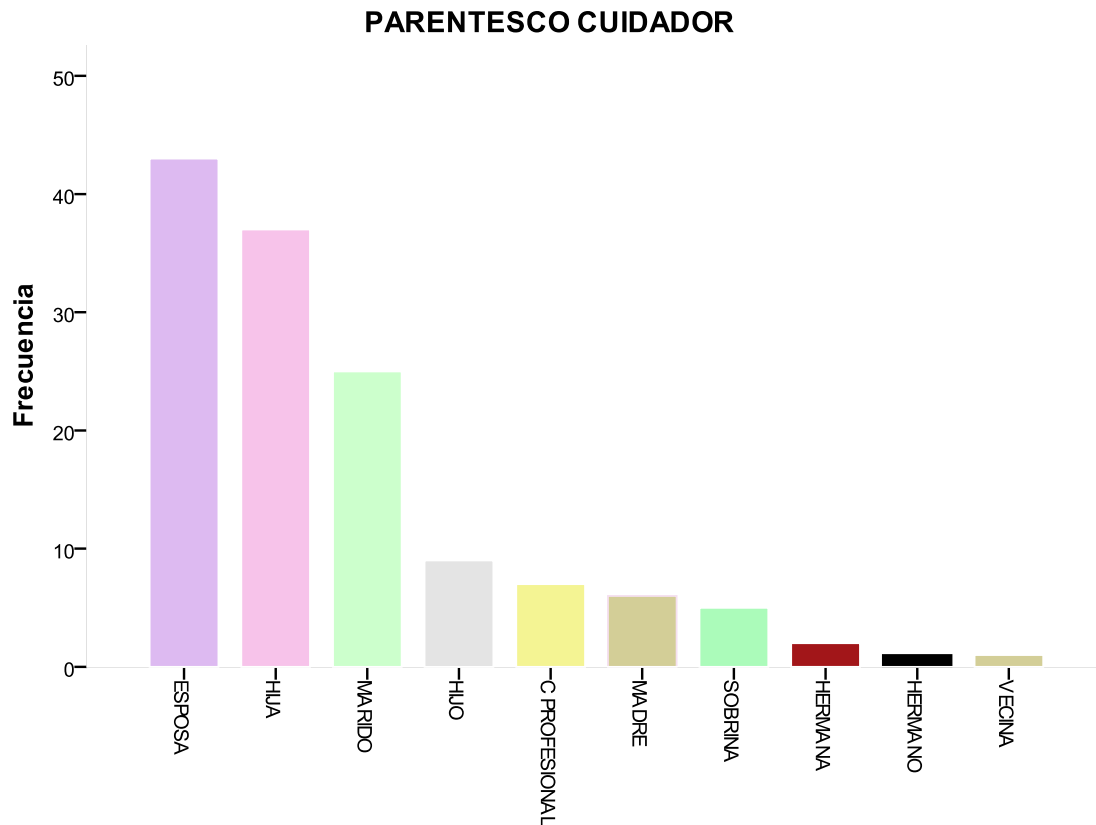


Gráfico 5. 25 Parentesco del cuidador en la E.P. Hospital Alto Guadalquivir

### 5.2.2.2. Perfil en relación al proceso de cuidar

Estudiamos cuatro variables correspondientes con indicadores de resultados de (Moorhead et al., 2009), para describir el perfil del cuidador y cuidadora en relación al proceso de cuidar en pacientes hombres y/o mujeres.

Podemos decir, que los cuidadores y cuidadoras percibieron tener una mejor salud cuando el paciente cuidado era mujer. Informaron dominar mejor las actividades de cuidados cuando cuidaban a hombres. Siendo las relaciones entre cuidadores/as y pacientes muy satisfactorias independientemente del sexo. Sin embargo expresaron que el cuidado a pacientes hombres les suponía un proceso más estresante frente a cuidar a mujeres. Aunque clínicamente estos valores no fueron significativos.

Tabla 5. 90 DESCRIPTIVO DEL PERFIL DEL CUIDADOR VALORADO CON LA VERSIÓN eNDEC-PH EN RELACIÓN AL PROCESO DE CUIDAR			
SEXO DEL PACIENTE ⇒	HOMBRE	MUJER	P
	$\bar{X}$ (IC 95%)	$\bar{X}$ (IC 95%)	
<b>250712 SALUD GENERAL PERCIBIDA DEL/LA CUIDADOR/A</b>	4,21 (3,96-4,46)	4,60 (4,41-4,80)	0,29
<b>221002 DOMINIO DE LAS ACTIVIDADES DE CUIDADOS</b>	4,59 (4,42-4,76)	4,34 (4,11-4,57)	0,46
<b>221001 RELACIÓN MUTUAMENTE SATISFATORIA ENTRE EL CUIDADOR FAMILIAR Y EL DESTINATARIO DE LOS CUIDADOS</b>	4,84 (4,73-4,95)	4,81 (4,66-4,97)	0,81
<b>220801 ESTRESORES INFORMADOS POR EL/LA CUIDADOR/A</b>	3,99 (3,72-4,26)	4,43 (4,18-4,68)	0,01

### 5.2.3. FIABILIDAD INTEROBSERVADOR DE LA VERSIÓN ENDEC-PH: CONSTRUCCIÓN DE LA ESCALA INICIARE®-64

Para la evaluación de la fiabilidad interobservador (reproductibilidad o concordancia), se analizaron los coeficientes r de Pearson (r), Ro de Spearman (Ro) y el Coeficiente de Correlación Intraclass (CCI).

A continuación presentamos los resultados obtenidos en el análisis de fiabilidad interobservador de la versión eNDEC-PH, representados por r en análisis paramétrico y Ro en análisis no paramétrico; de cada uno de los ítems que compone las dimensiones de la escala junto con los Valores del Coeficiente de Correlación Intraclass en un intervalo de confianza al 95% (de aquellos que presentaron una buena consistencia interna).

Tabla 5. 91 ANÁLISIS DE LA FIABILIDAD INTEROBSERVADOR DE LOS INDICADORES DE RESULTADOS (NOC) DE LA VERSIÓN eNDEC-PH				
	r	Ro	CCI	IC95%
<b>1. RESPIRAR</b>				
<b>1</b> 040216 Deterioro cognitivo	0,618**	0,633**	0,755	0,666 - 0,821
<b>2</b> 040206 Cianosis	0,411**	0,631**	0,569	0,408 - 0,686
<b>3</b> 041004 Frecuencia respiratoria	0,472**	0,484**	0,635	0,499 - 0,735
<b>4</b> 040002 Frecuencia cardiaca	0,487**	0,516**	0,656	0,527 - 0,750
<b>5</b> 040302 Ritmo respiratorio	0,598**	0,592**	0,745	0,650 - 0,815
<b>6</b> 041012 Capacidad de eliminar secreciones	0,304**	0,512**	0,432	0,146 - 0,623
<b>7</b> 041002 Ansiedad	0,648**	0,608**	0,786	0,709 - 0,843
<b>8</b> 040309 Utilización de músculos accesorios	0,336**	0,544**	0,496	0,310 - 0,631
<b>9</b> 040203 Disnea en reposo	0,634**	0,593**	0,777	0,695 - 0,836
<b>10</b> 040204 Disnea de esfuerzo	0,893**	0,907**	0,942	0,920 - 0,958
<b>11</b> 040211 Saturación de oxígeno	0,566**	0,531**	0,714	0,610 - 0,791

12	040310 Ruidos respiratorios patológicos	0,355**	0,278**	0,499	0,300 - 0,639
<b>2. ALIMENTARSE E HIDRATARSE</b>					
13	030303 Maneja utensilios	0,780**	0,700**	0,877	0,832-0,910
14	100801 Ingestión alimentaria oral	0,654**	0,658**	0,784	0,703 - 0,843
15	100802 Ingestión alimentaria por sonda	0,316	0,316	0,067	-0,486
16	100804 Administración de líquidos por vía IV	0,388**	0,506**	0,519	0,307-0,666
17	100805 Administración de líquidos con nutrición parenteral total	-0,132	0,228	-0,059	-2,388
18	101016 Acepta la comida	0,541**	0,502**	0,698	0,588 - 0,779
19	101004 Capacidad de masticación	0,765**	0,759**	0,867	0,818 - 0,903
20	101012 Atragantamiento, tos, náuseas	0,462**	0,500**	0,617	0,474 - 0,721
21	101406 Ingesta de alimentos	0,708**	0,646**	0,829	0,766 - 0,875
22	210607 Alteración del estado nutricional	0,488**	0,490**	0,655	0,522-0,747
23	060107 Entradas y salidas diarias equilibradas	0,316**	0,411**	0,469	0,264 - 0,616
24	100601 Peso	0,511**	0,525**	0,676	0,555 - 0,765
25	101401 Deseo de comer	0,705**	0,588**	0,827	0,763 - 0,875
<b>3. ELIMINAR</b>					
26	050002 Mantiene el control de la eliminación de heces	0,508**	0,476**	0,665	0,536 - 0,755
27	050004 Diarrea	0,574**	0,589**		
28	050005 Estreñimiento	0,686**	0,756**		
29	050101 Patrón de eliminación fecal	0,561**	0,631**	0,717	0,614 - 0,794
30	060211 Diuresis	0,507**	0,497**	0,673	0,555-0,762
31	050301 Patrón de eliminación (urinario)	0,722**	0,721**	0,834	0,767 - 0,879
32	050312 Incontinencia urinaria	0,851**	0,839**	0,918	0,885 - 0,942
33	050401 Ingesta adecuada de líquidos	0,653**	0,601**	0,790	0,714 - 0,847
34	031001 Reconoce y responde a la depleción vesical	0,873**	0,832**	0,931	0,904 - 0,951
<b>4. MOVERSE Y MANTENER LA POSTURA CORPORAL</b>					
35	020002 Camina con marcha eficaz	0,810**	0,823**	0,895	0,855 - 0,925
36	020401 Úlceras por presión	0,465**	0,585**		
37	020412 Tono muscular	0,6**	0,626**		
38	021101 Integridad ósea	0,725**	0,698**		
39	020814 Se mueve con facilidad	0,773**	0,776**	0,872	0,826 - 0,907
40	020802 Mantenimiento de la posición corporal	0,761**	0,780**	0,864	0,815 - 0,901
41	161607 Utiliza dispositivos de apoyo correctamente	0,351**	0,465**		
42	130803 Se adapta a las limitaciones funcionales	0,623**	0,583**		
43	030012 Cambia de posición solo	0,832**	0,816**	0,908	0,872 - 0,933
<b>5. REPOSO-SUEÑO</b>					
44	000303 Calidad del descanso	0,661**	0,654**	0,796	0,718 - 0,852
45	000201 Equilibrio entre actividad y descanso	0,596**	0,574**		
46	121129 Trastorno del sueño	0,700**	0,701**		
47	210201 Dolor referido	0,663**	0,640**		
48	000404 Calidad del sueño	0,698**	0,702**	0,823	0,755 - 0,872
49	000403 Patrón del sueño	0,733**	0,733**	0,847	0,788 - 0,889
<b>6. VESTIRSE Y DESVESTIRSE</b>					
50	030201 Escoge la ropa	0,461*	0,491*		
51	030204 Se pone la ropa de la parte superior del cuerpo	0,804**	0,801**		
52	030205 Se pone la ropa de la parte inferior del cuerpo	0,821**	0,821**		
53	030210 Se pone los zapatos	0,854**	0,854**		
54	030211 Se quita la ropa	0,850**	0,863**	0,918	0,887 - 0,941

55	030002 Se viste	0,879**	0,879**	0,936	0,911 - 0,953
<b>7. TEMPERATURA CORPORAL</b>					
56	080001 Temperatura cutánea aumentada	0,189	0,357**		
57	080201 Temperatura corporal	0,649**	0,551**	0,788	0,708-0,846
58	080007 Cambios de coloración cutánea	0,288**	0,427**		
59	080012 Frecuencia del pulso radial	0,259**	0,323**	0,412	0,189 - 0,573
60	080015 Comodidad térmica referida	0,748**	0,687**	0,857	0,803 - 0,896
<b>8. HIGIENE E INTEGRIDAD DE PIEL Y MUCOSAS</b>					
61	030006 Higiene	0,835**	0,839**	0,91	0,876 - 0,935
62	030007 Higiene bucal	0,616**	0,641**		
63	110102 Sensibilidad	0,473**	0,476**		
64	110104 Hidratación	0,575**	0,514**		
65	110113 Integridad de la piel	0,611**	0,626**		
66	110116 Lesiones de la membrana mucosa	0,632**	0,446**		
67	030508 Se lava el pelo	0,690**	0,706**	0,817	0,746 - 0,868
<b>9. EVITAR PELIGROS</b>					
68	011318 Memoria	0,817**	0,779**		
69	030617 Controla su propia medicación no parenteral	0,889**	0,804**	0,941	0,919 - 0,957
70	090901 Consciencia	0,559**	0,520**		
71	170401 Percepción de amenaza para la salud	0,667**	0,646**	0,8	0,724 - 0,855
72	190201 Reconoce factores de riesgo	0,671**	0,651**	0,803	0,729 - 0,857
73	191107 Uso correcto de dispositivos de ayuda	0,442**	0,538**		
74	191119 Evitar conductas de alto riesgo	0,594**	0,556**	0,746	0,652- 0,814
75	250811 La familia comparte la responsabilidad de los cuidados	0,618**	0,578**		
76	250809 Rol del cuidador	0,448**	0,365**		
77	090005 Está orientado	0,430**	0,328**		
<b>10. COMUNICARSE Y RELACIONARSE</b>					
78	090014 Comunicación clara según la edad	0,633**	0,587**	0,772	0,688-0,832
79	090003 Atiende	0,602**	0,489**	0,752	0,662-0,819
80	090205 Utiliza el lenguaje no verbal	0,346**	0,311**		
81	090210 Interpretación exacta de los mensajes recibidos	0,644**	0,630**	0,784	0,705-0,841
82	090703 Verbaliza un mensaje coherente	0,482**	0,527**	0,645	0,511-0,742
83	090802 Recuerda información reciente de forma precisa	0,630**	0,638**		
84	221001 Relación mutuamente satisfactoria entre el cuidador familiar y el destinatario de los cuidados	0,520**	0,393**		
85	15303 Interacción con miembros de la familia	0,716**	0,584**		
<b>11. CREENCIAS Y VALORES</b>					
86	160902 Cumple el régimen terapéutico recomendado	0,770**	0,684**		
87	170202 Implicación requerida en decisiones sobre la salud	0,536**	0,593**	0,699	0,584 - 0,782
88	170404 Preocupación sobre la enfermedad o lesión	0,647**	0,642**	0,786	0,705 - 0,845
89	170411 Impacto percibido sobre el estilo de vida futuro	0,507**	0,551**	0,672	0,547- 0,762
90	300409 Cuidados consistentes con las creencias culturales	0,182*	0,239**		
<b>12. TRABAJAR Y REALIZARSE</b>					
91	010001 Realización de la rutina habitual	0,813**	0,844**		
92	120502 Aceptación de sus propias limitaciones	0,558**	0,546**		
93	120508 Cumplimiento de los roles	0,626**	0,629**		

significativos personales					
94	120801 Estado de ánimo deprimido	0,706**	0,658**	0,828	0,763 - 0,875
95	130208 Se adapta a los cambios en desarrollo	0,753**	0,717**	0,859	0,803 - 0,900
96	130501 Establecimiento de objetivos realistas	0,650**	0,608**	0,785	0,702 - 0,845
97	130502 Mantenimiento de la autoestima	0,696**	0,609**	0,821	0,753 - 0,870
98	120007 Adaptación a cambios en el aspecto físico	0,398**	0,494**		
<b>13. ACTIVIDADES RECREATIVAS Y DE OCIO</b>					
99	160403 Uso de habilidades sociales y de interacción apropiadas	0,560**	0,501**		
100	160404 Refiere relajación con las actividades de ocio	0,634**	0,591**	0,777	0,693 - 0,839
101	160407 Identificación de opciones recreativas	0,586**	0,542**		
102	160413 Disfruta de actividades de ocio	0,693**	0,647**	0,819	0,750 - 0,869
<b>14. APRENDER</b>					
103	130221 Busca información acreditada sobre el tratamiento	0,677**	0,684**	0,808	0,735 - 0,861
104	160001 Pregunta cuestiones	0,713**	0,714**	0,832	0,769 - 0,878
105	160601 Reivindica la responsabilidad de tomar decisiones	0,662**	0,634**	0,797	0,719 - 0,853
106	160902 Cumple el régimen terapéutico recomendado	0,584**	0,516**		
107	160007 Proporciona razones para adoptar una pauta	0,534**	0,565**	0,697	0,582 - 0,780
108	160008 Refiere el uso de estrategias para eliminar una conducta insalubre	0,570**	0,570**		
109	220201 Voluntad de asumir el papel de cuidador familiar	0,340**	0,357**		
110	182402 Proceso específico de la enfermedad	0,604**	0,629**	0,752	0,659 - 0,820
111	182408 Procedimiento terapéutico	0,581**	0,593**	0,733	0,633 - 0,806
112	182308 Conductas que fomentan la salud	0,574**	0,574**	0,728	0,626 - 0,803

\*\* .La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

Todos los ítems excepto “100805 Administración de líquidos con nutrición parenteral” total que presentó una correlación negativa ( $r = -0,132$ ), y “080001 Temperatura cutánea aumentada” con un valor de correlación próximo a cero ( $r = 0,189$ ), presentaron correlaciones por encima de 0,4 (se han señalado en rojo aquellos que presentaron una correlación entre 0,4 y 0,5); el resto presentaron buenas correlaciones por encima de esos valores.

Tabla 5. 92 ANÁLISIS DE LA FIABILIDAD INTEROBSERVADOR DE LAS INTERVENCIONES (NIC) DE LA VERSIÓN eNDEC-PH		r	Ro
<b>1. CUIDADOS GENERALES</b>			
1	6680 Monitorización de los signos vitales	0,613**	0,593**
2	6540 Control de infecciones	0,641**	0,644**
3	7310 Cuidados de enfermería al ingreso	0,554**	0,738**
4	7560 Facilitar las visitas	0,396**	0,444**
5	7370 Planificación del alta	0,295**	0,470**
6	6490 Prevención de caídas	0,472**	0,485**
7	0960 Transporte: dentro de la instalación	0,542**	0,664**
8	6650 Vigilancia	0,357**	0,360**
9	5610 Enseñanza: prequirúrgica	0,204	0,391*
10	1570 Manejo del vómito	0,169	0,246*
11	2930 Preparación quirúrgica	0,204	0,347**
12	0940 Cuidados de tracción/inmovilización	0,165	0,278*
<b>2. CUIDADOS PSICOSOCIALES</b>			
13	5250 Apoyo en la toma de decisiones	0,313**	0,493**
14	5820 Disminución de la ansiedad	0,359**	0,499**
15	5900 Distracción	0,412**	0,539**
16	5520 Facilitar el aprendizaje	-1,59	0,25
17	5290 Facilitar el duelo	0,274**	0,413**
18	5400 Potenciación de la autoestima	0,294**	0,324**
<b>3. CUIDADOS DE LA PIEL</b>			
19	0840 Cambio de posición	0,447**	0,539**
20	3660 Cuidados de las heridas	0,173	0,313**
21	3662 Cuidados de las heridas: drenaje cerrado	-0,049	-0,016
22	3584 Cuidados de la piel: tratamiento tópico	0,043	0,099
23	3440 Cuidados del sitio de incisión	0,189	0,252
24	3520 Cuidados de las úlceras por presión	-0,138	-0,084
<b>4. CUIDADOS DE CATÉTERES Y DRENAJES</b>			
25	1876 Cuidados del catéter urinario	0,568**	0,586**
26	1872 Cuidados del drenaje torácico	a	
27	0480 Cuidados de la ostomía	a	
28	1874 Cuidados de la sonda gastrointestinal	a	
29	2440 Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV)	0,143	0,233**
<b>5. CUIDADOS PARA EL MANEJO Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN</b>			
30	2301 Administración de medicación: enteral	-0,113	-0,342
31	2313 Administración de medicación: intramuscular (i.m)	-0,079	-0,039
32	2314 Administración de medicación: intravenosa (i.v)	0,565**	0,653**
33	2304 Administración de medicación: oral	0,174	0,141
34	4030 Administración de productos sanguíneos	0,354	0,512**
35	5616 Enseñanza: medicamentos prescritos	0,359**	0,440**
36	6410 Manejo de la alergia	0,207*	0,353**
37	1400 Manejo del dolor	0,351**	0,448**
<b>6. CUIDADOS PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS</b>			
38	7610 Análisis de laboratorio a pie de cama	0,223*	0,372**
39	7680 Ayuda en la exploración	0,036	0,234*
40	7710 Colaboración con el médico	0,032	0,186*
41	4235 Flebotomía: vía canalizada	0,182*	0,439**



42	4232 Flebotomía: muestra de sangre arterial	0,186	0,515**
43	4238 Flebotomía: muestra de sangre venosa	0,388**	0,508**
44	7690 Interpretación de datos de laboratorio	0,432**	0,568**
45	7820 Manejo de muestras	0,477**	0,576**
<b>7. CUIDADOS EN SITUACIONES CRÍTICAS</b>			
46	6200 Cuidados en la emergencia	0,491*	0,637**
47	3120 Intubación y estabilización de vías aéreas	0,166	0,212
48	3180 Manejo de las vías aéreas artificiales	-0,147	0,100
49	4250 Manejo del shock	0,173	0,256
50	4210 Monitorización hemodinámica invasiva	0,245	0,346
51	3300 Manejo de la ventilación mecánica: invasiva	0,420	0,342

\*\* .La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

a. No se puede calcular porque al menos una variable es constante.

Sin embargo las intervenciones presentaron de forma muy generalizada, unos bajos resultados en la correlación con valores próximos a cero e incluso negativos en numerosos casos. Por lo que se hace necesario revisar este bloque de forma más profunda con el resto de parámetros estadísticos para determinar su validez como parte de la escala.

#### **5.2.4. CONSISTENCIA INTERNA DE LA VERSIÓN ENDEC-PH: CONSTRUCCIÓN DE LA ESCALA INICIARE®-64**

Se evaluó la confiabilidad a través del análisis de la consistencia interna obtenida a través de los índices de alphas de Cronbach.

Analizamos cada una de las dimensiones (necesidades y bloques de cuidados), de la versión eNDEC-PH (**ANEXO 6**). En primer lugar realizamos la tabla de frecuencias de cada ítem del instrumento, para conocer los valores perdidos del sistema (indicadores de resultados o intervenciones, que no pudieron ser valorados por no identificarlos en los pacientes) y poder corregir este acontecimiento. Para la corrección se utilizó la interpolación lineal.

Tabla 5. 93 ITEMS RECODIFICADOS POR INTERPOLACIÓN LINEAL (N:322)	Valores perdidos	Perdidos tras interpolación
<b>1. RESPIRAR</b>		
041012 Capacidad de eliminar secreciones	133	3
040309 Utilización de músculos accesorios	9	0
040204 Disnea de esfuerzo	2	0
040211 Saturación de oxígeno	1	0
040310 Ruidos respiratorios patológicos	29	0
<b>2. ALIMENTARSE E HIDRATARSE</b>		
030303 Maneja utensilios	4	0
100801 Ingestión alimentaria oral	19	0
100802 Ingestión alimentaria por sonda	313	No posible
100804 Administración de líquidos por vía IV	95	0
100805 Administración de líquidos con nutrición parenteral total	305	No posible
101016 Acepta la comida	7	0
101004 Capacidad de masticación	2	0
101012 Atragantamiento, tos, náuseas	15	0
101406 Ingesta de alimentos	7	0
060107 Entradas y salidas diarias equilibradas	14	0
<b>3. ELIMINAR</b>		
050002 Mantiene el control de la eliminación de heces	1	0
050004 Diarrea	8	0
050005 Estreñimiento	9	0
050101 Patrón de eliminación fecal	6	0
060211 Diuresis	2	0
050301 Patrón de eliminación (urinario)	33	0
050312 Incontinencia urinaria	59	0
050401 Ingesta adecuada de líquidos	3	0
031001 Reconoce y responde a la depleción vesical	53	0
<b>4. MOVERSE Y MANTENER LA POSICIÓN CORPORAL</b>		
020002 Camina con marcha eficaz	27	0
020401 Úlceras por presión	32	0
020814 Semueve con facilidad	1	0
020802 Mantenimiento de la posición corporal	1	0
161607 Utiliza dispositivos de apoyo correctamente	110	0
130803 Se adapta a las limitaciones funcionales	9	0
030012 Cambio de posición solo	1	0
<b>5. REPOSO-SUEÑO</b>		
000303 Calidad del descanso	4	0
000201 Equilibrio entre actividad y descanso	4	0
121129 Trastorno del sueño	2	0
210201 Dolor referido	4	0
000404 Calidad del sueño	4	0
000403 Patrón del sueño	5	0
<b>6. VESTIRSE Y DESVESTIRSE</b>		
030201 Escoge la ropa	270	6
030210 Se pone los zapatos	4	0
030211 Se quita la ropa	2	0
030002 Se viste	3	0
<b>7. TEMPERATURA CORPORAL</b>		
080001 Temperatura cutánea aumentada	162	No posible
080007 Cambios de coloración cutánea	4	0

<b>8. HIGIENE E INTEGRIDAD DE PIEL Y MUCOSAS</b>		
030007Higienebucal	3	0
030508Selavaelpelo	11	0
<b>9. EVITAR PELIGROS</b>		
170401Percepcióndeamenazaparalasalud	2	0
190201Reconocefactoresderiesgo	2	0
191107Usocorrectodedispositivosdeayuda	104	2
191119Evitarconductasdealtoriesgo	1	0
250811Lafamiliacomparteresponsabilidadesdoscuidados	19	0
250809Roldelcuidador	49	0
<b>10. COMUNICARSE Y RELACIONARSE</b>		
221001Relaciónmutuamentesatisfactoriaentreelcuidadorfamiliar yeldestinatariodeloscuidados	35	0
150303Interacciónconmiembrosdela familia	11	0
<b>11. CREENCIAS Y VALORES</b>		
170202Implicaciónrequeridaendecisionessobrelasalud	9	0
170411Impactopercibidosobreelestilodevidafuturo	1	0
300409Cuidadosconsistentesconlascreenciasculturales	12	0
<b>12. TRABAJAR Y REALIZARSE</b>		
010001Realizacióndelarutinahabitual	13	0
120502Aceptacióndesuspropiaslimitaciones	2	0
120508Cumplimientodelosrolesignificativospersonales	107	1
120801Estadodeánimodeprimido	2	0
130208Seadaptaaloscambiosendesarrollo	21	0
130501Establecimientodeobjetivosrealistas	13	0
130502Mantenimientodelaautoestima	1	0
120007Adaptaciónacambiosenelaspectofísico	16	0
<b>13. ACTIVIDADES RECREATIVAS Y DE OCIO</b>		
160403Usodehabilidades socialeseinteracciónapropiadas	6	0
160404Refiererelajaciónconlasactividadesdeocio	4	0
160407Identificacióndeopcionesrecreativas	4	0
160413Disfrutadeactividadesdeocio	7	0
<b>14. APRENDER</b>		
160601Reivindicaresponsabilidaddetomardecisiones	4	0
160007Proporcionarrazonesparaadoptarunapauta	2	0
160008Refiereelusodeestrategiaspeliminarunaconducta	6	0
220201Voluntaddeasumirelpapeldecuidadorfamiliar	41	0
<b>15. BLOQUE 1: CUIDADOS GENERALES</b>		
7310Cuidadosdeenfermeríaalingreso	101	5
7560Facilitarlasvisitas	3	0
7370Planificacióndelalta	91	1
6490Prevencióndecaídas	20	0
7892Transportedentrodelainstalación	36	0
6650Vigilancia	1	0
5610Enseñanzaprequirúrgica	213	6
1570Manejodelvómito	172	1
2930Preparaciónquirúrgica	215	6
0940Cuidadosdetraccióninmovilización	208	1
<b>16. BLOQUE 2: CUIDADOS PSICOSOCIALES</b>		
5250Apoyoenlatomadedecisiones	46	1
5820Disminucióndelaansiedad	19	0
5900Distracción	25	0
5520Facilitarelaprendizaje	20	0

5290Facilitarelduelo	213	6
5400Potenciaciónde laautoestima	60	0
<b>17. BLOQUE 3: CUIDADOS DE LA PIEL</b>		
0840Cambiodeposición	78	0
3660Cuidadosdelasheridas	144	0
3662Cuidadosdelasheridasdrenajecerrado	260	9
3584Cuidadosdelapieltratamientotópico	183	2
3440Cuidadosdelsitiodeincisión	198	1
3520Cuidadosdelasúlcerasporpresión	260	7
<b>18. BLOQUE 4: CUIDADOS DE CATÉTERES Y DRENAJES</b>		
1876Cuidadosdelcatéterurinario	249	3
1872Cuidadosdeldrenajetorácico	319	160
0480Cuidadosdelaostomía	319	114
1874Cuidadosdelasondagastrointestinal	318	160
2440MantenimientodedispositivosdeaccesovenosoDAV	14	0
<b>19. BLOQUE 5: CUIDADOS PARA EL MANEJO Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS</b>		
2301Administracióndemedicaciónenteral	314	19
2313Administracióndemedicaciónintramuscular	247	13
2314Administracióndemedicaciónintravenosa	16	0
2304Administracióndemedicaciónoral	87	0
4030Administracióndeproductossanguíneos	237	9
5616Enseñanzamedicamentosprescritos	24	0
6410Manejodelaalergia	27	0
1400Manejodeldolor	19	0
<b>20. BLOQUE 6: CUIDADOS PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS</b>		
7610Análisisdelaboratorioapiedecama	134	4
7680Ayudaenlaexploración	72	0
7710Colaboraciónconelmédico	40	0
4235Flebotomíaviacanalizada	60	0
4232Flebotomíamuestradesangrearterial	201	9
4238Flebotomíamuestradesangrevenosa	57	0
7690Interpretacióndedatosdelaboratorio	41	0
7820Manejodemuestras	40	0
<b>21: BLOQUE 7: CUIDADOS EN SITUACIONES CRÍTICAS</b>		
6200Cuidadosenlaemergencia	280	41
3120Intubaciónyestabilizacióndevíasaaéreas	301	56
3180Manejodelasvíasaaéreasartificiales	302	56
4250Manejodelshock	302	55
3300Manejodelaventilaciónmecánica:invasiva	308	105
4210Monitorizaciónhemodinámicainvasiva	308	105

Una vez realizada la corrección de los valores perdidos pasamos a analizar la consistencia interna de cada dimensión mediante el alfa de Cronbach, presentamos los valores iniciales, intermedios y los finales, tras la eliminación de aquellos elementos que clínicamente afectaban a la fiabilidad de la escala como aconseja Peterson (1994), pues presentaron correlaciones bajas con respecto a la puntuación total.

### 5.1.2.1. Consistencia interna de las Necesidades

#### 1. Necesidad de respirar

Al someter los **doce** indicadores de resultados de la **versión eNDEC-PH**, que valoraban la necesidad de respirar al análisis del alfa de Cronbach, el resultado global y por indicadores fue el siguiente:

Tabla 5. 94 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE RESPIRAR CON 12 ÍTEMS					
Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad		
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos	
53,96	47,384	6,884	0,902	12	
Estadísticos total-elementos					
INDICADORES DE RESULTADOS	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento	
1 <b>040216 Deterioro cognitivo</b>	<b>49,21</b>	<b>44,244</b>	<b>,399</b>	<b>,904</b>	
2 040206 Cianosis	49,21	42,861	,590	,898	
3 041004 Frecuencia respiratoria	49,33	40,785	,752	,890	
4 040002 Frecuencia cardiaca	49,34	41,469	,639	,895	
5 <b>041002 Ansiedad</b>	<b>49,92</b>	<b>39,780</b>	<b>,449</b>	<b>,908</b>	
6 040203 Disnea en reposo	49,54	37,337	,799	,885	
7 041012 Capacidad de eliminar secreciones	49,61	40,173	,566	,898	
8 040310 Ruidos respiratorios patológicos	49,22	41,987	,600	,896	
9 040309 Utilización de músculos accesorios	49,42	38,777	,781	,887	
10 040302 Ritmo respiratorio	49,37	40,174	,753	,889	
11 040204 Disnea de esfuerzo	50,03	34,609	,710	,895	
12 040211 Saturación de oxígeno	49,40	39,832	,798	,887	

Eliminamos **040216 Deterioro cognitivo** y **041002 Ansiedad**, obteniendo los siguientes valores globales y por indicadores:

Tabla 5. 95 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE RESPIRAR CON 10 ÍTEMS

Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad		
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos	
45,17	36,901	6,075	0,911	10	
Estadísticos de los elementos					
INDICADORES DE RESULTADOS		Media	Desviación típica	N	
040206	Cianosis	4,76	,546	319	
041004	Frecuencia respiratoria	4,64	,644	319	
040002	Frecuencia cardiaca	4,63	,665	319	
040203	Disnea en reposo	4,43	,938	319	
041012	Capacidad de eliminar secreciones	4,35	,893	319	
040310	Ruidos respiratorios patológicos	4,74	,641	319	
040309	Utilización de músculos accesorios	4,54	,817	319	
040302	Ritmo respiratorio	4,59	,703	319	
040204	Disnea de esfuerzo	3,93	1,321	319	
040211	Saturación de oxígeno	4,57	,701	319	
040206	Cianosis	4,76	,546	319	
041004	Frecuencia respiratoria	4,64	,644	319	
Estadísticos total-elementos					
INDICADORES DE RESULTADOS	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento	
1	040206 Cianosis	40,42	32,887	,593	,908
2	041004 Frecuencia respiratoria	40,53	30,962	,771	,899
3	040002 Frecuencia cardiaca	40,54	31,629	,646	,904
4	040203 Disnea en reposo	40,74	28,031	,804	,894
5	041012 Capacidad de eliminar secreciones	40,82	30,550	,562	,910
6	040310 Ruidos respiratorios patológicos	40,43	32,143	,598	,907
7	040309 Utilización de músculos accesorios	40,63	29,326	,781	,896
8	040302 Ritmo respiratorio	40,58	30,496	,761	,898
9	040204 Disnea de esfuerzo	41,24	25,557	,719	,909
10	040211 Saturación de oxígeno	40,60	30,270	,796	,896

Como se muestra en la tabla (5.93) los valores del alfa de Cronbach no mejorarían al eliminar ningún otro ítem.

## 2. Necesidad de alimentarse e hidratarse

De los **13 indicadores** de resultados iniciales, no fue posible recodificar los ítems (ver tabla 5.91) “100802 Ingestión alimentaria por sonda” y “100805 Administración de líquidos con nutrición parenteral total”, al contar con un reducido número de casos en la muestra, que junto con “100804 Administración de líquidos por vía IV”, son descartados para el análisis de la consistencia interna, por haber obtenido valores muy pobres en la fiabilidad interobservador (ver tabla 5.90).

Como se puede apreciar tanto en “100802 Ingestión alimentaria por sonda” y en “100805 Administración de líquidos con nutrición parenteral total”, coincidieron las dos circunstancias que dejaban fuera de este análisis a los ítems (escasa interpolación y baja fiabilidad) que viene a ratificar la circunstancia en relación con el bajo número de casos que encontramos en la valoración de la muestra.

De forma que se sometieron **diez** indicadores de resultados, que valoraban la necesidad de alimentarse e hidratarse al análisis del alfa de Cronbach, el resultado global y por indicadores fue el siguiente:

Tabla 5. 96 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE ALIMENTARSE E HIDRATARSE CON 10 ÍTEMS						
Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad			
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos		
41,06	56,330	7,505	0,842	10		
Estadísticos total-elementos						
INDICADORES DE RESULTADOS		Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento	
1	100601 Peso	37,12	48,557	,452	,835	
2	101401 Deseo de comer	37,04	45,854	,501	,832	
3	<b>030303 Manejautensilios</b>	<b>36,97</b>	<b>47,408</b>	<b>,380</b>	<b>,845</b>	
4	100801 Ingestión alimentaria oral	37,11	44,806	,522	,830	
5	101016 Aceptación de la comida	36,98	44,402	,687	,814	
6	101004 Capacidad de masticación	36,74	47,578	,528	,829	
7	101012 Atragantamiento de la garganta	36,72	48,169	,503	,831	
8	101406 Ingestión de alimentos	37,16	42,875	,658	,815	
9	060107 Entradas y salidas diarias equilibradas	36,78	47,545	,630	,822	
10	210607 Alteración del estado nutricional	36,93	47,076	,619	,822	

Eliminamos **030303 Maneja utensilios**, obteniendo los siguientes valores globales y por indicadores:

Tabla 5. 97 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE ALIMENTARSE E HIDRATARSE CON 9 ÍTEMS				
Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
36,97	47,408	6,885	0,845	9
Estadísticos de los elementos				
INDICADORES DE RESULTADOS	Media	Desviación típica	N	
100601 Peso	3,94	1,057	322	
101401 Deseo de comer	4,02	1,297	322	
100801 Ingestión alimentaria oral	3,96	1,377	322	
101016 Acepta la comida	4,08	1,157	322	
101004 Capacidad de masticación	4,32	1,050	322	
101012 Atragantamiento tos náuseas	4,34	1,021	322	
101406 Ingesta de alimentos	3,90	1,350	322	
060107 Entradas y salidas diarias equilibradas	4,28	,915	322	
210607 Alteración del estado nutricional	4,13	,977	322	
Estadísticos total-elementos				
INDICADORES DE RESULTADOS	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 100601 Peso	33,03	40,156	,458	,839
2 101401 Deseo de comer	32,95	37,339	,529	,833
3 100801 Ingestión alimentaria oral	33,02	36,976	,510	,837
4 101016 Acepta la comida	32,89	36,436	,690	,815
5 101004 Capacidad de masticación	32,65	39,589	,508	,834
6 101012 Atragantamiento tos náuseas	32,63	40,337	,465	,838
7 101406 Ingesta de alimentos	33,07	34,906	,669	,816
8 060107 Entradas y salidas diarias equilibradas	32,69	39,220	,641	,824
9 210607 Alteración del estado nutricional	32,84	38,691	,639	,823

Como se muestra en la tabla 5.95 los valores del alfa de Cronbach no mejorarían al eliminar ningún otro ítem.

### **3. Necesidad de eliminar**

Al someter los **nueve** indicadores de resultados de la **versión eNDEC-PH**, que valoraban la necesidad de eliminar al análisis del alfa de Cronbach, el resultado global y por indicadores fue el siguiente:



Tabla 5. 98 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE ELIMINAR CON 9 ÍTEMS

Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
38,57	38,998	6,245	0,804	9
Estadísticos total-elementos				
INDICADORES DE RESULTADOS	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 050002 Mantiene el control de eliminación de heces	33,92	33,685	,465	,790
2 <b>050004 Diarrea</b>	<b>33,88</b>	<b>36,920</b>	<b>,122</b>	<b>,822</b>
3 <b>050005 Estreñimiento</b>	<b>34,52</b>	<b>31,506</b>	<b>,373</b>	<b>,805</b>
4 050101 Patrón de eliminación fecal	34,48	29,450	,606	,769
5 060211 Diuresis	34,01	33,129	,571	,781
6 050301 Patrón de eliminación urinario	34,54	29,800	,566	,775
7 050312 Incontinencia urinaria	34,49	29,154	,634	,765
8 050401 Ingesta adecuada de líquidos	34,24	32,171	,478	,787
9 031001 Reconoce y responde a la depleción vesical	34,43	28,310	,692	,756

Eliminamos **050004 Diarrea** y **050005 Estreñimiento**, obteniendo los siguientes valores globales y por indicadores:

Tabla 5. 99 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE ELIMINAR CON 7 ÍTEMS

Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
29,83	29,566	5,437	0,830	7
Estadísticos de los elementos				
INDICADORES DE RESULTADOS	Media	Desviación típica	N	
050002 Mantiene el control de eliminación de heces	4,64	,850	322	
050101 Patrón de eliminación fecal	4,08	1,224	322	
060211 Diuresis	4,56	,796	322	
050301 Patrón de eliminación urinario	4,02	1,239	322	
050312 Incontinencia urinaria	4,07	1,221	322	
050401 Ingesta adecuada de líquidos	4,32	1,054	322	
031001 Reconoce y responde a la depleción vesical	4,13	1,241	322	
Estadísticos total-elementos				
INDICADORES DE RESULTADOS	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 050002 Mantiene el control de la eliminación de heces	25,19	24,854	,471	,823
2 050101 Patrón de eliminación fecal	25,75	22,401	,489	,823
3 060211 Diuresis	25,28	24,313	,588	,810
4 050301 Patrón de eliminación urinario	25,81	20,978	,621	,800
5 050312 Incontinencia urinaria	25,76	20,635	,671	,791
6 050401 Ingesta adecuada de líquidos	25,51	23,489	,486	,821
7 031001 Reconoce y responde a la depleción vesical	25,70	19,688	,757	,774

Como se muestra en la tabla 5.97 los valores del alfa de Cronbach no mejorarían al eliminar ningún otro ítem.

#### **4. Necesidad de moverse y mantener la posición corporal**

Al someter los **nueve** indicadores de resultados de la **versión eNDEC-PH**, que valoraban la necesidad de moverse y mantener la posición corporal al análisis del alfa de Cronbach, el resultado global y por indicadores fue el siguiente:

<b>Tabla 5. 100 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER LA POSICIÓN CORPORAL CON 9 ÍTEMS</b>				
<b>Estadísticos de la escala</b>			<b>Estadísticos de fiabilidad</b>	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
33,49	66,618	8,162	0,882	9
<b>Estadísticos total-elementos</b>				
INDICADORES DE RESULTADOS	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 020002 Camina con marcha eficaz	30,51	48,791	,714	,862
2 <b>020401 Úlceras por presión</b>	<b>28,81</b>	<b>62,401</b>	<b>,234</b>	<b>,895</b>
3 020412Tonomuscular	29,82	54,460	,635	,869
4 <b>021101Integridad ósea</b>	<b>29,76</b>	<b>55,062</b>	<b>,483</b>	<b>,883</b>
5 020814Semueveconfacilidd	30,35	48,387	,835	,850
6 020802Mantenimientodlposicióncorporal	29,74	50,352	,810	,853
7 161607Utilizadispositivosdeapoyocorrectm ente	29,56	56,646	,535	,877
8 130803Seadaptaalaslimitacionesfuncionale s	29,51	55,636	,620	,871
9 030012Cambiadposiciónsolo	29,83	48,969	,774	,856

Eliminamos **020401 Úlceras por presión e 021101 Integridad ósea**, obteniendo los siguientes valores globales y por indicadores:

**Tabla 5. 101 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER LA POSICIÓN CORPORAL CON 7 ÍTEMS**

Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
25,08	51,131	7,151	0,900	7
Estadísticos total-elementos				
INDICADORES DE RESULTADOS	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 020002 Camina con marcha eficaz	22,11	35,409	,724	,885
2 020412 Tono muscular	21,42	41,034	,593	,897
3 020814 Se mueve con facilidad	21,95	35,198	,841	,868
4 020802 Mantenimiento de la posición corporal	21,34	36,707	,830	,871
5 <b>161607 Utiliza dispositivos de apoyo correctamente</b>	<b>21,16</b>	<b>42,302</b>	<b>,539</b>	<b>,902</b>
6 130803 Se adapta a las limitaciones funcionales	21,11	41,429	,626	,894
7 030012 Cambia de posición solo	21,42	35,276	,807	,872

Eliminamos **161607 Utiliza dispositivos de apoyo correctamente**, obteniendo los siguientes valores globales y por indicadores:

**Tabla 5. 102 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER LA POSICIÓN CORPORAL CON 6 ÍTEMS**

Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
21,16	42,302	6,504	0,902	6
Estadísticos total-elementos				
INDICADORES DE RESULTADOS	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 020002 Camina con marcha eficaz	18,18	27,992	,728	,888
2 <b>020412 Tono muscular</b>	<b>17,49</b>	<b>33,081</b>	<b>,594</b>	<b>,903</b>
3 020814 Se mueve con facilidad	18,02	27,712	,856	,864
4 020802 Mantenimiento de la posición corporal	17,41	29,203	,834	,869
5 <b>130803 Se adapta a las limitaciones funcionales</b>	<b>17,18</b>	<b>33,735</b>	<b>,601</b>	<b>,902</b>
6 030012 Cambia de posición solo	17,50	27,997	,804	,873

Eliminamos **020412 Tono muscular** y **130803 Se adapta a las limitaciones funcionales**, obteniendo los siguientes valores globales y por indicadores:

**Tabla 5. 103 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER LA POSICIÓN CORPORAL CON 4 ÍTEMS**

Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad		
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos	
13,52	25,564	5,056	0,914	4	
Estadísticos de los elementos					
INDICADORES DE RESULTADOS		Media	Desviación típica	N	
020002 Camina con marcha eficaz		2,98	1,547	322	
020814 Se mueve con facilidad		3,13	1,401	322	
020802 Mantenimiento de la posición corporal		3,75	1,274	322	
030012 Cambia de posición solo		3,66	1,438	322	
Estadísticos total-elementos					
INDICADORES DE RESULTADOS		Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1	020002 Camina con marcha eficaz	10,54	14,451	,741	,913
2	020814 Se mueve con facilidad	10,38	14,583	,843	,874
3	020802 Mantenimiento de la posición corporal	9,77	15,485	,844	,878
4	030012 Cambia de posición solo	9,86	14,655	,803	,888

Como se muestra en la tabla 5.101 los valores del alfa de Cronbach no mejorarían al eliminar ningún otro ítem.

## **5. Necesidad de dormir y descansar**

Al someter los **seis** indicadores de resultados de la **versión eNDEC-PH**, que valoraban la necesidad de reposo-sueño al análisis del alfa de Cronbach, el resultado global y por indicadores fue el siguiente:

**Tabla 5. 104 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE REPOSO-SUEÑO CON 6 ÍTEMS**

Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad		
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos	
22,30	34,265	5,854	0,908	6	
Estadísticos total-elementos					
INDICADORES DE RESULTADOS		Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1	000303 Calidad del descanso	18,60	22,996	,875	,872
2	000201 Equilibrio entre actividad y descanso	18,63	24,879	,731	,893
3	121129 Trastorno del sueño	18,64	23,140	,827	,879
4	<b>210201 Dolor referido</b>	<b>18,42</b>	<b>27,584</b>	<b>,395</b>	<b>,941</b>
5	000404 Calidad del sueño	18,66	22,957	,863	,873
6	000403 Patrón del sueño	18,54	23,849	,828	,880

Eliminamos **210201 Dolor referido**, obteniendo los siguientes valores globales y por indicadores:

<b>Tabla 5. 105 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE REPOSO-SUEÑO CON 5 ÍTEMS</b>				
<b>Estadísticos de la escala</b>			<b>Estadísticos de fiabilidad</b>	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
18,42	27,584	5,252	0,941	5
<b>Estadísticos total-elementos</b>				
INDICADORES DE RESULTADOS	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 000303 Calidad del descanso	14,72	17,434	,891	,919
2 <b>000201 Equilibrio entre actividad y descanso</b>	<b>14,75</b>	<b>19,170</b>	<b>,734</b>	<b>,946</b>
3 <b>121129 Trastorno del sueño</b>	<b>14,76</b>	<b>17,405</b>	<b>,860</b>	<b>,945</b>
4 000404 Calidad del sueño	14,78	17,576	,857	,925
5 000403 Patrón del sueño	14,66	17,975	,869	,923

Eliminamos **000201 Equilibrio entre actividad y descanso** y **121129 Trastorno del sueño** obteniendo los siguientes valores globales y por indicadores:

<b>Tabla 5. 106 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE REPOSO-SUEÑO CON 3 ÍTEMS</b>				
<b>Estadísticos de la escala</b>			<b>Estadísticos de fiabilidad</b>	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
14,75	19,170	4,378	0,946	3
<b>Estadísticos de los elementos</b>				
INDICADORES DE RESULTADOS	Media	Desviación típica	N	
000404 Calidad del sueño	3,64	1,194	322	
000303 Calidad del descanso	3,70	1,178	322	
000403 Patrón del sueño	3,76	1,130	322	
<b>Estadísticos total-elementos</b>				
INDICADORES DE RESULTADOS	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 000303 Calidad del descanso	11,05	10,864	,891	,923
2 000404 Calidad del sueño	11,11	10,880	,871	,930
3 000403 Patrón del sueño	10,99	11,269	,873	,929

Como se muestra en la tabla 5.104 los valores del alfa de Cronbach no mejorarían al eliminar ningún otro ítem.

## 6. Necesidad de vestirse y desvestirse

Al someter los seis indicadores de resultados de la versión eNDEC-PH, que valoraban la necesidad vestirse y desvestirse al análisis del alfa de Cronbach, el resultado global y por indicadores fue el siguiente:

**Tabla 5. 107 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE CON 6 ÍTEMS**

Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
17,29	64,814	8,051	0,918	6
Estadísticos total-elementos				
INDICADORES DE RESULTADOS	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 <b>030201 Escoge la ropa</b>	14,44	56,575	,275	,961
2 030204 Se pone la ropa de la parte superior del cuerpo	14,40	45,682	,794	,899
3 030205 Se pone la ropa de la parte inferior del cuerpo	14,40	42,409	,918	,880
4 030210 Se pone los zapatos	14,51	44,199	,804	,897
5 030211 Se quita la ropa	14,27	42,966	,918	,881
6 030002 Se viste	14,43	42,680	,924	,880

Eliminamos **030201 Escoge la ropa**, obteniendo los siguientes valores globales y por indicadores:

**Tabla 5. 108 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE CON 5 ÍTEMS**

Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
14,45	56,759	7,535	0,961	5
Estadísticos total-elementos				
INDICADORES DE RESULTADOS	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 <b>030204 Se pone la ropa de la parte superior del cuerpo</b>	11,55	38,654	,811	,964
2 <b>030205 Se pone la ropa de la parte inferior del cuerpo</b>	11,56	35,506	,944	,963
3 <b>030210 Se pone los zapatos</b>	11,67	37,373	,814	,965
4 030211 Se quitala ropa	11,43	36,073	,941	,944
5 030002 Se viste	11,58	35,818	,946	,943

Eliminamos **030204 Se pone la ropa de la parte superior del cuerpo**, **030205 Se pone la ropa de la parte inferior del cuerpo** y **030210 Se pone los zapatos**, obteniendo los siguientes valores globales y por indicadores:

<b>Tabla 5. 109 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE CON 2 ÍTEMS</b>					
<b>Estadísticos de la escala</b>			<b>Estadísticos de fiabilidad</b>		
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos	
8,77	22,514	4,745	0,973	2	
<b>Estadísticos de los elementos</b>					
<b>INDICADORES DE RESULTADOS</b>			Media	Desviación típica	N
030002 Se viste			2,87	1,619	322
030211 Se quita la ropa			3,02	1,603	322
<b>Estadísticos total-elementos</b>					
<b>INDICADORES DE RESULTADOS</b>		Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1	030211 Se quita la ropa	5,75	10,273	,941	,961
2	030002 Se viste	5,91	10,198	,938	,963

Con estos dos ítems dimos por concluido el análisis de esta necesidad.

## **7. Necesidad de mantener la temperatura corporal**

Al someter los **cinco** indicadores de resultados de la **versión eNDEC-PH**, que valoraban la necesidad de mantener la temperatura corporal al análisis del alfa de Cronbach, el resultado global y por indicadores fue el siguiente:

<b>Tabla 5. 110 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL CON 5 ÍTEMS</b>					
<b>Estadísticos de la escala</b>			<b>Estadísticos de fiabilidad</b>		
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos	
21,86	6,140	2,478	0,535	5	
<b>Estadísticos total-elementos</b>					
<b>INDICADORES DE RESULTADOS</b>		Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1	080012 Frecuencia del pulso radial	17,17	4,671	,423	,435
2	080201 Temperatura corporal	17,35	4,031	,440	,392
3	080007 Cambios de coloración cutánea	17,37	4,449	,357	,449
4	080015 Comodidad térmica referida	17,45	3,896	,301	,486
5	080001 Temperatura cutánea aumentada	18,10	4,887	,089	,616

Eliminamos **080001 Temperatura cutánea aumentada**, y obtuvimos los siguientes valores globales y por indicadores:

Tabla 5. 111 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL CON 4 ÍTEMS				
Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
18,10	4,887	2,211	0,606	4
Estadísticos total-elementos				
INDICADORES DE RESULTADOS	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 080012 Frecuencia del pulso radial	13,40	3,397	,505	,500
2 080201 Temperatura corporal	13,59	3,004	,430	,520
3 <b>080007 Cambios de coloración cutánea</b>	<b>13,61</b>	<b>3,472</b>	<b>,306</b>	<b>,607</b>
4 080015 Comodidad térmica referida	13,68	2,530	,408	,555

Eliminamos **080007 Cambios de coloración cutánea**, y obtuvimos los siguientes valores globales y por indicadores:

Tabla 5. 112 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL CON 3 ÍTEMS				
Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
13,61	3,472	1,863	0,607	3
Estadísticos de los elementos				
INDICADORES DE RESULTADOS	Media	Desviación típica	N	
080012 Frecuencia del pulso radial	4,80	,523	322	
080201 Temperatura corporal	4,70	,679	322	
080015 Comodidad térmica referida	4,51	,945	322	
Estadísticos total-elementos				
INDICADORES DE RESULTADOS	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 080012 Frecuencia del pulso radial	8,92	2,327	,423	,536
2 080201 Temperatura corporal	9,11	1,857	,426	,491
3 080015 Comodidad térmica referida	9,20	1,356	,455	,479

Como se muestra en la tabla 5.110 los valores del alfa de Cronbach no mejorarían al eliminar ningún otro ítem.



## 8. Necesidad de higiene e integridad de piel y mucosas

Al someter los **siete** indicadores de resultados de la **versión eNDEC-PH**, que valoraban la necesidad de higiene e integridad de piel y mucosas al análisis del alfa de Cronbach, el resultado global y por indicadores fue el siguiente:

**Tabla 5. 113 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE HIGIENE E INTEGRIDAD DE PIEL Y MUCOSAS CON 7 ÍTEMS**

Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
26,37	28,906	5,376	0,743	7
Estadísticos total-elementos				
INDICADORES DE RESULTADOS	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 030006 Higiene	23,33	17,767	,681	,649
2 030007 Higiene bucal	23,15	19,170	,601	,674
3 110102 Sensibilidad	22,04	23,811	,492	,711
4 110104 Hidratación	21,95	25,113	,421	,726
5 110113 Integridad de la piel	22,38	23,239	,362	,733
6 <b>110116 Lesiones de la membrana mucosa</b>	<b>21,69</b>	<b>27,816</b>	<b>,043</b>	<b>,778</b>
7 030508 Se lava el pelo	23,66	18,113	,616	,670

Eliminamos **110116 Lesiones de la membrana mucosa**, y obtuvimos los siguientes valores globales y por indicadores:

**Tabla 5. 114 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE HIGIENE E INTEGRIDAD DE PIEL Y MUCOSAS CON 6 ÍTEMS**

Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
21,69	27,816	5,274	0,778	6
Estadísticos total-elementos				
INDICADORES DE RESULTADOS	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 030006 Higiene	18,65	16,552	,715	,688
2 030007 Higiene bucal	18,48	17,820	,645	,711
3 110102 Sensibilidad	17,36	22,939	,476	,760
4 110104 Hidratación	17,27	24,268	,396	,776
5 <b>110113 Integridad de la piel</b>	<b>17,70</b>	<b>22,478</b>	<b>,339</b>	<b>,787</b>
6 030508 Se lava el pelo	18,98	16,997	,638	,714

Eliminamos **110116 Lesiones de la membrana mucosa**, y obtuvimos los siguientes valores globales y por indicadores:

Tabla 5. 115 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE HIGIENE E INTEGRIDAD DE PIEL Y MUCOSAS CON 5 ÍTEMS				
Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
17,70	22,478	4,741	0,787	5
Estadísticos total-elementos				
INDICADORES DE RESULTADOS	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 030006 Higiene	14,66	12,149	,747	,677
2 030007 Higiene bucal	14,49	13,331	,665	,710
3 110102 Sensibilidad	13,38	18,195	,457	,781
4 <b>110104 Hidratación</b>	<b>13,29</b>	<b>19,526</b>	<b>,352</b>	<b>,804</b>
5 030508 Se lava el pelo	14,99	12,565	,661	,715

Eliminamos **110104 Hidratación**, y obtuvimos los siguientes valores globales y por indicadores:

Tabla 5. 116 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE HIGIENE E INTEGRIDAD DE PIEL Y MUCOSAS CON 4 ÍTEMS				
Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
13,29	19,526	4,419	0,804	4
Estadísticos total-elementos				
INDICADORES DE RESULTADOS	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 030006 Higiene	10,25	9,745	,777	,668
2 030007 Higiene bucal	10,07	11,101	,654	,737
3 <b>110102 Sensibilidad</b>	<b>8,96</b>	<b>16,129</b>	<b>,361</b>	<b>,854</b>
4 030508 Se lava el pelo	10,58	9,827	,726	,699

Eliminamos **110102 Sensibilidad**, y obtuvimos los siguientes valores globales y por indicadores:

**Tabla 5. 117 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE HIGIENE E INTEGRIDAD DE PIEL Y MUCOSAS CON 3 ÍTEMS**

Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
8,96	16,129	4,016	0,854	3
Estadísticos total-elementos				
INDICADORES DE RESULTADOS	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 030006 Higiene	5,92	7,277	,787	,735
2 <b>030007 Higiene bucal</b>	<b>5,75</b>	<b>8,672</b>	<b>,627</b>	<b>,882</b>
3 030508 Se lava el pelo	6,25	7,131	,769	,752

Eliminamos **030007 Higiene bucal**, y obtuvimos los siguientes valores globales y por indicadores:

**Tabla 5. 118 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE HIGIENE E INTEGRIDAD DE PIEL Y MUCOSAS CON 2 ÍTEMS**

Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
5,75	8,672	2,945	0,882	2
Estadísticos de los elementos				
INDICADORES DE RESULTADOS	Media	Desviación típica	N	
030006 Higiene	2,873	1,532	322	
030508 Selava el pelo	2,425	1,582	322	
Estadísticos total-elementos				
INDICADORES DE RESULTADOS	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 030006 Higiene	2,71	2,502	,789	<sup>a</sup>
2 030508 Se lava el pelo	3,04	2,348	,789	<sup>a</sup>

Con estos dos ítems dimos por concluido el análisis de esta necesidad.

## **9. Necesidad de evitar peligros**

Al someter los **diez** indicadores de resultados de la **versión eNDEC-PH**, que valoraban la necesidad de evitar peligros al análisis del alfa de Cronbach, el resultado global y por indicadores fue el siguiente:

Tabla 5. 119 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS CON 10 ÍTEMS

Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
42,63	43,822	6,620	0,837	10
Estadísticos total-elementos				
INDICADORES DE RESULTADOS	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 011318 Memoria	38,13	38,618	,465	,828
2 030617 Controla su propia medicación no parenteral	38,64	32,520	,591	,818
3 090901 Consciencia	37,81	40,512	,515	,831
4 170401 Percepción de amenaza para la salud	38,77	32,232	,729	,800
5 190201 Reconoce factores de riesgo	38,83	31,698	,752	,797
6 191107 Uso correcto de dispositivos de ayuda	38,61	34,979	,532	,822
7 191119 Evitar conductas de alto riesgo	38,98	32,439	,618	,814
8 <b>250811 La familia comparte las responsabilidades de los cuidados</b>	<b>38,17</b>	<b>38,065</b>	<b>,372</b>	<b>,837</b>
9 250809 Rol del cuidador	38,01	39,018	,449	,830
1 090005 Está orientado	37,75	41,308	,523	,834

Eliminamos **250811 La familia comparte las responsabilidades de los cuidados**, y obtuvimos los siguientes valores globales y por indicadores:

Tabla 5. 120 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS CON 9 ÍTEMS

Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
38,17	38,065	6,170	0,837	9
Estadísticos total-elementos				
INDICADORES DE RESULTADOS	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 011318 Memoria	33,67	33,148	,471	,828
2 030617 Controla su propia medicación no parenteral	34,18	26,996	,632	,812
3 090901 Consciencia	33,35	34,919	,525	,831
4 170401 Percepción de amenaza para la salud	34,31	27,119	,745	,794
5 190201 Reconoce factores de riesgo	34,37	26,646	,765	,791
6 191107 Uso correcto de dispositivos de ayuda	34,15	29,718	,539	,821
7 191119 Evitar conductas de alto riesgo	34,52	27,605	,605	,815
8 <b>250809 Rol del cuidador</b>	<b>33,55</b>	<b>34,333</b>	<b>,358</b>	<b>,837</b>
9 090005 Está orientado	33,30	35,732	,520	,835

Eliminamos **250809 Rol del cuidador**, y obtuvimos los siguientes valores globales y por indicadores:

<b>Tabla 5. 121 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS CON 8 ÍTEMS</b>				
<b>Estadísticos de la escala</b>			<b>Estadísticos de fiabilidad</b>	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
33,55	34,333	5,859	0,837	8
<b>Estadísticos total-elementos</b>				
INDICADORES DE RESULTADOS	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 011318 Memoria	29,04	29,670	,468	,830
2 030617 Controla su propia medicación no parenteral	29,55	23,653	,646	,809
3 090901 Consciencia	28,73	31,400	,513	,833
4 170401 Percepción de amenaza para la salud	29,68	23,850	,755	,790
5 190201 Reconoce factores de riesgo	29,74	23,468	,770	,787
6 191107 Uso correcto de dispositivos de ayuda	29,53	26,480	,530	,823
7 191119 Evitar conductas de alto riesgo	29,89	24,472	,598	,816
<b>8 090005 Está orientado</b>	<b>28,67</b>	<b>32,194</b>	<b>,499</b>	<b>,838</b>

Eliminamos **090005 Está orientado**, y obtuvimos los siguientes valores globales y por indicadores:

<b>Tabla 5. 122 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS CON 7 ÍTEMS</b>				
<b>Estadísticos de la escala</b>			<b>Estadísticos de fiabilidad</b>	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
28,67	32,194	5,674	0,838	7
<b>Estadísticos total-elementos</b>				
INDICADORES DE RESULTADOS	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 011318 Memoria	24,17	27,786	,453	,836
2 030617 Controla su propia medicación no parenteral	24,67	21,959	,637	,810
<b>3 090901 Consciencia</b>	<b>23,85</b>	<b>29,475</b>	<b>,488</b>	<b>,840</b>
4 170401 Percepción de amenaza para la salud	24,80	22,007	,760	,787
5 190201 Reconoce factores de riesgo	24,86	21,657	,773	,784
6 191107 Uso correcto de dispositivos de ayuda	24,65	24,506	,537	,825
7 191119 Evitar conductas de alto riesgo	25,01	22,644	,598	,817

Eliminamos **090901 Conciencia**, y obtuvimos los siguientes valores globales y por indicadores:

<b>Tabla 5. 123 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS CON 6 ÍTEMS</b>				
<b>Estadísticos de la escala</b>			<b>Estadísticos de fiabilidad</b>	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
23,85	29,475	5,429	0,840	6
<b>Estadísticos total-elementos</b>				
INDICADORES DE RESULTADOS	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 <b>011318 Memoria</b>	<b>19,34</b>	<b>25,441</b>	<b>,426</b>	<b>,846</b>
2 030617 Controla su propia medicación no parenteral	19,85	19,897	,616	,816
3 170401 Percepción de amenaza para la salud	19,98	19,674	,768	,783
4 190201 Reconoce factores de riesgo	20,04	19,370	,778	,780
5 191107 Uso correcto de dispositivos de ayuda	19,83	22,057	,542	,828
6 191119 Evitar conductas de alto riesgo	20,19	20,303	,600	,819

Eliminamos **011318 Memoria**, y obtuvimos los siguientes valores globales y por indicadores:

<b>Tabla 5. 124 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS CON 5 ÍTEMS</b>				
<b>Estadísticos de la escala</b>			<b>Estadísticos de fiabilidad</b>	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
19,34	25,441	5,044	0,846	5
<b>Estadísticos total-elementos</b>				
INDICADORES DE RESULTADOS	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 030617 Controla su propia medicación no parenteral	15,35	16,964	,571	,840
2 170401 Percepción de amenaza para la salud	15,48	16,276	,780	,782
3 190201 Reconoce factores de riesgo	15,54	16,051	,783	,780
4 <b>191107 Uso correcto de dispositivos de ayuda</b>	<b>15,33</b>	<b>18,507</b>	<b>,544</b>	<b>,882</b>
5 191119 Evitar conductas de alto riesgo	15,69	16,742	,619	,825

Eliminamos **191107 Uso correcto de dispositivos de ayuda**, y obtuvimos los siguientes valores globales y por indicadores:

<b>Tabla 5. 125 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS CON 4 ÍTEMS</b>					
<b>Estadísticos de la escala</b>			<b>Estadísticos de fiabilidad</b>		
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos	
15,44	19,980	4,470	0,882	4	
<b>Estadísticos de los elementos</b>					
<b>INDICADORES DE RESULTADOS</b>		Media	Desviación típica	N	
030617	Controla su propia medicación no parenteral	4,01	1,392	322	
170401	Percepción de amenaza para la salud	3,88	1,205	322	
190201	Reconoce factores de riesgo	3,82	1,244	322	
911119	Evitar conductas de alto riesgo	3,73	1,350	322	
<b>Estadísticos total-elementos</b>					
<b>INDICADORES DE RESULTADOS</b>		Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1	030617 Controla su propia medicación no parenteral	11,43	11,972	,630	,816
2	170401 Percepción de amenaza para la salud	11,56	11,548	,852	,810
3	190201 Reconoce factores de riesgo	11,62	11,350	,845	,811
4	191119 Evitar conductas de alto riesgo	11,71	11,851	,678	,875

Como se muestra en la tabla 5.123 los valores del alfa de Cronbach no mejorarían al eliminar ningún otro ítem.

## **10. Necesidad de comunicarse y relacionarse**

Al someter los **ocho** indicadores de resultados de la **versión eNDEC-PH**, que valoraban la necesidad de comunicarse y relacionarse al análisis del alfa de Cronbach, el resultado global y por indicadores fue el siguiente:

**Tabla 5. 126 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE COMUNICARSE Y RELACIONARSE CON 8 ÍTEMS**

Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
37,87	14,086	3,753	0,880	8
Estadísticos total-elementos				
INDICADORES DE RESULTADOS	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 090014 Comunicación clara según la edad	33,08	11,225	,736	,859
2 090003 Atiende	33,07	11,065	,739	,857
3 090205 Utiliza el lenguaje no verbal	33,12	11,276	,638	,866
4 090210 Interpretación exacta de los mensajes recibidos	33,20	9,893	,834	,843
5 090703 Verbaliza un mensaje coherente	33,13	10,641	,784	,851
6 090802 Recuerda información reciente de forma precisa	33,22	10,521	,670	,863
7 <b>150303 Interacción con miembros de la familia</b>	<b>33,17</b>	<b>11,342</b>	<b>,406</b>	<b>,896</b>
8 <b>221001 Relación mutuamente satisfactoria entre el cuidador familiar y el destinatario de los cuidados</b>	<b>33,08</b>	<b>11,791</b>	<b>,472</b>	<b>,882</b>

Eliminamos **150303 Interacción con miembros de la familia** y **221001 Relación mutuamente satisfactoria entre el cuidador familiar y el destinatario de los cuidados**, y obtuvimos los siguientes valores globales y por indicadores:

**Tabla 5. 127 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE COMUNICARSE Y RELACIONARSE CON 6 ÍTEMS**

Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
28,38	9,481	3,079	0,900	6
Estadísticos total-elementos				
INDICADORES DE RESULTADOS	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 090014 Comunicación clara según la edad	23,59	7,009	,792	,894
2 090003 Atiende	23,58	6,949	,765	,896
3 <b>090205 Utiliza el lenguaje no verbal</b>	<b>23,63</b>	<b>7,143</b>	<b>,649</b>	<b>,911</b>
4 090210 Interpretación exacta de los mensajes recibidos	23,71	6,089	,833	,886
5 090703 Verbaliza un mensaje coherente	23,64	6,586	,819	,888
6 <b>090802 Recuerda información reciente de forma precisa</b>	<b>23,73</b>	<b>6,421</b>	<b>,716</b>	<b>,905</b>



Eliminamos **090205 Utiliza el lenguaje no verbal** y **090802 Recuerda información reciente de forma precisa**, y obtuvimos los siguientes valores globales y por indicadores:

Tabla 5. 128 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE COMUNICARSE Y RELACIONARSE CON 4 ÍTEMS					
Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad		
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos	
18,73	5,695	2,386	0,927	4	
Estadísticos de los elementos					
INDICADORES DE RESULTADOS		Media	Desviación típica	N	
090014 Comunicación clara según la edad		4,69	,626	322	
090003 Atiende		4,73	,611	322	
090210 Interpretación exacta de los mensajes recibidos		4,63	,732	322	
090703 Verbaliza un mensaje coherente		4,68	,658	322	
Estadísticos total-elementos					
INDICADORES DE RESULTADOS		Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1	090014 Comunicación clara según la edad	14,04	3,375	,837	,903
2	090003 Atiende	14,00	3,509	,791	,918
3	090210 Interpretación exacta de los mensajes recibidos	14,10	3,021	,840	,905
4	090703 Verbaliza un mensaje coherente	14,05	3,218	,867	,893

Como se muestra en la tabla 5.126 los valores del alfa de Cronbach no mejorarían al eliminar ningún otro ítem.

## **11. Necesidad de creencias y valores**

Al someter los **cinco** indicadores de resultados de la **versión eNDEC-PH**, que valoraban la necesidad de creencias y valores al análisis del alfa de Cronbach, el resultado global y por indicadores fue el siguiente:

**Tabla 5. 129 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES CON 5 ÍTEMS**

Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
27,43	34,373	5,863	0,860	5
Estadísticos total-elementos				
INDICADORES DE RESULTADOS	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 160902 Cumple el régimen terapéutico recomendado	23,21	27,363	,529	,854
2 170202 Implicación requerida en decisiones sobre la salud	23,70	24,248	,712	,828
3 170404 Preocupación sobre la enfermedad o lesión	23,64	25,044	,685	,833
4 170411 Impacto percibido sobre el estilo de vida futuro	23,76	24,603	,712	,828
5 <b>300409 Cuidados consistentes con las creencias culturales</b>	<b>22,73</b>	<b>32,511</b>	<b>,166</b>	<b>,886</b>

Eliminamos **300409 Cuidados consistentes con las creencias culturales**, y obtuvimos los siguientes valores globales y por indicadores:

**Tabla 5. 130 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES CON 4 ÍTEMS**

Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
22,73	32,511	5,702	0,886	4
Estadísticos total-elementos				
INDICADORES DE RESULTADOS	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 <b>160902 Cumple el régimen terapéutico recomendado</b>	<b>18,50</b>	<b>25,778</b>	<b>,519</b>	<b>,892</b>
2 170202 Implicación requerida en decisiones sobre la salud	19,00	22,517	,727	,861
3 170404 Preocupación sobre la enfermedad o lesión	18,93	23,459	,683	,869
4 170411 Impacto percibido sobre el estilo de vida futuro	19,05	23,034	,710	,864

Eliminamos **160902 Cumple el régimen terapéutico recomendado**, y obtuvimos los siguientes valores globales y por indicadores:

<b>Tabla 5. 131 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES CON 3 ÍTEMS</b>					
Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad		
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos	
18,50	25,778	5,077	0,892	3	
Estadísticos de los elementos					
INDICADORES DE RESULTADOS			Media	Desviación típica	N
170202 Implicación requerida de decisiones salud			3,73	1,229	322
170404 Preocupación sobre la enfermedad lesión			3,80	1,163	322
170411 Impacto percibido sobre el estilo de vida futuro			3,67	1,185	322
Estadísticos total-elementos					
INDICADORES DE RESULTADOS		Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1	170202 Implicación requerida de decisiones sobre la salud	14,77	16,992	,718	,873
2	170404 Preocupación sobre la enfermedad o lesión	14,71	17,723	,684	,880
3	170411 Impacto percibido sobre el estilo de vida futuro	14,83	17,540	,689	,879

Como se muestra en la tabla 5.129 los valores del alfa de Cronbach no mejorarían al eliminar ningún otro ítem.

## **12. Necesidad de trabajar y realizarse**

Al someter los **cinco** indicadores de resultados de la **versión eNDEC-PH**, que valoraban la necesidad de trabajar y realizarse al análisis del alfa de Cronbach, el resultado global y por indicadores fue el siguiente:

<b>Tabla 5. 132 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE CON 8 ÍTEMS</b>					
Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad		
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos	
28,39	41,024	6,405	8,12	8	
Estadísticos total-elementos					
INDICADORES DE RESULTADOS		Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1	<b>010001 Realización de la rutina habitual</b>	<b>26,19</b>	<b>36,119</b>	<b>,128</b>	<b>,864</b>
2	120502 Aceptación de sus propias limitaciones	24,50	32,086	,683	,773
3	<b>120508 Cumplimiento de los roles significativos personales</b>	<b>25,07</b>	<b>32,450</b>	<b>,396</b>	<b>,814</b>
4	120801 Estado de ánimo deprimido	24,82	31,337	,576	,783

5	130208 Se adapta a los cambios en desarrollo	24,62	30,777	,774	,759
6	130501 Establecimiento de objetivos realistas	24,65	30,440	,728	,763
7	130502 Mantenimiento de la autoestima	24,64	30,477	,731	,762
8	120007 Adaptación a cambios en el aspecto físico	24,26	34,333	,513	,795

Eliminamos **010001 Realización de la rutina habitual y 20508 Cumplimiento de los roles significativos personales**, y obtuvimos los siguientes valores globales y por indicadores:

<b>Tabla 5. 133 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE CON 6 ÍTEMS</b>					
<b>Estadísticos de la escala</b>			<b>Estadísticos de fiabilidad</b>		
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos	
22,85	29,340	5,417	0,900	6	
<b>Estadísticos total-elementos</b>					
INDICADORES DE RESULTADOS	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento	
1 120502 Aceptación de sus propias limitaciones	18,95	22,367	,614	,898	
2 120801 Estado de ánimo deprimido	19,27	19,800	,713	,886	
3 130208 Se adapta a los cambios en desarrollo	19,07	20,050	,859	,863	
4 130501 Establecimiento de objetivos realistas	19,11	20,091	,759	,877	
5 130502 Mantenimiento de la autoestima	19,10	19,426	,851	,862	
6 <b>120007 Adaptación a cambios en el aspecto físico</b>	<b>18,72</b>	<b>22,965</b>	<b>,588</b>	<b>,901</b>	

Eliminamos **120007 Adaptación a cambios en el aspecto físico**, y obtuvimos los siguientes valores globales y por indicadores:

**Tabla 5. 134 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE CON 5 ÍTEMS**

Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
18,72	22,965	4,792	0,901	5
Estadísticos total-elementos				
INDICADORES DE RESULTADOS	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 120502 Aceptación de sus propias limitaciones	14,83	16,890	,600	,910
2 120801 Estado de ánimo deprimido	15,15	14,455	,726	,888
3 130208 Se adapta a los cambios en desarrollo	14,95	14,849	,855	,859
4 130501 Establecimiento de objetivos realistas	14,98	14,842	,757	,879
5 130502 Mantenimiento de la autoestima	14,98	14,267	,852	,857

Eliminamos **120502 Aceptación de sus propias limitaciones**, y obtuvimos los siguientes valores globales y por indicadores:

**Tabla 5. 135 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE CON 4 ÍTEMS**

Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
14,83	16,890	4,110	0,910	4
Estadísticos de los elementos				
INDICADORES DE RESULTADOS	Media	Desviación típica	N	
120801 Estado de ánimo deprimido	3,57	1,256	322	
130208 Se adapta a los cambios en desarrollo	3,77	1,061	322	
130501 Establecimiento de objetivos realistas	3,74	1,161	322	
130502 Mantenimiento de la autoestima	3,74	1,147	322	
Estadísticos total-elementos				
INDICADORES DE RESULTADOS	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 120801 Estado de ánimo deprimido	11,25	9,431	,763	,898
2 130208 Se adapta a los cambios en desarrollo	11,06	10,143	,832	,873
3 130501 Establecimiento de objetivos realistas	11,09	10,159	,727	,907
4 130502 Mantenimiento de la autoestima	11,08	9,411	,876	,854

Como se muestra en la tabla los valores del alfa de Cronbach no mejorarían al eliminar ningún otro ítem.

### **13. Necesidad de actividades recreativas y ocio**

Al someter los **cuatro** indicadores de resultados de la **versión eNDEC-PH**, que valoraban la necesidad de actividades recreativas y ocio al análisis del alfa de Cronbach, el resultado global y por indicadores fue el siguiente:

<b>Tabla 5. 136 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE OCIO Y ACTIVIDADES RECREATIVAS CON 4 ÍTEMS</b>				
<b>Estadísticos de la escala</b>			<b>Estadísticos de fiabilidad</b>	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
14,27	26,419	5,140	0,922	4
<b>Estadísticos total-elementos</b>				
INDICADORES DE RESULTADOS	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 <b>160403</b> Usodehabilidades socialesy dinteracción apropiadas	10,50	16,741	,687	,941
2 160404 Refiere relajación con las actividades de ocio	10,72	14,529	,896	,872
3 160407 Identificación de opciones recreativas	10,79	14,983	,835	,893
4 160413 Disfruta de actividades de ocio	10,81	14,733	,867	,882

Eliminamos **160403** **Uso de habilidades sociales y de interacción apropiadas**, y obtuvimos los siguientes valores globales y por indicadores:

<b>Tabla 5. 137 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE ACTIVIDADES OCIO Y ACTIVIDADES RECREATIVAS CON 3 ÍTEMS</b>				
<b>Estadísticos de la escala</b>			<b>Estadísticos de fiabilidad</b>	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
10,50	16,741	4,092	0,941	3
<b>Estadísticos total-elementos</b>				
INDICADORES DE RESULTADOS	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 160404 Refiere relajación con las actividades de ocio	6,95	7,493	,912	,886
2 <b>160407</b> Identificación de opciones recreativas	<b>7,02</b>	<b>7,881</b>	<b>,834</b>	<b>,947</b>
3 160413 Disfruta de actividades de ocio	7,04	7,607	,885	,907

Eliminamos **160407** **Identificación de opciones recreativas**, y obtuvimos los siguientes valores globales y por indicadores:

Tabla 5. 138 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE OCIO Y ACTIVIDADES RECREATIVAS CON 2 ÍTEMS					
Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad		
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos	
7,02	7,881	2,807	0,947	2	
Estadísticos de los elementos					
INDICADORES DE RESULTADOS			Media	Desviación típica	N
160404 Refiere relajación con las actividades de ocio			3,55	1,438	322
160413 Disfruta de actividades de ocio			3,46	1,443	322
Estadísticos total-elementos					
INDICADORES DE RESULTADOS		Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1	160404 Refiere relajación con las actividades de ocio	3,46	2,083	,899	. <sup>a</sup>
2	160413 Disfruta de actividades de ocio	3,55	2,068	,899	. <sup>a</sup>

Como se muestra en la tabla 5.136 los valores del alfa de Cronbach no mejorarían al eliminar ningún otro ítem.

#### **14. Necesidad de aprender**

Al someter los **diez** indicadores de resultados de la **versión eNDEC-PH**, que valoraban la necesidad de aprender al análisis del alfa de Cronbach, el resultado global y por indicadores fue el siguiente:

Tabla 5. 139 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE ACTIVIDADES APRENDER CON 10 ÍTEMS					
Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad		
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos	
37,40	103,683	10,182	0,943	10	
Estadísticos total-elementos					
INDICADORES DE RESULTADOS		Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1	130221 Busca información acreditada sobre el tratamiento	33,77	81,736	,829	,934
2	160001 Pregunta cuestiones	33,78	80,930	,846	,933
3	<b>160902 Cumple el régimen terapéutico recomendado</b>	<b>33,27</b>	<b>90,028</b>	<b>,609</b>	<b>,944</b>
4	182402 Proceso específico de la enfermedad	33,80	82,726	,859	,933
5	182408 Procedimiento terapéutico	33,81	81,751	,860	,933
6	182308 Conductas que fomentan la salud	33,80	83,240	,811	,935

7	160601 Reivindica la responsabilidad de tomar decisiones	33,86	82,628	,796	,936
8	160007 Proporciona razones para adoptar una pauta	33,75	81,513	,865	,933
9	<b>160008 Refiere el uso de estrategias para eliminar una conducta</b>	<b>33,87</b>	<b>82,592</b>	<b>,779</b>	<b>,947</b>
1	<b>220201 Voluntad de asumir el papel de cuidador familiar</b>	<b>32,88</b>	<b>97,984</b>	<b>,327</b>	<b>,952</b>

Eliminamos **160902 Cumple el régimen terapéutico recomendado**, **220201 Voluntad de asumir el papel de cuidador familiar** y **160008 Refiere el uso de estrategias para eliminar una conducta**, y obtuvimos los siguientes valores globales y por indicadores:

**Tabla 5. 140 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE ACTIVIDADES APRENDER CON 8 ÍTEMS**

Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad		
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos	
28,75	84,732	9,205	0,956	7	
Estadísticos de los elementos					
INDICADORES DE RESULTADOS		Media	Desviación típica	N	
130221	Busca información acreditada sobre el tratamiento	3,63	1,343	322	
160001	Pregunta cuestiones	3,62	1,371	322	
182402	Proceso específico de la enfermedad	3,60	1,242	322	
182408	Procedimiento terapéutico	3,59	1,301	322	
182308	Conductas que fomentan la salud	3,60	1,272	322	
160601	Reivindica la responsabilidad de tomar decisiones	3,53	1,332	322	
160007	Proporciona razones para adoptar una pauta	3,65	1,310	322	
Estadísticos total-elementos					
INDICADORES DE RESULTADOS	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento	
1	130221 Busca información acreditada sobre el tratamiento	25,12	64,666	,845	,949
2	160001 Pregunta cuestiones	25,13	63,888	,865	,948
3	182402 Proceso específico de la enfermedad	25,15	65,782	,864	,948
4	182408 Procedimiento terapéutico	25,16	64,895	,865	,948
5	182308 Conductas que fomentan la salud	25,15	66,672	,791	,952
6	160601 Reivindica la responsabilidad de tomar decisiones	25,22	65,367	,817	,951
7	160007 Proporciona razones para adoptar una pauta	25,10	64,831	,862	,948



Como se muestra en la tabla 5.138 los valores del alfa de Cronbach no mejorarían al eliminar ningún otro ítem.

## 5.2.4.2. Consistencia interna de las intervenciones (NIC) por Bloques de Cuidados

### 1. Bloque de cuidados generales

Al someter las **doce** intervenciones de la **versión eNDEC-PH**, que valoraban el bloque de cuidados generales, al análisis del alfa de Cronbach, el resultado global y por intervenciones fue el siguiente:

Tabla 5. 141 CONSISTENCIA INTERNA DEL BLOQUE DE CUIDADOS GENERALES CON 12 ÍTEMS				
Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
41,48	42,204	6,496	0,729	12
Estadísticos total-elementos				
INTERVENCIONES	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 6680 Monitorización de los signos vitales	38,29	39,694	,181	,730
2 6540 Control de infecciones	38,40	39,704	,122	,739
3 7310 Cuidados de enfermería al ingreso	37,66	35,688	,384	,708
4 7560 Facilitar las visitas	39,30	35,063	,383	,708
5 7370 Planificación del alta	37,60	35,880	,337	,715
6 6490 Prevención de caídas	38,33	36,281	,379	,709
7 7892 Transporte dentro de la instalación	37,61	34,955	,488	,694
8 6650 Vigilancia	38,38	37,945	,304	,718
9 5610 Enseñanza prequirúrgica	37,61	34,427	,537	,688
10 1570 Manejo del vómito	37,30	35,885	,398	,706
11 2930 Preparación quirúrgica	37,61	34,224	,514	,690
12 0940 Cuidados de tracción inmovilización	38,19	36,308	,300	,721

Eliminamos **6680 Monitorización de los signos vitales** y **6540 Control de infecciones**, y obtuvimos los siguientes valores globales y por intervenciones:

Tabla 5. 142 CONSISTENCIA INTERNA DEL BLOQUE DE CUIDADOS GENERALES CON 10 ÍTEMS

Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
35,21	37,742	6,143	0,747	10
Estadísticos total-elementos				
INTERVENCIONES	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 7310 Cuidados de enfermería al ingreso	31,39	30,941	,435	,722
2 7560 Facilitar las visitas	33,03	31,619	,330	,739
3 7370 Planificación del alta	31,33	31,616	,344	,736
4 6490 Prevención de caídas	32,06	32,643	,331	,737
5 7892 Transporte dentro de la instalación	31,34	30,313	,539	,707
6 <b>6650 Vigilancia</b>	<b>32,11</b>	<b>34,809</b>	<b>,195</b>	<b>,752</b>
7 5610 Enseñanza prequirúrgica	31,34	29,883	,583	,701
8 1570 Manejo del vómito	31,03	31,787	,393	,728
9 2930 Preparación quirúrgica	31,34	29,522	,573	,701
10 0940 Cuidados de tracción inmovilización	31,92	31,176	,373	,732

Eliminamos **6650 Vigilancia**, y obtuvimos los siguientes valores globales y por intervenciones:

Tabla 5. 143 CONSISTENCIA INTERNA DEL BLOQUE DE CUIDADOS GENERALES CON 9 ÍTEMS

Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
32,11	34,809	5,900	0,752	9
Estadísticos total-elementos				
INTERVENCIONES	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 7310 Cuidados de enfermería al ingreso	28,30	27,984	,460	,724
2 <b>7560 Facilitar las visitas</b>	<b>29,93</b>	<b>29,381</b>	<b>,291</b>	<b>,753</b>
3 7370 Planificación del alta	28,23	28,718	,358	,742
4 6490 Prevención de caídas	28,96	30,307	,292	,750
5 7892 Transporte dentro de la instalación	28,25	27,653	,540	,712
6 5610 Enseñanza prequirúrgica	28,24	27,045	,604	,702
7 1570 Manejo del vómito	27,94	29,127	,387	,736
8 2930 Preparación quirúrgica	28,24	26,754	,587	,703
9 0940 Cuidados de tracción inmovilización	28,83	28,232	,393	,736

Eliminamos **7560 Facilitar las visitas**, y obtuvimos los siguientes valores globales y por intervenciones:

Tabla 5. 144 CONSISTENCIA INTERNA DEL BLOQUE DE CUIDADOS GENERALES CON 8 ÍTEMS				
Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
29,93	29,381	5,420	0,753	8
Estadísticos de los elementos				
INTERVENCIONES	Media	Desviación típica	N	
7310Cuidadosdeenfermeríaalingreso	3,82	1,138	316	
7370Planificacióndelalta	3,88	1,207	316	
6490Prevencióndecaídas	3,15	1,054	316	
7892Transportedentrodelainstalación	3,87	1,061	316	
5610Enseñanza prequirúrgica	3,87	1,058	316	
1570Manejodelvómito	4,17	1,081	316	
2930Preparaciónquirúrgica	3,87	1,119	316	
0940Cuidadosdetraccióninmovilización	3,29	1,219	316	
Estadísticos total-elementos				
INTERVENCIONES	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 7310 Cuidados de enfermería al ingreso	26,11	22,967	,470	,724
2 7370 Planificación del alta	26,05	23,847	,346	,748
3 6490 Prevención de caídas	26,78	25,451	,265	,759
4 7892 Transporte dentro de la instalación	26,06	22,602	,560	,708
5 5610 Enseñanza prequirúrgica	26,06	22,024	,629	,696
6 1570 Manejo del vómito	25,76	24,266	,371	,741
7 2930 Preparación quirúrgica	26,06	21,904	,594	,700
8 0940 Cuidados de tracción inmovilización	26,64	23,239	,396	,739

Como se muestra en la tabla 5.142, los valores del alfa de Cronbach no mejorarían al eliminar ningún otro ítem.

## **2. Bloque de cuidados psicosociales**

Al someter las **seis** intervenciones de la **versión eNDEC-PH**, que valoraban el bloque de cuidados psicosociales, al análisis del alfa de Cronbach, el resultado global y por intervenciones fue el siguiente:

**Tabla 5. 145 CONSISTENCIA INTERNA DEL BLOQUE DE CUIDADOS PSICOSOCIALES CON 6 ÍTEMS**

Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
20,92	31,430	5,605	0,898	6
Estadísticos total-elementos				
INTERVENCIONES	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 5250Apoyotomadecisiones	17,45	21,065	,820	,864
2 5820Disminucióndlaansiedad	17,60	21,490	,837	,862
3 5900Distracción	17,46	21,767	,801	,868
4 5520Facilitarelaprendizaje	17,55	20,547	,853	,858
5 <b>5290Facilitarelduelo</b>	<b>17,04</b>	<b>27,793</b>	<b>,220</b>	<b>,945</b>
6 5400Potenciaciónautoestima	17,52	20,981	,848	,859

Eliminamos **5290 Facilitar el duelo**, y obtuvimos los siguientes valores globales y por intervenciones:

**Tabla 5. 146 CONSISTENCIA INTERNA DEL BLOQUE DE CUIDADOS PSICOSOCIALES CON 5 ÍTEMS**

Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
17,10	27,693	5,262	0,945	5
Estadísticos de los elementos				
INTERVENCIONES	Media	Desviación típica	N	
5250 Apoyo en la toma de decisiones	3,49	1,187	321	
5820 Disminución de la ansiedad	3,33	1,119	321	
5900 Distracción	3,48	1,125	321	
5520 Facilitar el aprendizaje	3,39	1,212	321	
5400 Potenciación de la autoestima	3,42	1,168	321	
Estadísticos total-elementos				
INTERVENCIONES	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 5250Apoyotomadecisiones	13,62	17,966	,827	,936
2 5820Disminucióndlaansiedad	13,77	18,257	,856	,931
3 5900Distracción	13,63	18,508	,818	,938
4 5520Facilitarelaprendizaje	13,72	17,339	,880	,927
5 5400Potenciaciónautoestima	13,69	17,768	,869	,929

Como se muestra en la tabla 5.144 los valores del alfa de Cronbach no mejorarían al eliminar ningún otro ítem.

### 3. Bloque de cuidados de la piel

Al someter las **seis** intervenciones de la **versión eNDEC-PH**, que valoraban el bloque de cuidados de la piel, al análisis del alfa de Cronbach, el resultado global y por intervenciones fue el siguiente:

Tabla 5. 147 CONSISTENCIA INTERNA DEL BLOQUE DE CUIDADOS DE LA PIEL CON 6 ÍTEMS				
Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
20,54	18,564	4,309	0,686	6
Estadísticos total-elementos				
INTERVENCIONES	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 0840 Cambio de posición	17,10	13,639	,346	,671
2 3660 Cuidados de las heridas	17,05	12,578	,595	,584
3 3662 Cuidados de las heridas drenaje cerrado	16,95	13,960	,383	,656
4 3584 Cuidados de la piel tratamiento tópico	17,32	12,978	,541	,603
5 3440 Cuidados sitio de incisión	17,31	13,075	,582	,594
6 <b>3520 Cuidados de las úlceras por presión</b>	<b>16,99</b>	<b>15,983</b>	<b>,124</b>	<b>,738</b>

Eliminamos **3520 Cuidados de las úlceras por presión**, y obtuvimos los siguientes valores globales y por intervenciones:

Tabla 5. 148 CONSISTENCIA INTERNA DEL BLOQUE DE CUIDADOS DE LA PIEL CON 5 ÍTEMS				
Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
17,00	15,892	3,986	0,737	5
Estadísticos total-elementos				
INTERVENCIONES	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 <b>0840 Cambio de posición</b>	<b>13,54</b>	<b>11,138</b>	<b>,365</b>	<b>,749</b>
2 3660 Cuidados de las heridas	13,50	10,060	,645	,635
3 3662 Cuidados de las heridas drenaje cerrado	13,41	11,594	,383	,734
4 3584 Cuidados de la piel tratamiento tópico	13,77	10,600	,560	,669
5 3440 Cuidados sitio de incisión	13,76	10,804	,585	,663

Eliminamos **0840 Cambio de posición**, y obtuvimos los siguientes valores globales y por intervenciones:

Tabla 5. 149 CONSISTENCIA INTERNA DEL BLOQUE DE CUIDADOS DE LA PIEL CON 4 ÍTEMS

Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
13,54	11,138	3,337	,749	4
Estadísticos total-elementos				
INTERVENCIONES	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 3660 Cuidados de las heridas	10,05	6,563	,579	,670
2 <b>3662 Cuidados de las heridas drenaje cerrado</b>	<b>9,96</b>	<b>7,188</b>	<b>,430</b>	<b>,754</b>
3 3584 Cuidados de la piel tratamiento tópico	10,32	6,821	,530	,698
4 3440 Cuidados del sitio de incisión	10,31	6,589	,648	,635

Eliminamos **3662 Cuidados de las heridas drenaje cerrado**, y obtuvimos los siguientes valores globales y por intervenciones:

Tabla 5. 150 CONSISTENCIA INTERNA DEL BLOQUE DE CUIDADOS DE LA PIEL CON 3 ÍTEMS

Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
9,98	7,072	2,659	,755	3
Estadísticos de los elementos				
INTERVENCIONES	Media	Desviación típica	N	
3660 Cuidados de las heridas	3,50	1,109	320	
3584 Cuidados de la piel tratamiento tópico	3,24	1,104	320	
3440 Cuidados sitio de incisión	3,25	1,033	320	
Estadísticos total-elementos				
INTERVENCIONES	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 3660 Cuidados de las heridas	6,49	3,488	,569	,690
2 3584 Cuidados de la piel tratamiento tópico	6,74	3,547	,555	,706
3 3440 Cuidados sitio de incisión	6,74	3,552	,631	,621

Como se muestra en la tabla 5.148 los valores del alfa de Cronbach no mejorarían al eliminar ningún otro/os ítems.

#### **4. Bloque de cuidados de catéteres y drenajes**

No fue posible realizar este análisis, por falta de muestra en relación a las intervenciones que valoraban este bloque.

#### **5. Bloque de cuidados para el manejo y administración de medicamentos**

Al someter las **ocho** intervenciones de la **versión eNDEC-PH**, que valoraban el bloque de cuidados para el manejo y administración de medicamentos, al análisis del alfa de Cronbach, el resultado global y por intervenciones fue el siguiente:

<b>Tabla 5. 151 CONSISTENCIA INTERNA DEL BLOQUE DE CUIDADOS PARA EL MANEJO Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS CON 8 ÍTEMES</b>				
<b>Estadísticos de la escala</b>			<b>Estadísticos de fiabilidad</b>	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
27,76	24,305	4,930	0,787	8
<b>Estadísticos total-elementos</b>				
INTERVENCIONES	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 <b>2301 Administración de medicación enteral</b>	<b>23,36</b>	<b>23,519</b>	<b>,105</b>	<b>,805</b>
2 2313 Administración de medicación intramuscular	24,34	19,611	,407	,778
3 2314 Administración de medicación intravenosa	24,77	17,542	,681	,731
4 2304 Administración de medicación oral	24,45	18,016	,632	,741
5 <b>4030 Administración de productos sanguíneos</b>	<b>23,30</b>	<b>23,685</b>	<b>,004</b>	<b>,823</b>
6 5616 Enseñanza medicamentos prescritos	24,42	16,443	,645	,736
7 6410 Manejo de la alergia	24,70	17,008	,720	,723
8 1400 Manejo del dolor	24,97	17,567	,640	,738

Eliminamos **2301 Administración de medicación enteral** y **4030 Administración de productos sanguíneos**, y obtuvimos los siguientes valores globales y por intervenciones:

Tabla 5. 152 CONSISTENCIA INTERNA DEL BLOQUE DE CUIDADOS PARA EL MANEJO Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS CON 6 ÍTEMES				
Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
18,97	22,910	4,786	0,850	6
Estadísticos total-elementos				
INTERVENCIONES	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 2313 Administración de medicación intramuscular	15,57	18,825	,348	,875
2 2314 Administración de medicación intravenosa	15,97	16,091	,721	,810
3 2304 Administración de medicación oral	15,66	16,579	,669	,820
4 5616 Enseñanza medicamentos prescritos	15,61	15,081	,672	,819
5 6410 Manejo de la alergia	15,90	15,534	,766	,800
6 1400 Manejo del dolor	16,16	16,207	,661	,820

Eliminamos **2313 Administración de medicación intramuscular**, y obtuvimos los siguientes valores globales y por indicadores:

Tabla 5. 153 CONSISTENCIA INTERNA DEL BLOQUE DE CUIDADOS PARA EL MANEJO Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS CON 5 ÍTEMES				
Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
15,69	18,597	4,312	0,877	5
Estadísticos de los elementos				
INTERVENCIONES	Media	Desviación típica	N	
2314 Administración de medicación intravenosa	3,03	1,000	322	
2304 Administración de medicación oral	3,33	,970	322	
5616 Enseñanza medicamentos prescritos	3,39	1,209	322	
6410 Manejo de la alergia	3,10	1,032	322	
1400 Manejo del dolor	2,84	1,042	322	
Estadísticos total-elementos				
INTERVENCIONES	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 2314 Administración de medicación intravenosa	12,66	12,562	,711	,850
2 2304 Administración de medicación oral	12,36	13,128	,644	,865
3 5616 Enseñanza medicamentos prescritos	12,30	11,540	,681	,860
4 6410 Manejo de la alergia	12,59	11,816	,805	,827
5 1400 Manejo del dolor	12,85	12,300	,713	,849



Como se muestra en la tabla 5.151 los valores del alfa de Cronbach no mejorarían al eliminar ningún otro ítem.

## **6. Bloque de cuidados para la realización de pruebas diagnósticas**

Al someter las **ocho** intervenciones de la **versión eNDEC-PH**, que valoraban el bloque de cuidados para la realización de pruebas diagnósticas, al análisis del alfa de Cronbach, el resultado global y por intervenciones fue el siguiente:

<b>Tabla 5. 154 CONSISTENCIA INTERNA DEL BLOQUE DE CUIDADOS PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS CON 8 ÍTEMS</b>				
<b>Estadísticos de la escala</b>			<b>Estadísticos de fiabilidad</b>	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
29,82	36,160	6,013	0,847	8
<b>Estadísticos total-elementos</b>				
INTERVENCIONES	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 7610 Análisis de laboratorio a pie de cama	26,00	26,880	,659	,832
2 <b>7680 Ayuda en la exploración</b>	<b>26,33</b>	<b>29,172</b>	<b>,517</b>	<b>,849</b>
3 <b>7710 Colaboración con el médico</b>	<b>26,43</b>	<b>28,956</b>	<b>,509</b>	<b>,850</b>
4 <b>4235 Flebotomía vía canalizada</b>	<b>25,81</b>	<b>33,200</b>	<b>,198</b>	<b>,878</b>
5 <b>4232 Flebotomía muestra de sangre arterial</b>	<b>25,53</b>	<b>32,414</b>	<b>,322</b>	<b>,866</b>
6 7690 Interpretación de datos de laboratorio	26,22	25,173	,854	,806
7 7820 Manejo de muestras	26,21	24,878	,876	,803
8 4238 Flebotomía muestra de sangre venosa	26,21	25,344	,841	,808

Eliminamos **7680 Ayuda en la exploración**, **7710 Colaboración con el médico**, **4235 Flebotomía vía canalizada** y **4232 Flebotomía muestra de sangre arterial**, y obtuvimos los siguientes valores globales y por intervenciones:

**Tabla 5. 155 CONSISTENCIA INTERNA DEL BLOQUE DE CUIDADOS PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS CON 4 ÍTEMS**

Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
14,68	17,711	4,208	0,943	4
Estadísticos total-elementos				
INTERVENCIONES	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 <b>7610 Análisis de laboratorio a pie de cama</b>	<b>10,86</b>	<b>11,149</b>	<b>,677</b>	<b>,983</b>
2 7690 Interpretación de datos de laboratorio	11,06	9,804	,935	,903
3 7820 Manejo de muestras	11,06	9,697	,945	,900
4 4238 Flebotomía muestra de sangre venosa	11,05	9,954	,916	,909

Eliminamos **7610 Análisis de laboratorio a pie de cama**, y obtuvimos los siguientes valores globales y por intervenciones:

**Tabla 5. 156 CONSISTENCIA INTERNA DEL BLOQUE DE CUIDADOS PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS CON 3 ÍTEMS**

Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
10,86	11,040	3,323	0,983	3
Estadísticos total-elementos				
INTERVENCIONES	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 7690 Interpretación de datos de laboratorio	7,24	4,915	,972	,967
2 7820 Manejo de muestras	7,23	4,872	,973	,966
3 <b>4238 Flebotomía muestra de sangre venosa</b>	<b>7,23</b>	<b>5,060</b>	<b>,940</b>	<b>,989</b>

Eliminamos **4238 Flebotomía muestra de sangre venosa**, y obtuvimos los siguientes valores globales y por intervenciones:

**Tabla 5. 157 CONSISTENCIA INTERNA DEL BLOQUE DE CUIDADOS PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS CON 2 ÍTEMS**

Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad			
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos		
7,23	5,060	2,249	0,989	2		
Estadísticos de los elementos						
INTERVENCIONES			Media	Desviación típica	N	
7690 Interpretación de datos de laboratorio			3,61	1,127	322	
7820 Manejo de muestras			3,62	1,135	322	
Estadísticos total-elementos						
INTERVENCIONES			Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1	7690 Interpretación de datos de laboratorio		3,62	1,289	,978	. <sup>a</sup>
2	7820 Manejo de muestras		3,61	1,269	,978	. <sup>a</sup>

Como se muestra en la tabla 5.155 los valores del alfa de Cronbach no mejorarían al eliminar ningún otro ítem.

## **7. Bloque de cuidados en situación críticas**

Al someter las **cinco** intervenciones de la **versión eNDEC-PH**, que valoraban el bloque de cuidados en situaciones críticas, al análisis del alfa de Cronbach, el resultado global y por intervenciones fue el siguiente:

**Tabla 5. 158 CONSISTENCIA INTERNA DEL BLOQUE DE CUIDADOS EN SITUACIONES CRÍTICAS CON 5 ÍTEMS**

Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad			
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos		
17,19	27,886	5,281	0,879	5		
Estadísticos total-elementos						
INTERVENCIONES			Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1	<b>6200 Cuidados en emergencia</b>		<b>14,28</b>	<b>23,208</b>	<b>,323</b>	<b>,928</b>
2	3120 Intubación y estabilización de vías aéreas		13,51	17,804	,879	,817
3	3180 Manejo de las vías aéreas artificiales		13,50	17,959	,882	,817
4	4250 Manejo del shock		13,17	19,361	,861	,832
5	4210 Monitorización hemodinámica invasiva		14,29	13,599	,809	,851

Eliminamos **6200 Cuidados en la emergencia**, y obtuvimos los siguientes valores globales y por indicadores:

Tabla 5. 159 CONSISTENCIA INTERNA DEL BLOQUE DE CUIDADOS EN SITUACIONES CRÍTICAS CON 4 ÍTEMS				
Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
14,28	23,208	4,818	0,928	4
Estadísticos total-elementos				
INTERVENCIONES	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 3120 Intubación y estabilización de vías aéreas	10,60	13,939	,900	,890
2 3180 Manejo de las vías aéreas artificiales	10,59	14,060	,907	,889
3 4250 Manejo del shock	10,27	15,649	,835	,919
4 <b>4210 Monitorización hemodinámica invasiva</b>	<b>11,38</b>	<b>9,816</b>	<b>,874</b>	<b>,936</b>

Eliminamos **4210 Monitorización hemodinámica invasiva**, y obtuvimos los siguientes valores globales y por indicadores:

Tabla 5. 160 CONSISTENCIA INTERNA DEL BLOQUE DE CUIDADOS EN SITUACIONES CRÍTICAS CON 3 ÍTEMS				
Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
10,90	9,701	3,115	0,921	3
Estadísticos de los elementos				
INTERVENCIONES	Media	Desviación típica	N	
3120 Intubación y estabilización de vías aéreas	3,48	1,193	266	
3180 Manejo de las vías aéreas artificiales	3,57	1,117	266	
4250 Manejo del shock	3,85	1,035	266	
Estadísticos total-elementos				
INTERVENCIONES	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 3120 Intubación y estabilización de vías aéreas	7,42	3,870	,939	,802
2 3180 Manejo de las vías aéreas artificiales	7,33	4,480	,840	,887
3 4250 Manejo del shock	7,05	5,092	,758	,821

Como se muestra en la tabla 5.158, los valores del alfa de Cronbach no mejorarían al eliminar ningún otro ítem.

Como se ha podido observar todos los valores de correlación elemento-total corregida de los ítems que componen la escala, superaron ampliamente el valor de 0,30 mínimo recomendado. También presentó unos buenos valores de consistencia interna por encima de 0,800 y 0,900.

- Concretamente 9 de las 14 Necesidades (64,3%), obtuvieron valores muy buenos, que correspondieron con las Necesidades de: Respirar, Moverse y Mantener la Posición Corporal, Dormir y Descansar, Vestirse y Desvestirse, Comunicarse y Relacionarse, Trabajar y Realizarse, Ocio y Actividades Recreativas y Aprender.
- Tuvieron valores buenos (entre 0,800 y 0,900) 5 Necesidades de las 14 (35,7%): Alimentarse e Hidratarse, Eliminar, Higiene, Seguridad o Evitar Peligros y Creencias y Valores.
- Mientras que la Necesidad de Mantener la Temperatura Corporal presentó unos valores de Consistencia Interna de 0,607, por lo que volveremos a realizar el estudio de validación y clinimétrico con otra muestra.

**Tabla 5. 161 CONSISTENCIA INTERNA DE LAS NECESIDADES DE LA VERSIÓN eNDEC-PH**

<b>RESPIRAR</b> <b>0,911</b>	ALIM/HIDRA <b>0,845</b>	ELIMINAR <b>0,804</b>	MOVERSE <b>0,914</b>	DORMIR <b>0,946</b>	VESTIRSE <b>0,973</b>	TEMPER <b>0,607</b>
<b>HIGIENE</b> <b>0,882</b>	SEGURIDAD <b>0,882</b>	COMUNIC <b>0,927</b>	CREENCIA <b>0,802</b>	TRABAJAR <b>0,910</b>	OCIO <b>0,947</b>	APENDER <b>0,956</b>

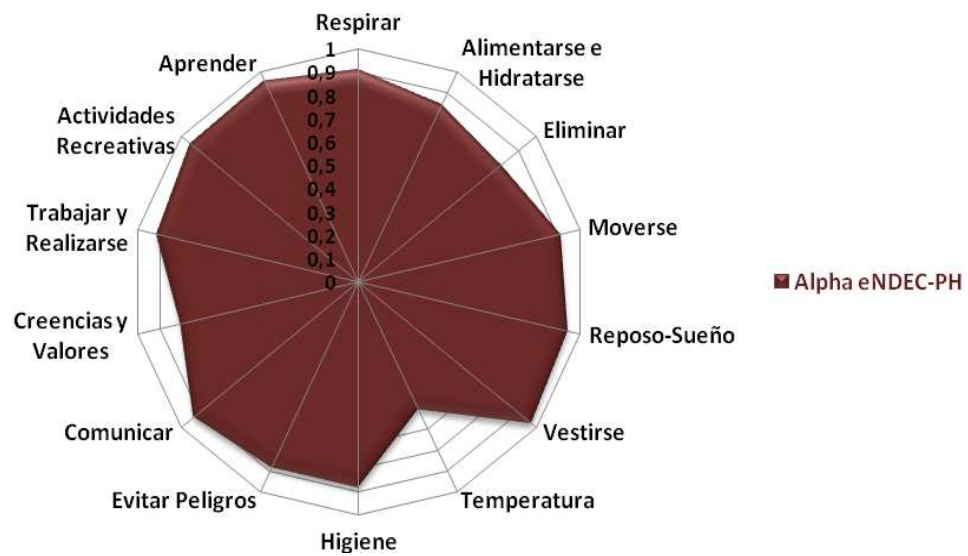


Gráfico 5. 26 Consistencia Interna de la versión eNDEC-PH

Después de someter al análisis de Consistencia Interna a la versión eNDEC-PH, los resultados en relación a la valoración de los Bloques de Cuidados no son totalmente fiables, por la falta de muestra en numerosas de las intervenciones valoradas; incluso el bloque de Cuidados de Catéteres y Drenajes fue imposible de analizar.

Así, que nos decantamos por continuar nuestra investigación solamente con los indicadores de resultados.

Tras el análisis de la consistencia interna se eliminaron el 100% de las intervenciones y el 42,86% de los indicadores de resultados, obteniendo la versión INICIARE®-64.

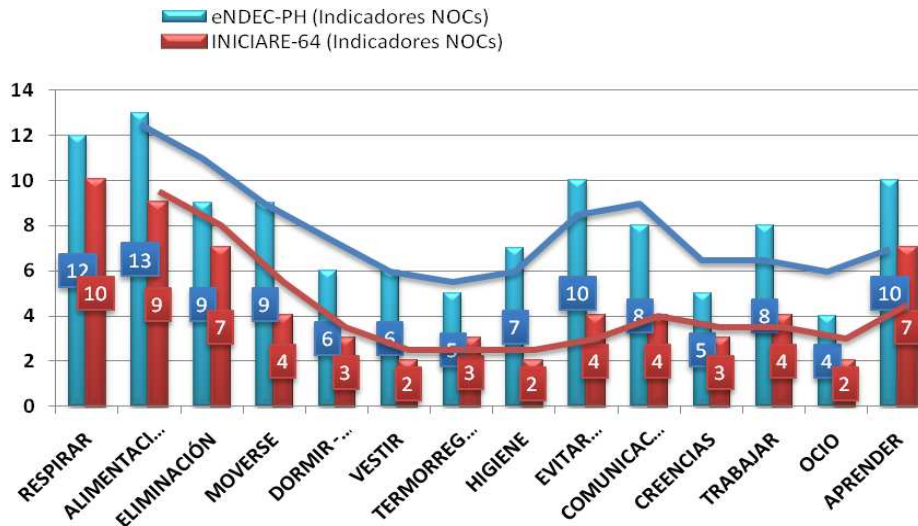


Gráfico 5. 27 Comparativa de la dinámica de indicadores por necesidades tras el análisis de la Consistencia Interna

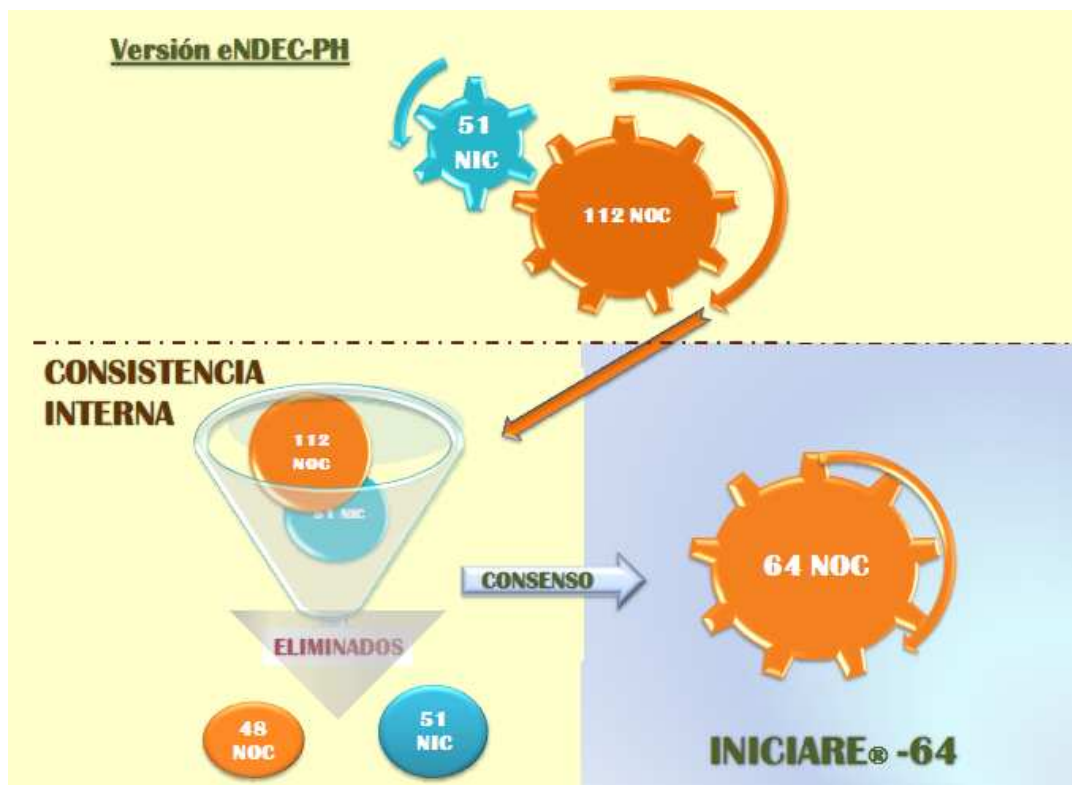


Fig. 5. 6 Dinámica de indicadores de la Versión eNDEC-PH tras análisis de la Consistencia Interna: Escala INICIARE®-64

### 5.2.4.3. Fiabilidad interobservador y consistencia interna de la escala INICIARE®-64

Como se puede apreciar los valores de la fiabilidad de los ítems de esta versión estuvieron en amplia mayoría por encima del 0,600.

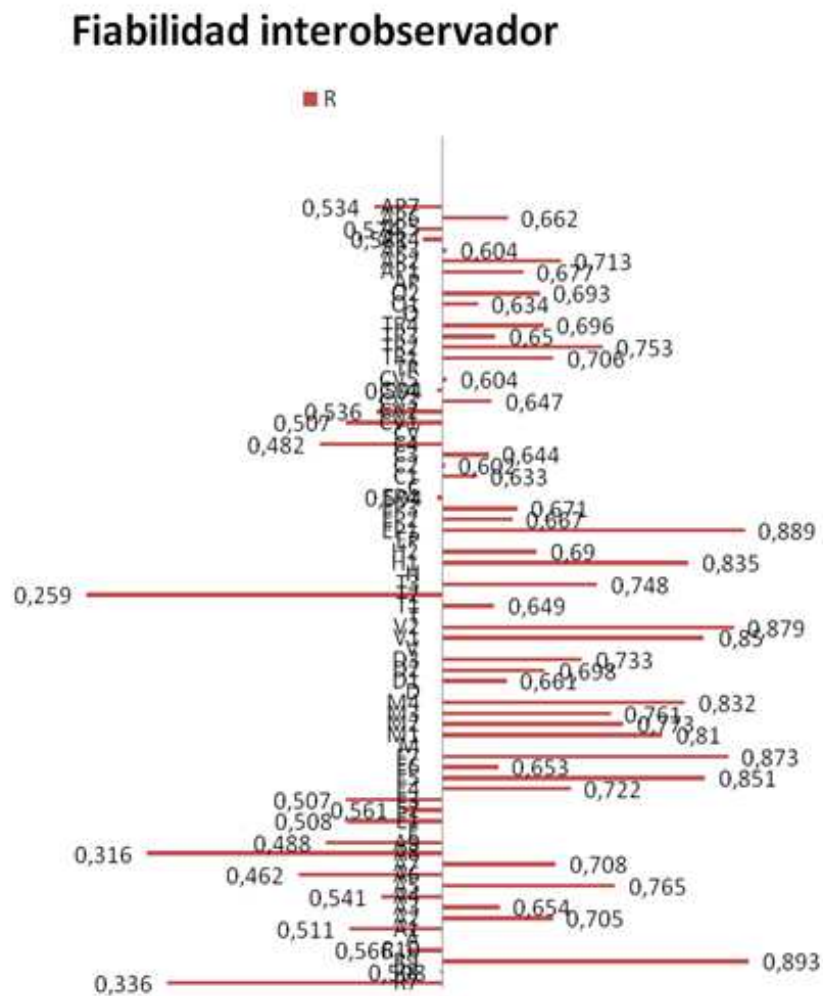


Gráfico 5. 28 Fiabilidad interobservador de la escala INICIARE®-64



La consistencia interna de la escala en su conjunto fue buena.

Tabla 5. 162 CONSISTENCIA INTERNA GLOBAL DE LA ESCALA INICIARE®-64					
Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad		
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos	
254,2304	1403,025	37,45698	0,854	14	
Estadísticos total-elementos					
	INICIARE®-64	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1	RESPIRAR	209,0596	1191,903	,415	,853
2	ALIMENTARSE E HIDRATARSE	221,2147	1111,363	,624	,836
3	ELIMINAR	228,4922	1208,751	,579	,840
4	MOVERSE Y MANTENER LA POSICIÓN CORPORAL	240,6755	1202,004	,501	,844
5	REPOSO-SUEÑO	243,1395	1291,068	,425	,848
6	VESTIRSE Y DESVESTIRSE	248,3229	1284,610	,480	,846
7	<b>TEMPERATURA CORPORAL</b>	<b>240,2210</b>	<b>1360,006</b>	<b>,341</b>	<b>,854</b>
8	HIGIENE E INTEGRIDAD DE PIEL Y MUCOSAS	248,4545	1296,096	,464	,847
9	EVITAR PELIGROS	238,9138	1198,988	,621	,837
10	COMUNICARSE Y RELACIONARSE	235,2367	1310,736	,570	,847
11	CREENCIAS Y VALORES	235,6897	1150,070	,661	,834
12	TRABAJAR Y REALIZARSE	239,4138	1209,370	,616	,838
13	ACTIVIDADES RECREATIVAS Y DE OCIO	247,1897	1293,949	,505	,846
14	APRENDER	228,9718	1018,237	,612	,845

También presentamos el análisis **sin incluir** la necesidad de mantener la temperatura corporal.

Tabla 5. 163 CONSISTENCIA INTERNA GLOBAL DE LA ESCALA INICIARE®-64 SIN LA NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL					
Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad		
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos	
240,2210	1360,006	36,87826	0,854	13	
Estadísticos total-elementos					
	INICIARE®-64	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1	RESPIRAR	195,0502	1154,307	,409	,853
2	ALIMENTARSE E HIDRATARSE	207,2053	1074,466	,620	,836
3	ELIMINAR	214,4828	1169,371	,577	,840
4	MOVERSE Y MANTENER LA POSICIÓN CORPORAL	226,6661	1162,237	,501	,844
5	REPOSO-SUEÑO	229,1301	1249,978	,424	,849
6	VESTIRSE Y DESVESTIRSE	234,3135	1243,376	,480	,847
7	HIGIENE E INTEGRIDAD DE PIEL Y MUCOSAS	234,4451	1253,918	,468	,848
8	EVITAR PELIGROS	224,9044	1159,171	,620	,837

9	COMUNICARSE Y RELACIONARSE	221,2273	1269,604	,567	,847
10	CREENCIAS Y VALORES	221,6803	1109,468	,666	,833
11	TRABAJAR Y REALIZARSE	225,4044	1170,648	,611	,838
12	ACTIVIDADES RECREATIVAS Y DE OCIO	233,1803	1252,514	,505	,847
13	APRENDER	214,9624	979,273	,616	,844

Mostramos los resultados de la consistencia interna con y sin la necesidad de mantener la temperatura corporal. A la vista de los resultados apostamos por incluir la necesidad de mantener la temperatura corporal, no obstante se volvió a validar la escala en entorno de práctica real.

Tabla 5. 164 CONSISTENCIA INTERNA GLOBAL DE LA ESCALA INICIARE®-64, CON Y SIN LA NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL		Con TEMPERATURA	Sin TEMPERATURA
1	RESPIRAR	,853	,853
2	ALIMENTARSE E HIDRATARSE	,836	,836
3	ELIMINAR	,840	,840
4	MOVERSE Y MANTENER LA POSICIÓN CORPORAL	,844	,844
5	REPOSO-SUEÑO	,848	,849
6	VESTIRSE Y DESVESTIRSE	,846	,847
7	TEMPERATURA CORPORAL	,854	
8	HIGIENE E INTEGRIDAD DE PIEL Y MUCOSAS	,847	,848
9	EVITAR PELIGROS	,837	,837
10	COMUNICARSE Y RELACIONARSE	,847	,847
11	CREENCIAS Y VALORES	,834	,833
12	TRABAJAR Y REALIZARSE	,838	,838
13	ACTIVIDADES RECREATIVAS Y DE OCIO	,846	,847
14	APRENDER	,845	,844

## 5.2.5. FACTORIAL EXPLORATORIO Ó ANÁLISIS DE CONSTRUCTO DE LA ESCALA INICIARE®-64

Se realizó por un lado el análisis factorial global de la escala INICIARE®-64 (ANEXO 10) y por otro la validación por ítems y dimensiones<sup>89</sup>.

Previamente se obtuvo el descriptivo de los ítems mediante las puntuaciones mínimas y máximas, así como la media y la desviación típica de cada ítem valorado.

Tabla 5. 165 DESCRIPTIVO DE LOS ÍTEMES (INDICADORES NOC) SELECCIONADOS TRAS CONSISTENCIA INTERNA ESCALA INICIARE®-64		Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
<b>1. RESPIRAR</b>					
1	040206 Cianosis	2	5	4,76	,544
2	041004 Frecuencia respiratoria	1	5	4,64	,642
3	040002 Frecuencia cardiaca	2	5	4,62	,669
4	040203 Disnea en reposo	1	5	4,43	,936
5	041012 Capacidad de eliminar secreciones	1	5	4,35	,893
6	040310 Ruidos respiratorios patológicos	1	5	4,74	,639
7	040309 Utilización de músculos accesorios	1	5	4,55	,814
8	040302 Ritmo respiratorio	1	5	4,59	,701
9	040204 Disnea de esfuerzo	1	5	3,94	1,317
10	040211 Saturación de oxígeno	2	5	4,57	,699
<b>2. ALIMENTARSE E HIDRATARSE</b>					
11	100601 Peso	1	5	3,94	1,057
12	101401 Deseo de comer	1	5	4,02	1,297
13	100801 Ingestión alimentaria oral	1	5	3,96	1,377
14	101016 Aceptación de la comida	1	5	4,08	1,157
15	101004 Capacidad de masticación	1	5	4,32	1,050
16	101012 Atragantamiento de los náuseas	1	5	4,34	1,021
17	101406 Ingestión de alimentos	1	5	3,90	1,350
18	060107 Entradas y salidas diarias equilibradas	1	5	4,28	,915
19	210607 Alteración del estado nutricional	1	5	4,13	,977
<b>3. ELIMINAR</b>					
20	050002 Mantiene el control de la eliminación de heces	1	5	4,64	,850
21	050101 Patrón de eliminación fecal	1	5	4,08	1,224
22	060211 Diuresis	1	5	4,56	,796
23	050301 Patrón de eliminación urinaria	1	5	4,02	1,239
24	050312 Incontinencia urinaria	1	5	4,07	1,221
25	050401 Ingestión adecuada de líquidos	1	5	4,32	1,054
26	031001 Reconoce y responde a la depleción vesical	1	5	4,13	1,241
<b>4. MOVERSE Y MANTENER LA POSICIÓN CORPORAL</b>					
27	020002 Camina con marcha eficaz	1	5	2,98	1,547
28	030012 Cambio de posición solo	1	5	3,66	1,438
29	020802 Mantenimiento de la posición corporal	1	5	3,75	1,274
30	020814 Semueve con facilidad	1	5	3,13	1,401
<b>5. REPOSO-SUEÑO</b>					
31	000303 Calidad del descanso	1	5	3,70	1,178

<sup>89</sup> Catorce dimensiones correspondientes a cada una de las necesidades del Modelo Conceptual de Virginia Henderson.

32	000404	Calidad del sueño	1	5	3,64	1,194
33	000403	Patrón del sueño	1	5	3,76	1,130
<b>6. VESTIRSE Y DESVESTIRSE</b>						
34	030211	Sequitalaropa	1	5	3,02	1,603
35	030002	Seviste	1	5	2,87	1,619
<b>7. TEMPERATURA CORPORAL</b>						
36	080201	Temperatura corporal	2	5	4,70	,679
37	080012	Frecuencia del pulso radial	2	5	4,80	,523
38	080015	Comodidad térmica referida	1	5	4,51	,945
<b>8. HIGIENE E INTEGRIDAD DE PIEL Y MUCOSAS</b>						
39	030006	Higiene	1	5	3,04	1,532
40	030508	Selavaelpelo	1	5	2,71	1,582
<b>9. EVITAR PELIGROS</b>						
41	030617	Controla su propia medicación no parenteral	1	5	4,00	1,389
42	170401	Percepción de amenaza para la salud	1	5	3,86	1,222
43	190201	Reconoce factores de riesgo	1	5	3,80	1,250
44	191119	Evita conductas de alto riesgo	1	5	3,65	1,357
<b>10. COMUNICARSE Y RELACIONARSE</b>						
45	090014	Comunicación clara según la edad	2	5	4,79	,524
46	090003	Atiende	1	5	4,80	,552
47	090210	Interpretación exacta de los mensajes recibidos	1	5	4,67	,705
48	090703	Verbaliza un mensaje coherente	1	5	4,74	,603
<b>11. CREENCIAS Y VALORES</b>						
49	170411	Impacto percibido sobre el estilo de vida futuro	1	5	3,67	1,185
50	170202	Implicación requerida en decisiones sobre la salud	1	5	3,73	1,229
51	170404	Preocupación sobre la enfermedad o lesión	1	5	3,80	1,163
<b>12. TRABAJAR Y REALIZARSE</b>						
52	120801	Estado de ánimo deprimido	1	5	3,57	1,256
53	130501	Establecimiento de objetivos realistas	1	5	3,74	1,161
54	130502	Mantenimiento de la autoestima	1	5	3,74	1,147
55	130208	Se adapta a los cambios en el desarrollo	1	5	3,77	1,061
<b>13. ACTIVIDADES RECREATIVAS Y DE OCIO</b>						
56	160413	Disfruta de actividades de ocio	1	5	3,46	1,443
57	160404	Refiere relajación con las actividades de ocio	1	5	3,55	1,438
<b>14. APRENDER</b>						
58	130221	Busca información acreditada sobre el tratamiento	1	5	3,63	1,343
59	182308	Conductas que fomentan la salud	1	5	3,60	1,272
60	160001	Pregunta cuestiones	1	5	3,62	1,371
61	182402	Proceso específico de la enfermedad	1	5	3,60	1,242
62	182408	Procedimiento terapéutico	1	5	3,59	1,301
63	160007	Proporciona razones para adoptar una pauta	1	5	3,66	1,311
64	160601	Reivindica la responsabilidad de tomar decisiones	1	5	3,53	1,332

A continuación, se realizó por necesidades la prueba de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y de esfericidad de Bartlett, obteniendo óptimos resultados para la realización del análisis factorial.

Así en el análisis factorial exploratorio, como “Método de extracción” se realizó el Análisis por Componentes Principales y como “Método de rotación” la Normalización Varimax con Kaiser.

Presentamos también los gráficos de sedimentación, y en aquellas necesidades en las que hubo más de un componente, también se realizó matriz de componentes rodados y el gráfico de componentes en espacio rotado.

### 5.2.5.1. Análisis de constructo de las Necesidades de la escala INICIARE®-64

#### ☑ **1. Necesidad de respirar**

En la necesidad de respirar en la medida de adecuación muestral de KMO y en la prueba de esfericidad de Bartlett se obtuvieron los siguientes resultados, y se extrajeron dos componentes mediante el análisis de componentes principales que explicaba el 69,626% de la varianza, así mismo la matriz de componentes rotados mediante análisis de normalización Varimax con Kaiser, convergió en tres iteraciones.

Tabla 5. 166 ANÁLISIS FACTORIAL DE LA NECESIDAD DE RESPIRACIÓN: KMO Y BARTLETT		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin	,914	
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	2141,182
	gl	45
	Sig.	,000

Tabla 5. 167 ANÁLISIS FACTORIAL DE LA NECESIDAD DE RESPIRACIÓN: MATRIZ DE COMPONENTES Y DE ROTACIÓN			
ÍTEMS	Componentes		
	1	2	
040310 Ruidos respiratorios patológicos	,826	,103	
040203 Disnea en reposo	,740	,447	
040309 Utilización de músculos accesorios	,713	,458	
041012 Capacidad de eliminar secreciones	,702	,183	
040211 Saturación de oxígeno	,684	,507	
040204 Disnea de esfuerzo	,616	,478	
040002 Frecuencia cardiaca	,131	,918	
041004 Frecuencia respiratoria	,345	,853	
040302 Ritmo respiratorio	,373	,804	
040206 Cianosis	,441	,508	
<b>MATRIZ DE TRANSFORMACIÓN DE LAS COMPONENTES</b>			
	Dimensión 1	,717	,697
	Dimensión 2	,697	-,717
<b>VARIANZA TOTAL EXPLICADA</b>			
Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación	Total	3,548	3,414
	% de la varianza	35,48	34,142
	% acumulado	35,483	69,626

Después del análisis de la validez de contenido, fiabilidad y consistencia interna con la que contaban los ítems sugeridos; al realizar el análisis de constructo, obtenemos que al valorar esta necesidad en los pacientes muestreados, la mirada se centró en dos dimensiones o valores por grado de complejidad o profundidad en la valoración. Siendo el componente 1 una valoración con un mayor grado de profundidad que el componente 2; este último correspondería a la primera evaluación que la enfermera realiza en la necesidad de respirar en su primer contacto con el paciente. Podríamos deducir que esta dimensión conceptual la enfermera la disgrega en dos: la dimensión respiratoria funcional y dimensión del estado basal cardiorrespiratorio.

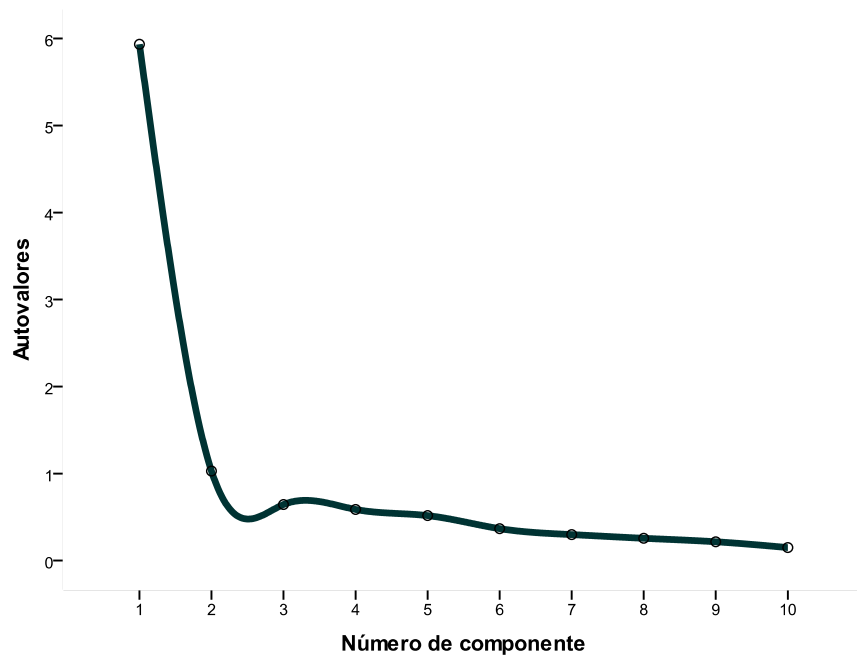


Gráfico 5. 29 Gráfico de sedimentación de la necesidad de respirar de la escala INICIARE®-64

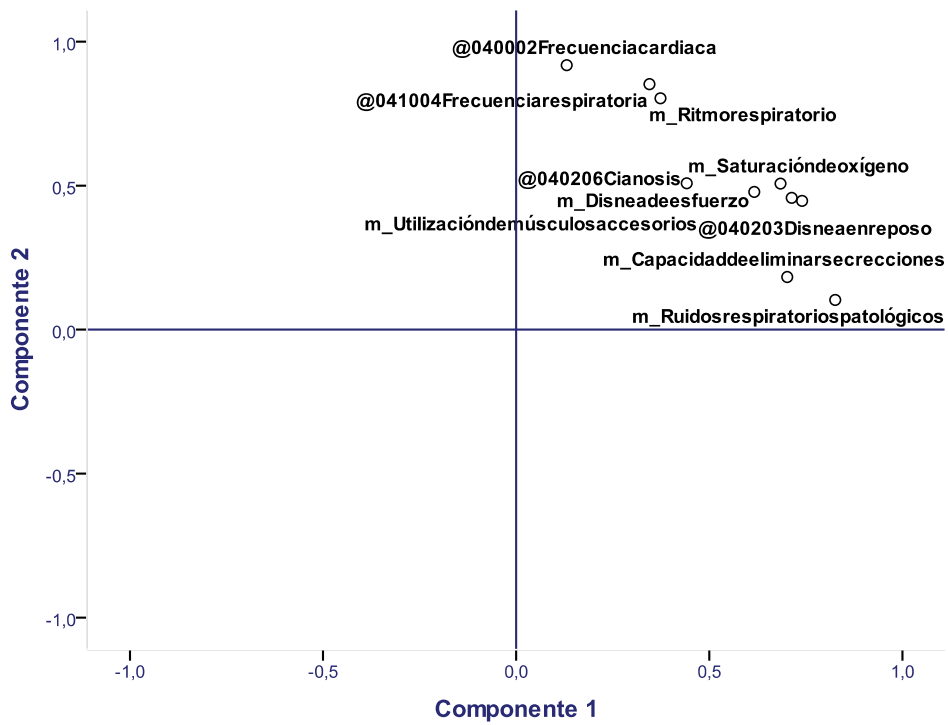


Gráfico 5. 30 Gráfico de componentes en espacio rotado de la necesidad de respirar de la escala INICIARE®-64

## ☑ **2. Necesidad de alimentarse e hidratarse**

En la necesidad de alimentarse e hidratarse en la medida de adecuación muestral de KMO y en la prueba de esfericidad de Bartlett, se obtuvieron los siguientes resultados, y se extrajeron dos componentes mediante el análisis de componentes principales que explicaba el 61,514% de la varianza, así mismo la matriz de componentes rotados mediante análisis de normalización Varimax con Kaiser, convergió en tres iteraciones.

Tabla 5. 168 ANÁLISIS FACTORIAL DE LA NECESIDAD DE ALIMENTARSE E HIDRATARSE: KMO Y BARTLETT		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin		,841
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	955,960
	gl	28
	Sig.	,000

Tabla 5. 169 ANÁLISIS FACTORIAL DE LA NECESIDAD DE ALIMENTARSE E HIDRATARSE: MATRIZ DE COMPONENTES Y DE ROTACIÓN			
ÍTEMS	Componentes		
	1	2	
101406 Ingesta de alimentos	,783	,133	
101016 Acepta la comida	,773	,272	
101012 Atragantamiento tos náuseas	,665	,100	
101004 Capacidad de masticación	,597	,271	
101401 Deseo de comer	,583	,367	
100601 Peso	,083	,878	
210607 Alteración del estado nutricional	,297	,849	
060107 Entradas y salidas diarias equilibradas	,407	,714	
<b>MATRIZ DE TRANSFORMACIÓN DE LAS COMPONENTES</b>			
	Dimensión 1	,744	,668
	Dimensión 2	,668	-,744
<b>VARIANZA TOTAL EXPLICADA</b>			
Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación	Total	2,609	2,312
	% de la varianza	32,612	28,902
	% acumulado	32,612	61,514

Después del análisis de la validez de contenido, fiabilidad y consistencia interna con la que contaban los ítems sugeridos; al realizar el análisis de constructo, obtenemos que al valorar esta necesidad en los pacientes muestreados, la mirada se centró en dos dimensiones o valores resultantes por un lado del acto de alimentarse (componente 1) y por el otro del estado nutricional (componente 2), que correspondería con la “alimentación” y la “nutrición” de la persona respectivamente,



es decir la enfermera integra la hidratación en la dimensión alimentación y en la dimensión nutrición.

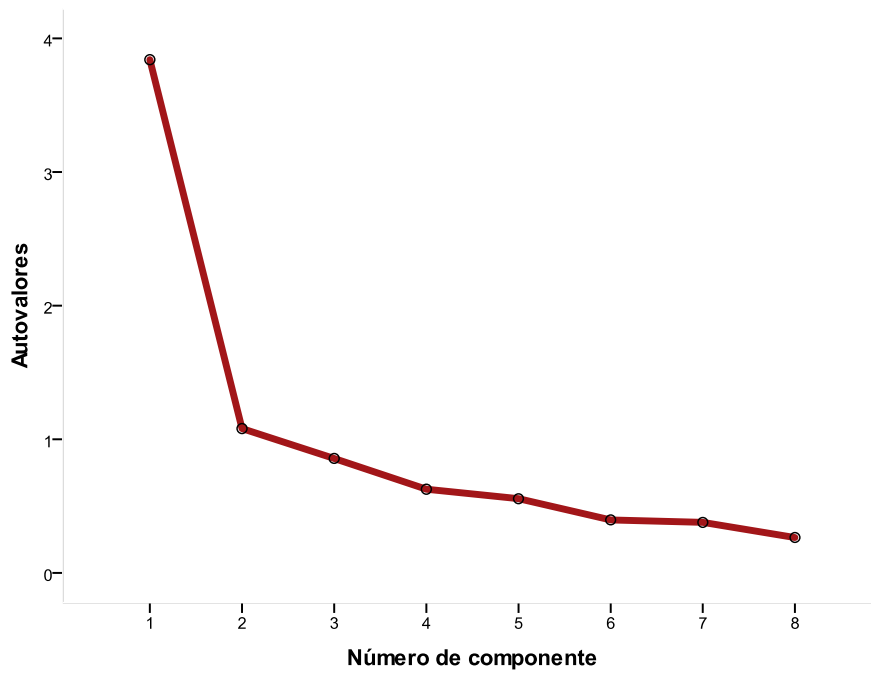


Gráfico 5. 31 Gráfico de sedimentación de la necesidad de alimentarse e hidratarse de la escala INCIARE®-64

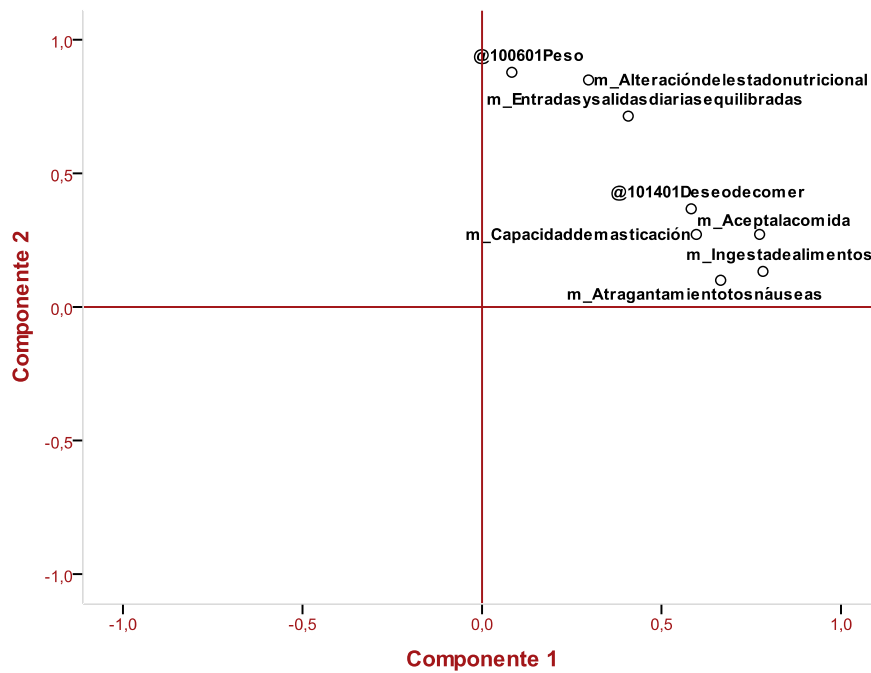


Gráfico 5. 32 Gráfico de componentes en espacio rotado de la necesidad de alimentarse e hidratarse de la escala INCIARE®-64

### ☑ 3. Necesidad de eliminar

En la necesidad de eliminar en la medida de adecuación muestral de KMO y en la prueba de esfericidad de Bartlett sólo se extrajo un componente por lo que no pudo ser rotada ni extraer diagramas de componentes. La enfermera no distinguió entre diuresis y defecación, ambos actos los valoró en una sola dimensión o necesidad.

Tabla 5. 170 ANÁLISIS FACTORIAL DE LA NECESIDAD DE ELIMINAR: KMO Y BARTLETT		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin	,815	
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	846,747
	gl	21
	Sig.	,000

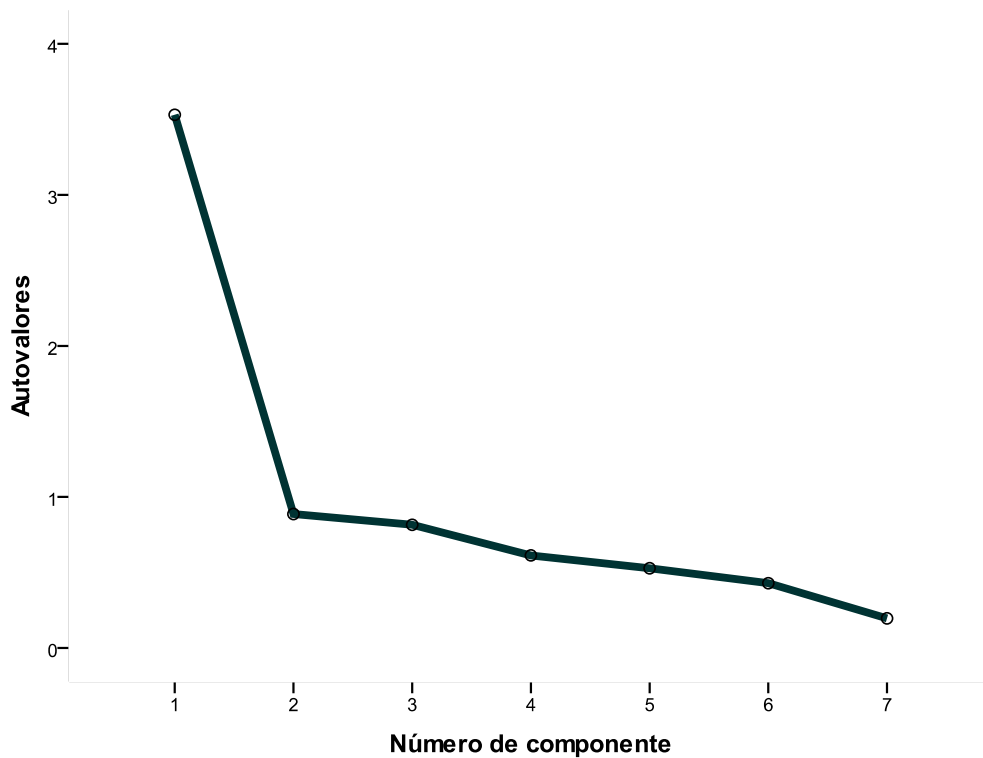


Gráfico 5. 33 Gráfico de sedimentación de la necesidad de eliminar de la escala INICIARE®-64

☑ **4. Necesidad de moverse y mantener la posición corporal**

En la necesidad de moverse y mantener la posición corporal para la medida de adecuación muestral de KMO y la prueba de esfericidad de Bartlett; sólo se extrajo un componente por lo que la solución no pudo ser rotada ni extraer diagramas de componentes. La enfermera valoró en una sola dimensión esta necesidad.

Tabla 5. 171 ANÁLISIS FACTORIAL DE LA NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER LA POSICIÓN CORPORAL: KMO Y BARTLETT		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin		,818
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	971,317
	gl	6
	Sig.	,000

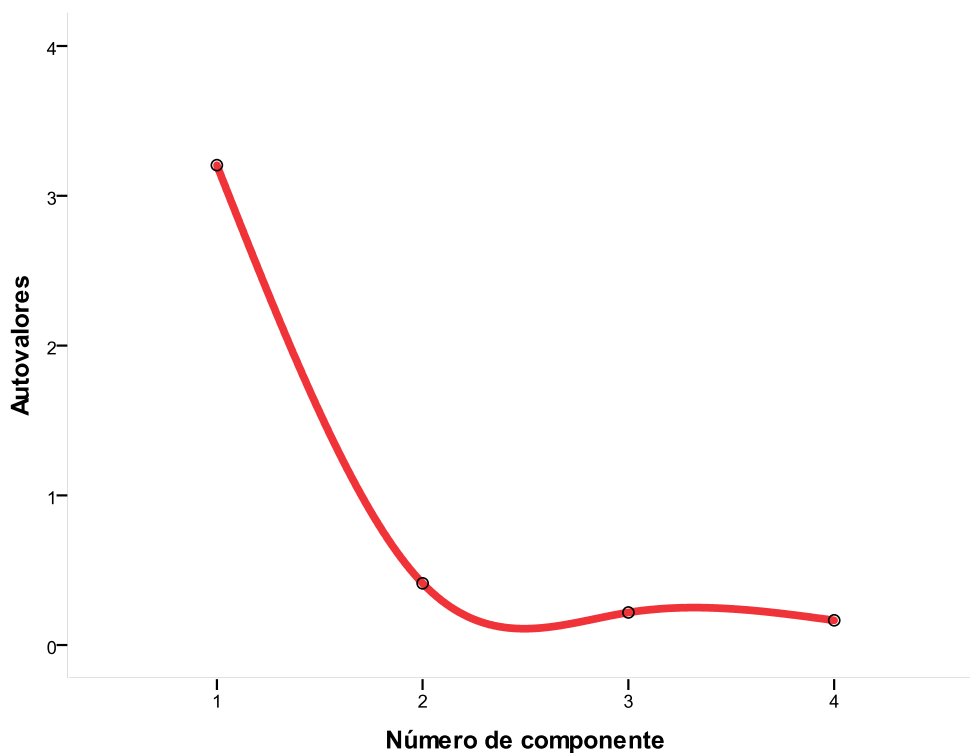


Gráfico 5. 34 Gráfico de sedimentación de la necesidad de moverse y mantener la postura corporal de la escala INICIARE®-64

### ☑ **5. Necesidad de dormir y descansar**

En la necesidad de dormir y descansar para la medida de adecuación muestral de KMO y la prueba de esfericidad de Bartlett; sólo se extrajo un componente y muy correlacionado, por lo que la solución no pudo ser rotada ni extraer diagramas de componentes. La enfermera valoró en una sola dimensión esta necesidad.

Tabla 5. 172 ANÁLISIS FACTORIAL DE LA NECESIDAD DE REPOSO-SUEÑO: KMO Y BARTLETT		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin		,769
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	826,577
	gl	3
	Sig.	,000

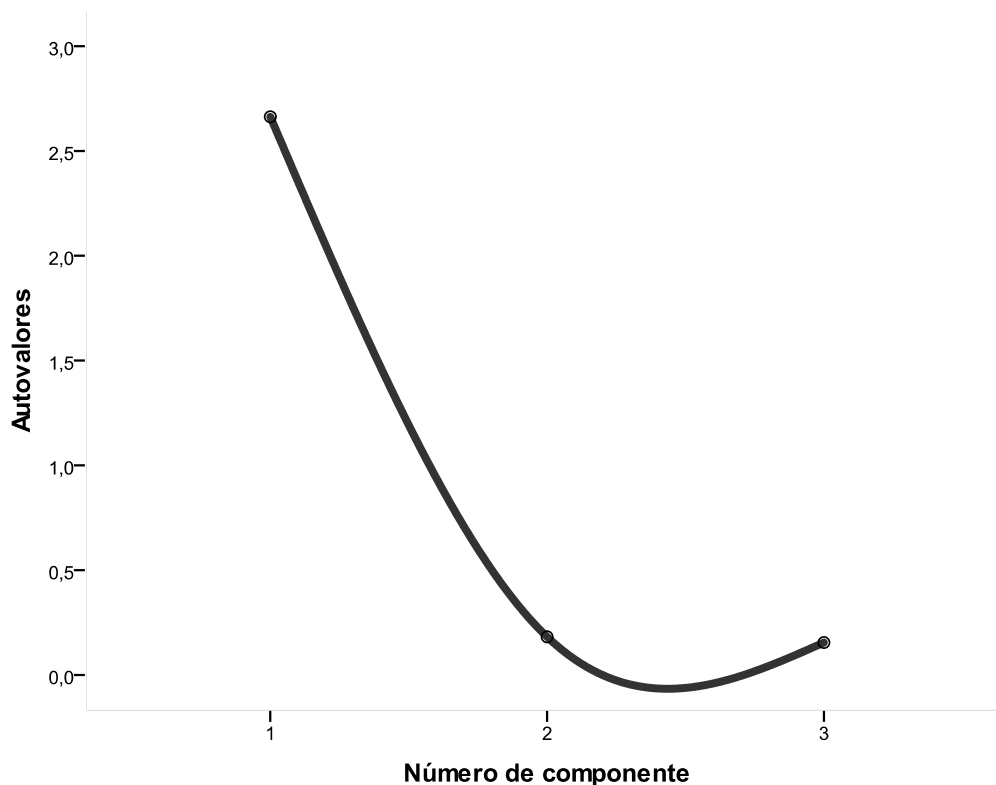


Gráfico 5. 35 Gráfico de sedimentación de la necesidad de dormir y descansar de la escala INICIARE®-64

## ❑ **6. Necesidad de vestirse y desvestirse**

En la necesidad de vestirse y desvestirse para la medida de adecuación muestral de KMO y la prueba de esfericidad de Bartlett se obtuvieron los siguientes resultados; sólo se extrajo un componente por lo que la solución no pudo ser rotada ni extraer diagramas de componentes. La enfermera valoró en una sola dimensión esta necesidad.

Tabla 5. 173 ANÁLISIS FACTORIAL DE LA NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE: KMO Y BARTLETT		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin		,500
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	586,717
	gl	1
	Sig.	,000

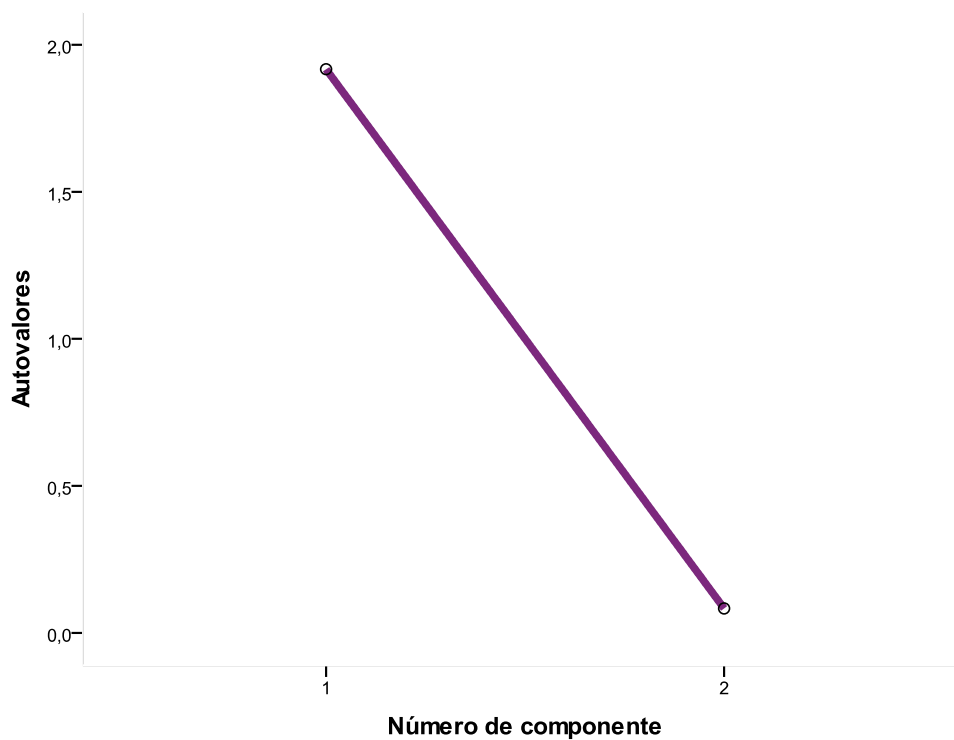


Gráfico 5. 36 Gráfico de sedimentación de la necesidad de vestirse y desvestirse de la escala INICIARE®-64

### ☑ **7. Necesidad de mantener la temperatura corporal**

En la necesidad de mantener la temperatura corporal para la medida de adecuación muestral de KMO y la prueba de esfericidad de Bartlett se obtuvieron los siguientes resultados; sólo se extrajo un componente por lo que la solución no pudo ser rotada ni extraer diagramas de componentes. La enfermera valoró en una sola dimensión esta necesidad.

Tabla 5. 174 ANÁLISIS FACTORIAL DE LA NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL: KMO Y BARTLETT		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin		,634
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	86,190
	gl	3
	Sig.	,000

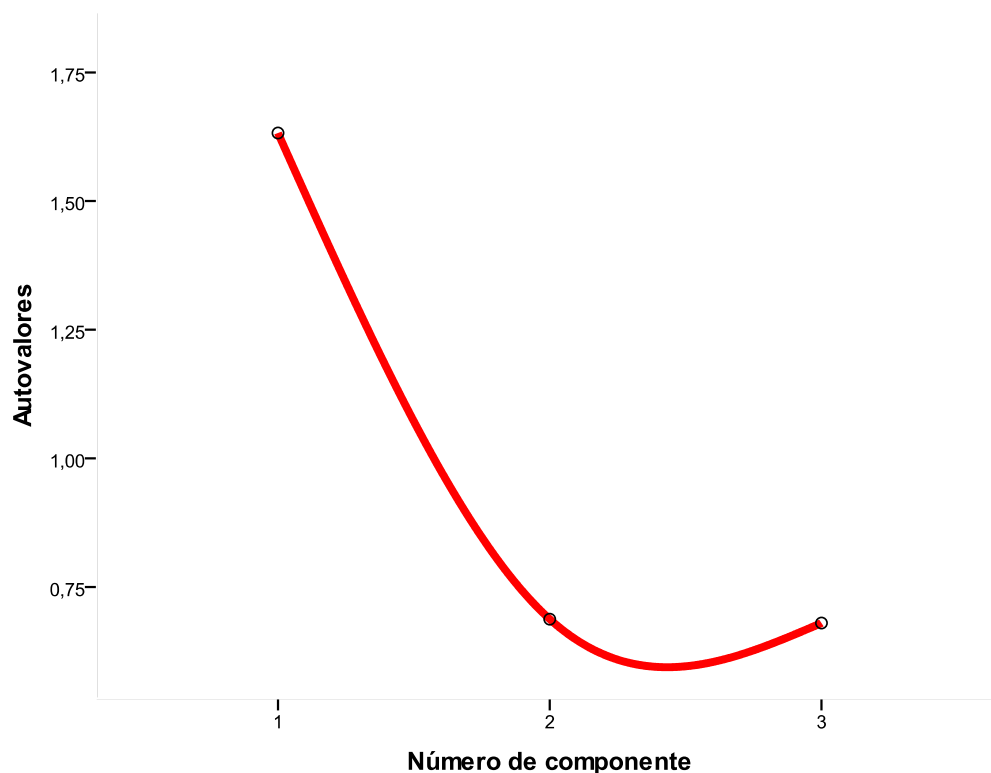


Gráfico 5. 37 Gráfico de sedimentación de la necesidad de mantener la temperatura corporal de la escala INICIARE®-64

### 8. Necesidad de higiene e integridad de piel y mucosas

En la necesidad de higiene e integridad de piel y mucosas mantener la temperatura corporal para la medida de adecuación muestral de KMO y la prueba de esfericidad de Bartlett se obtuvieron los siguientes resultados; sólo se extrajo un componente por lo que la solución no pudo ser rotada ni extraer diagramas de componentes. La enfermera valoró en una sola dimensión esta necesidad.

Tabla 5. 175 ANÁLISIS FACTORIAL DE LA NECESIDAD DE HIGIENE E INTEGRIDAD DE PIEL Y MUCOSAS: KMO Y BARTLETT		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin		,500
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	310,748
	gl	1
	Sig.	,000

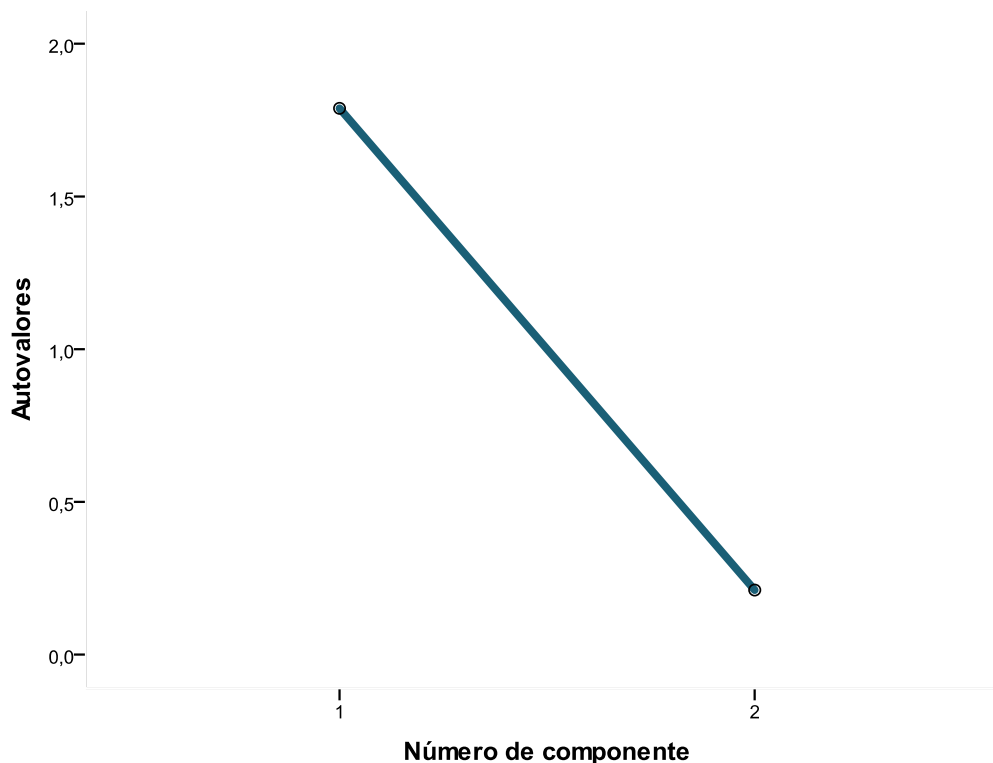


Gráfico 5. 38 Gráfico de sedimentación de la necesidad de higiene e integridad de piel y mucosas de la escala INICIARE®-64

### ☑ **9. Necesidad de evitar peligros**

En la necesidad de evitar peligros para la medida de adecuación muestral de KMO y la prueba de esfericidad de Bartlett se obtuvieron los siguientes resultados; sólo se extrajo un componente por lo que la solución no pudo ser rotada ni extraer diagramas de componentes. La enfermera valoró en una sola dimensión esta necesidad.

Tabla 5. 176 ANÁLISIS FACTORIAL DE LA NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS: KMO Y BARTLETT		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin		,785
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	617,043
	gl	6
	Sig.	,000

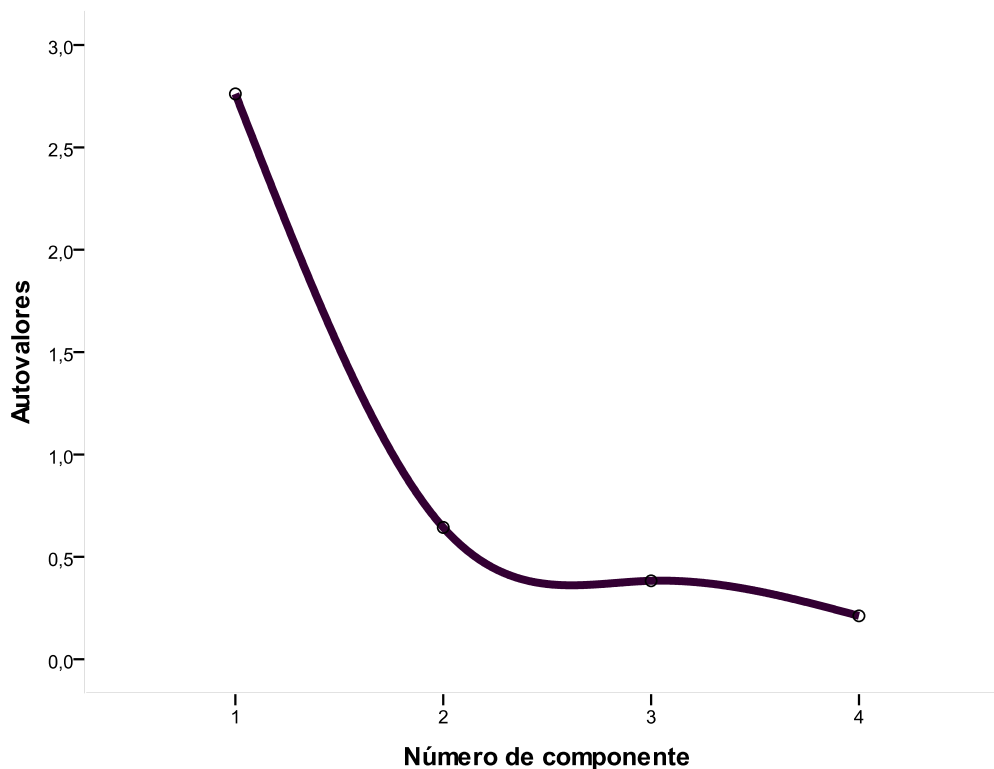


Gráfico 5. 39 Gráfico de sedimentación de la necesidad de evitar peligros de la escala INICIARE®-64



☑ **10. Necesidad de comunicarse y relacionarse**

En la necesidad de comunicarse y relacionarse para la medida de adecuación muestral de KMO y la prueba de esfericidad de Bartlett se obtuvieron los siguientes resultados; sólo se extrajo un componente por lo que la solución no pudo ser rotada ni extraer diagramas de componentes. La enfermera valoró en una sola dimensión esta necesidad.

Tabla 5. 177 ANÁLISIS FACTORIAL DE LA NECESIDAD DE COMUNICARSE Y RELACIONARSE: KMO Y BARTLETT		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin		,788
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	929,591
	gl	6
	Sig.	,000

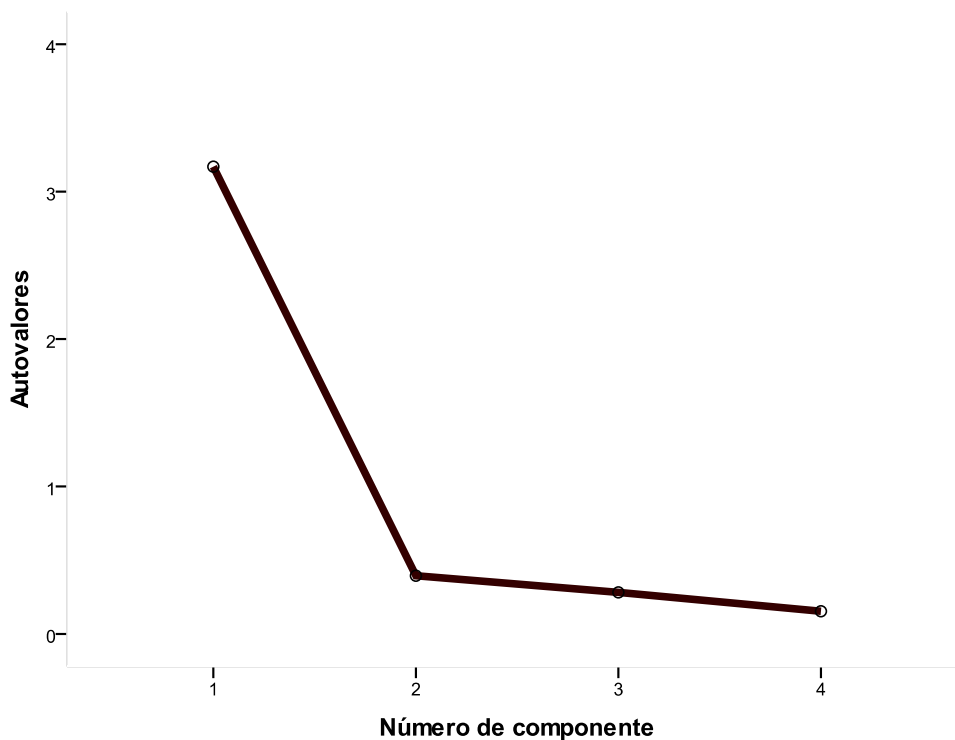


Gráfico 5. 40 Gráfico de sedimentación de la necesidad de comunicarse y relacionarse de la escala INICIARE®-64

### 11. Necesidad de creencias y valores

En la necesidad de creencias y valores para la medida de adecuación muestral de KMO y la prueba de esfericidad de Bartlett se obtuvieron los siguientes resultados; sólo se extrajo un componente por lo que la solución no pudo ser rotada ni extraer diagramas de componentes. La enfermera valoró en una sola dimensión esta necesidad.

Tabla 5. 178 ANÁLISIS FACTORIAL DE LA NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES: KMO Y BARTLETT		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin		,797
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	1089,54
		2
	gl	10
	Sig.	,000

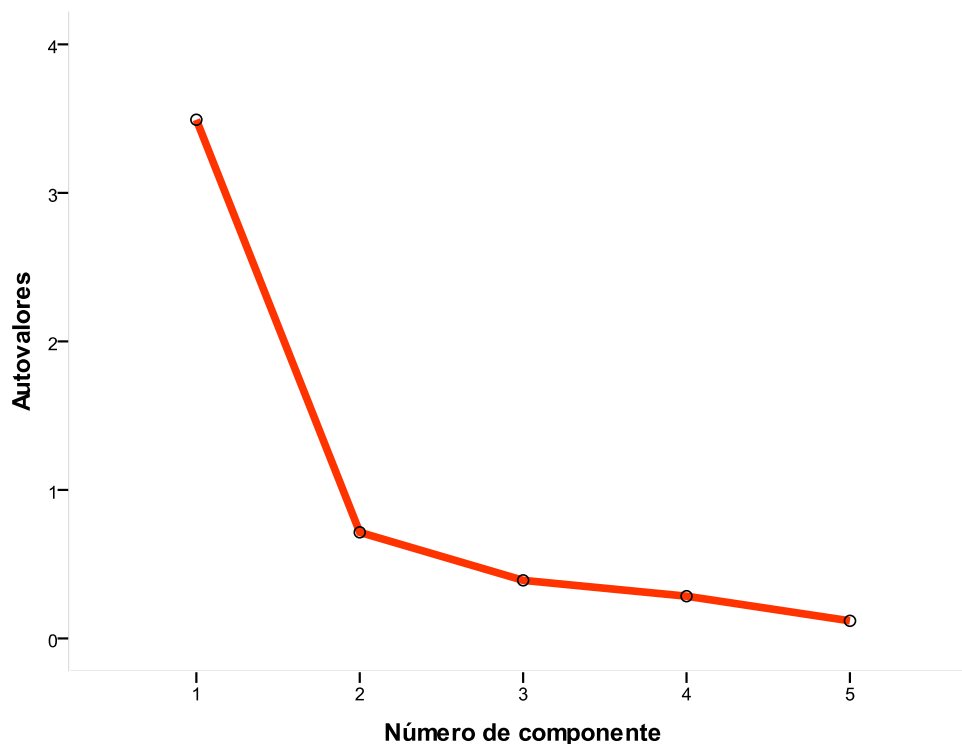


Gráfico 5. 41 Gráfico de sedimentación de la necesidad de creencias y valores de la escala INICIARE®-64

## ☑ **12. Necesidad de trabajar y realizarse**

En la necesidad de trabajar y realizarse para la medida de adecuación muestral de KMO y la prueba de esfericidad de Bartlett se obtuvieron los siguientes resultados; sólo se extrajo un componente por lo que la solución no pudo ser rotada ni extraer diagramas de componentes. La enfermera valoró en una sola dimensión esta necesidad.

Tabla 5. 179 ANÁLISIS FACTORIAL DE LA NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE: KMO Y BARTLETT		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin		,768
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	1003,161
	gl	6
	Sig.	,000

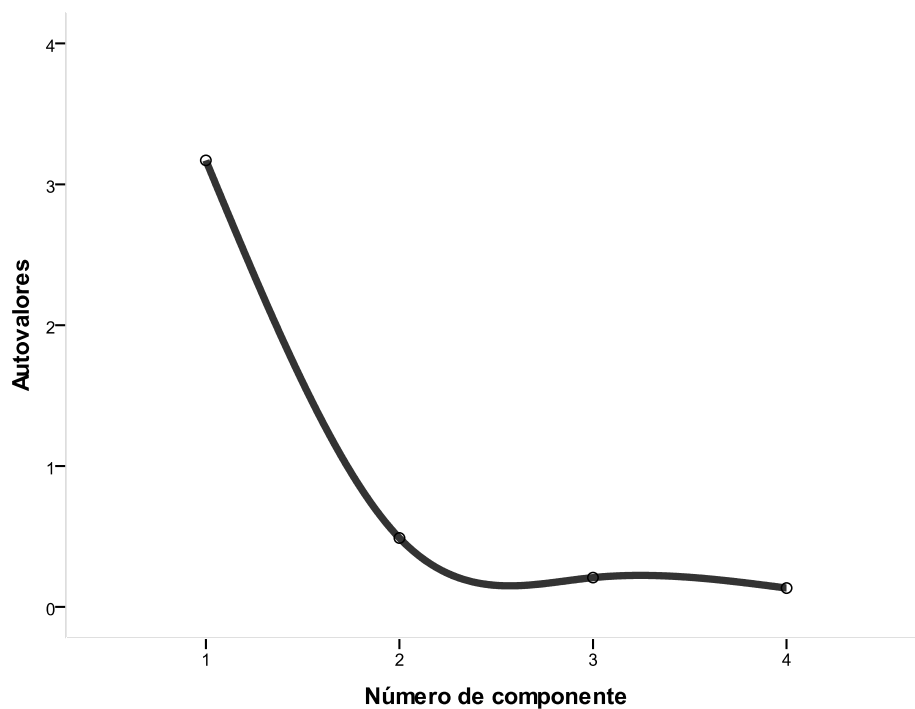


Gráfico 5. 42 Gráfico de sedimentación de la necesidad de trabajar y realizarse de la escala INICIARE®-64

### ☑ **13. Necesidad de actividades recreativas y ocio**

En la necesidad de ocio y actividades recreativas para la medida de adecuación muestral de KMO y la prueba de esfericidad de Bartlett se obtuvieron los siguientes resultados; sólo se extrajo un componente por lo que la solución no pudo ser rotada ni extraer diagramas de componentes. La enfermera valoró en una sola dimensión esta necesidad.

Tabla 5. 180 ANÁLISIS FACTORIAL DE LA NECESIDAD DE OCIO Y ACTIVIDADES RECREATIVAS: KMO Y BARTLETT		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin		,500
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	526,230
	gl	1
	Sig.	,000

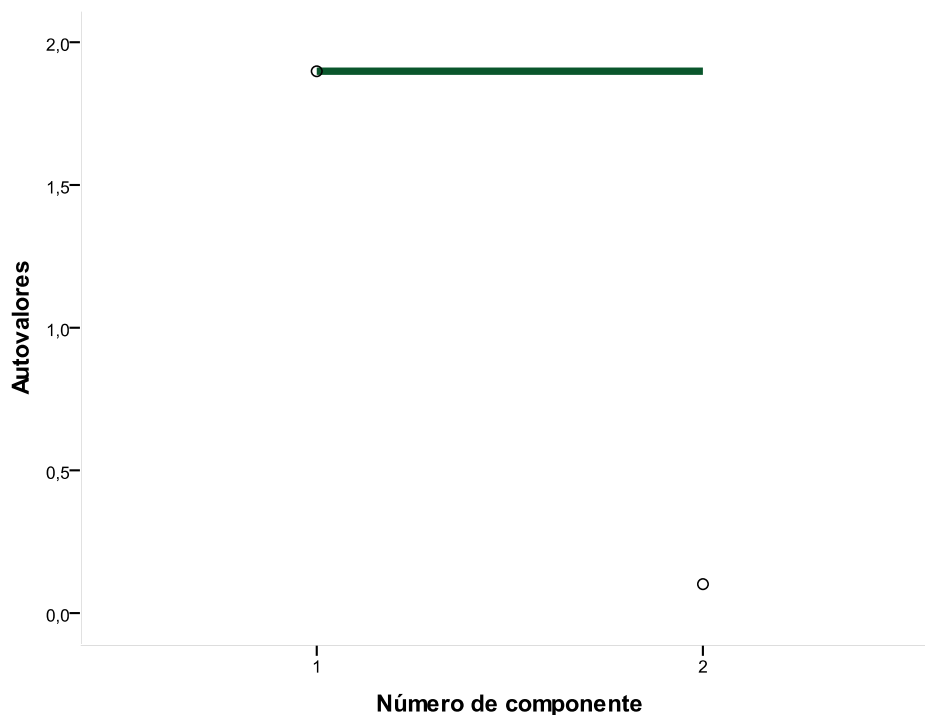


Gráfico 5. 43 Gráfico de sedimentación de la necesidad de ocio y actividades recreativas de la escala INICIARE®-64

☑ **14. Necesidad de aprender**

En la necesidad de ocio y actividades recreativas para la medida de adecuación muestral de KMO y la prueba de esfericidad de Bartlett se obtuvieron los siguientes resultados; sólo se extrajo un componente por lo que la solución no pudo ser rotada ni extraer diagramas de componentes. La enfermera valoró en una sola dimensión esta necesidad.

Tabla 5. 181 ANÁLISIS FACTORIAL DE LA NECESIDAD DE APRENDER: KMO Y BARTLETT		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin		,894
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	2602,723
	gl	21
	Sig.	,000

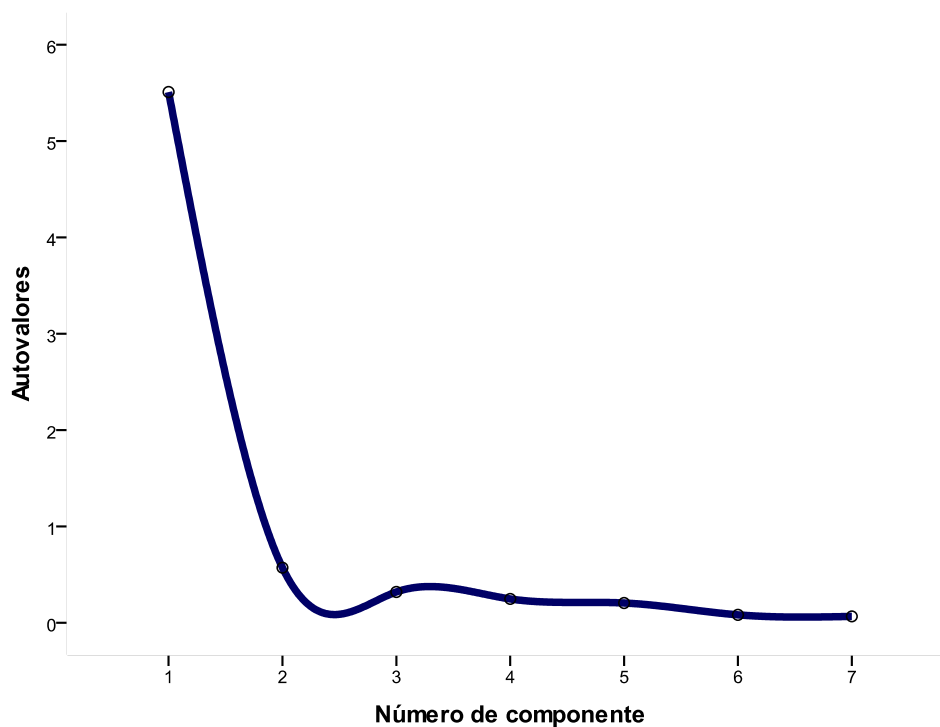


Gráfico 5. 44 Gráfico de sedimentación de la necesidad de aprender de la escala INICIARE®-64

## 5.2.5.2. Análisis de constructo global de la escala INICIARE®-64

Para este tipo de análisis, se realizó la Medida de adecuación muestral de KMO y la prueba de esfericidad de Bartlett. Se extrajeron tres componentes mediante el análisis de componentes principales que explicaban el 60,773% de la varianza; la matriz de componentes rotados mediante análisis de normalización Varimax con Kaiser, convergió en cinco iteraciones.

Tabla 5. 182 ANÁLISIS FACTORIAL DE LA ESCALA INICIARE®-64: KMO Y BARTLETT		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin		,851
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	2024,30
	gl	91
	Sig.	,000

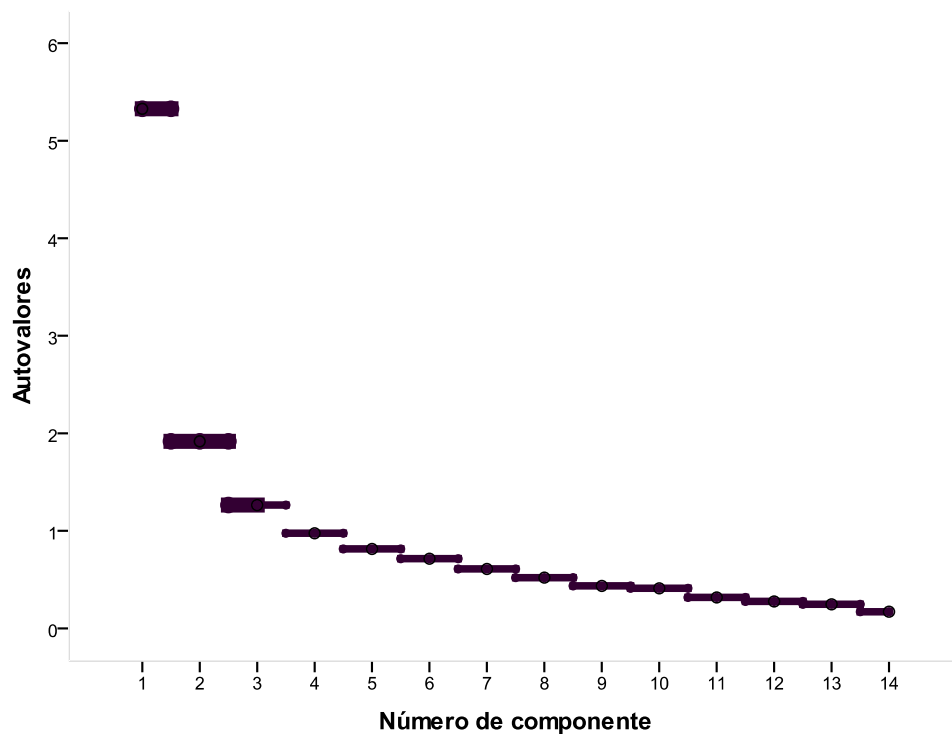


Gráfico 5. 45 Gráfico de sedimentación de la escala INICIARE®-64

Tabla 5. 183 ANÁLISIS FACTORIAL DE LA ESCALA INICIARE®-64: MATRIZ DE COMPONENTES Y DE ROTACIÓN				
DIMENSIONES (NECESIDADES)	Componentes			
	1	2	3	
Vivir según creencias y valores	,890	,132	,102	
Aprender	,866	,092	,167	
Evitar peligros	,811	,191	,096	
Trabajar y realizarse	,544	,530	,090	
Comunicarse y relacionarse	,534	,467	,058	
Ocio	,431	,385	,148	
Alimentarse e hidratarse	,295	,686	,241	
Mantener la temperatura adecuada	,027	,634	,033	
Respirar	,092	,626	,137	
Dormir y descansar	,219	,584	,050	
Eliminar	,194	,555	,414	
Higiene	,162	,033	,884	
Vestirse	,040	,224	,868	
Moverse y mantener la postura	,154	,177	,857	
<b>MATRIZ DE TRANSFORMACIÓN DE LAS COMPONENTES</b>				
Dimensión 1	,656	,595	,464	
Dimensión 2	-,535	-,067	,842	
Dimensión 3	-,532	,801	-,274	
<b>VARIANZA TOTAL EXPLICADA</b>				
Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación	Total	3,200	2,705	2,603
	% de la varianza	22,858	19,321	18,594
	% acumulado	22,858	42,179	60,773

Como podemos comprobar después del análisis factorial del global de la escala, podemos deducir, que las enfermeras valoraban a los pacientes en función de tres factores:

1. El factor cognitivo-conductual, que engloba las necesidades de: Vivir según creencias y valores, Aprender, Evitar peligros, Trabajar y realizarse, Comunicarse y relacionarse y Ocio.
2. El factor fisiológico básico, que engloba las necesidades de: Dormir, Respirar, Alimentarse y Mantener la Temperatura Corporal.
3. Y el factor fisiológico instrumental, que engloba las necesidades de: Higiene, Vestirse y Moverse.

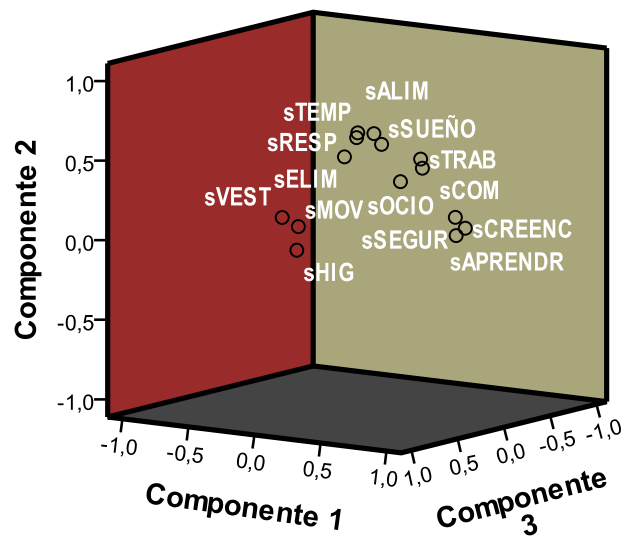


Gráfico 5. 46 Gráfico de componentes rotados de la escala INICIARE®-64

### 5.2.6. MEDIDA DEL NIVEL DE DEPENDENCIA EN NECESIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA CON LA ESCALA INICIARE®-64

La normalidad del INICIARE®-64 se evaluó con la prueba de Kolmogorov-Smirnov con la corrección de la significación de Lilliefors y la prueba de Shapiro-Wik. Las hipótesis a contrastar fueron:

- *H0* La variable se distribuye normalmente.
- *H1* La variable no se distribuye normalmente.

Según la tabla 5.182 la significación estadística fue  $< 0,05$  por lo que aceptamos la hipótesis nula, que es la de normalidad. El estadístico de Shapiro-Wilks también tuvo



una significación menor de 0,0001 (<0,05), consecuentemente tampoco se puede rechazar la hipótesis de normalidad.

Tabla 5. 184 PRUEBAS DE NORMALIDAD DE LA ESCALA INICIARE®-64						
NECESIDAD DE:	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Respirar	,213	319	,000	,790	319	,000
Alimentarse e hidratarse	,133	319	,000	,912	319	,000
Eliminar	,172	319	,000	,875	319	,000
Moverse y mantener la posición corporal	,122	319	,000	,923	319	,000
Dormir y descansar	,141	319	,000	,914	319	,000
Vestirse y desvestirse	,172	319	,000	,847	319	,000
Temperatura corporal	,345	319	,000	,677	319	,000
Higiene e integridad de piel y mucosas	,166	319	,000	,881	319	,000
Evitar peligros	,139	319	,000	,902	319	,000
Comunicarse y relacionarse	,412	319	,000	,549	319	,000
Creencias y valores	,111	319	,000	,937	319	,000
Trabajar y realizarse	,121	319	,000	,933	319	,000
Actividades recreativas y de ocio	,177	319	,000	,863	319	,000
Aprender	,116	319	,000	,922	319	,000
<b>NIVEL DE DEPENDENCIA</b>	,081	319	,000	,969	319	,000

La Escala INICIARE®-64 mide el nivel de necesidad de cuidados de los pacientes o nivel de dependencia en cuidados de enfermería con un puntaje que oscilaría entre 64 puntos cuando el paciente estuviera en la condición menos deseable, a 320 que coincidiría con un paciente que fuese independiente en necesidades de cuidados.

Tabla 5. 185 PUNTAJE DEL NIVEL DE NECESIDAD DE CUIDADOS MEDIDO CON LA ESCALA INICIARE®-64				
		Rango	Media	Desviación típica
1	RESPIRAR	10-50	45,17	6,075
2	ALIMENTARSE E HIDRATARSE	9-45	36,97	6,885
3	ELIMINAR	7-35	29,83	29,566
4	MOVERSE Y MANTENER LA POSICIÓN CORPORAL	4-20	13,52	5,056
5	REPOSO-SUEÑO	3-15	11,09	3,300
6	VESTIRSE Y DESVESTIRSE	2-10	5,89	3,154
7	MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL	3-15	13,61	1,863
8	HIGIENE E INTEGRIDAD DE PIEL Y MUCOSAS	2-10	5,75	2,945
9	EVITAR PELIGROS	4-20	15,438	4,470
10	COMUNICARSE Y RELACIONARSE	4-20	18,73	2,386
11	CREENCIAS Y VALORES	3-15	18,50	5,077
12	TRABAJAR Y REALIZARSE	4-20	14,83	4,110
13	OCIO Y ACTIVIDADES RECREATIVAS	2-10	7,02	2,807
14	APRENDER	7-35	28,75	9,205
<b>INICIARE®-64</b>		<b>64-320</b>	<b>128</b>	

Con este análisis no podemos establecer aún los puntos de corte para cada nivel de necesidad de cuidados de los pacientes valorados, que será necesario establecerlo en un estudio posterior.

La distribución por percentiles de la Escala INICIARE®-64 según necesidades ó dimensiones fue la siguiente:

Tabla 5. 186 NIVEL DE NECESIDAD DE CUIDADOS POR PERCENTILES DE LA ESCALA INICIARE®-64							
NECESIDAD DE:	PERCENTILES						
	5	10	25	50	75	90	95
	<b>PROMEDIO PONDERADO</b>						
Respirar	33,00	37,00	42,00	48,00	50,00	50,00	50,00
Alimentarse e hidratarse	21,00	24,00	29,00	34,00	38,00	40,00	40,00
Eliminar	18,00	19,00	23,00	27,00	30,00	30,00	30,00
Moverse y mantener la posición corporal	5,00	6,00	9,00	14,00	18,00	20,00	20,00
Dormir y descansar	5,00	6,00	9,00	12,00	15,00	15,00	15,00
Vestirse y desvestirse	2,00	2,00	2,00	6,00	10,00	10,00	10,00
Temperatura corporal	11,00	12,00	13,00	15,00	15,00	15,00	15,00
Higiene e integridad de piel y mucosas	2,00	2,00	3,00	5,00	9,00	10,00	10,00
Evitar peligros	7,00	9,00	12,00	16,00	19,00	20,00	20,00
Comunicarse y relacionarse	14,00	16,00	19,00	20,00	20,00	20,00	20,00
Creencias y valores	10,00	12,00	15,00	19,00	23,00	25,00	25,00
Trabajar y realizarse	7,00	9,00	12,00	16,00	18,00	20,00	20,00
Actividades recreativas y de ocio	2,00	2,00	4,00	8,00	10,00	10,00	10,00
Aprender	11,00	13,00	19,00	26,00	33,00	35,00	35,00
<b>NIVEL DE DEPENDENCIA</b>	<b>177,0</b>	<b>196,5</b>	<b>226,0</b>	<b>251,0</b>	<b>271,50</b>	<b>292,0</b>	<b>300,5</b>
	<b>BISAGRAS DE TUKEY</b>						
Respirar			42,00	48,00	50,00		
Alimentarse e hidratarse			29,25	34,00	38,00		
Eliminar			23,00	27,00	30,00		
Moverse y mantener la posición corporal			9,00	14,00	18,00		
Dormir y descansar			9,00	12,00	15,00		
Vestirse y desvestirse			2,50	6,00	10,00		
Temperatura corporal			13,50	15,00	15,00		
Higiene e integridad de piel y mucosas			3,00	5,00	9,00		
Evitar peligros			12,50	16,00	19,00		
Comunicarse y relacionarse			19,00	20,00	20,00		
Creencias y valores			15,00	19,00	23,00		
Trabajar y realizarse			12,00	16,00	18,00		
Actividades recreativas y de ocio			4,00	8,00	10,00		
Aprender			19,00	26,00	33,000		
<b>NIVEL DE DEPENDENCIA</b>			<b>226,3</b>	<b>251,0</b>	<b>271,50</b>		

La puntuación media al medir el nivel de dependencia en necesidades de cuidados de los pacientes fue de 247,09 puntos sobre los 320 puntos máximos posibles. Esto nos mostró que nuestros pacientes tuvieron un nivel de dependencia de moderado a escaso o independiente, con respecto a la necesidad de cuidados.

El rango de puntuaciones fue de 181 puntos; nos encontramos con una puntuación mínima de 129 puntos y una máxima de 310 (cerca al estado ideal), aunque no hubo ningún paciente en condiciones de total independencia.

**Tabla 5. 187 DESCRIPTIVO DEL NIVEL DE DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES VALORADOS CON LA ESCALA INICIARE®-64**

	Estadístico	Error típico
<b>Media</b>	247,09	2,036
<b>Intervalo de confianza para la media al 95%</b>	Límite inferior	243,09
	Límite superior	251,10
<b>Media recortada al 5%</b>	248,70	
<b>Mediana</b>	251,00	
<b>Varianza</b>	1322,36	
<b>Desviación típica</b>	36,364	
<b>Mínimo</b>	129,00	
<b>Máximo</b>	310,00	
<b>Rango</b>	181,00	
<b>Amplitud intercuartil</b>	45,50	
<b>Asimetría</b>	-,631	,13
<b>Curtosis</b>	,171	,27

Las puntuaciones presentaron una asimetría negativa (se agruparon a la derecha de la escala), siendo congruente con las puntuaciones de cada una de las dimensiones, lo que nos viene a confirmar que los pacientes en general tenían un nivel de dependencia de moderado a escaso o independiente de los cuidados de enfermería.

Obtuvimos también los gráficos de frecuencias en histogramas con línea de interpolación y curva de distribución o en cajas, gráficos Q-Q normal y gráficos Q-Q sin tendencias.

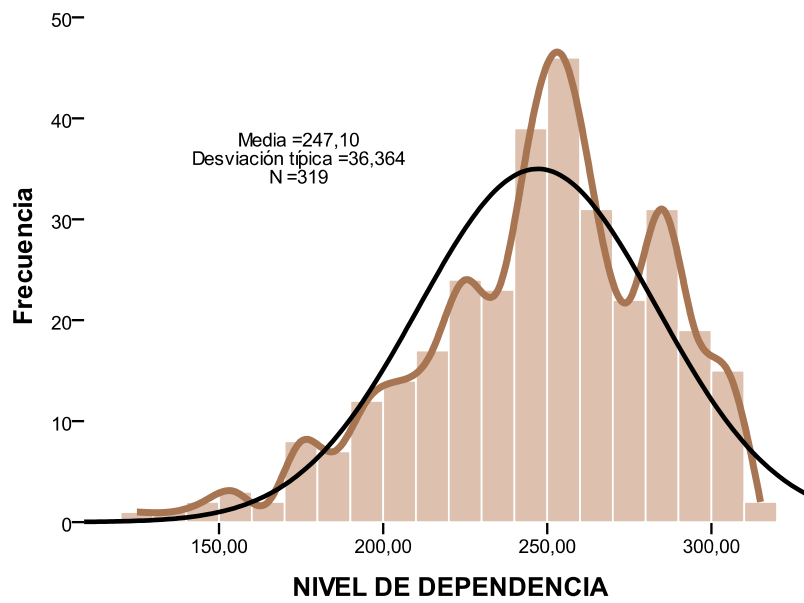


Gráfico 5. 47 Histograma con línea de interpolación y curva de distribución del nivel de dependencia de los pacientes valorados con la escala INICIARE®-64

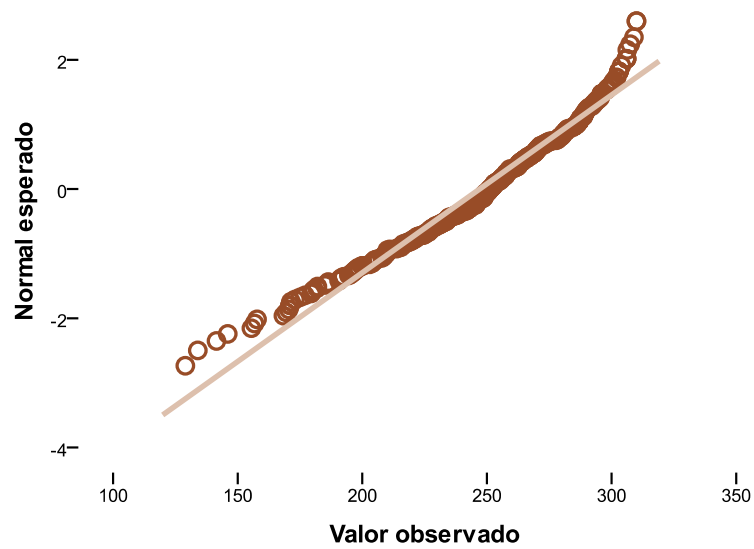
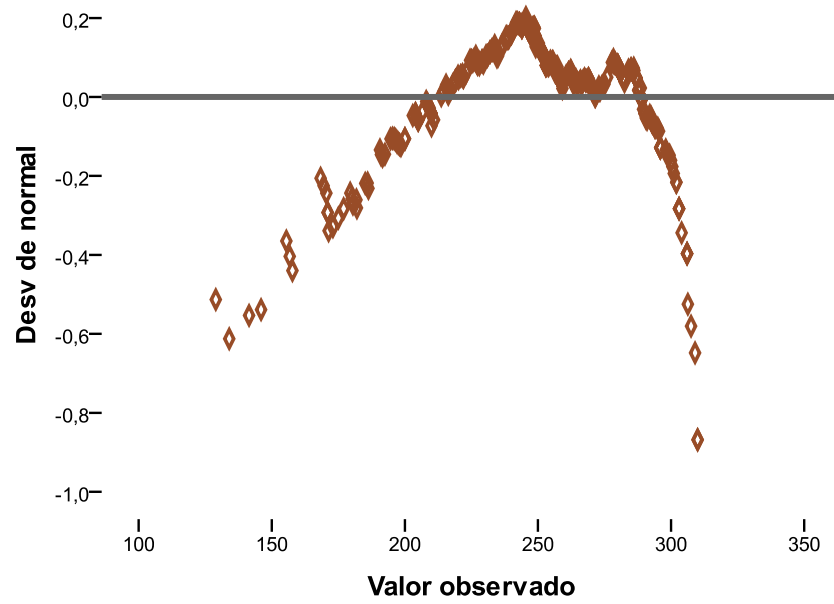


Gráfico 5. 48 Gráfico Q-Q normal del nivel de dependencia de los pacientes valorados con la escala INICIARE®-64



**Gráfico 5. 49 Gráfico Q-Q normal sin tendencias del nivel de dependencia de los pacientes valorados con la escala INICIARE®-64**

Se incluyó además el nivel de dependencia de cada una de las necesidades o dimensiones.

### 5.2.6.1. Nivel de dependencia en cuidados de la necesidad de respirar de la escala INICIARE®-64

Tabla 5. 188 NIVEL DE DEPENDENCIA EN CUIDADOS NECESIDAD DE RESPIRAR DE LA ESCALA INICIARE®-64			
		Estadístico	Error típico
<b>Media</b>		45,17	,340
<b>Intervalo de confianza para la media al 95%</b>	Límite inferior	44,50	
	Límite superior	45,84	
<b>Media recortada al 5%</b>		45,89	
<b>Mediana</b>		48,00	
<b>Varianza</b>		36,901	
<b>Desviación típica</b>		6,075	
<b>Mínimo</b>		20	
<b>Máximo</b>		50	
<b>Rango</b>		30	
<b>Amplitud intercuartil</b>		8	
<b>Asimetría</b>		-1,625	,137
<b>Curtosis</b>		2,580	,272

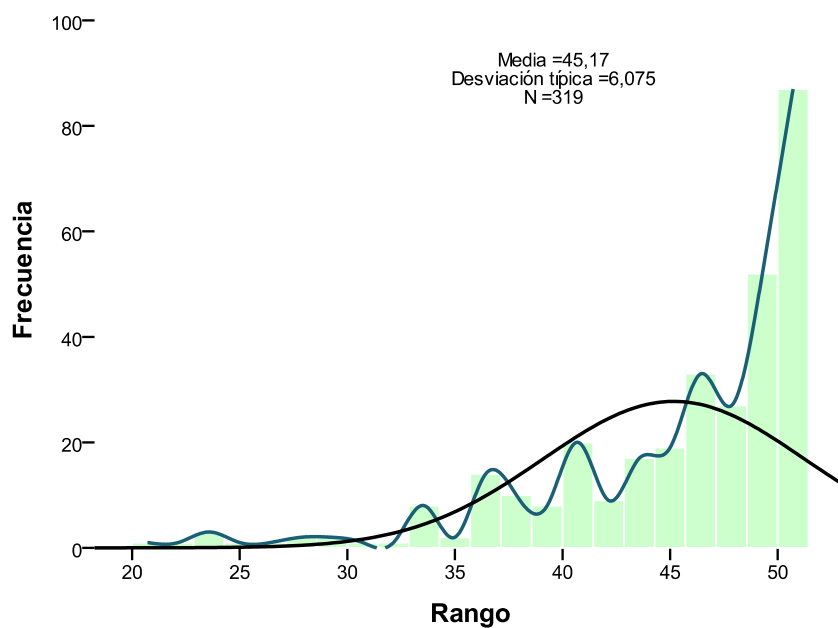


Gráfico 5. 50 Histograma con línea de interpolación y curva de distribución de la necesidad de respirar de la escala INICIARE®-64

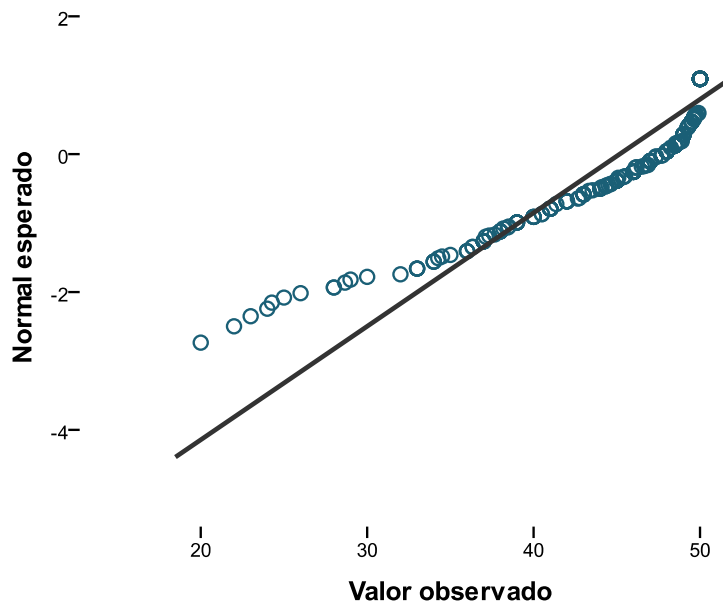


Gráfico 5. 51 Gráfico Q-Q normal de la necesidad de respirar de la escala INICIARE®-64

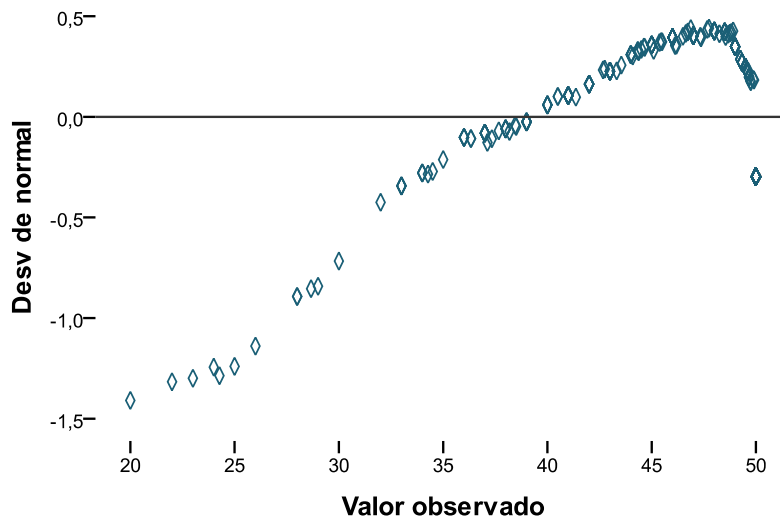
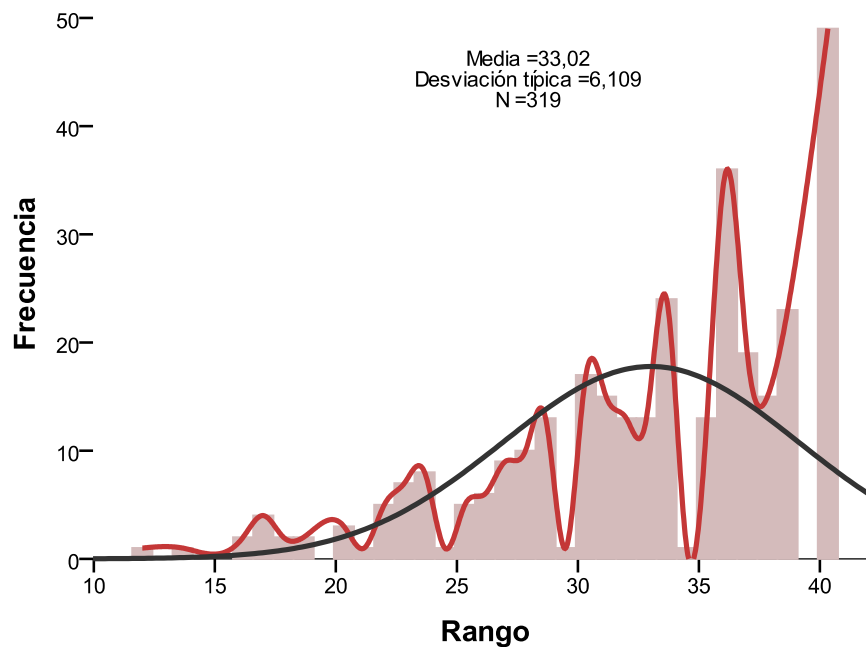


Gráfico 5. 52 Gráfico Q-Q sin tendencias de la necesidad de respirar de la escala INICIARE®-64

## 5.2.6.2. Nivel de dependencia en cuidados de la necesidad de alimentarse e hidratarse de la escala INICIARE®-64

**Tabla 5. 189 NIVEL DE DEPENDENCIA EN CUIDADOS NECESIDAD DE ALIMENTARSE E HIDRATARSE DE LA ESCALA INICIARE®-64**

		Estadístico	Error típico
<b>Media</b>		33,02	,342
<b>Intervalo de confianza para la media al 95%</b>	Límite inferior	32,34	
	Límite superior	33,69	
<b>Media recortada al 5%</b>		33,49	
<b>Mediana</b>		34,00	
<b>Varianza</b>		37,318	
<b>Desviación típica</b>		6,109	
<b>Mínimo</b>		12	
<b>Máximo</b>		40	
<b>Rango</b>		28	
<b>Amplitud intercuartil</b>		9	
<b>Asimetría</b>		-,929	,137
<b>Curtosis</b>		,348	,272



**Gráfico 5. 53 Histograma con línea de interpolación y curva de distribución de la necesidad de alimentarse e hidratarse de la escala INICIARE®-64**



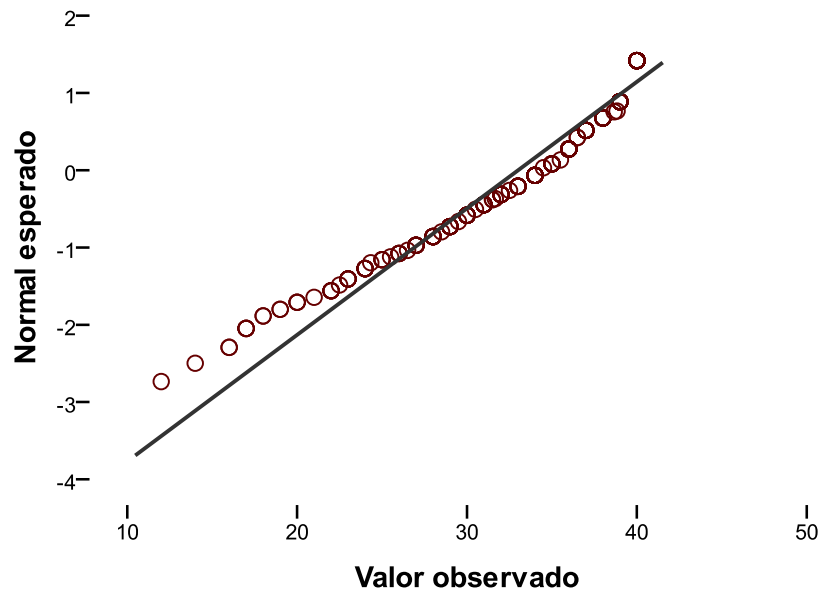


Gráfico 5. 54 Gráfico Q-Q normal de la necesidad de alimentarse e hidratarse de la escala INICIARE®-64

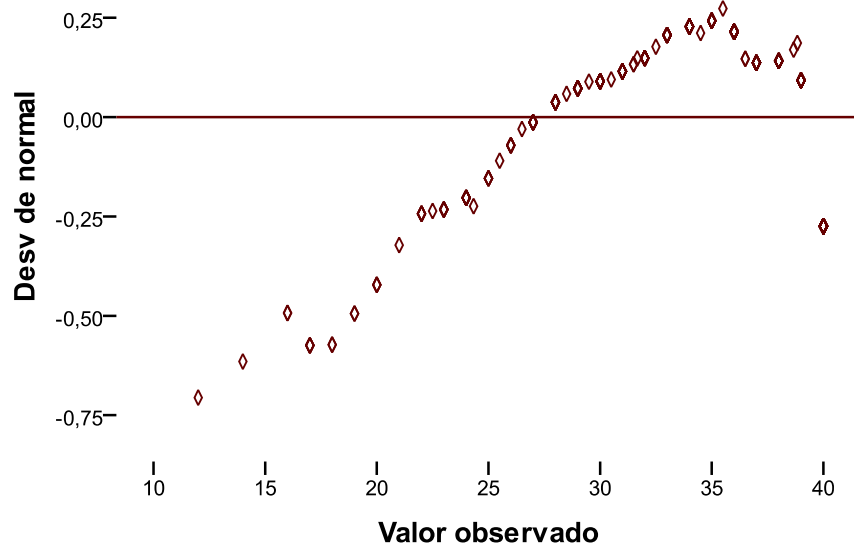
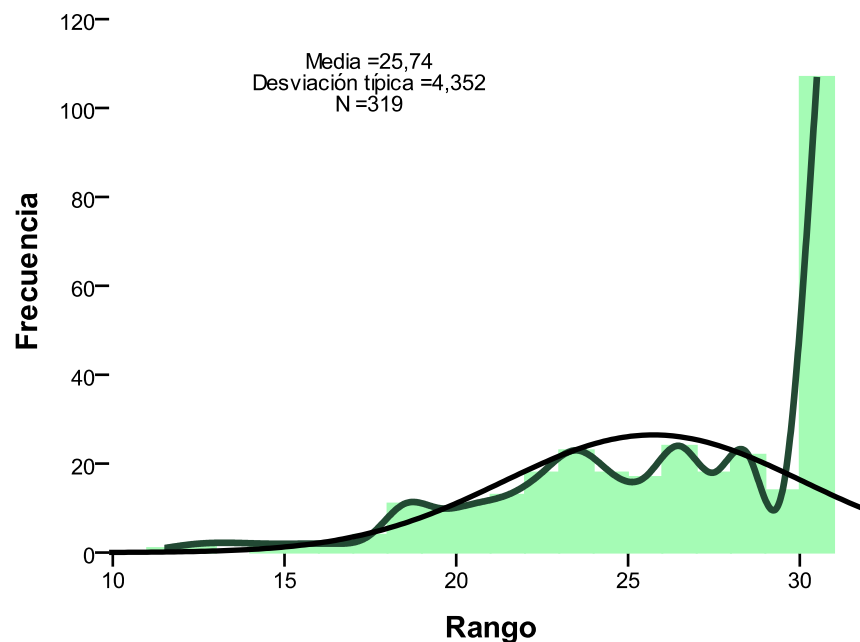


Gráfico 5. 55 Gráfico Q-Q sin tendencias de la necesidad de alimentarse e hidratarse de la escala INICIARE®-64

### 5.2.6.3. Nivel de dependencia en cuidados de la necesidad de eliminar de la escala INICIARE®-64

**Tabla 5. 190 NIVEL DE DEPENDENCIA EN CUIDADOS NECESIDAD DE ELIMINAR DE LA ESCALA INICIARE®-64**

		Estadístico	Error típico
<b>Media</b>		25,74	,244
<b>Intervalo de confianza para la media al 95%</b>	Límite inferior	25,26	
	Límite superior	26,22	
<b>Media recortada al 5%</b>		26,07	
<b>Mediana</b>		27,00	
<b>Varianza</b>		18,936	
<b>Desviación típica</b>		4,352	
<b>Mínimo</b>		11	
<b>Máximo</b>		30	
<b>Rango</b>		19	
<b>Amplitud intercuartil</b>		7	
<b>Asimetría</b>		-,849	,137
<b>Curtosis</b>		,011	,272



**Gráfico 5. 56 Histograma con línea de interpolación y curva de distribución de la necesidad de eliminar de la escala INICIARE®-64**

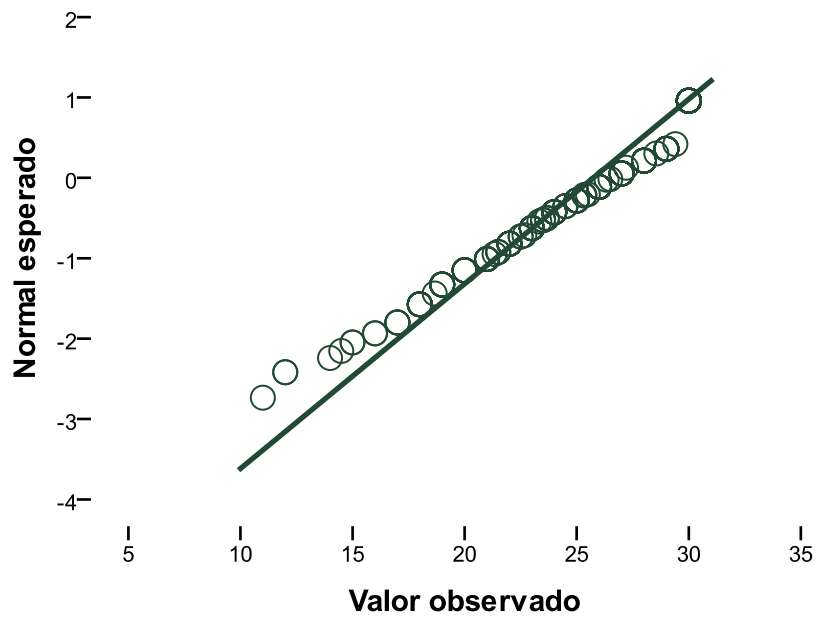


Gráfico 5. 57 Gráfico Q-Q normal de la necesidad de eliminar de la escala INICIARE®-64

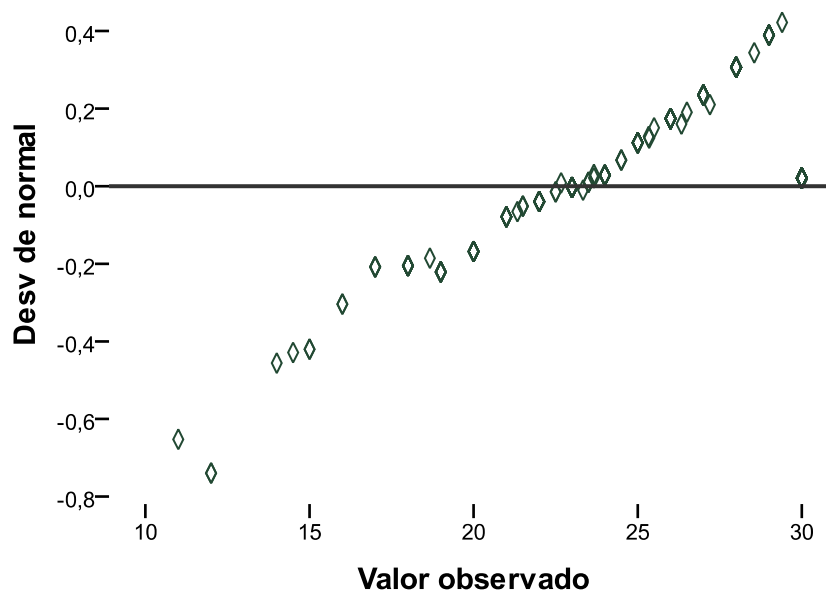


Gráfico 5. 58 Gráfico Q-Q sin tendencias de la necesidad de eliminar de la escala INICIARE®-64

### 5.2.6.4. Nivel de dependencia en cuidados de la necesidad de moverse y mantener la posición corporal de la escala INICIARE®-64

Tabla 5. 191 NIVEL DE DEPENDENCIA EN CUIDADOS NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER LA POSICIÓN CORPORAL DE LA ESCALA INICIARE®-64			
		Estadístico	Error típico
<b>Media</b>		13,55	,283
<b>Intervalo de confianza para la media al 95%</b>	Límite inferior	13,00	
	Límite superior	14,11	
<b>Media recortada al 5%</b>		13,72	
<b>Mediana</b>		14,00	
<b>Varianza</b>		25,485	
<b>Desviación típica</b>		5,048	
<b>Mínimo</b>		4	
<b>Máximo</b>		20	
<b>Rango</b>		16	
<b>Amplitud intercuartil</b>		9	
<b>Asimetría</b>		-,352	,137
<b>Curtosis</b>		-1,127	,272

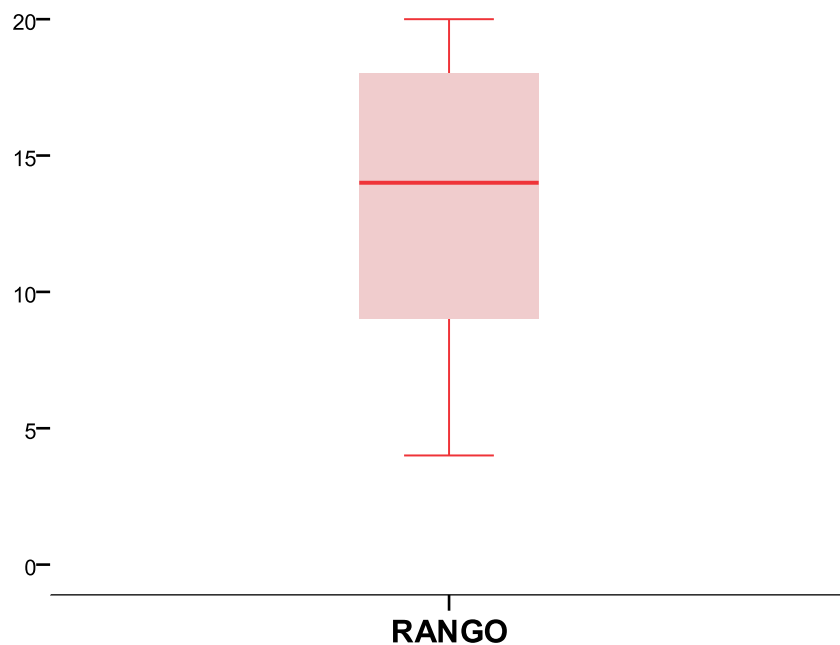


Gráfico 5. 59 Gráfico de cajas de la necesidad de moverse y mantener la posición corporal de la escala INICIARE®-64

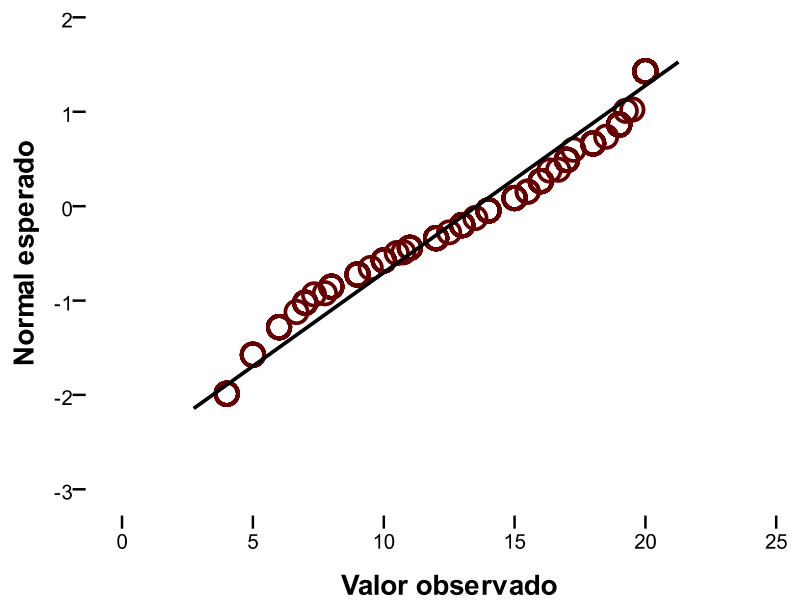


Gráfico 5. 60 Gráfico Q-Q normal de la necesidad de moverse y mantener la posición corporal de la escala INICIARE®-64

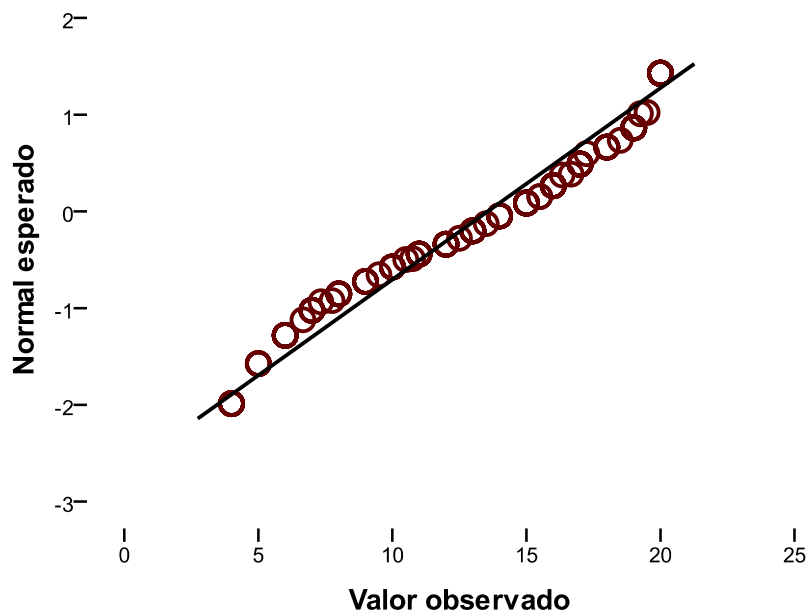


Gráfico 5. 61 Gráfico Q-Q sin tendencias de la necesidad de moverse y mantener la posición corporal de la escala INICIARE®-64

### 5.2.6.5. Nivel de dependencia en cuidados de la necesidad de dormir y descansar la posición corporal de la escala INICIARE®-64

Tabla 5. 192 NIVEL DE DEPENDENCIA EN CUIDADOS NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR DE LA ESCALA INICIARE®-64			
		Estadístico	Error típico
<b>Media</b>		11,46	
<b>Intervalo de confianza para la media al 95%</b>	Límite inferior	11,27	
	Límite superior	12,00	
<b>Media recortada al 5%</b>		10,929	
<b>Mediana</b>		3,306	
<b>Varianza</b>		3	
<b>Desviación típica</b>		15	
<b>Mínimo</b>		12	
<b>Máximo</b>		6	
<b>Rango</b>		-,486	,137
<b>Amplitud intercuartil</b>		-,685	,272
<b>Asimetría</b>		10,73	
<b>Curtosis</b>		11,46	

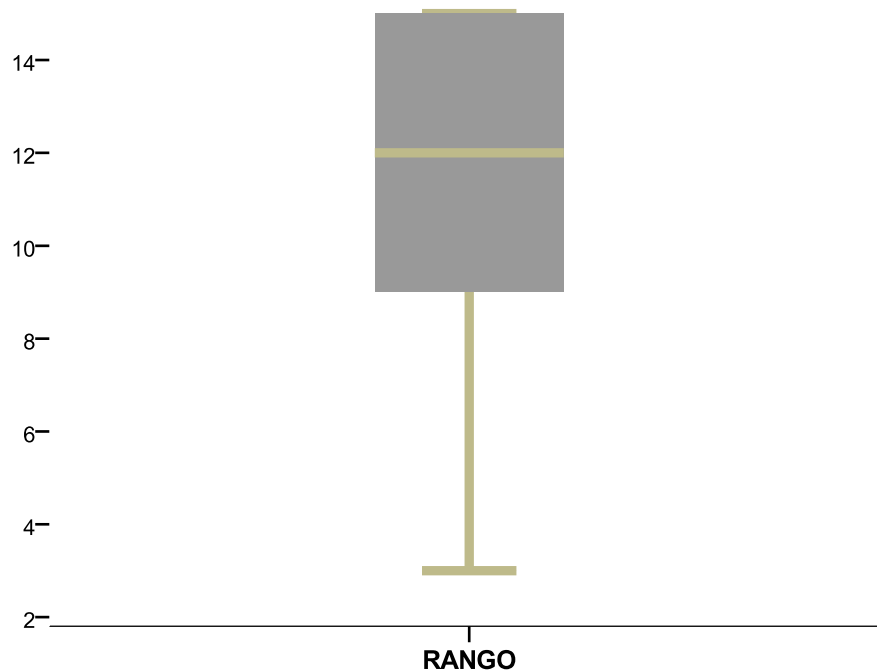


Gráfico 5. 62 Gráfico de cajas de la necesidad de dormir y descansar de la escala INICIARE®-64

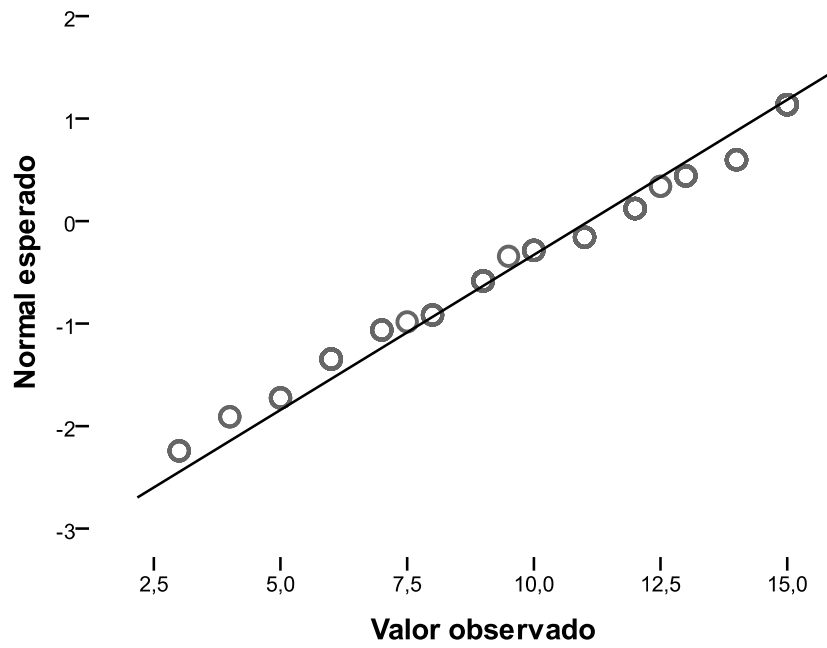


Gráfico 5. 63 Gráfico Q-Q normal de la necesidad de dormir y descansar de la escala INICIARE®-64

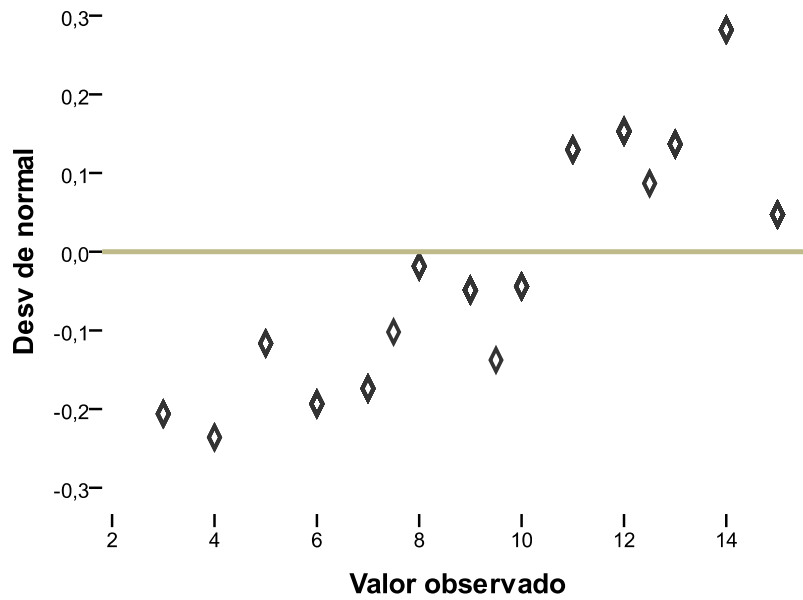


Gráfico 5. 64 Gráfico Q-Q sin tendencias de la necesidad de dormir y descansar de la escala INICIARE®-64

### 5.2.6.6. Nivel de dependencia en cuidados de la necesidad de vestirse y desvestirse de la escala INICIARE®-64

Tabla 5. 193 NIVEL DE DEPENDENCIA EN CUIDADOS NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE DE LA ESCALA INICIARE®-64			
		Estadístico	Error típico
<b>Media</b>		5,91	,177
<b>Intervalo de confianza para la media al 95%</b>	Límite inferior	5,56	
	Límite superior	6,25	
<b>Media recortada al 5%</b>		5,90	
<b>Mediana</b>		6,00	
<b>Varianza</b>		9,945	
<b>Desviación típica</b>		3,154	
<b>Mínimo</b>		2	
<b>Máximo</b>		10	
<b>Rango</b>		8	
<b>Amplitud intercuartil</b>		8	
<b>Asimetría</b>		,104	,137
<b>Curtosis</b>		-1,554	,272

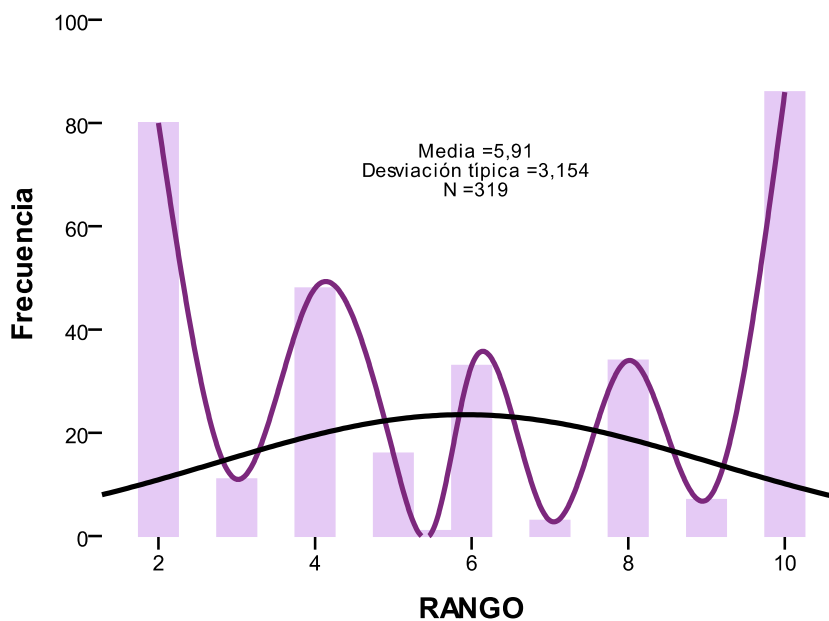


Gráfico 5. 65 Histograma con línea de interpolación y curva de distribución de la necesidad de vestirse y desvestirse de la escala INICIARE®-64



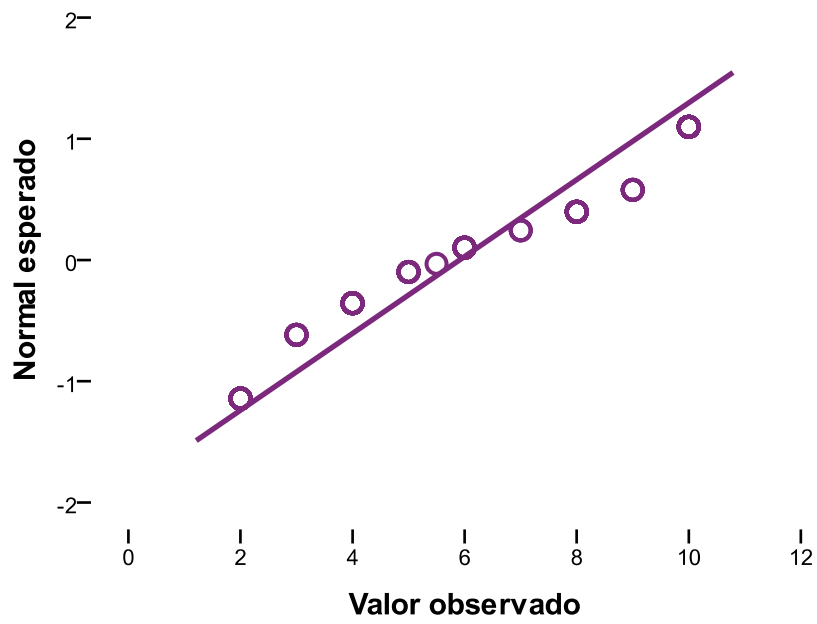


Gráfico 5. 66 Gráfico Q-Q normal de la necesidad de vestirse y desvestirse de la escala INICIARE®-64

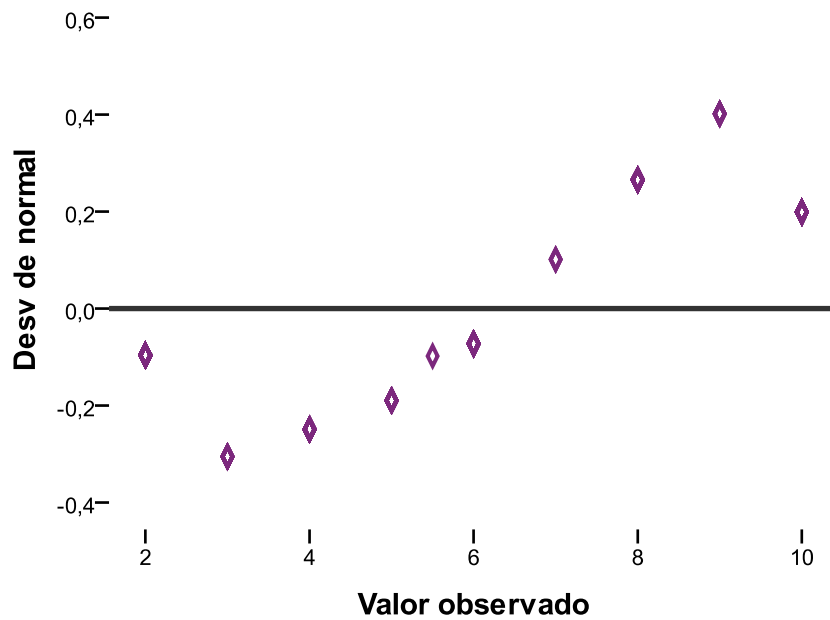


Gráfico 5. 67 Gráfico Q-Q normal sin tendencias de la necesidad de vestirse y desvestirse de la escala INICIARE®-64

### 5.2.6.7. Nivel de dependencia en cuidados de la necesidad de mantener la temperatura corporal de la escala INICIARE®-64

Tabla 5. 194 NIVEL DE DEPENDENCIA EN CUIDADOS NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DE LA ESCALA INICIARE®-64			
		Estadístico	Error típico
<b>Media</b>		14,01	,090
<b>Intervalo de confianza para la media al 95%</b>	Límite inferior	13,83	
	Límite superior	14,19	
<b>Media recortada al 5%</b>		14,22	
<b>Mediana</b>		15,00	
<b>Varianza</b>		2,588	
<b>Desviación típica</b>		1,609	
<b>Mínimo</b>		6	
<b>Máximo</b>		15	
<b>Rango</b>		9	
<b>Amplitud intercuartil</b>		2	
<b>Asimetría</b>		-1,858	,137
<b>Curtosis</b>		3,415	,272

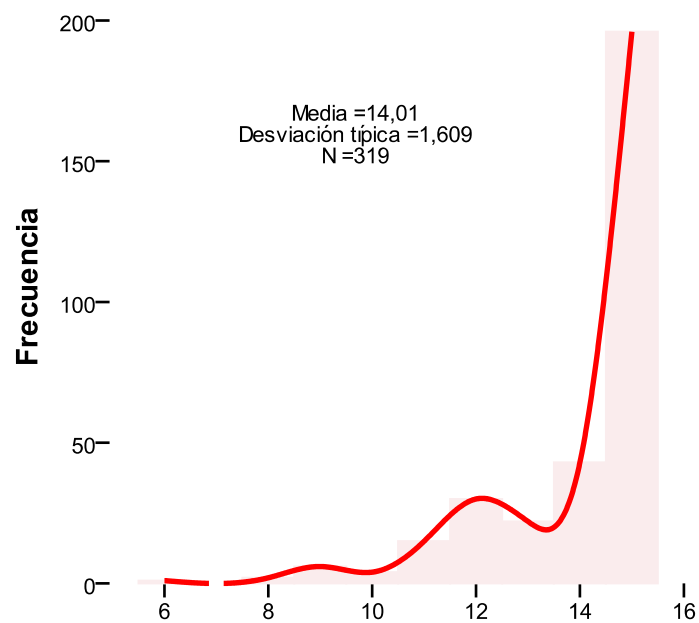


Gráfico 5. 68 Histograma con línea de interpolación y curva de distribución de la necesidad de mantener la temperatura corporal de la escala INICIARE®-64

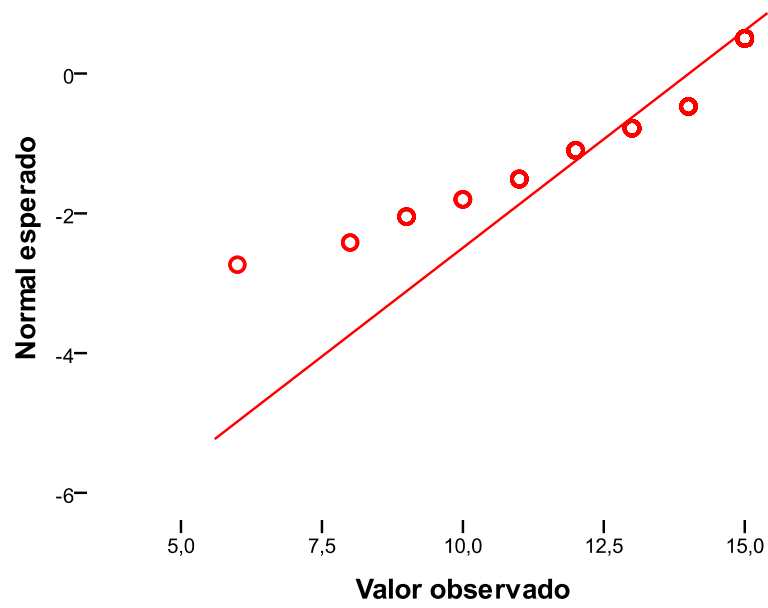


Gráfico 5. 69 Gráfico Q-Q normal de la necesidad de mantener la temperatura corporal de la escala INICIARE®-64

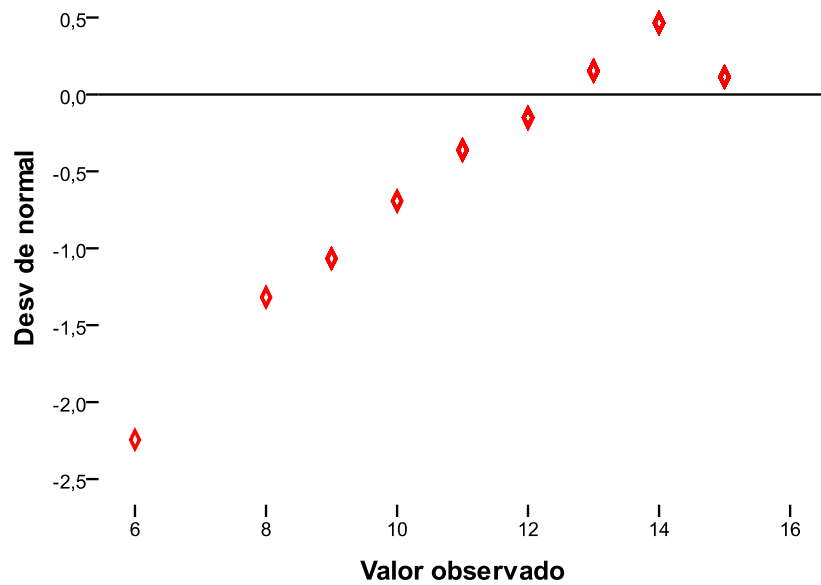


Gráfico 5. 70 Gráfico Q-Q sin tendencias de la necesidad de mantener la temperatura corporal de la escala INICIARE®-64

### 5.2.6.8. Nivel de dependencia en cuidados de la necesidad de higiene e integridad de piel y mucosas de la escala INICIARE®-64

Tabla 5. 195 NIVEL DE DEPENDENCIA EN CUIDADOS NECESIDAD DE HIGIENE E INTEGRIDAD DE PIEL Y MUCOSAS DE LA ESCALA INICIARE®-64			
		Estadístico	Error típico
<b>Media</b>		5,78	,165
<b>Intervalo de confianza para la media al 95%</b>	Límite inferior	5,45	
	Límite superior	6,10	
<b>Media recortada al 5%</b>		5,75	
<b>Mediana</b>		5,00	
<b>Varianza</b>		8,655	
<b>Desviación típica</b>		2,942	
<b>Mínimo</b>		2	
<b>Máximo</b>		10	
<b>Rango</b>		8	
<b>Amplitud intercuartil</b>		6	
<b>Asimetría</b>		,188	,137
<b>Curtosis</b>		-1,455	,272

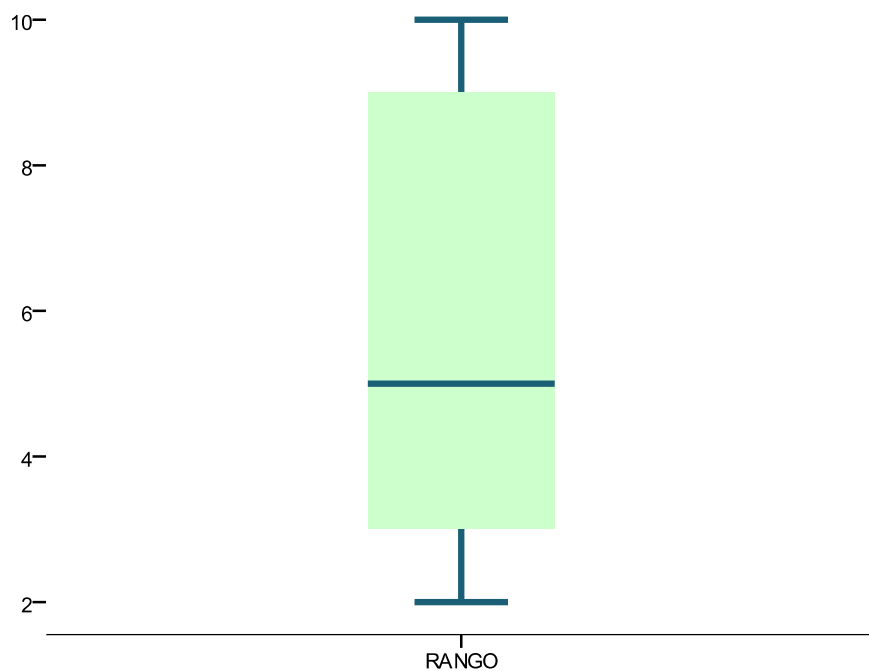


Gráfico 5. 71 Gráfico de cajas de la necesidad de higiene e integridad de piel y mucosas de la escala INICIARE®-64

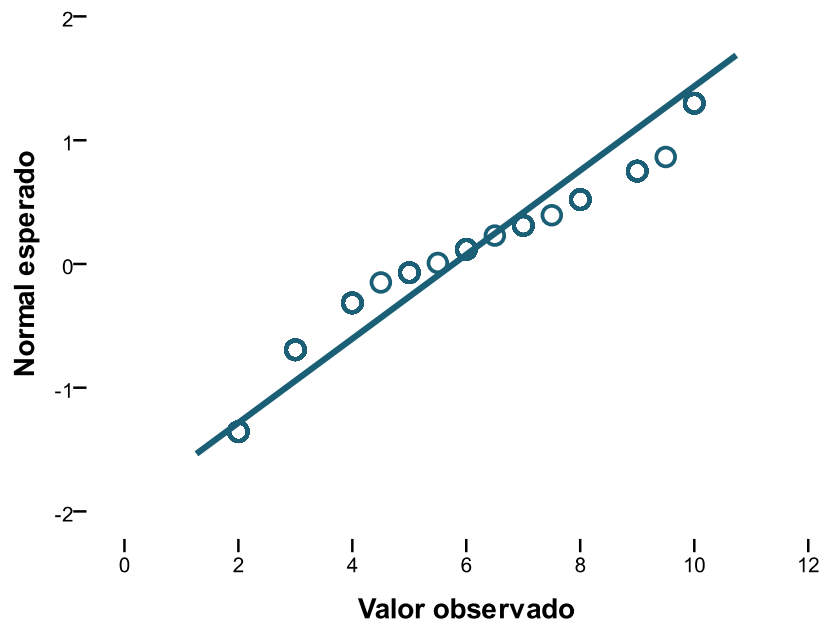


Gráfico 5. 72 Gráfico Q-Q normal de la necesidad de higiene e integridad de piel y mucosas de la escala INICIARE®-64

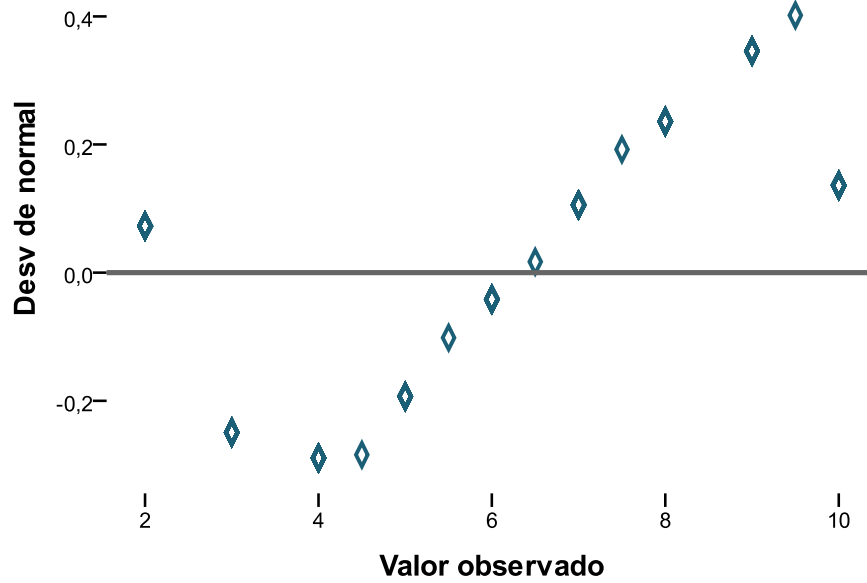
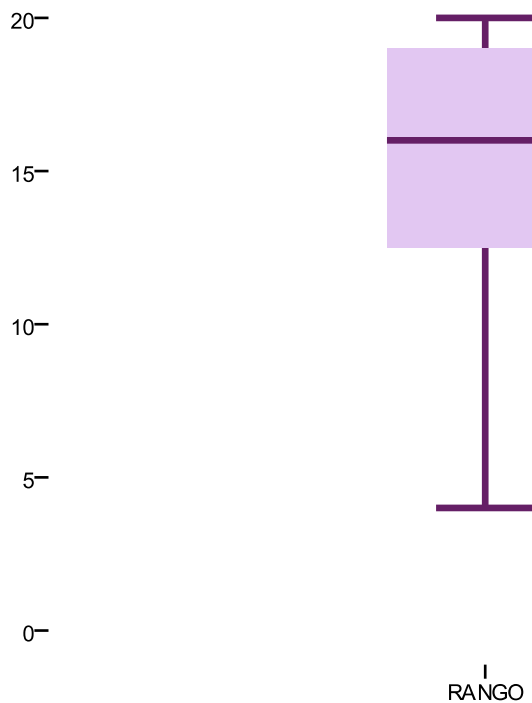


Gráfico 5. 73 Gráfico Q-Q normal sin tendencias de la necesidad de higiene e integridad de piel y mucosas de la escala INICIARE®-64

### 5.2.6.9. Nivel de dependencia en cuidados de la necesidad de evitar peligros de la escala INICIARE®-64

**Tabla 5. 196 NIVEL DE DEPENDENCIA EN CUIDADOS NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS DE LA ESCALA INICIARE®-64**

		Estadístico	Error típico
<b>Media</b>		15,32	,242
<b>Intervalo de confianza para la media al 95%</b>	Límite inferior	14,84	
	Límite superior	15,79	
<b>Media recortada al 5%</b>		15,61	
<b>Mediana</b>		16,00	
<b>Varianza</b>		18,618	
<b>Desviación típica</b>		4,315	
<b>Mínimo</b>		4	
<b>Máximo</b>		20	
<b>Rango</b>		16	
<b>Amplitud intercuartil</b>		7	
<b>Asimetría</b>		-,723	,137
<b>Curtosis</b>		-,356	,272



**Gráfico 5. 74 Gráfico de cajas de la necesidad de evitar peligros de la escala INICIARE®-64**

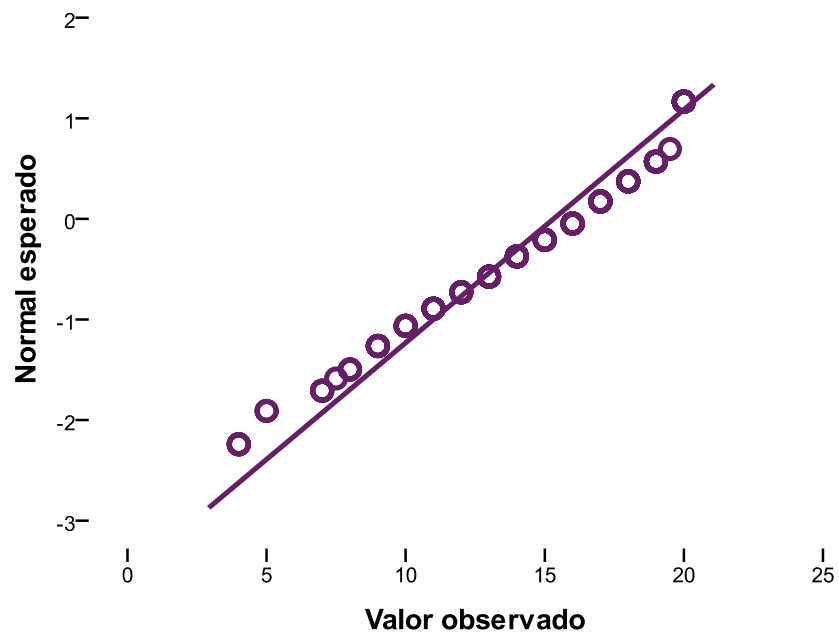


Gráfico 5. 75 Gráfico Q-Q normal de la necesidad de evitar peligros de la escala INICIARE®-64

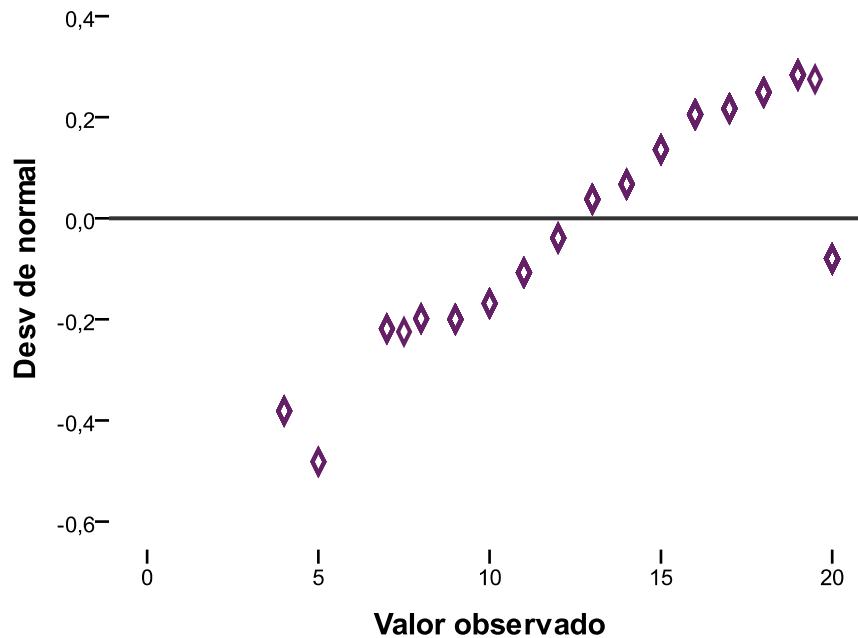
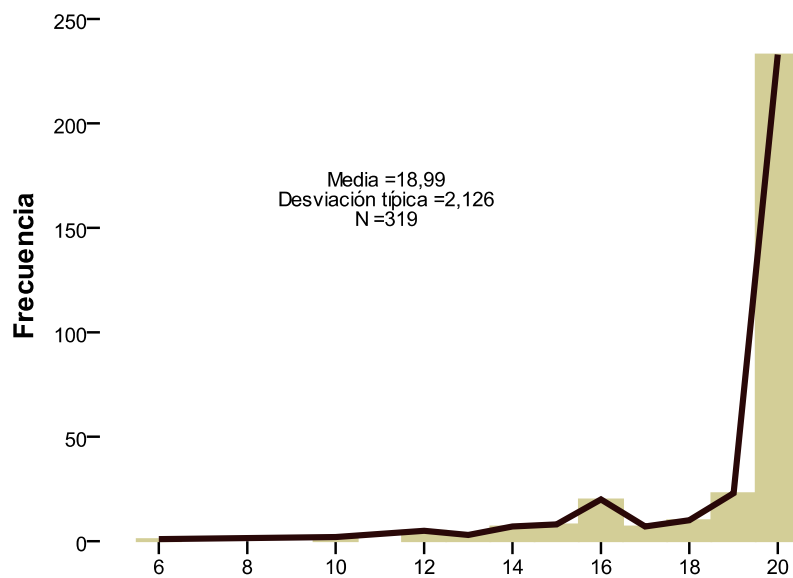


Gráfico 5. 76 Gráfico Q-Q normal sin tendencias de la necesidad de higiene e integridad de piel y mucosas de la escala INICIARE®-64

### 5.2.6.10. Nivel de dependencia en cuidados de la necesidad de comunicarse y relacionarse de la escala INICIARE®-64

**Tabla 5. 197 NIVEL DE DEPENDENCIA EN CUIDADOS NECESIDAD DE COMUNICARSE Y RELACIONARSE DE LA ESCALA INICIARE®-64**

		Estadístico	Error típico
<b>Media</b>		18,99	,119
<b>Intervalo de confianza para la media al 95%</b>	Límite inferior	18,76	
	Límite superior	19,23	
<b>Media recortada al 5%</b>		19,32	
<b>Mediana</b>		20,00	
<b>Varianza</b>		4,522	
<b>Desviación típica</b>		2,126	
<b>Mínimo</b>		6	
<b>Máximo</b>		20	
<b>Rango</b>		14	
<b>Amplitud intercuartil</b>		1	
<b>Asimetría</b>		-2,551	,137
<b>Curtosis</b>		7,280	,272



**Gráfico 5. 77 Histograma con línea de interpolación y curva de distribución de la necesidad comunicarse y relacionarse de la escala INICIARE®-64**



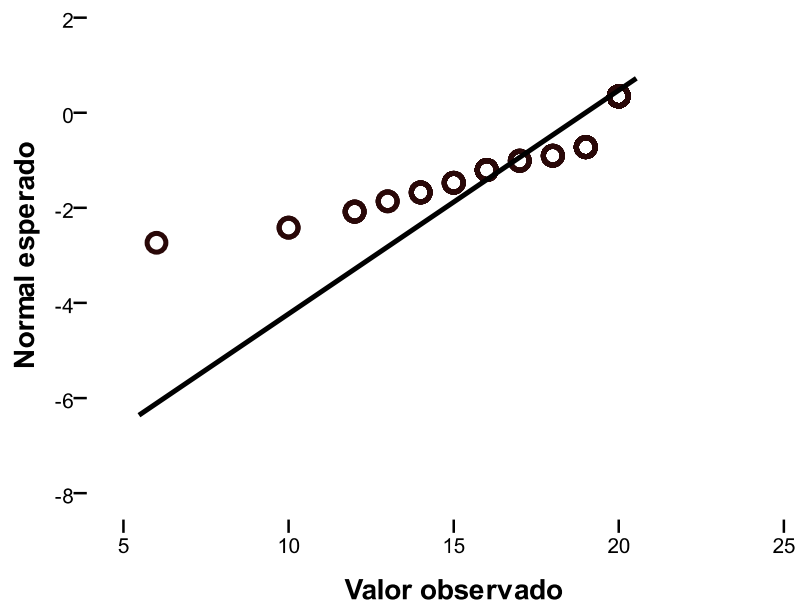


Gráfico 5. 78 Gráfico Q-Q normal sin tendencias de la necesidad comunicarse y relacionarse de la escala INICIARE®-64

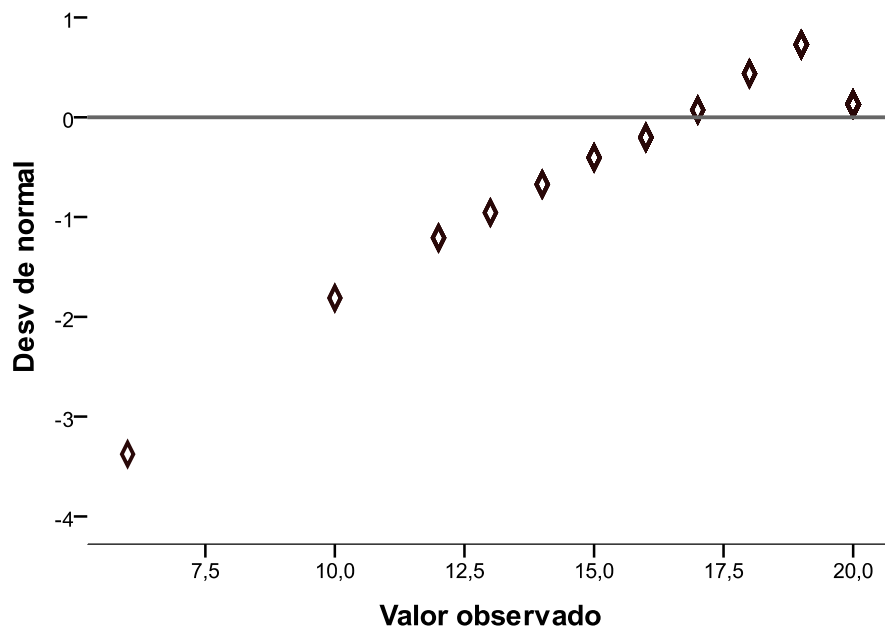


Gráfico 5. 79 Gráfico Q-Q normal sin tendencias de la necesidad de comunicarse y relacionarse de la escala INICIARE®-64

### 5.2.6.11. Nivel de dependencia en cuidados de la necesidad de creencias y valores de la escala INICIARE®-64

Tabla 5. 198 NIVEL DE DEPENDENCIA EN CUIDADOS NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES DE LA ESCALA INICIARE®-64			
		Estadístico	Error típico
<b>Media</b>		18,54	,284
<b>Intervalo de confianza para la media al 95%</b>	Límite inferior	17,98	
	Límite superior	19,10	
<b>Media recortada al 5%</b>		18,75	
<b>Mediana</b>		19,00	
<b>Varianza</b>		25,703	
<b>Desviación típica</b>		5,070	
<b>Mínimo</b>		6	
<b>Máximo</b>		25	
<b>Rango</b>		19	
<b>Amplitud intercuartil</b>		8	
<b>Asimetría</b>		-,356	,137
<b>Curtosis</b>		-,922	,272

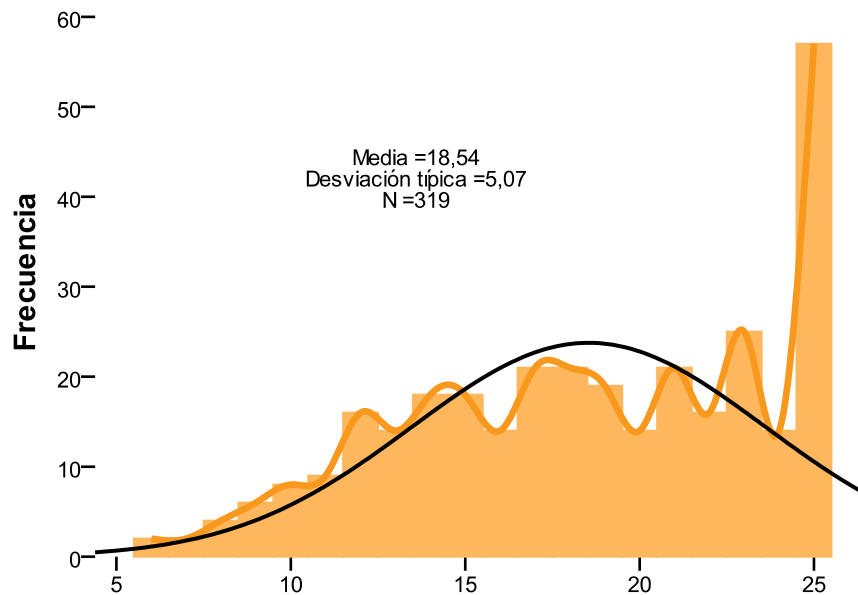


Gráfico 5. 80 Histograma con línea de interpolación y curva de distribución de la necesidad de creencias y valores de la escala INICIARE®-64

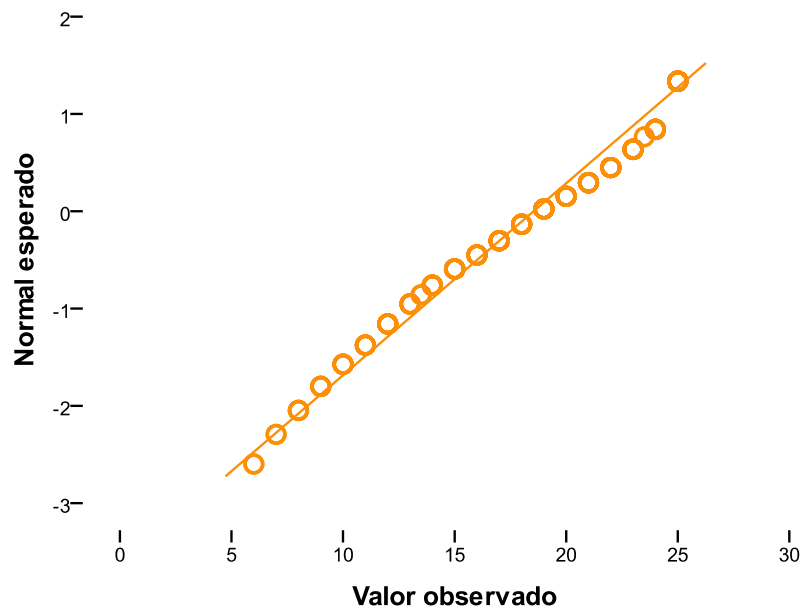


Gráfico 5. 81 Gráfico Q-Q normal de la necesidad de creencias y valores de la escala INICIARE®-64

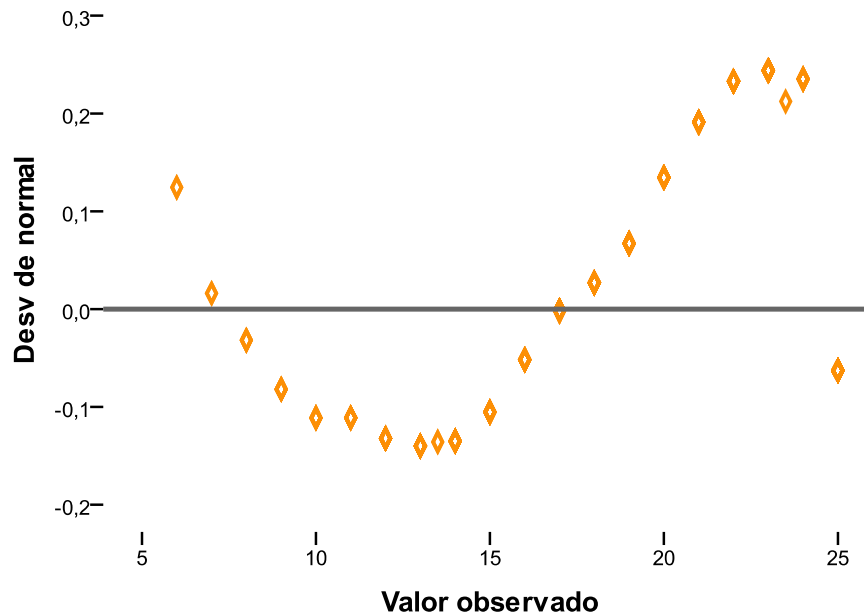
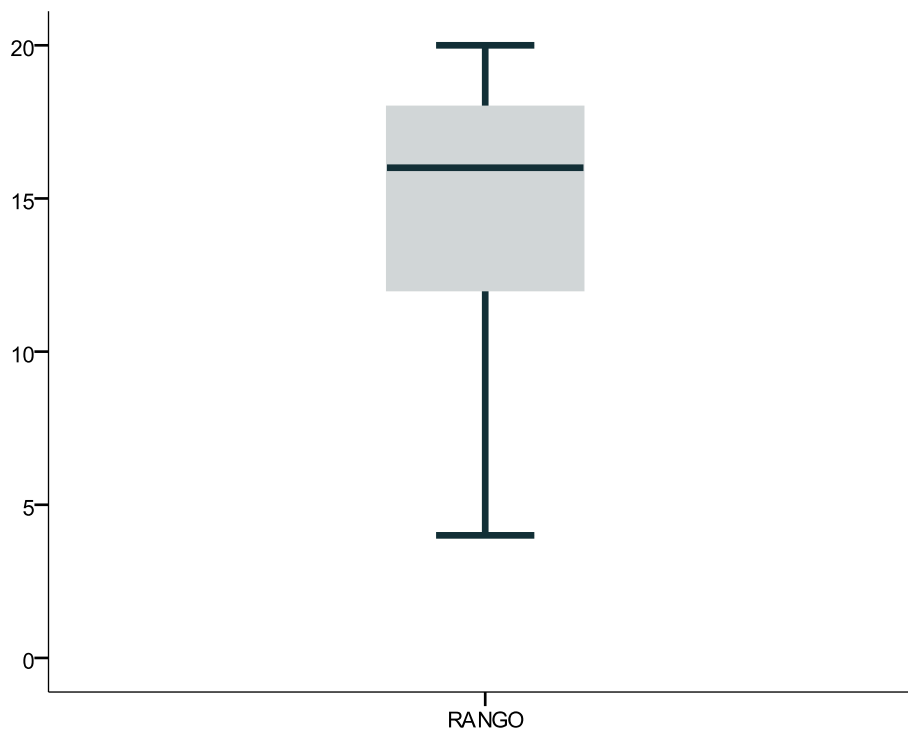


Gráfico 5. 82 Gráfico Q-Q normal sin tendencias de la necesidad de creencias y valores de la escala INICIARE®-64

### 5.2.6.12. Nivel de dependencia en cuidados de la necesidad de trabajar y realizarse de la escala INICIARE®-64

**Tabla 5. 199 NIVEL DE DEPENDENCIA EN CUIDADOS NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE DE LA ESCALA INICIARE®-64**

	Estadístico	Error típico
<b>Media</b>	14,82	,231
<b>Intervalo de confianza para la media al 95%</b>	Límite inferior	14,36
	Límite superior	15,27
<b>Media recortada al 5%</b>	15,07	
<b>Mediana</b>	16,00	
<b>Varianza</b>	16,992	
<b>Desviación típica</b>	4,122	
<b>Mínimo</b>	4	
<b>Máximo</b>	20	
<b>Rango</b>	16	
<b>Amplitud intercuartil</b>	6	
<b>Asimetría</b>	-,666	,137
<b>Curtosis</b>	-,185	,272



**Gráfico 5. 83 Gráfico de cajas de la necesidad de trabajar y realizarse de la escala INICIARE®-64**

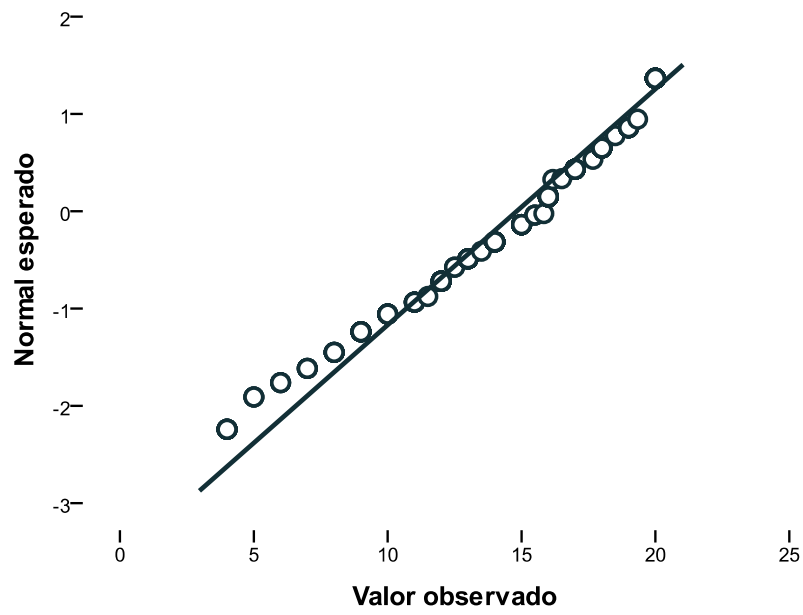


Gráfico 5. 84 Gráfico Q-Q normal de la necesidad de trabajar y realizarse de la escala INICIARE®-64

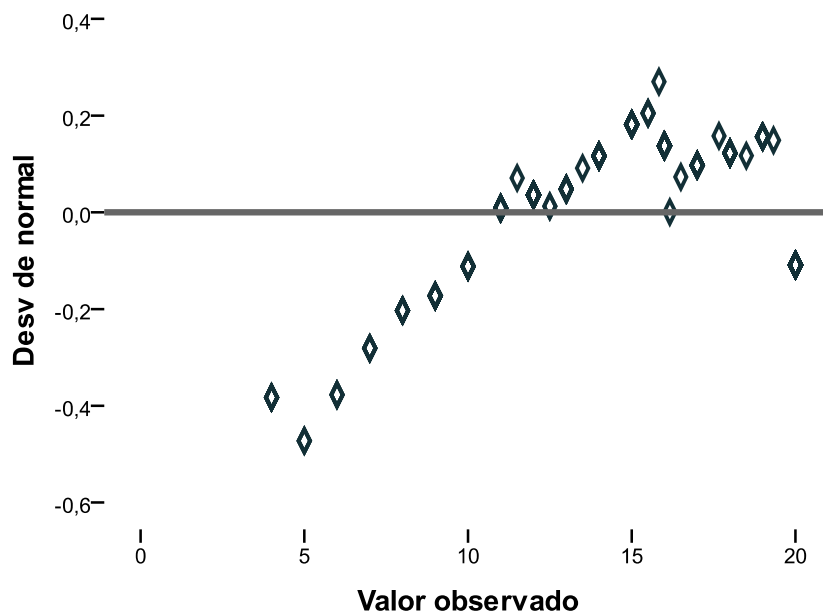


Gráfico 5. 85 Gráfico Q-Q normal sin tendencias de la necesidad de trabajar y realizarse de la escala INICIARE®-64

### 5.2.6.13. Nivel de dependencia en cuidados de la necesidad de ocio y actividades recreativas de la escala INICIARE®-64

Tabla 5. 200 NIVEL DE DEPENDENCIA EN CUIDADOS NECESIDAD DE OCIO Y ACTIVIDADES RECREATIVAS DE LA ESCALA INICIARE®-64			Estadístico	Error típico
<b>Media</b>			7,04	,156
<b>Intervalo de confianza para la media al 95%</b>	Límite inferior		6,73	
	Límite superior		7,35	
<b>Media recortada al 5%</b>			7,16	
<b>Mediana</b>			8,00	
<b>Varianza</b>			7,784	
<b>Desviación típica</b>			2,790	
<b>Mínimo</b>			2	
<b>Máximo</b>			10	
<b>Rango</b>			8	
<b>Amplitud intercuartil</b>			6	
<b>Asimetría</b>			-,534	,137
<b>Curtosis</b>			-1,043	,272

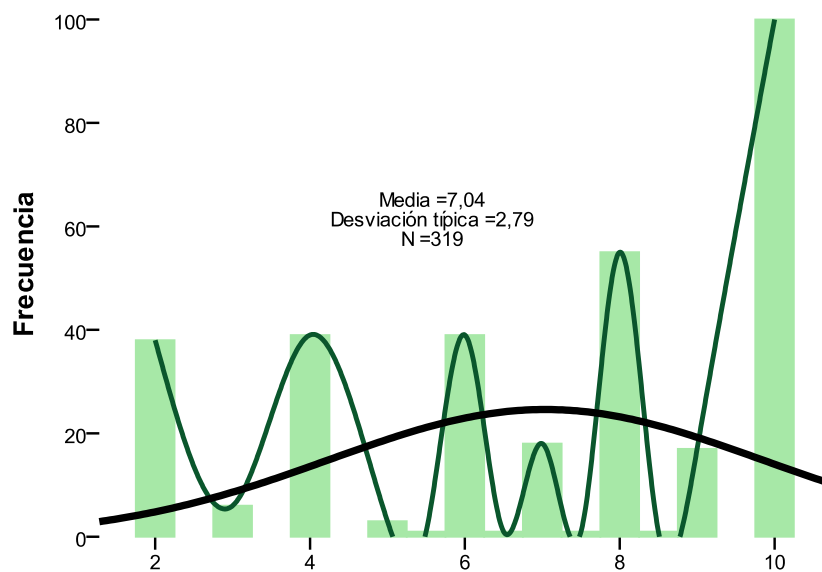


Gráfico 5. 86 Histograma con línea de interpolación y curva de distribución de la necesidad de ocio y actividades recreativas de la escala INICIARE®-64

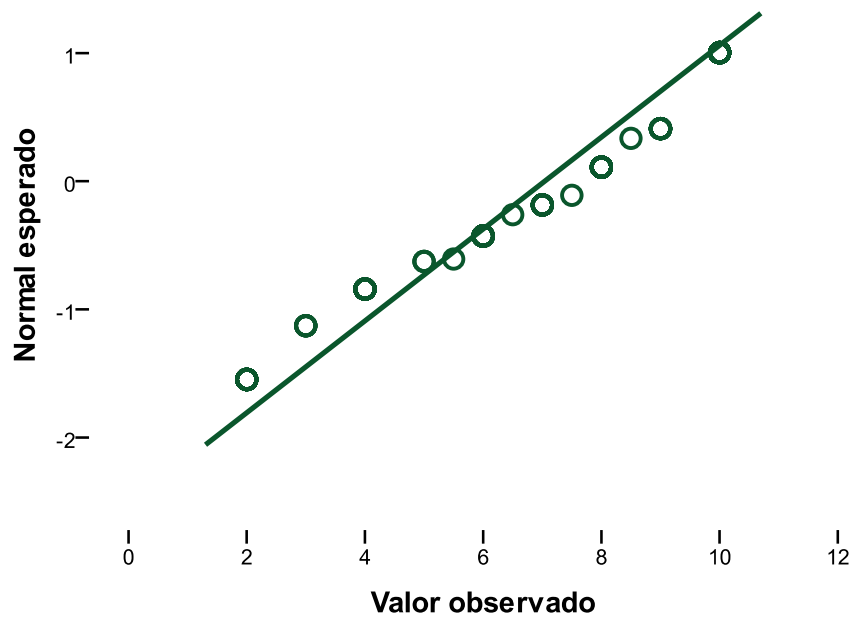


Gráfico 5. 87 Gráfico Q-Q normal de la necesidad de ocio y actividades recreativas de la escala INICIARE®-64

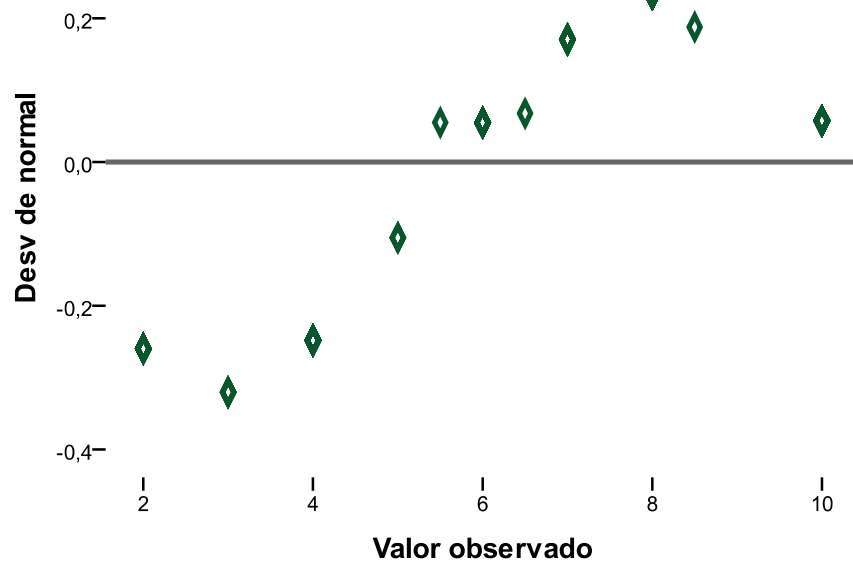
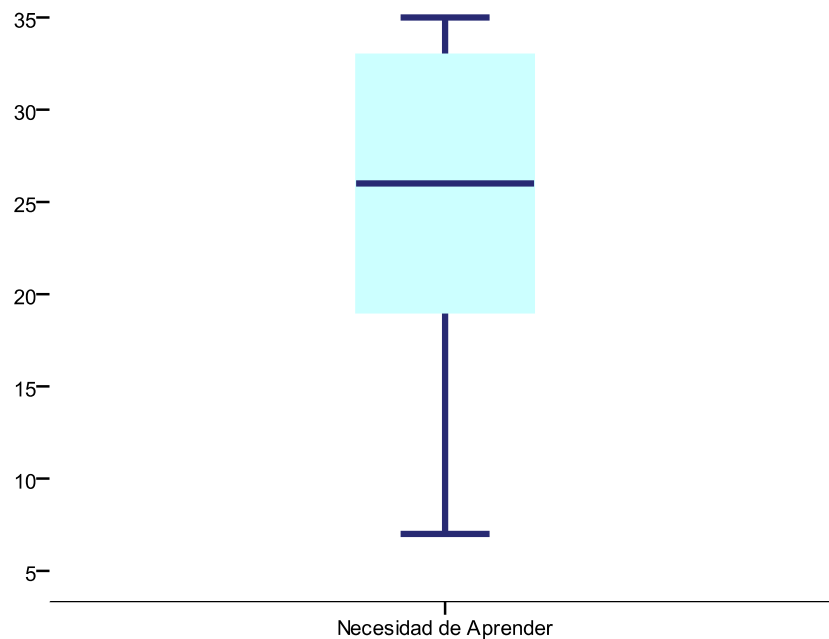


Gráfico 5. 88 Gráfico Q-Q normal sin tendencias de la necesidad de ocio y actividades recreativas de la escala INICIARE®-64

### 5.2.6.14. Nivel de dependencia en cuidados de la necesidad de aprender de la escala INICIARE®-64

**Tabla 5. 201 NIVEL DE DEPENDENCIA EN CUIDADOS NECESIDAD DE APRENDER DE LA ESCALA INICIARE®-64**

	Estadístico	Error típico
<b>Media</b>	25,2586	,45649
<b>Intervalo de confianza para la media al 95%</b>		
Límite inferior	24,3605	
Límite superior	26,1567	
<b>Media recortada al 5%</b>	25,6280	
<b>Mediana</b>	26,0000	
<b>Varianza</b>	66,473	
<b>Desviación típica</b>	8,15310	
<b>Mínimo</b>	7,00	
<b>Máximo</b>	35,00	
<b>Rango</b>	28,00	
<b>Amplitud intercuartil</b>	14,00	
<b>Asimetría</b>	-,423	,137
<b>Curtosis</b>	-,950	,272



**Gráfico 5. 89 Gráfico de cajas de la necesidad de aprender de la escala INICIARE®-64**



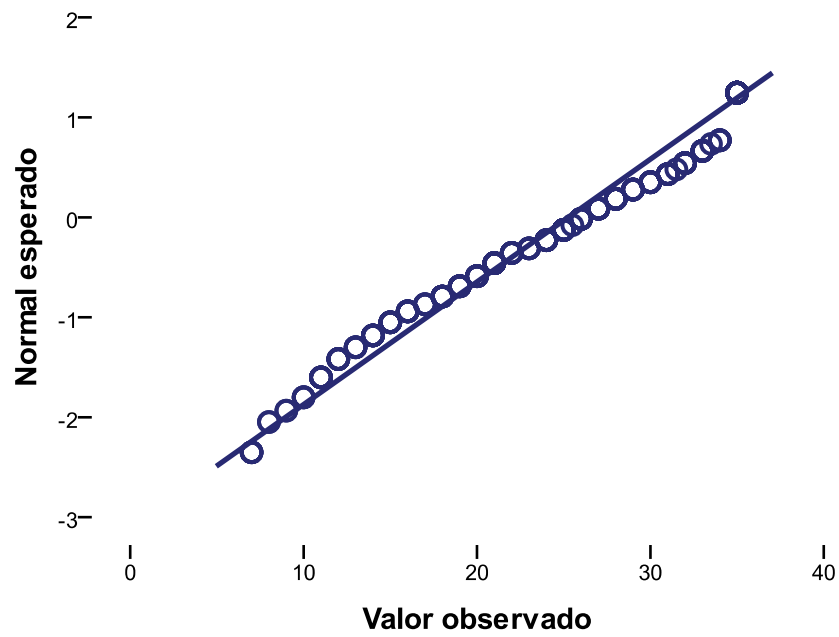


Gráfico 5. 90 Gráfico Q-Q normal de la necesidad de aprender de la escala INICIARE®-64

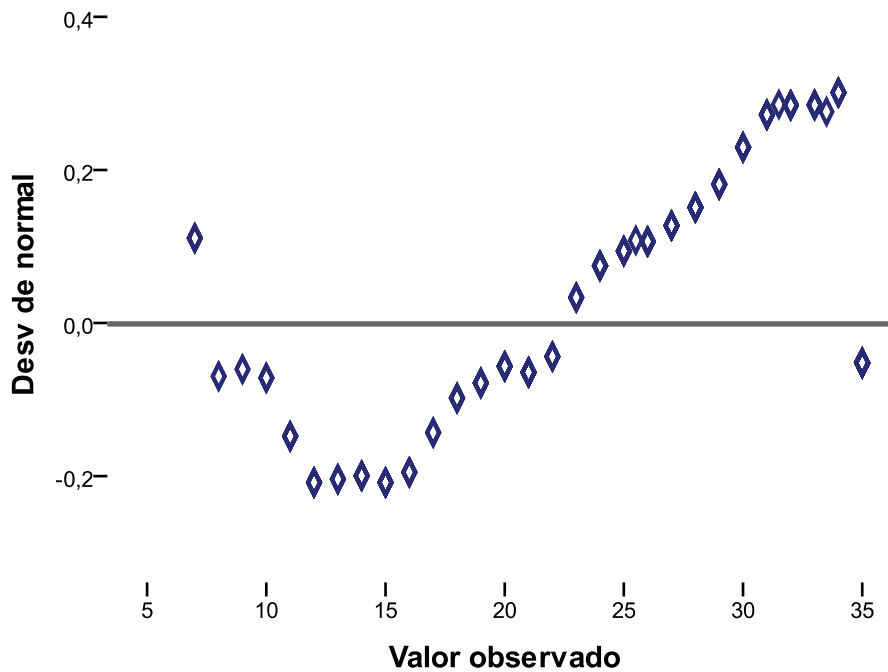


Gráfico 5. 91 Gráfico Q-Q normal sin tendencias de la necesidad de aprender de la escala INICIARE®-64

### 5.2.7. VALIDEZ DE CRITERIO DE LA ESCALA INICIARE®-64

Se estimó a través de una correlación entre los puntajes de la media de la escala y las puntuaciones medias de la variable criterio. Es decir se comparó de forma concurrente, las medias obtenidas del cuestionario INICIARE®-64 con el cuestionario o índice de Barthel (**Anexo 14**) como patrón oro.

Para este fin, se establecieron dos aproximaciones:

- Por un lado, se comparó el comportamiento de los valores medios de la escala INICIARE 64 contra un instrumento que conceptualmente guardase cercanía suficiente, como es el índice de Barthel. Para ello, mediante ANOVA, se contrastó la hipótesis de que las medias poblacionales de INICIARE y Barthel eran iguales, para posteriormente comprobar si los estratos de dependencia del índice de Barthel generaban puntuaciones medias diferentes en el INICIARE 64.
- Además, se comprobó la correlación entre las puntuaciones globales de ambos instrumentos, mediante correlación no paramétrica rho de Spearman.

#### ANOVA:

Se comprobó previamente la homocedasticidad mediante el estadístico de Levene que, como se puede ver en la tabla 5.215 fue significativa, mostrando heterogeneidad en las varianzas.

Tabla 5. 202 PRUEBA DE HOMOGENEIDAD DEL ANOVA U HOMOGENEIDAD DE VARIANZAS DE LA ESCALA INICIARE®-64				
	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Significación
<b>NIVEL DE DEPENDENCIA EN CUIDADOS</b>	3,875	4	314	,004

A la vista de esta heterogeneidad, el ANOVA no se realizó mediante la prueba F, sino con pruebas robustas de igualdad de medias, como los estadísticos de Welch y Brown-Forsythe, los cuales, mostraron que efectivamente, las diferencias de medias eran significativas.

**Tabla 5. 203 ANOVA DEL NIVEL DE DEPENDENCIA DE LA ESCALA INICIARE®-64 vs INDICE DE BARTHEL**

NIVEL DE DEPENDENCIA:		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
		Inter-grupos	165677,785	4	41419,446	51,036
	Intra-grupos	254835,057	314	811,577		
	Total	420512,843	318			

**Tabla 5. 204 PRUEBAS ROBUSTAS DE IGUALDAD DE LAS MEDIAS**

NIVEL DE DEPENDENCIA				
	Estadístico <sup>a</sup>	gl1	gl2	Sig.
Welch	45,215	4	115,109	,000
Brown-Forsythe	48,342	4	172,774	,000

a. Distribuidos en F asintóticamente.

**Tabla 5. 205 ANOVA DE UN FACTOR: NIVEL DE DEPENDENCIA MEDIDO CON LA ESCALA INICIARE®-64 VS ÍNDICE DE BARTHEL**

DEPENDENCIA	N (min-máx)	$\bar{X}$	DESV TÍPICA	ERROR TÍPICO	(IC 95%)		VARIANZA COMPON
					inf	sup	
TOTAL (0-20)	32 (129,0-278,4)	197,92	36,77	6,50	184,65	211,18	
SEVERA (21-60)	73 (168,3-290,0)	230,44	31,23	3,65	223,15	237,73	
MODERADA (61-90)	115 (171,0-303,0)	249,54	27,65	2,57	244,43	254,65	
ESCASA (91-99)	40 (204,0-303,0)	264,88	24,07	3,80	257,18	272,58	
INDEPENDENCIA (100)	59 (232,0-310,0)	277,55	23,82	3,10	271,34	283,75	
<b>TOTAL</b>	319 (129,0-310,0)	247,09	36,36	2,03	243,09	251,10	
<b>MODELO</b>	<b>Efectos Fijos</b>		28,48	1,59	243,96	250,23	
	<b>Efectos Aleatorios</b>			12,86	211,39	282,80	672,04

Como ya se expuso, la media del nivel de dependencia de los pacientes valorados con la INICIARE®-64 fue de 247,09 puntos sobre los 320 puntos máximos posibles; que indicó que nuestros pacientes tuvieron un nivel de dependencia de moderado a escaso o independiente, en relación a la necesidad de cuidados.

El índice de Barthel en los pacientes muestreados obtuvo unos valores que indicaban dependencia de moderada a escasa o independencia, lo que denotó la congruencia entre los valores de medida en necesidad de cuidados con la escala INICIARE®-64 y la medida del nivel de dependencia con el Índice de Barthel.

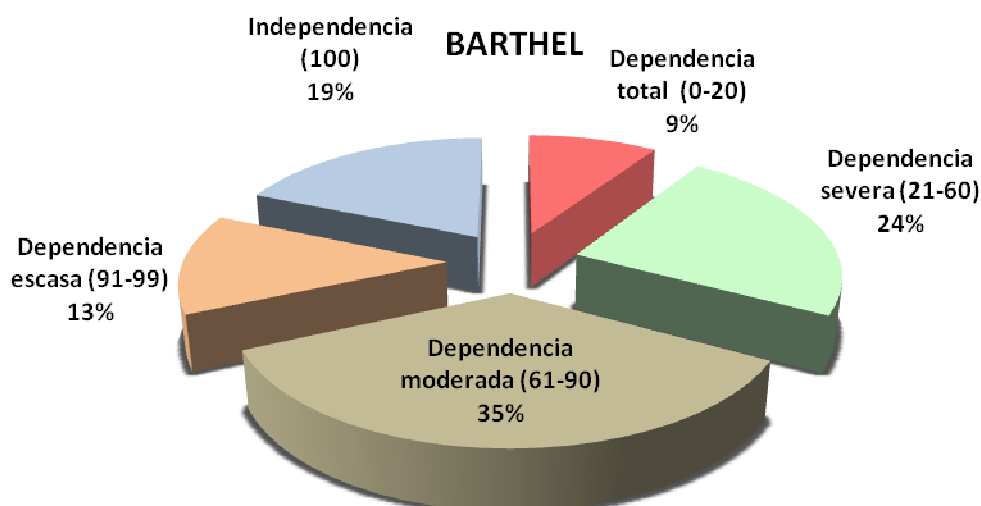


Gráfico 5. 92 Dependencia de los pacientes valorados con el índice de Barthel

Se llevó a cabo un análisis post-hoc mediante prueba de Games-Howell, que no asume varianzas poblacionales iguales. En este análisis se comprobó que las medias de INICARE 64 variaban a lo largo de los distintos estratos de dependencia del Barthel, de forma significativa, a excepción de los dos últimos estratos (dependencia escasa e independencia), donde las diferencias de medias no eran significativas ( $p=0,08$ ), posiblemente por la distribución más concentrada en valores altos en la muestra analizada.

Tabla 5. 206 GAMES-HOWELL DE LA ESCALA INICIARE-64

	(I) BARTHEL	(J) BARTHEL	Diferencia de medias (I-J)	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Game S- Howell	Dependencia total (0-20)	Dependencia severa (21-60)	-32,52105*	,001	-53,6037	-11,4384
		Dependencia moderada (61-90)	-51,61952*	,000	-71,5659	-31,6731
		Dependencia escasa (91-99)	-66,95920*	,000	-88,2587	-45,6597
		Independencia	-79,62664*	,000	-100,0847	-59,1686
	Dependencia severa (21-60)	Dependencia total (0-20)	32,52105*	,001	11,4384	53,6037
		Dependencia moderada (61-90)	-19,09847*	,000	-31,4618	-6,7351
		Dependencia escasa (91-99)	-34,43815*	,000	-49,1020	-19,7743
	Dependencia moderada (61-90)	Independencia	-47,10559*	,000	-60,3685	-33,8427
		Dependencia total (0-20)	51,61952*	,000	31,6731	71,5659
		Dependencia severa (21-60)	19,09847*	,000	6,7351	31,4618
		Dependencia escasa (91-99)	-15,33967*	,011	-28,1794	-2,4999
	Dependencia escasa (91-99)	Independencia	-28,00712*	,000	-39,1613	-16,8529
Dependencia total (0-20)		66,95920*	,000	45,6597	88,2587	
Dependencia severa (21-60)		34,43815*	,000	19,7743	49,1020	
Dependencia moderada (61-90)		15,33967*	,011	2,4999	28,1794	
Independencia	Independencia	-12,66745	,083	-26,3573	1,0224	
	Dependencia total (0-20)	79,62664*	,000	59,1686	100,0847	
	Dependencia severa (21-60)	47,10559*	,000	33,8427	60,3685	
	Dependencia moderada (61-90)	28,00712*	,000	16,8529	39,1613	
		Dependencia escasa (91-99)	12,66745	,083	-1,0224	26,3573

Para las pruebas POST HOC: Subconjuntos Homogéneos, se muestran las medias para los grupos de los subconjuntos homogéneos. Teniendo en cuenta que los tamaños de los grupos no son iguales, se utilizó la media armónica de los tamaños de los grupos 52,305. Como se puede observar la clasificación de los grupos está basada en el grado de parecido existente entre sus medias.

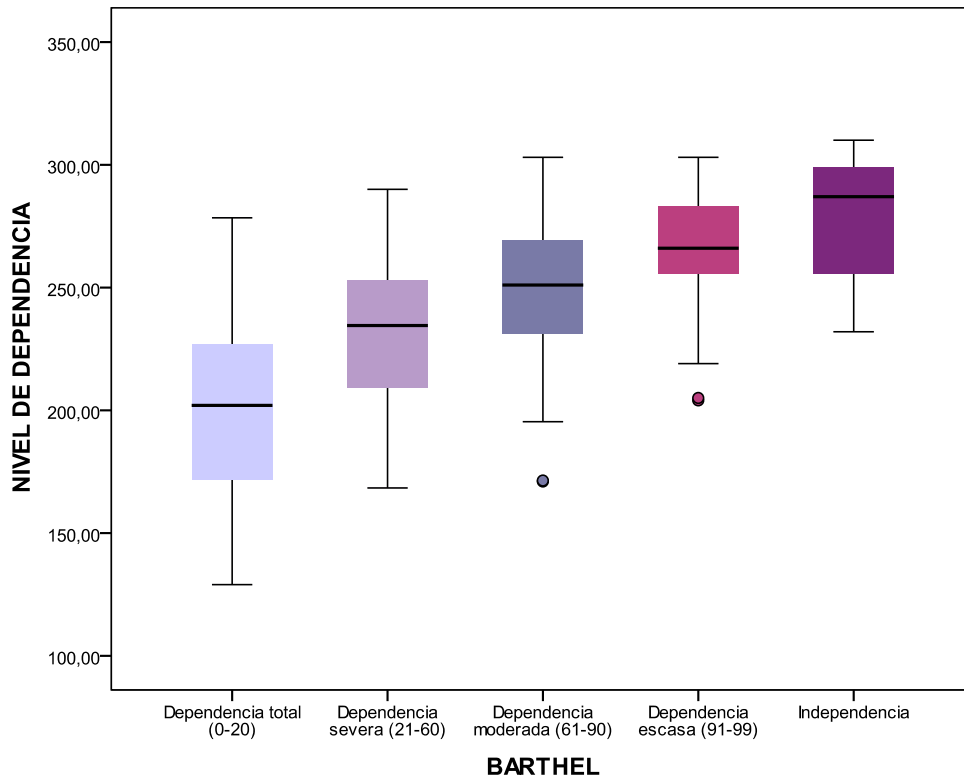


Gráfico 5.93 Comparativa nivel de dependencia Barthel con INICIARE®-64

Por último, la correlación entre INICIARE 64 y Barthel fue moderada,  $\rho=0,6(p<0,0001)$ , mostrando una convergencia aceptable.

A modo ilustrativo, se presentan también los gráficos de las medias parciales de cada necesidad, agrupados por los estratos que genera el Barthel.

Podemos afirmar que hemos obtenido una escala estandarizada y validada (INICIARE®-64). Obteniendo en el análisis, resultados de óptimos a excelentes, excepto la dimensión o necesidad de Mantener la temperatura Corporal. Presentamos en una tabla los resultados por ítems y dimensiones de la Escala INICIARE®-64.

Tabla 5. 207 DESCRIPTIVO DE LA ESCALA INICIARE®-64							
PUNTUACIÓN DE LA ESCALA							64-320
NECESIDAD DE RESPIRAR							
Media de la Escala		Desviación Típica		Alfa		Rango	
45,17		6,075		0,911		10-50	
		Máx-Min	Media	Desv. Típ.	R	Ro	CCI IC95%
1	040206 Cianosis	2-5	4,76	,544	0,411**	0,631**	0,57 0,408-0,686
2	041004 Frecuencia respiratoria	1-5	4,64	,642	0,472**	0,484**	0,63 0,499 -0,735
3	040002 Frecuencia cardiaca	2-5	4,62	,669	0,487**	0,516**	0,65 0,527 - 0,750
4	040203 Disnea en reposo	1-5	4,43	,936	0,593**	0,516**	0,77 0,695 - 0,836
5	041012Capacidaddeeliminarsecretiones	1-5	4,35	,893	0,512**	0,592**	0,43 0,146 - 0,623
6	040310Ruidosrespiratoriospatológicos	1-5	4,74	,639	0,278**	0,512**	0,49 0,3 - 0,639
7	040309Utilizacióndemúsculosaccesorios	1-5	4,55	,814	0,544**	0,608**	0,49 0,31- 0,631
8	040302Ritmorespiratorio	1-5	4,59	,701	0,592**	0,544**	0,74 0,65 - 0,815
9	40204Disneadeesfuerzo	1-5	3,94	1,317	0,907**	0,593**	0,94 0,92 - 0,958
10	040211Saturacióndeoxígeno	2-5	4,57	,699	0,531**	0,907**	0,71 0,61 - 0,791
NECESIDAD DE ALIMENTARSE E HIDRATARSE							
Media de la Escala		Desviación Típica		Alfa		Rango	
36,97		6,885		0,845		9-45	
11	100601 Peso	1-5	3,94	1,057	0,511**	0,676	0,676 0,555 - 0,765
12	101401 Deseo de comer	1-5	4,02	1,297	0,705**	0,827	0,827 0,763 - 0,875
13	100801Ingestiónalimentariaoral	1-5	3,96	1,377	0,654**	0,784	0,78 0,703 - 0,843
14	101016Aceptalacomida	1-5	4,08	1,157	0,541**	0,698	0,698 0,588 - 0,779
15	101004Capacidaddemasticación	1-5	4,32	1,050	0,765**	0,867	0,867 0,818 - 0,903
16	101012Atragantamientotosnáuseas	1-5	4,34	1,021	0,462**	0,617	0,617 0,474 - 0,721
17	101406Ingestadealimentos	1-5	3,90	1,350	0,708**	0,829	0,829 0,766 - 0,875
	060107Entradasysalidasdiariasequil				0,316**		0,469

18	ibradas	1-5	4,28	,915		0,469	0,264 - 0,616
	210607Alteracióndelestadonutricio						0,655
19	nal	1-5	4,13	,977	0,488**	0,655	0,522-0,747
<b>NECESIDAD DE ELIMINAR</b>							
Media de la Escala		Desviación Típica		Alfa		Rango	
29,83		29,566		0,83		7-35	
20	050002Mantieneelcontroldeaelimi nacióndeheces	1-5	4,64	,850	0,511**	0,476**	0,665 0,536 - 0,755
21	050101Patróndeeliminaciónfecal	1-5	4,08	1,224	0,705**	0,631**	0,717 0,614 - 0,794
22	060211Diuresis	1-5	4,56	,796	0,654**	0,497**	0,673 0,555 - 0,762
23	050301Patróndeeliminaciónurinari o	1-5	4,02	1,239	0,541**	0,721**	0,834 0,767 - 0,879
24	050312Incontinenciaurinaria	1-5	4,07	1,221	0,765**	0,839**	0,918 0,885 - 0,942
25	050401Ingestaadecuadadelíquidos	1-5	4,32	1,054	0,462**	0,601**	0,790 0,714 - 0,847
26	031001Reconoceyrespondealadep laciónvesical	1-5	4,13	1,241	0,708**	0,832**	0,931 0,904 - 0,951
<b>NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER LA POSICIÓN CORPORAL</b>							
Media de la Escala		Desviación Típica		Alfa		Rango	
13,52		5,056		0,914		4-20	
27	020002Caminaconmarchaefficaz	1-5	2,98	1,547	,810**	0,823**	0,895 0,855 - 0,925
28	020814Semueveconfacilidad	1-5	3,13	1,401	,773**	0,776**	0,872 0,826 - 0,907
29	020802Mantenimientodelaposición corporal	1-5	3,75	1,274	,761**	0,780**	0,864 0,815 - 0,901
30	030012Cambiadeposiciónsolo	1-5	3,66	1,438	,832**	0,816**	0,908 0,872 - 0,933
<b>NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR</b>							
Media de la Escala		Desviación Típica		Alfa		Rango	
11,09		3,300		0,946		3-30	
31	000303Calidaddeldescanso	1-5	3,70	1,178	0,654**	0,823**	0,975 0,718 - 0,852
32	000404Calidaddelsueño	1-5	3,64	1,194	0,702**	0,776**	0,822 0,755 - 0,872
33	000403Patrónelsueño	1-5	3,76	1,130	0,733**	0,780**	0,788 0,788 - 0,889
<b>NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE</b>							
Media de la Escala		Desviación Típica		Alfa		Rango	
5,89		3,154		0,973		2-20	
34	030211Sequitalaropa	1-5	3,02	1,603	,850**	0,863**	0,919 0,887 - 0,941
35	030002Seviste	1-5	2,87	1,619	,879**	0,879**	0,935 0,911 - 0,953
<b>NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL</b>							
Media de la Escala		Desviación Típica		Alfa		Rango	
13,61		1,863		0,607		3-15	
36	080201 Temperatura corporal	2-5	4,70	,679	,649**	0,551**	0,787 0,708 - 0,846
37	080012 Frecuencia del pulso radial	2-5	4,80	,523	,259**	0,323**	0,41 0,189 - 0,573
38	080015 Comodidad térmica	1-5	4,51	,945	,748**	0,687**	0,856

referida	0,803-0,896						
<b>NECESIDAD DE HIGIENE E INTEGRIDAD DE PIEL Y MUCOSAS</b>							
Media de la Escala	Desviación Típica		Alfa			Rango	
<b>5,75</b>	<b>2,945</b>		<b>0,882</b>			<b>2-20</b>	
<b>39</b>	030006 Higiene	1-5	3,04	1,532	,835 **	0,839**	0,909 0,876 - 0,935
<b>40</b>	030508Selavaelpelo	1-5	2,71	1,582	,690 **	0,706**	0,816 0,746 - 0,868
<b>NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS</b>							
Media de la Escala	Desviación Típica		Alfa			Rango	
<b>15,438</b>	<b>4,470</b>		<b>0,882</b>			<b>4-40</b>	
<b>41</b>	030617 Controla su propia medicación no parenteral	1-5	4	1,389	,889 **	0,804**	0,772 0,688 - 0,832
<b>42</b>	170401Percepcióndeamenazaparal salud	1-5	3,86	1,222	,667 **	0,646**	0,752 0,662 - 0,819
<b>43</b>	190201Reconocefactoresderiesgo	1-5	3,80	1,250	,671 **	0,651**	0,784 0,705 - 0,841
<b>44</b>	191119Evitarconductasdealtoriesgo	1-5	3,65	1,357	,594 **	0,556**	0,645 0,511 - 0,742
<b>NECESIDAD DE COMUNICACIÓN</b>							
Media de la Escala	Desviación Típica		Alfa			Rango	
<b>18,73</b>	<b>2,386</b>		<b>0,927</b>			<b>4-20</b>	
<b>45</b>	090014 Comunicación clara según la edad	2-5	4,79	,524	,633 **	0,587**	0,772 0,688 - 0,832
<b>46</b>	090003 Atiende	1-5	4,80	,552	,602 **	0,489**	0,752 0,662 - 0,819
<b>47</b>	090210 Interpretación exacta de los mensajes recibidos	1-5	4,67	,705	,644 **	0,630**	0,784 0,705 - 0,841
<b>48</b>	090703 Verbaliza un mensaje coherente	1-5	4,74	,603	,482 **	0,527**	0,645 0,511 - 0,742
<b>NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES</b>							
Media de la Escala	Desviación Típica		Alfa			Rango	
<b>18,50</b>	<b>5,077</b>		<b>0,892</b>			<b>3-15</b>	
<b>49</b>	170411Impactopercibidosobreelest ilodevidafuturo	1-5	3,67	1,185	,507 **	0,551**	0,671 0,547 - 0,762
<b>50</b>	170202Implicaciónrequeridaendecisionessobrelasalud	1-5	3,73	1,229	,536 **	0,593**	0,698 0,584 - 0,782
<b>51</b>	170404 Preocupación sobre la enfermedad o lesión	1-5	3,80	1,163	,647 **	0,642**	0,785 0,705 - 0,845
<b>NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE</b>							
Media de la Escala	Desviación Típica		Alfa			Rango	
<b>14,83</b>	<b>4,110</b>		<b>0,910</b>			<b>4-40</b>	
<b>52</b>	120801Estadodeánimodeprimido	1-5	3,57	1,256	,706 **	0,658**	0,827 0,763 - 0,875
<b>53</b>	130208Seadaptaaloscambiosendes arrollo	1-5	3,77	1,061	,753 **	0,717**	0,859 0,803 - 0,900
<b>54</b>	130501Establecimientodeobjetivos realistas	1-5	3,74	1,161	,650 **	0,608**	0,786 0,702 - 0,845
<b>55</b>	130502Mantenimientodelaautoestima	1-5	3,74	1,147	,696 **	0,609**	0,821 0,753 - 0,870
<b>NECESIDAD DE OCIO</b>							
Media de la Escala	Desviación Típica		Alfa			Rango	
<b>7,02</b>	<b>2,807</b>		<b>0,947</b>			<b>2-10</b>	
<b>56</b>	160404Refiererelajaciónconlasactiv	1-5	3,55	1,438	,634 **	0,591**	0,776



	idadesdeocio						0,693 - 0,839
<b>57</b>	160413Disfrutadeactividadesdeocio	1-5	3,46	1,443	,693**	0,647**	0,819 0,750 - 0,869
<b>NECESIDAD DE APRENDER</b>							
	Media de la Escala		Desviación Típica		Alfa		Rango
	<b>28,75</b>		<b>9,205</b>		<b>0,956</b>		<b>7-35</b>
<b>58</b>	130221 Busca información acreditada sobre el tratamiento	1-5	3,63	1,343	,677**	0,684**	0,807 0,735 - 0,861
<b>59</b>	160001 Pregunta cuestiones	1-5	3,62	1,371	,713**	0,714**	0,831 0,769 - 0,878
<b>60</b>	182402 Proceso específico de la enfermedad	1-5	3,60	1,242	,604**	0,629**	0,752 0,659 - 0,820
<b>61</b>	182408 Procedimiento terapéutico	1-5	3,59	1,301	,581**	0,593**	0,734 0,633 - 0,806
<b>62</b>	182308 Conductas que fomentan la salud	1-5	3,60	1,272	,574**	0,574**	0,729 0,626 - 0,803
<b>63</b>	LINT(@160601Reivindicalaresponsabilidaddetomardecisiones)	1-5	3,53	1,332	,662**	0,634**	0,797 0,719 - 0,853
<b>64</b>	LINT(@160007Proporcionarrazones paraadoptarunapauta)	1-5	3,66	1,311	,534**	0,697	0,696 0,582 - 0,780

Para intentar corregir esta limitación volvimos a someter a análisis estadístico la escala INICIARE®-64, presentamos los resultados a continuación.

### 5.3. RESULTADOS DE LA ETAPA III: CONSTRUCCIÓN DE LA VERSIÓN FINAL (ESCALA INICIARE®-61)

#### 5.3.1. DESCRIPTIVO DEL PERFIL DEL PANELISTA QUE PARTICIPÓ EN EL ESTUDIO DE VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE LA NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA

El perfil fue predominantemente mujer, diplomada y/o máster o Diploma de Estudios Avanzados; con un amplio rango de edad (entre 26 y 55 años), que podría corresponder con una edad media de 40 años. Preferentemente su dedicación profesional actual era la docencia e investigación para ambos sexos, seguida de la clínica y gestión, y residía en la provincia de Sevilla.

Tabla 5. 208 DESCRIPTIVO DEL PERFIL DEL PANELISTA PARA LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE LA NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL

		HOMBRE	MUJER	
		$\bar{X}$ (IC 95%) / N (%)	$\bar{X}$ (IC 95%) / N (%)	p
<b>SEXO</b>		16 (41%)	23 (59%)	
<b>NIVEL ACADÉMICO</b>	Diplomado/a	5 (12,5%)	11 (27,5%)	0,318
	Licenciado/a	2 (5%)	0(0%)	
	Máster	7 (17,5%)	10 (25%)	
	Doctor/a	2 (5%)	3 (7,5%)	
<b>EDAD</b>	<25	2 (5%)	0 (0%)	0,118
	26-35	1 (2,5%)	8 (20%)	
	36-45	7 (17,5%)	6 (15%)	
	46-55	5 (12,5%)	9 (22,5%)	
	<55	1(2,5%)	1 (2,5%)	
<b>DEDICACIÓN PROFESIONAL ACTUAL</b>	Clínica Atención Primaria	1 (2,5%)	0 (0%)	0,067
	Clínica Atención Especializada	1 (2,5%)	8 (20%)	
	Clínica Emergencias	1 (2,5%)	0 (0%)	
	Gestión	4 (10%)	4 (0%)	
	Docencia e Investigación	5 (12,5%)	11 (%)	
	Clínica Especializada y Docencia e Investigación	4 (10%)	1 (2,5%)	

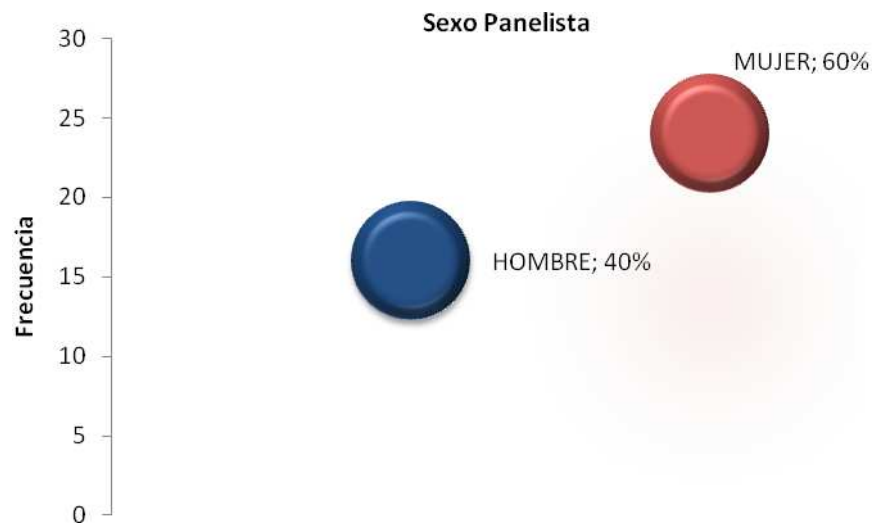


Gráfico 5. 94 Sexo panelistas del Delphi para validar la necesidad de mantener la temperatura

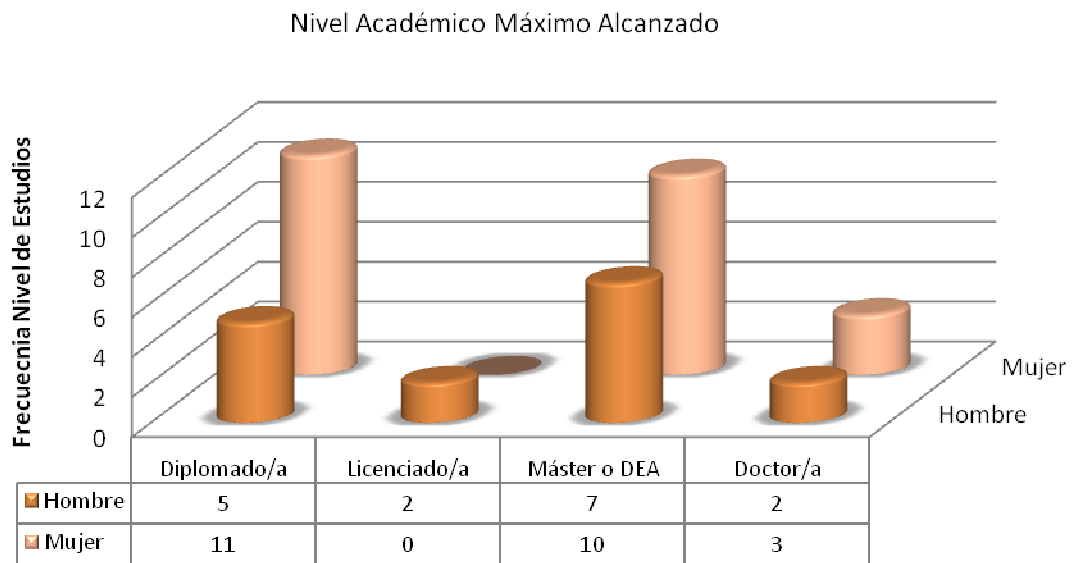


Gráfico 5. 95 Nivel Académico máximo alcanzado panelista del Delphi para validar la necesidad de mantener la temperatura

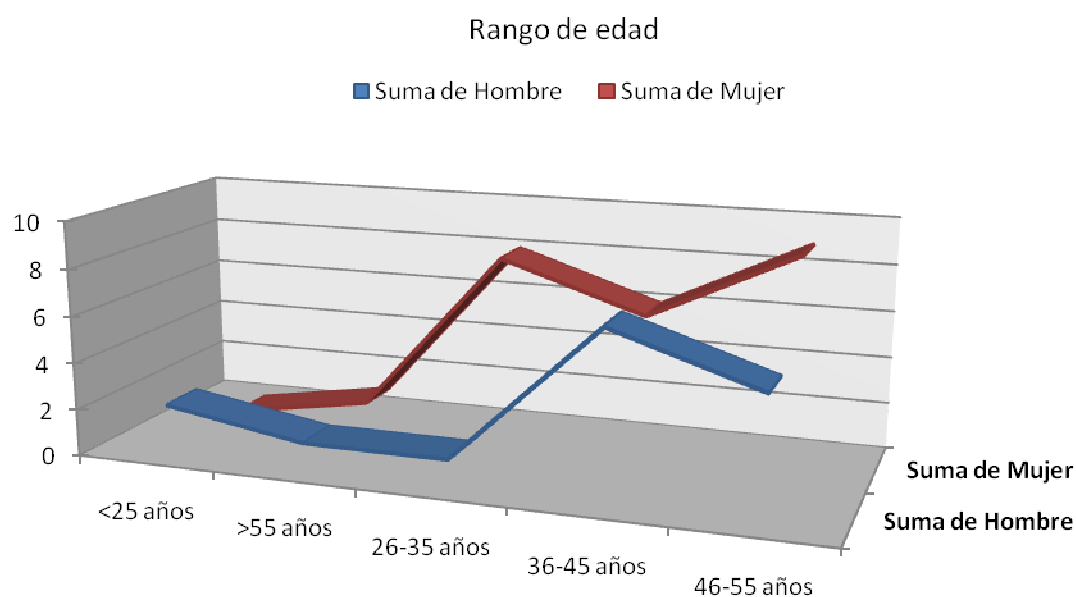


Gráfico 5.96 Rango de edad panelista del Delphi para validar la necesidad de mantener la temperatura

### **5.3.2. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE LA NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA DE LA ESCALA INICIARE®-64: OBTENCIÓN DE LA VERSIÓN INICIARE®-66**

La metodología empleada para la validación de contenido se volvió a desarrollar mediante técnica Delphi ejecutada on-line con la plataforma SurveyMonkey®.

El instrumento constó de 9 indicadores de resultados (Moorhead et al., 2009), los tres de la versión INICIARE-64 Y 6 nuevos. Presentamos los resultados referentes a las valoraciones sobre los ítems propuestos a valorar en el panel donde se aplicaron los criterios de Engels & Kennedy (2007) (tabla 4. 31) y aunque se ofertó la posibilidad a los expertos y expertas de aportar nuevos ítems, no hubo nuevas aportaciones.

En la tabla (tabla 5.207), se muestran los resultados en función de las puntuaciones obtenidas. Hubo consenso en todos; se seleccionaron cinco (incluidos los

tres originales de la escala INICIARE-64) y obtuvimos la versión INICIARE®-66 (ANEXO 12).

Tabla 5. 209 INDICADORES NOCS NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL	Nº Panelistas	Perdido	PERCENTILES			Asimetría	5	2
			25	50	75		(71%) Seleccionado	(29%) Descartado
192202 Identifica signos y síntomas de hipertermia	40	0	4	5	5	-2,337	1	0
192302 Identifica signos y síntomas de hipotermia	40	0	4	5	5	-1,536	1	0
080201 Temperatura corporal	40	0	3	5	5	-1,619	1	0
080015 Comodidad térmica referida	40	0	4	5	5	-1,4132	1	0
080012 Frecuencia del pulso radial	40	0	3	5	5	-1,936	1	0
080011 Tiritona con el frío	40	0	4	3	2	,195	0	1
080010 Sudoración con el calor	40	0	4	3	2	-,254	0	1
080019 Hipertermia	40	0	5	4	2	,033	0	1
080020 Hipotermia	40	0	5	4	2	,833	0	1

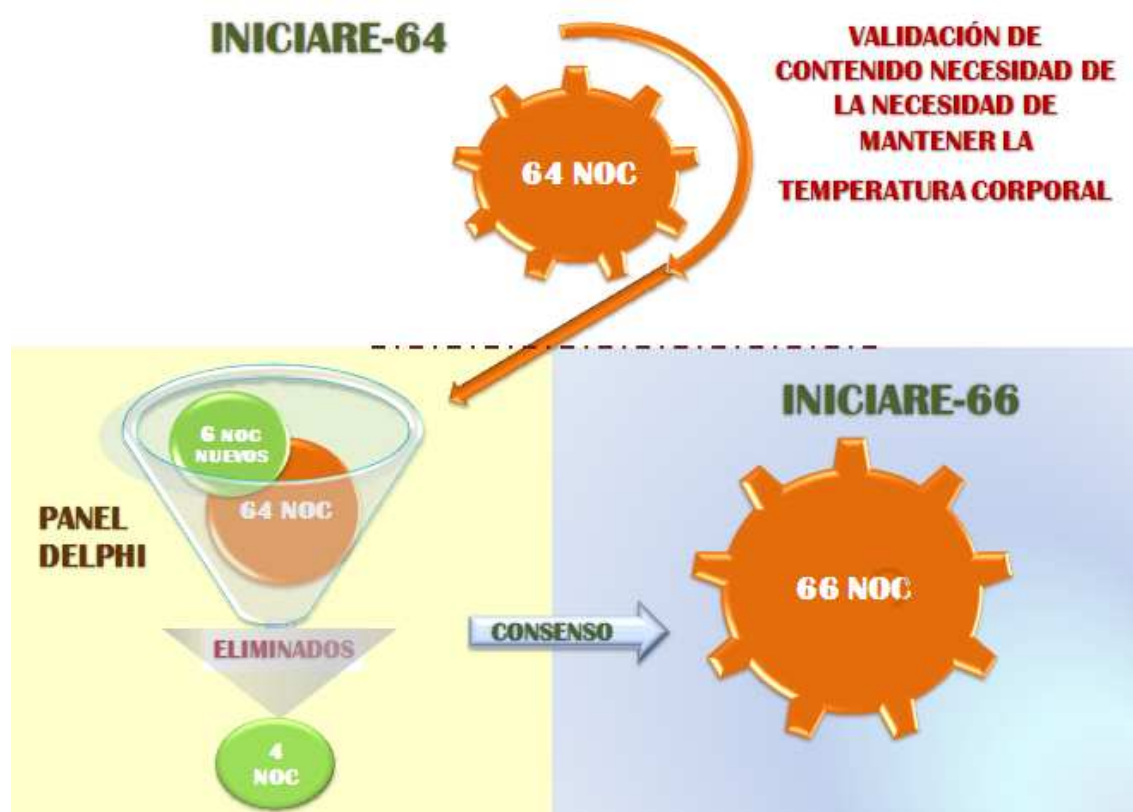


Fig. 5. 7 Dinámica de indicadores de la versión INICIARE®-64 a la versión INICIARE®-66 tras la incorporación de indicadores en la validación de contenido de la Necesidad de Mantener la Temperatura Corporal

### 5.3.3. DESCRIPTIVO DEL PERFIL DEL PACIENTE QUE PARTICIPÓ EN EL ESTUDIO DE VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN INICIARE®-66

Por sexo fue hombre y/o mujer con edad media de 63 años, el de menor rango de edad fue hombre con 18 y el de mayor también hombre con 94 años. Ingresado/a preferentemente en Unidad de Hospitalización, con un amplio rango de dependencia valorada por el test de Barthel, en el caso de los hombres nos encontramos dependencia de escasa, moderada a severa, y en el caso de las mujeres aumentaba la dependencia encontrándose los valores entre severa a moderada; en ambos sexos la mayoría disponían de cuidador o cuidadora principal.

Tabla 5. 210 DESCRIPTIVO DEL PERFIL DEL PACIENTE VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN INICIARE®-66				
		HOMBRE	MUJER	
		$\bar{X}$ (IC 95%) / N (%)	$\bar{X}$ (IC 95%) / N (%)	p
<b>SEXO</b>		42 (52,5%)	38 (47,5%)	
<b>EDAD</b>		62,07 (57,63-66,52)	65,09 (60,82-69,37)	0,333
<b>BARTHEL</b>	<b>Dependencia total (0-20)</b>	1 (2,38 %)	6 (15,78%)	0,003
	<b>Dependencia severa (21-60)</b>	12 (28,57%)	10 (26,31%)	
	<b>Dependencia moderada (61-90)</b>	12 (28,57%)	10 (26,31%)	
	<b>Dependencia escasa (91-99)</b>	14 (33,33%)	6 (15,79%)	
	<b>Independencia (100)</b>	3 (7,14 %)	6 (15,79%)	
<b>DISPONE DE CUIDADOR/A</b>	<b>NO</b>	1 (2,39%)	2 (5,26 %)	0,354
	<b>SI</b>	41 (97,61%)	36 (94,74%)	
<b>UNIDAD DE INGRESO</b>	<b>Cuidados Especiales</b>	11 (26,19%)	11 (28,95%)	0,770
	<b>Unidad de Hospitalización</b>	31 (73,81%)	27 (71,05%)	

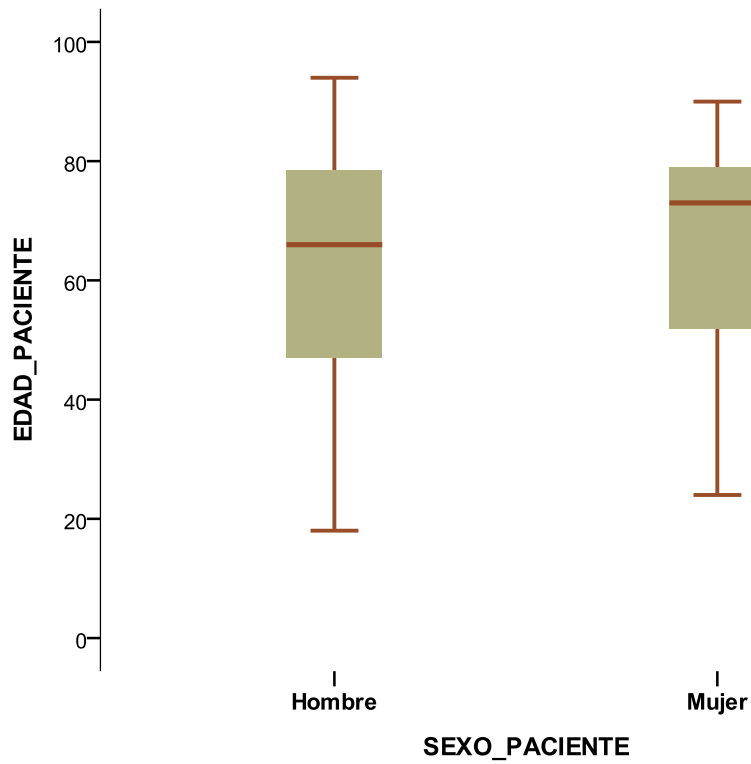


Gráfico 5. 97 Edad de los y las pacientes por sexo valorados con la escala INICIARE®-66

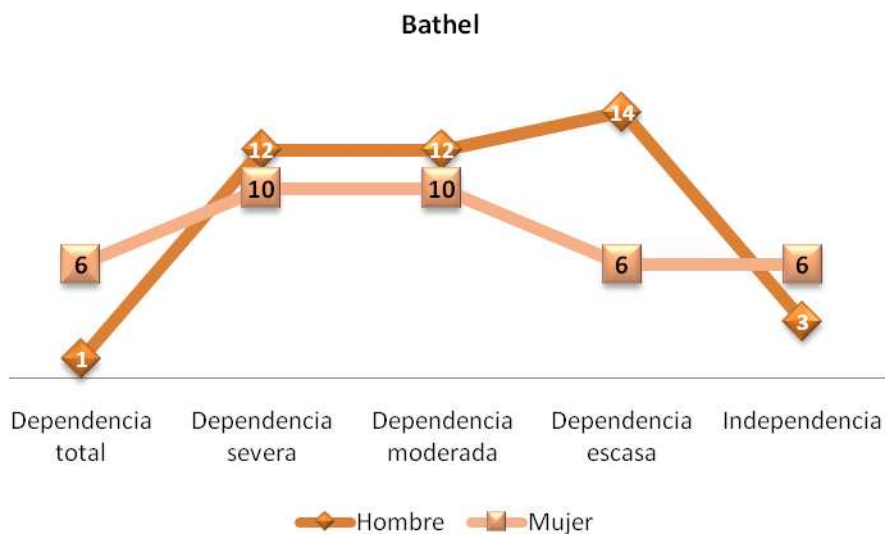


Gráfico 5. 98 Dependencia de los pacientes valorados por el Índice de Barthel y sexo valorados con la escala INICIARE®-66

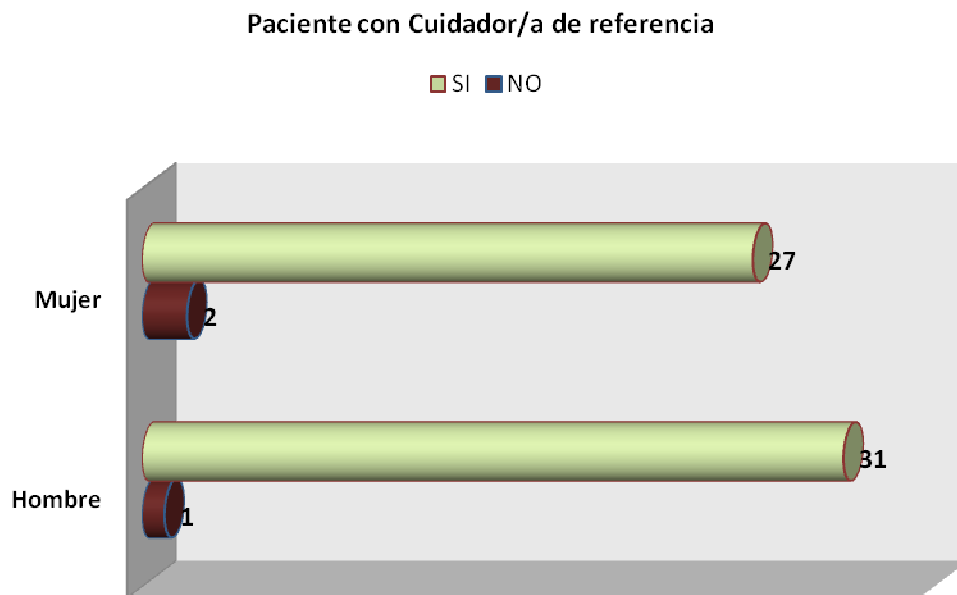


Gráfico 5. 99 Disponibilidad de cuidador principal por sexo del paciente valorado con la escala INICIARE®-66

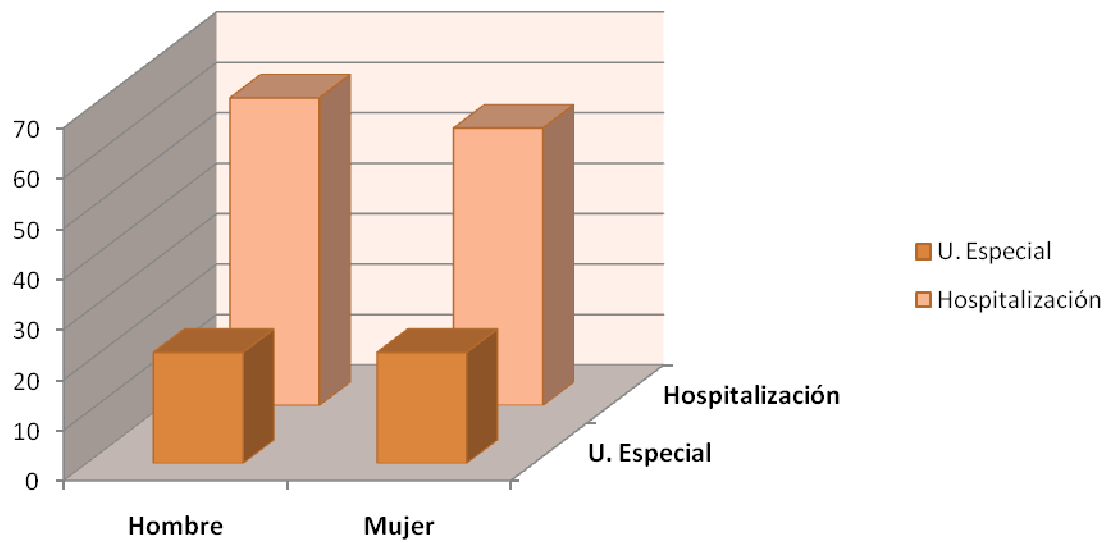


Gráfico 5. 100 Ingreso de pacientes por unidades según sexo valorados con la escala INICIARE®-66



### **5.3.3.1. Perfil por proceso médico-quirúrgico**

Prevalcían por ingreso los procesos quirúrgicos frente a los procesos médicos.

Las patologías asociadas a procesos fueron las siguientes:

- Cardiovascular: ACV, insuficiencia cardíaca descompensada, TVP, dolor torácico.
- Cirugía Ortopédica y Traumatológica (COT): Fractura de cadera, fractura de fémur, prótesis de rodilla, rabdomiolisis, artroscopia de rodilla, luxación de cadera, gonartrosis, síndrome del túnel carpiano.
- Digestivo: Pancreatitis, cólico biliar complicado, HDA.
- Ginecológico: Cesárea, bartolinitis, histerectomía, incontinencia urinaria de esfuerzo.
- Infeccioso: Sepsis, síndrome febril.
- Nefrológico: Cólico renal, insuficiencia renal.
- Urológico: Varicocele, hidroscele, Carcinoma vesical, RTU.
- Neoplásico: Fiebre idiopática, astenia en paciente oncológico, adenocarcinoma.
- Neumológico: Neumonía, EPOC reagudizado, Infección respiratoria.
- Quirúrgico Abdominal: Hernioplastia epigástrica por laparatomía, apendicistomía, dolor abdominal, Hernioplastia inguinal, colecistomía, resección de colon, sinus pilonidal.

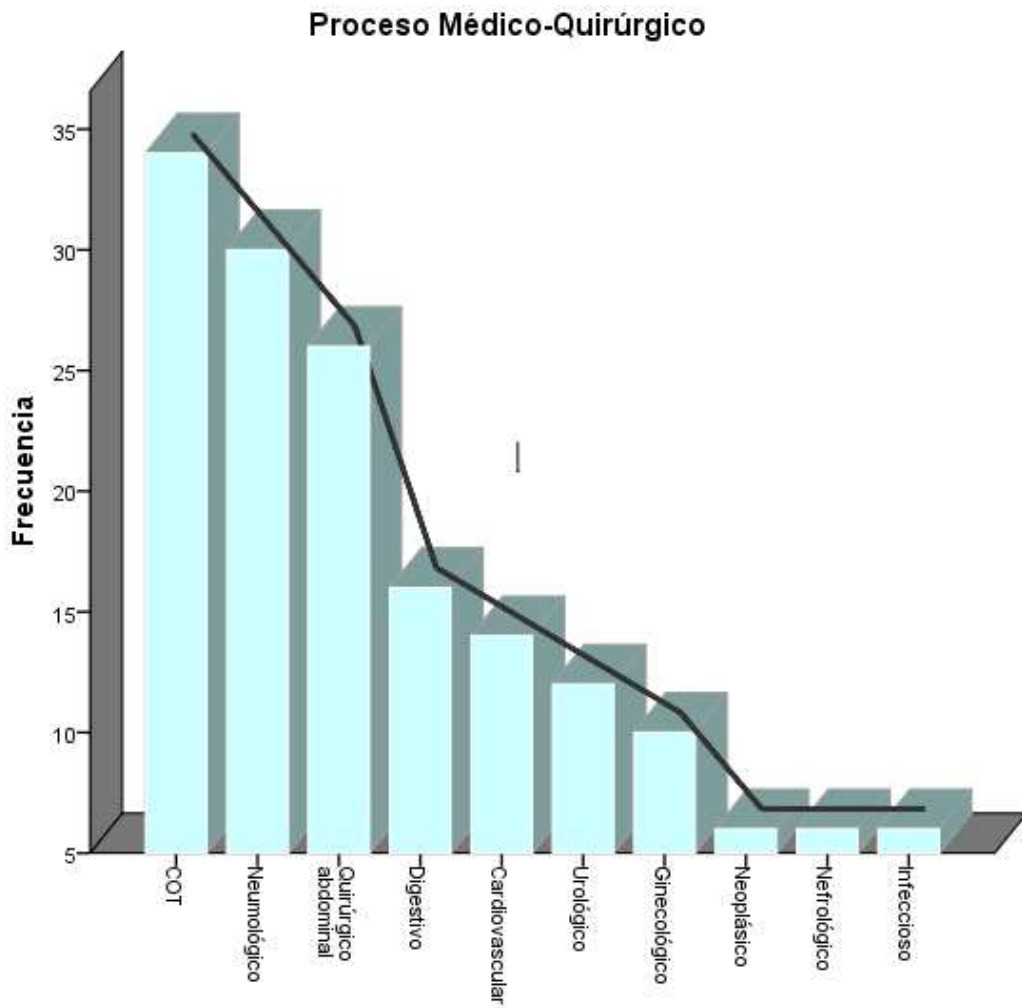


Gráfico 5. 101 Proceso médico-quirúrgico del/de la paciente de la E P Hospital Alto Guadalquivir valorado con la escala INICIARE®-66

En hombres prevaleció el proceso Cardiovascular seguido del proceso de Cirugía Ortopédica y Traumatológica (COT), mientras que en mujeres, prevaleció el ingreso por procesos de Cirugía Ortopédica y Traumatológica (COT) siguiendo el Ginecológico.

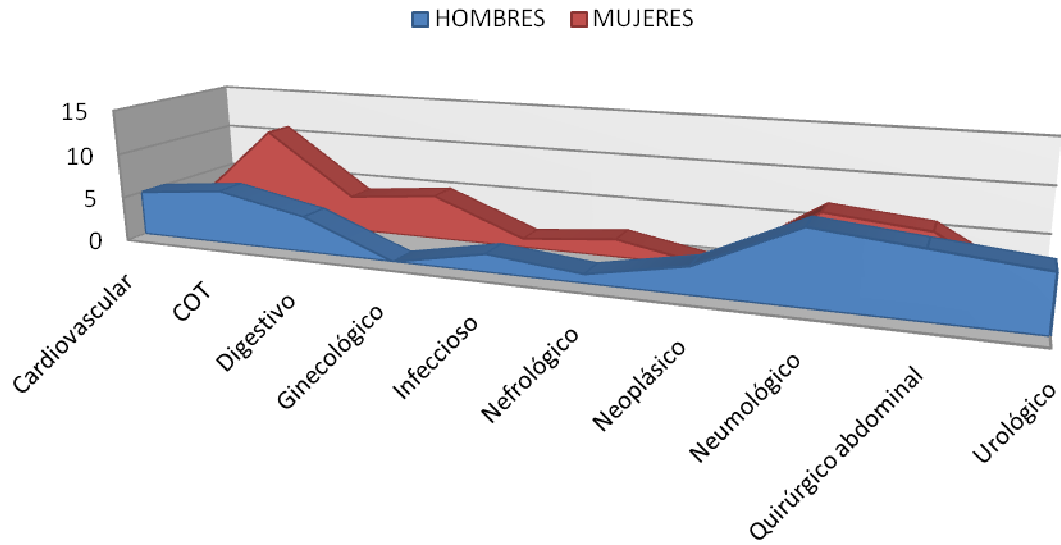


Gráfico 5. 102 Proceso médico-quirúrgico del/de la paciente de la E P Hospital Alto Guadalquivir por sexos valorado con la escala INICIARE®-66 (I)

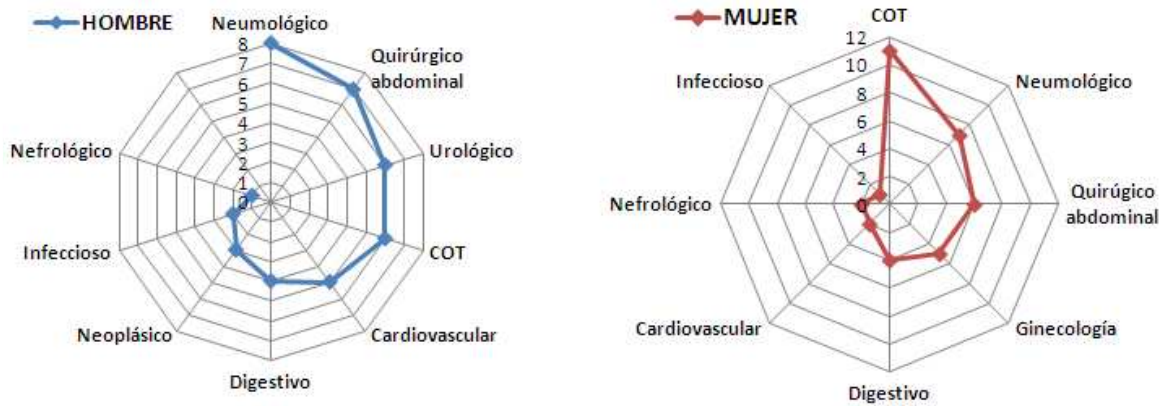


Gráfico 5. 103 Proceso médico-quirúrgico del/de la paciente de la E P Hospital Alto Guadalquivir por sexos valorado con la escala INICIARE®-66 (II)

La COT seguida de la Cirugía Abdominal en mujeres fue el proceso quirúrgico prevalente en el ingreso, invirtiéndose esta tendencia en hombres. Mientras que por procesos médicos, el de mayor prevalencia fue el proceso neumológico tanto en hombres como en mujeres, seguido del ginecológico y digestivo en mujeres y del urológico y cardiovascular en hombres.

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Cardiovascular	5	2	7
COT	6	11	17
Digestivo	4	4	8
Ginecológico	0	5	5
Infeccioso	2	1	3
Nefrológico	1	2	3
Neoplásico	3	0	3
Neumológico	8	7	15
Quirúrgico abdominal	7	6	13
Urológico	6	0	6

Fig. 5. 8 Proceso médico-quirúrgico por sexo de pacientes en la E.P. Hospital Alto Guadalquivir valorado con la escala INICIARE®-66

### 5.3.3.2. Perfil por centros hospitalarios: Hospital Alto Guadalquivir (Hospital de Andújar) y Hospital de Montilla.

El perfil del paciente en el Hospital de Alto Guadalquivir (Andújar) fue hombre que disponía de cuidador/a principal, de 63 años de edad, ingresado en la Unidad de Hospitalización, con dependencia severa, moderada y/o escasa para la realización de las Actividades Básicas de la Vida diaria (valoradas por el test de Barthel).

El perfil del paciente en el Hospital de Montilla fue mujer que disponía de cuidador/a principal, de cerca de 64 años de edad, ingresada en la Unidad de Hospitalización, con dependencia de severa a moderada para la realización de las Actividades Básicas de la Vida diaria (valoradas por el test de Barthel).

Tabla 5. 211 DESCRIPTIVO DEL PERFIL DE PACIENTES POR HOSPITALES				
		ANDÚJAR	MONTILLA	p
		$\bar{X}$ (IC 95%) / N (%)	$\bar{X}$ (IC 95%) / N (%)	
<b>SEXO</b>	Hombre	25 (55,8%)	17 (43,9%)	0,060
	Mujer	17 (44,2%)	21 (56,1%)	
<b>EDAD</b>		63,27 (58,84-67,69)	63,81 (59,47-68,14)	0,31
<b>BARTHEL</b>	Dependencia total (0-20)	6 (14,3%)	1 (2,6%)	0,00
	Dependencia severa (21-60)	10 (23,8%)	12 (31,6%)	
	Dependencia moderada (61-90)	11 (26,2%)	11 (29%)	
	Dependencia escasa (91-99)	14 (33,3%)	7 (18,4%)	
	Independencia (100)	1 (2,4%)	7 (18,4%)	
<b>DISPONE DE CUIDADOR/A</b>	NO	6 (13,6%)	0 (0%)	0,16
	SI	38 (86,4%)	36 (100%)	
<b>UNIDAD DE INGRESO</b>	Cuidados Especiales	14 (33,4%)	8 (21%)	0,67
	Unidad de Hospitalización	28 (66,6%)	30 (79%)	

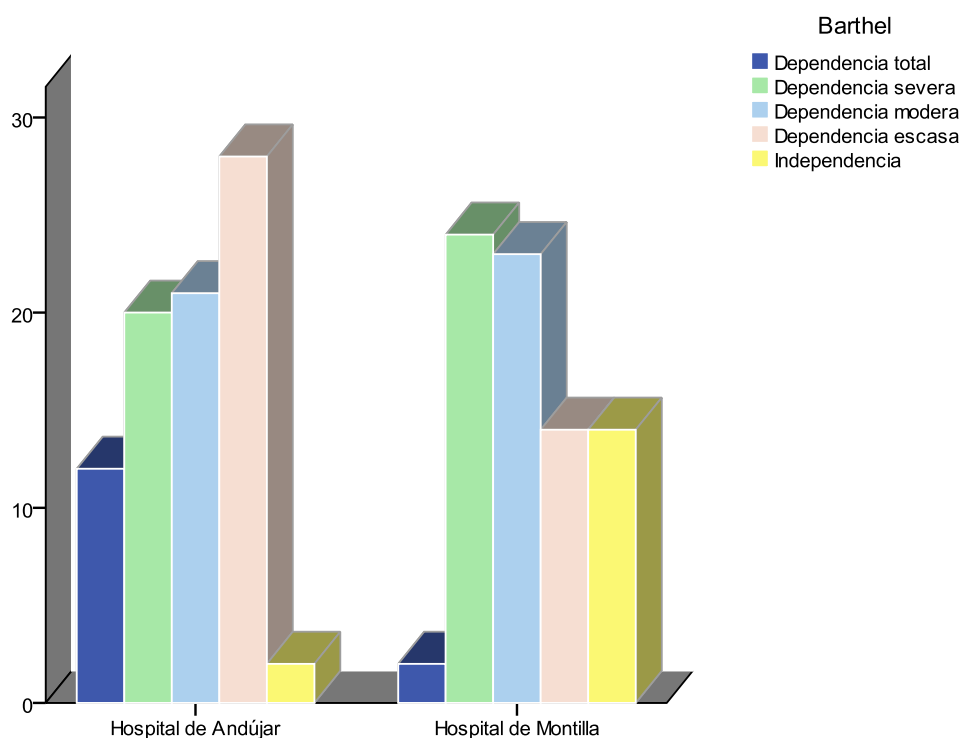
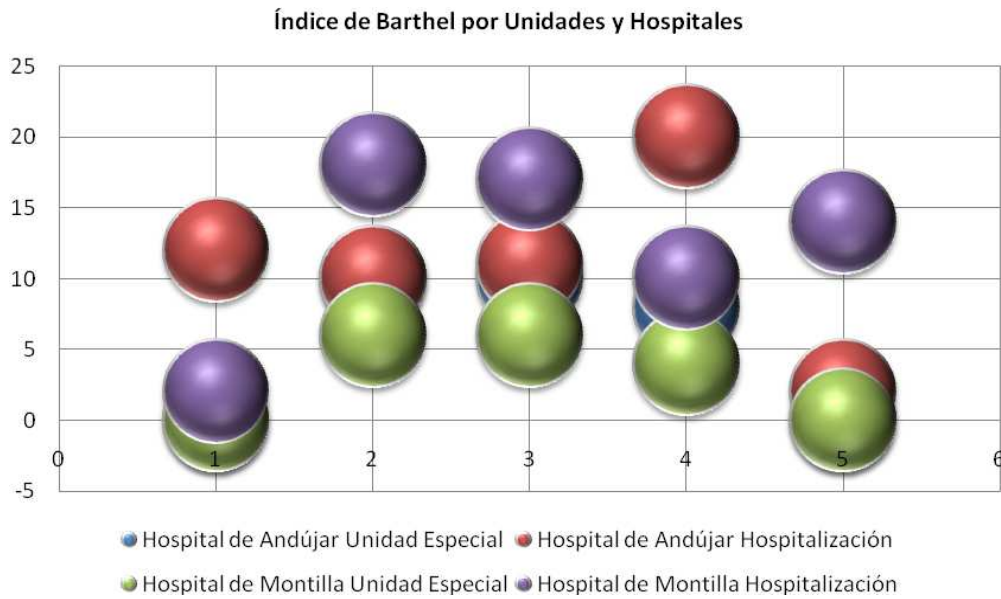
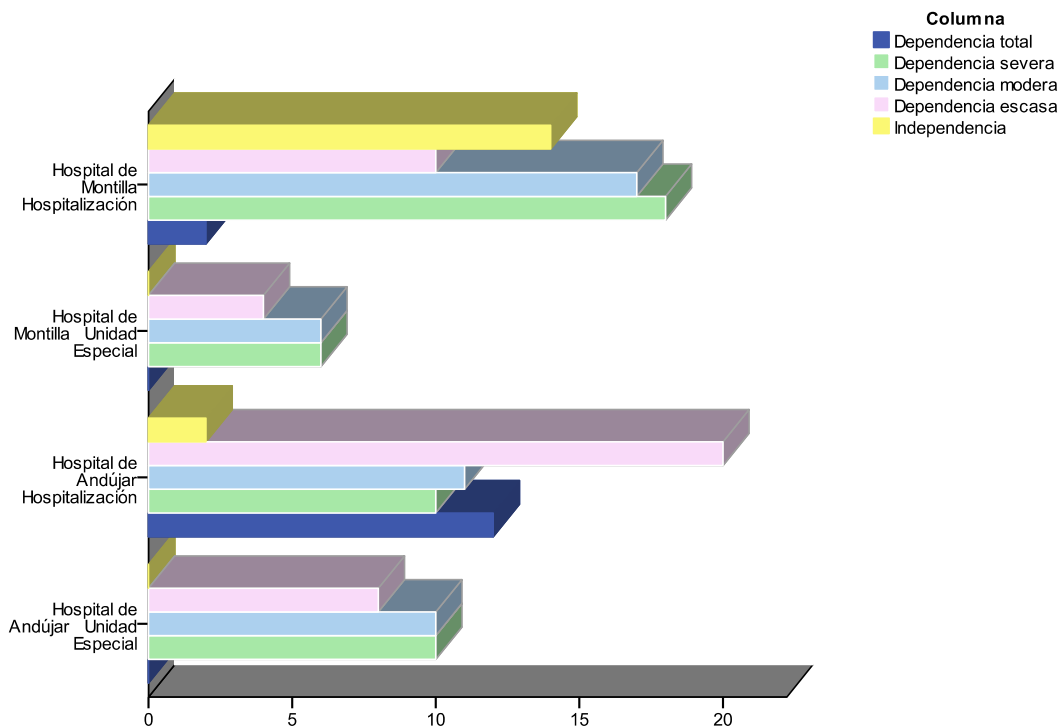


Gráfico 5. 104 Nivel de dependencia valorada por el test de Barthel por Hospitales E P Hospital Alto Guadalquivir escala INICIARE®-66

En ambos casos el perfil del paciente coincide por edad y por poseer cuidador/a principal.



**Gráfico 5. 105 Nivel de dependencia valorada por el test de Barthel por Hospitales y Unidades E P Hospital Alto Guadalquivir escala INICIARE®-66**



**Gráfico 5. 106 Nivel de dependencia valorada por el test de Barthel comparativa por Hospitales y Unidades E P Hospital Alto Guadalquivir escala INICIARE®-66**

Las diferencias entre sexos son pequeñas, aumentando la dependencia para la realización de las actividades básicas de la vida diaria en pacientes ingresados en el Hospital de Montilla frente a los ingresados en el Hospital de Andújar.

### 5.3.3.3. Perfil por proceso médico-quirúrgico y centros hospitalarios: Hospital Alto Guadalquivir (Hospital de Andújar) y Hospital de Montilla.

En ambos centros prevalecieron los ingresos por proceso quirúrgico (COT y Cirugía Abdominal), aunque en el Hospital de Montilla también se le unen los ingresos por patología neumológica, siendo este la primera causa de ingreso por este proceso y por hospitales.

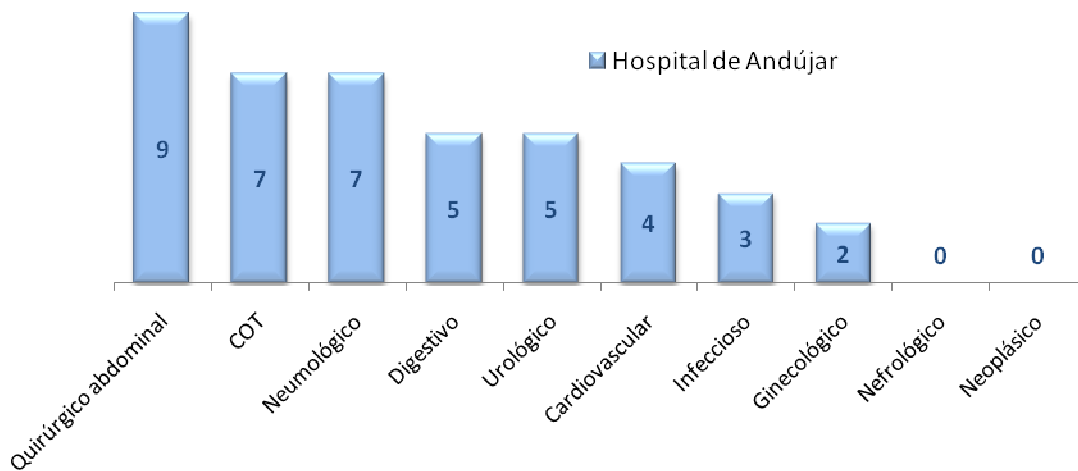


Gráfico 5. 107 Pacientes por proceso médico quirúrgico en el hospital de Andújar, escala INICIARE®-66



Gráfico 5. 108 Pacientes por proceso médico quirúrgico en el hospital de Montilla, escala INICIARE®-66

### **5.3.4. DESCRIPTIVO DEL PERFIL DEL CUIDADOR QUE PARTICIPÓ EN EL ESTUDIO DE VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN INICIARE®-66**

#### **5.3.4.1. Perfil por sexo y parentesco**

Fundamentalmente fueron mujeres con parentesco de esposas o hijas, sin diferencias significativas entre hospitales. Entre los cuidadores hombres destacan como parentesco los maridos, seguidos de los hijos, no se establece tampoco diferencias significativas por hospital; y no hemos podido diferenciar por sexo entre hermanos y hermanas.



Tabla 5. 212 DESCRIPTIVO DEL PERFIL DEL CUIDADOR POR SEXO Y PARENTESCO CON LA VERSIÓN INICIARE-66				
		HOSPITAL ANDÚJAR	HOSPITAL MONTILLA	
		$\bar{X}$ (IC 95%) / N (%)	$\bar{X}$ (IC 95%) / N (%)	p
<b>SEXO</b>	Hombre	7 (%)	14 (%)	0,11
	Mujer	32 (%)	23 (%)	
<b>EDAD</b>	<30años	1 (2,56%)	3 (8,07%)	0,02
	30-40 años	11 (28,2%)	11 (29,73%)	
	40-50 años	4 (10,25%)	11 (29,73%)	
	50-60 años	11 (28,2%)	8 (21,62%)	
	60-70 años	3 (7,69%)	2 (5,40%)	
	> 70 años	9 (23,07%)	4 (10,81%)	
	<b>PARENTESCO</b>	Madre	4 (10,25%)	
	Hijo	0 (0%)	3 (8,1%)	
	Hija	11 (28,2%)	11 (29,73%)	
	Esposo	5 (12,82%)	8 (21,62%)	
	Esposa	14 (35,9%)	10 (27,02%)	
	Sobrino	0 (0%)	1 (2,7%)	
	Hermanos/as	5 (12,82%)	3 (8,1%)	
	<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>37</b>	

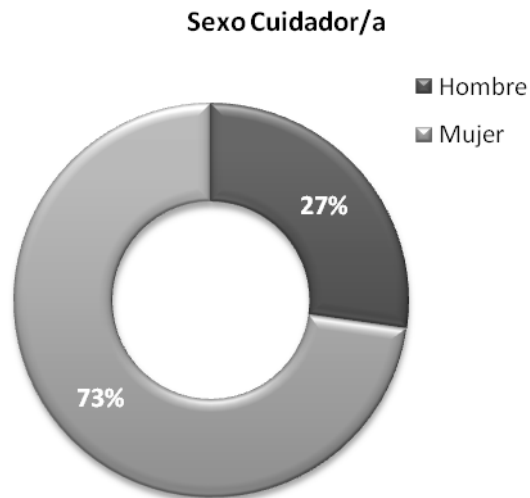


Gráfico 5. 109 Sexo cuidador valorado con la escala INICIARE®-66

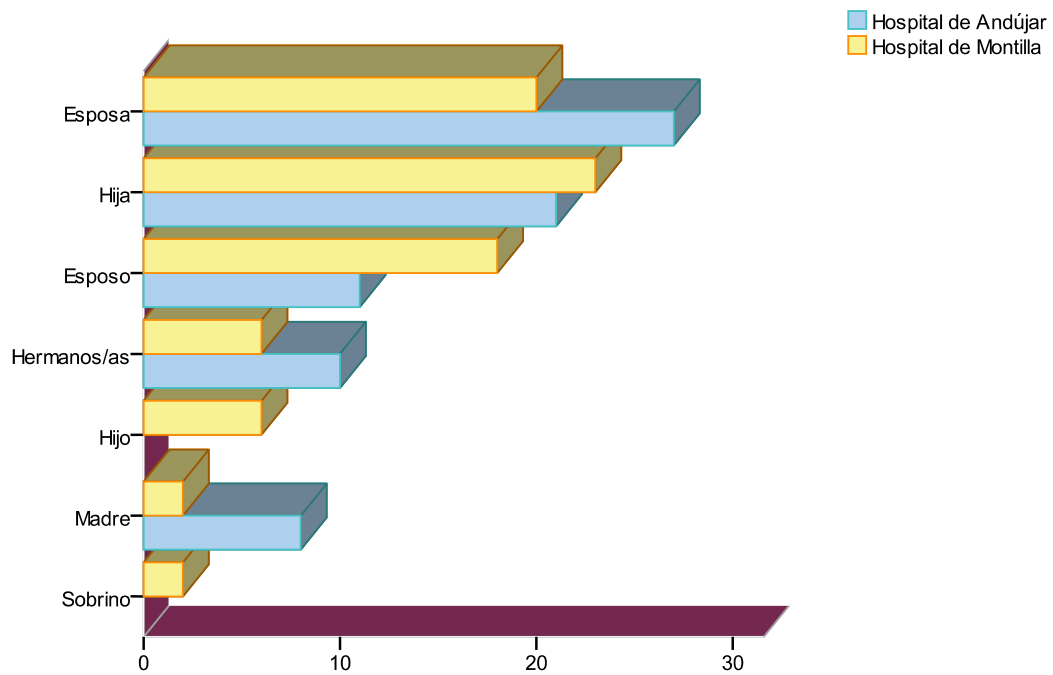


Gráfico 5. 110 Parentesco de los cuidadores con los pacientes valorados con la escala INICIARE®-66

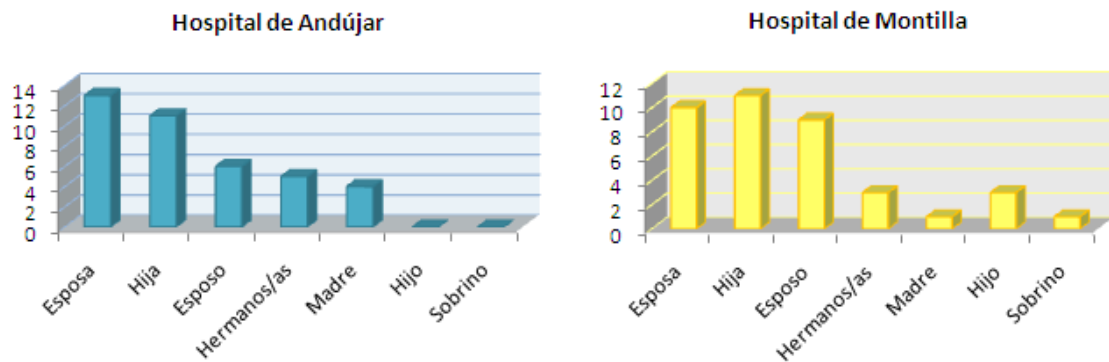


Gráfico 5. 111 Frecuencias de parentesco de los cuidadores en la E P Hospital Alto Guadalquivir por Hospitales valorados con la escala INICIARE®-66

### 5.3.4.2. Perfil del cuidador y cuidadora en relación al proceso de cuidar

Se volvieron a estudiar las cuatro variables correspondientes con indicadores de resultados de (Moorhead et al., 2009), para describir el perfil del cuidador y cuidadora en relación al proceso de cuidar en pacientes hombres y/o mujeres. No encontramos diferencias significativas entre ambos sexos, obteniendo unos resultados muy cercanos al óptimo en todos ellos.

Tabla 5. 213 DESCRIPTIVO DEL PERFIL DEL CUIDADOR EN RELACIÓN AL PROCESO DE CUIDAR CON LA VERSIÓN INICIARE-66			
SEXO DEL PACIENTE ⇒	HOMBRE	MUJER	P
	$\bar{X}$ (IC 95%)	$\bar{X}$ (IC 95%)	
250712 SALUD GENERAL PERCIBIDA DEL/LA CUIDADOR/A	4,50 (4,21-4,79)	4,35 (4,16-4,53)	0,845
221002 DOMINIO DE LAS ACTIVIDADES DE CUIDADOS	4,50 (4,26-4,74)	4,78 (4,78-4,88)	0,072
221001 RELACIÓN MUTUAMENTE SATISFACTORIA ENTRE EL CUIDADOR FAMILIAR Y EL DESTINATARIO DE LOS CUIDADOS	4,90 (4,79-5,02)	4,91 (4,83-4,99)	0,316
220801 ESTRESORES INFORMADOS POR EL/LA CUIDADOR/A	4,40 (4,12-4,69)	3,95 (3,72-4,17)	0,189

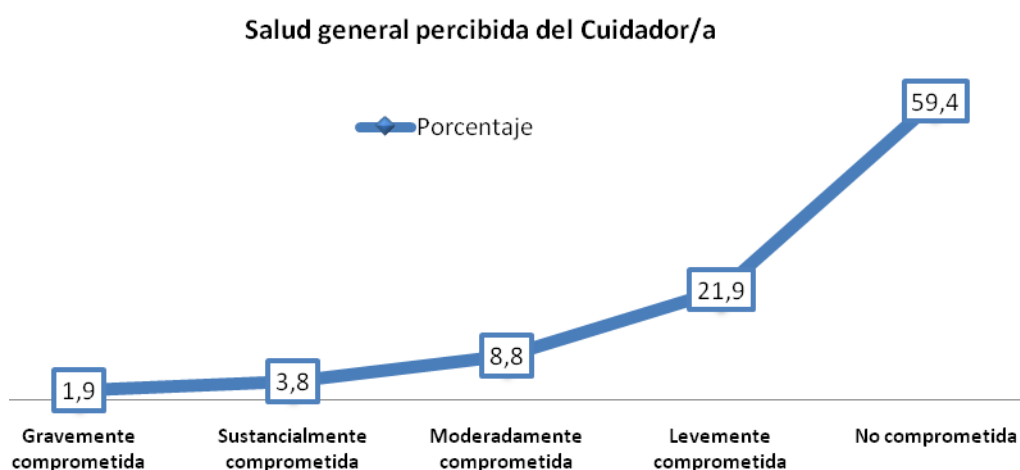


Gráfico 5. 112 Salud general percibida por el cuidador familiar en la E P Hospital Alto Guadalquivir valorados con la escala INICIARE®-66

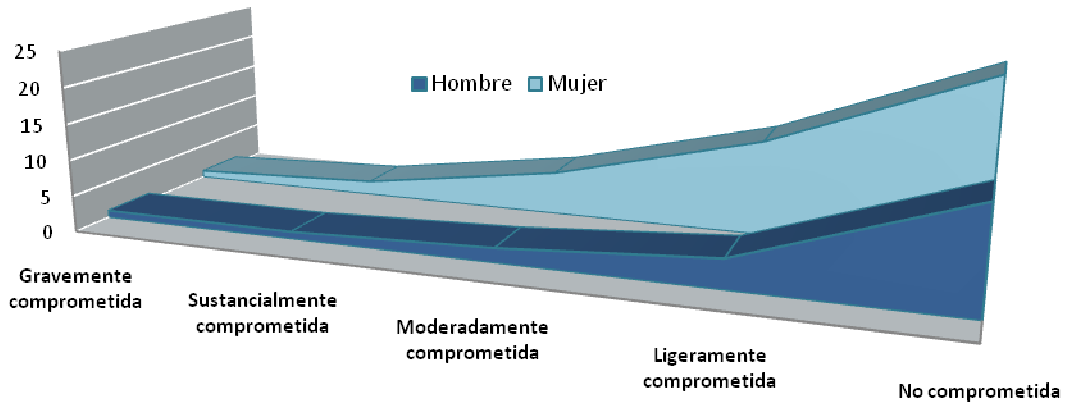


Gráfico 5. 113 Salud general percibida por el cuidador familiar por sexos, en la E P Hospital Alto Guadalquivir, valorados con la escala INICIARE®-66

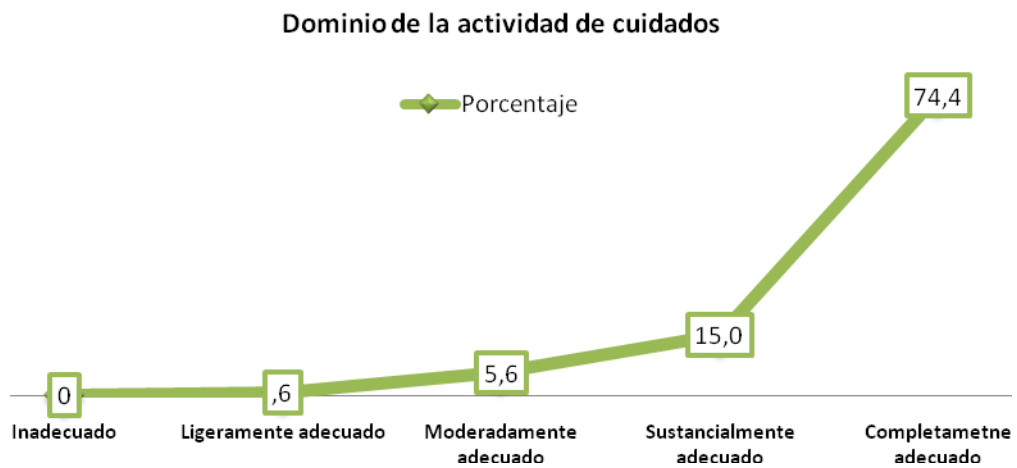


Gráfico 5. 114 Dominio en la actividad de cuidado del cuidador familiar en la E P Hospital Alto Guadalquivir, valorados con la escala INICIARE®-66

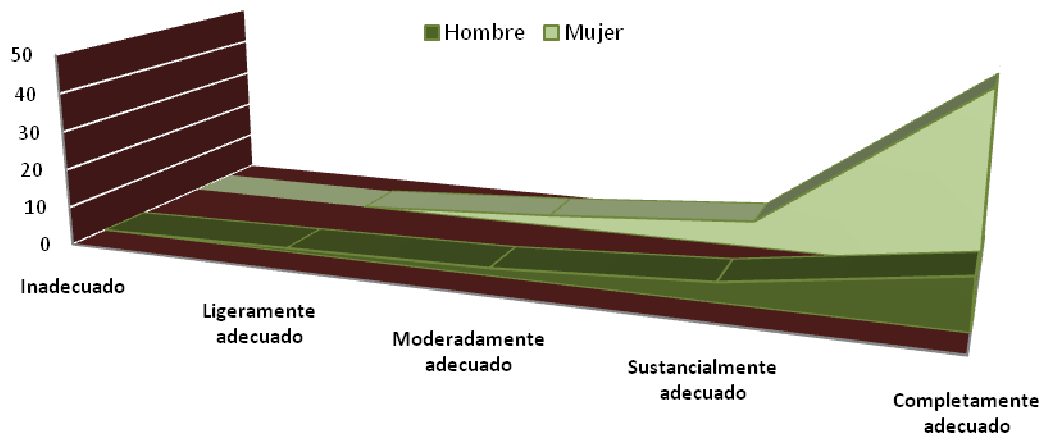


Gráfico 5. 115 Dominio en la actividad de cuidado del cuidador familiar por sexo, en la E P Hospital Alto Guadalquivir, valorados con la escala INICIARE®-66

Relación mutuamente satisfactoria entre el cuidador familiar y el destinatario de los cuidados

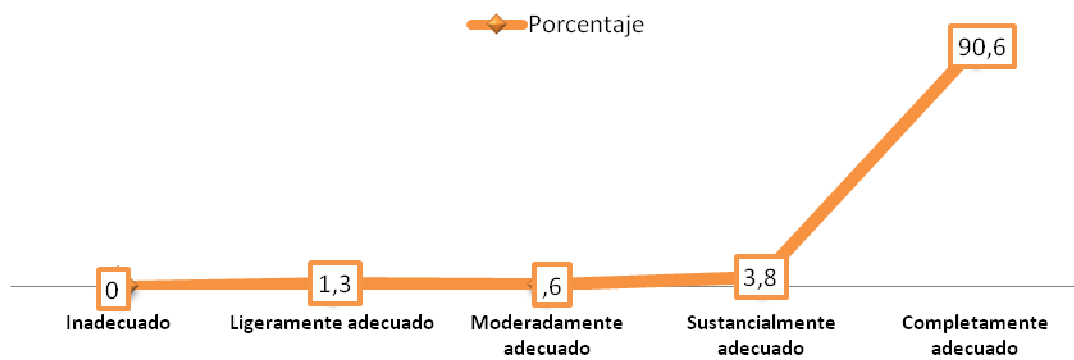


Gráfico 5. 116 Relación mutuamente satisfactoria entre el cuidador familiar y el destinatario de los cuidados en la E P Hospital Alto Guadalquivir, valorados con la escala INICIARE®-66

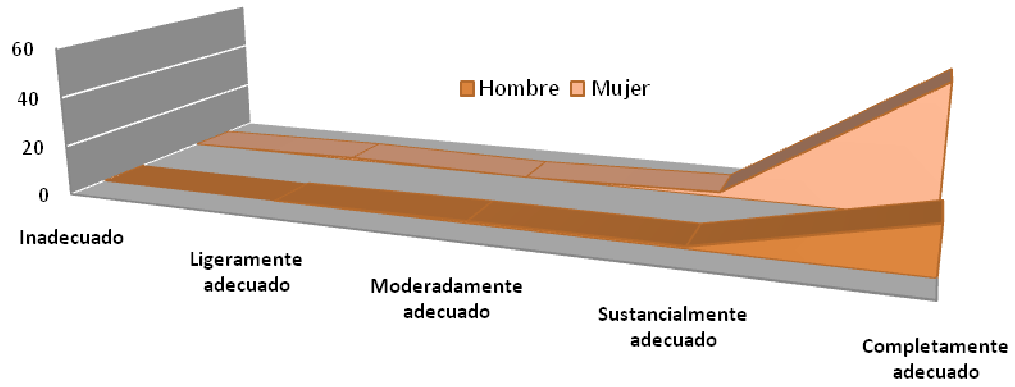


Gráfico 5. 117 Relación mutuamente satisfactoria entre el cuidador familiar y el destinatario de los cuidados por sexo, en la E P Hospital Alto Guadalquivir, valorados con la escala INICIARE®-66

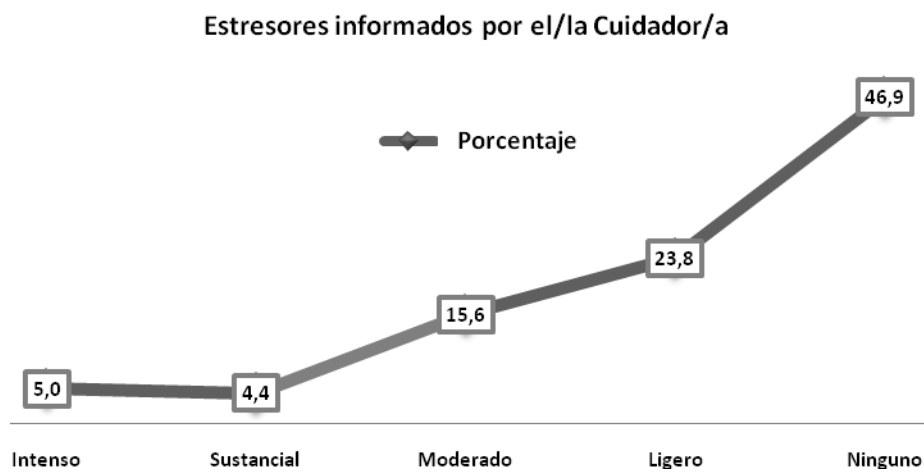


Gráfico 5. 118 Estresores informados por el o la cuidadora por sexo, en la E P Hospital Alto Guadalquivir, valorados con la escala INICIARE®-66

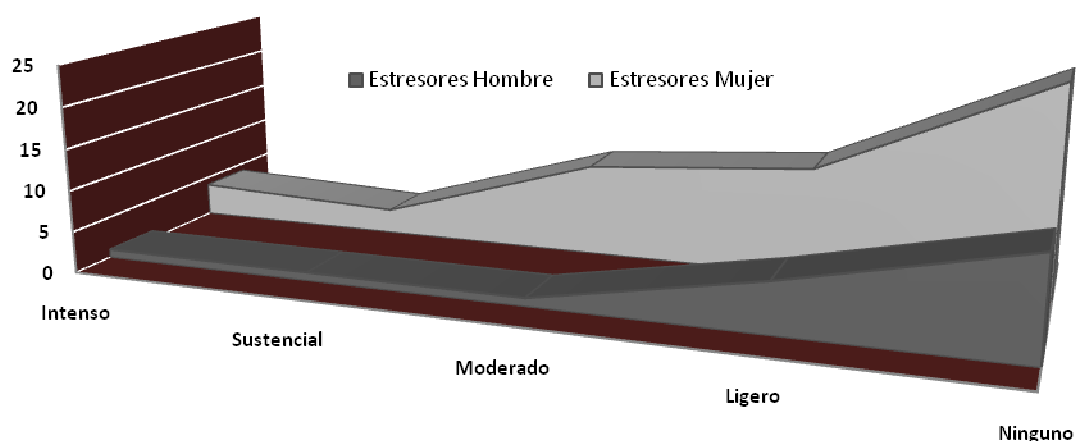


Gráfico 5. 119 Estresores informados por el o la cuidadora por sexo, en la E P Hospital Alto Guadalquivir, valorados con la escala INICIARE®-66

### 5.3.5. DESCRIPTIVO DE LA ESCALA INICIARE®-66

En primer lugar presentamos los resultados del estudio descriptivo de los ítems por necesidades o dimensiones, con la media y la desviación típica de cada uno de ellos en 320 valoraciones.

En relación al resultado, recordamos que el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable. De manera, que como podemos visualizar el promedio de los ítems de forma general estuvo comprendido entre las condiciones deseables o muy deseables (rangos 3 a 5), y en más baja proporción entre los rangos de 2 a 3.

Tabla 5. 214 ANÁLISIS DESCRIPTIVO POR ÍTEMS DE LA ESCALA INICIARE®-66			
		MEDIA	DESV TIP
	<b>NECESIDAD DE RESPIRACIÓN</b>	<b>4,541</b>	<b>0,7642</b>
1	041012 Capacidad de eliminar secreciones	4,23	1,122
2	040206 Cianosis	4,63	,744
3	040204 Disnea de esfuerzo	4,01	1,302
4	040203 Disnea en reposo	4,51	,887
5	040002 Frecuencia cardiaca	4,75	,575
6	041004 Frecuencia respiratoria	4,68	,542
7	040302 Ritmo respiratorio	4,69	,516

8	040310 Ruidos respiratorios patológicos	4,69	,647
9	040211 Saturación de oxígeno	4,56	,672
10	040309 Utilización de músculos accesorios	4,66	,635
<b>NECESIDAD DE ALIMENTARSE E HIDRATARSE</b>		<b>4,541</b>	<b>1,153</b>
11	101016 Acepta la comida	4,09	1,159
12	210607 Alteración del estado nutricional	4,16	1,056
13	101012 Atragantamiento tos náuseas	4,37	1,148
14	101004 Capacidad de masticación	4,26	1,174
15	101401 Deseo de comer	3,37	1,504
16	060107 Entradas y salidas diarias equilibradas	4,44	,681
17	100801 Ingestión alimentaria oral	4,11	1,145
18	101406 Ingesta de alimentos	4,09	1,119
19	100601 Peso	3,69	1,391
<b>NECESIDAD DE ELIMINAR</b>		<b>4,064</b>	<b>1,159</b>
20	050002 Mantiene el control de la eliminación de heces	4,56	1,000
21	050101 Patrón de eliminación fecal	4,16	1,215
22	060211 Diuresis	4,63	,878
23	050301 Patrón de eliminación urinario	4,03	1,370
24	050312 Incontinencia urinaria	4,06	1,406
25	050401 Ingesta adecuada de líquidos	4,64	,631
26	031001 Reconoce y responde a la depleción vesical	4,08	1,454
<b>NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER LA POSICIÓN CORPORAL</b>		<b>3,335</b>	<b>1,51</b>
27	20002 Camina con marcha eficaz	2,86	1,602
28	030012 Cambia de posición solo	3,51	1,496
29	020802 Mantenimiento de la posición corporal	3,72	1,455
30	20814 Se mueve con facilidad	3,25	1,487
<b>NECESIDAD DE REPOSO Y SUEÑO</b>		<b>3,743</b>	<b>1,28</b>
31	000303 Calidad del descanso	3,75	1,275
32	000404 Calidad del sueño	3,68	1,336
33	000403 Patrón del sueño	3,80	1,230
<b>NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE</b>		<b>3,045</b>	<b>1,58</b>
34	030211 Se quita la ropa	3,22	1,598
35	030002 Se viste	2,87	1,563
<b>NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL</b>		<b>4,672</b>	<b>0,77</b>
36	080015 Comodidad térmica referida	4,54	,982
37	080012 Frecuencia del pulso radial	4,91	,371
38	080201 Temperatura corporal	4,82	,581
39	192202 Identifica signos y síntomas de hipertermia	4,59	,952
40	192302 Identifica signos y síntomas de hipotermia	4,50	,963
<b>NECESIDAD DE HIGIENE</b>		<b>2,805</b>	<b>1,594</b>
41	030006 Higiene	3,02	1,637
42	030508 Se lava el pelo	2,59	1,552
<b>NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS</b>		<b>3,827</b>	<b>1,503</b>
43	030617 Controla su propia medicación no parenteral	3,83	1,565
44	191119 Evitar conductas de alto riesgo	3,56	1,545
45	170401 Percepción de amenaza para la salud	3,91	1,484
46	190201 Reconoce factores de riesgo	4,01	1,419
<b>NECESIDAD DE COMUNICARSE Y RELACIONARSE</b>		<b>4,745</b>	<b>0,658</b>
47	090003 Atiende	4,78	,625
48	090014 Comunicación clara según la edad	4,74	,669
49	090210 Interpretación exacta de los mensajes recibidos	4,68	,725
50	090703 Verbaliza un mensaje coherente	4,78	,614
<b>NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES</b>		<b>3,73</b>	<b>1,224</b>



51	170411 Impacto percibido sobre el estilo de vida futuro	3,57	1,202
52	170202 Implicación requerida en decisiones sobre la salud	3,80	1,225
53	170404 Preocupación sobre la enfermedad o lesión	3,82	1,246
<b>NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE</b>		<b>3,792</b>	<b>1,282</b>
54	120801 Estado de ánimo deprimido	3,68	1,345
55	130501 Establecimiento de objetivos realistas	3,76	1,289
56	130502 Mantenimiento de la autoestima	3,81	1,253
57	130208 Se adapta a los cambios en desarrollo	3,92	1,241
<b>NECESIDAD DE ACTIVIDADES RECREATIVAS Y OCIO</b>		<b>3,84</b>	<b>1,461</b>
58	160413 Disfruta de actividades de ocio	3,83	1,464
59	160404 Refiere relajación con las actividades de ocio	3,85	1,459
<b>NECESIDAD DE APRENDER</b>		<b>3,664</b>	<b>1,366</b>
60	130221 Busca información acreditada sobre el tratamiento	3,58	1,411
61	182308 Conductas que fomentan la salud	3,68	1,360
62	160001 Pregunta cuestiones	3,68	1,364
63	182402 Proceso específico de la enfermedad	3,62	1,329
64	182408 Procedimiento terapéutico	3,64	1,369
65	160007 Proporciona razones para adoptar una pauta	3,68	1,322
66	160601 Reivindica la responsabilidad de tomar decisiones	3,63	1,412

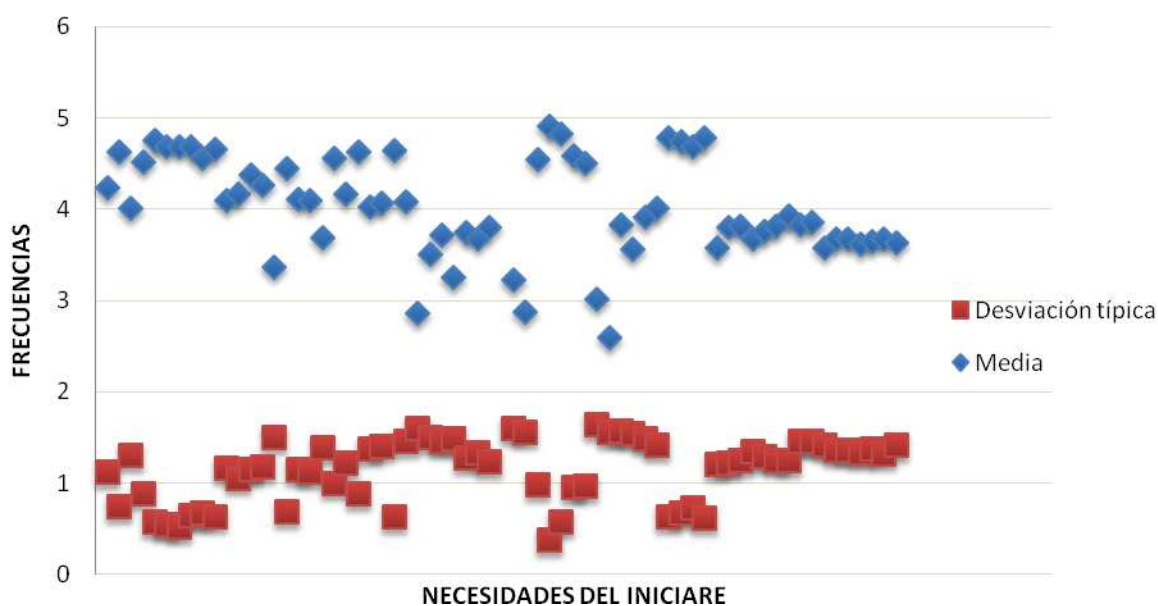


Gráfico 5. 120 Descriptivo media y desviación típica de la escala INICIARE®-66 ordenadas por las 14 Necesidades de Virginia Henderson

En las siguientes tablas (tabla 5.213 y tabla 5.214) se representan las puntuaciones en relación al nivel de dependencia en necesidad de cuidados medida por necesidades con la escala INICIARE®-66.

Tabla 5. 215 PUNTUACIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA EN CUIDADOS POR NECESIDADES DE LA VERSIÓN INICIARE®-66			
	Media	Desviación típica	Máximo - Mínimo
RESP	45,4340	6,29097	50-10
ALIM	36,6289	7,07067	45-9
ELIM	30,1887	6,01072	35-7
MOV	13,3208	5,64714	20-4
REP_SUEÑO	11,2327	3,70288	15-3
VEST	6,1132	3,11993	10-2
TEMP	4,8239	0,57955	25-5
HIG	5,6352	3,11270	10-2
SEG	15,3270	5,48011	20-4
COM	18,9811	2,45587	20-4
CREENC	14,0503	4,41488	15-3
REALIZ	15,1761	4,70326	20-4
OCIO	7,6918	2,90122	10-2
APREND	25,4780	8,68568	35-7

Tabla 5. 216 ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS POR NECESIDADES DE LA ESCALA INICIARE®-66 (rango de 1 a 5 y orden descendente)		
	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
<b>Comunicación</b>	4,745	0,658
<b>Termorregulación</b>	4,672	0,77
<b>Respiración</b>	4,541	0,7642
<b>Alimentación e hidratación</b>	4,541	1,153
<b>Eliminar</b>	4,064	1,159
<b>Ocio</b>	3,84	1,461
<b>Evitar peligros</b>	3,827	1,503
<b>Trabajar y realizarse</b>	3,792	1,282
<b>Reposo y sueño</b>	3,743	1,28
<b>Creencias y valores</b>	3,73	1,224
<b>Aprender</b>	3,664	1,366
<b>Moverse y Mantener la Postura</b>	3,335	1,51
<b>Vestirse</b>	3,045	1,58
<b>Higiene</b>	2,805	1,594

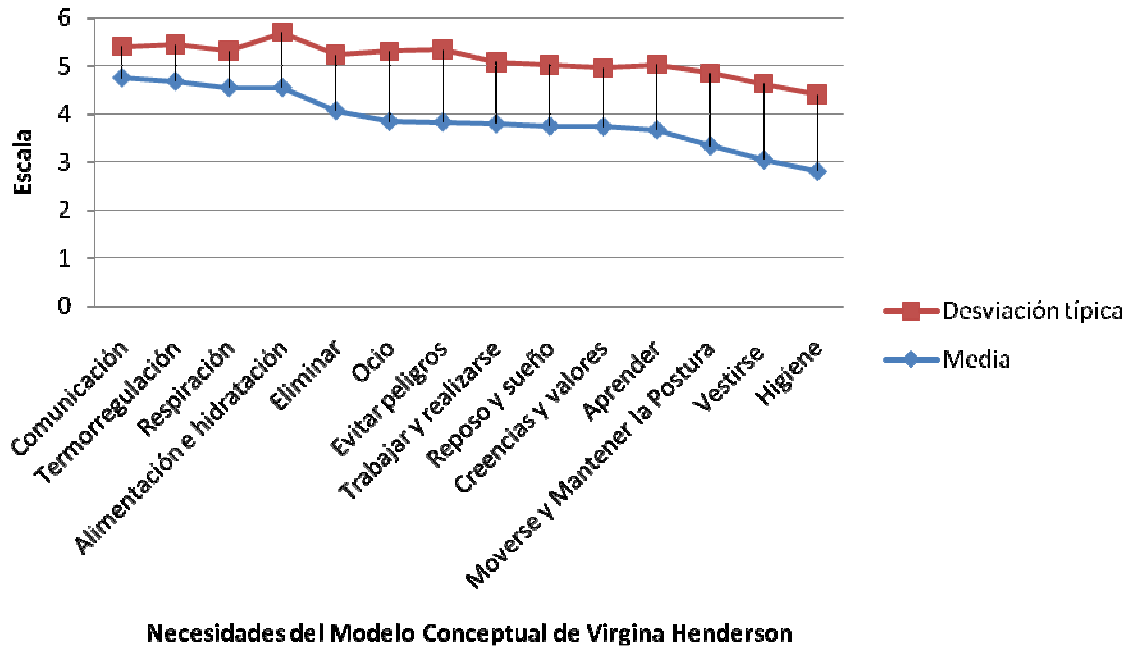


Gráfico 5. 121 Descriptivo media y desviación típica en orden descendente de las Necesidades del Modelo Conceptual de Virginia Henderson de la escala INICIARE®-66

Las necesidades que obtuvieron puntuaciones más elevadas (iguales o mayores > a 4, en un rango de 1 a 5), o lo que es lo mismo, estuvieron más cerca de la condición más deseable, fueron en primer lugar la necesidad de comunicación, seguida de las necesidades fisiológicas de mantener la temperatura corporal, respirar alimentarse e hidratarse y eliminar.

Mientras que las que las que obtuvieron las puntuaciones más bajas (estaban menos satisfechas) fueron en primer lugar las necesidades instrumentales de higiene, vestirse y moverse.

También se han representado por ítems resultados, los descriptivos media y desviación típica, así como los rangos de puntuación máxima y mínima. La puntuación máxima por ítem es de cinco y la mínima de uno, siendo el cinco la condición más deseable y el uno la menos deseable.

Tabla 5. 217 ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS POR ÍTEMS DEL INICIARE®-66

	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA	RANGO
Frecuencia del pulso radial	4,91	0,37	5-1
Temperatura corporal	4,82	0,58	5-1
Atiende	4,78	0,623	5-1
Verbaliza un mensaje coherente	4,78	0,613	5-1
Frecuencia cardíaca	4,75	0,573	5-1
Comunicación clara según la edad	4,74	0,668	5-1
Frecuencia respiratoria	4,69	0,541	5-1
Ritmo respiratorio	4,69	0,515	5-1
Ruidos respiratorios patológicos	4,69	0,646	5-1
Interpretación exacta de los mensajes recibidos	4,68	0,723	5-1
Utilización de músculos accesorios	4,66	0,635	5-1
Ingesta adecuada de líquidos	4,64	0,629	5-1
Cianosis	4,63	0,743	5-1
Diuresis	4,63	0,875	5-1
Identifica signos y síntomas de hipertermia	4,59	0,949	5-1
Mantiene el control de la eliminación de heces	4,57	0,997	5-1
Saturación de oxígeno	4,56	0,671	5-1
Comodidad térmica referida	4,54	0,979	5-1
Disnea en reposo	4,52	0,885	5-1
Identifica signos y síntomas de hipotermia	4,5	0,96	5-1
Entradas y salidas diarias equilibradas	4,44	0,681	5-1
Atragantamiento tos náuseas	4,38	1,146	5-1
Capacidad de masticación	4,26	1,172	5-1
Capacidad de eliminar secreciones	4,23	1,121	5-1
Alteración del estado nutricional	4,16	1,053	5-1
Patrón de eliminación fecal	4,16	1,211	5-1
Ingestión alimentaria oral	4,12	1,144	5-1
Acepta la comida	4,09	1,157	5-1
Ingesta de alimentos	4,09	1,118	5-1
Reconoce y responde a la depleción vesical	4,09	1,451	5-1
Incontinencia urinaria	4,06	1,404	5-1
Patrón de eliminación urinario	4,04	1,368	5-1
Disnea de esfuerzo	4,02	1,3	5-1
Reconoce factores de riesgo	4,02	1,416	5-1
Se adapta a los cambios en desarrollo	3,92	1,237	5-1
Percepción de amenaza para la salud	3,91	1,479	5-1
Refiere relajación con las actividades de ocio	3,86	1,458	5-1
Controla su propia medicación no parenteral	3,84	1,563	5-1
Disfruta de actividades de ocio	3,84	1,462	5-1
Preocupación sobre la enfermedad o lesión	3,82	1,245	5-1
Mantenimiento de la autoestima	3,81	1,249	5-1
Patrón del sueño	3,8	1,226	5-1
Implicación requerida en decisiones sobre la salud	3,8	1,221	5-1
Establecimiento de objetivos realistas	3,76	1,285	5-1
Calidad del descanso	3,75	1,273	5-1
Mantenimiento de la posición corporal	3,71	1,451	5-1
Peso	3,7	1,391	5-1
Calidad del sueño	3,69	1,332	5-1

Estado de ánimo deprimido	3,69	1,341	5-1
Conductas que fomentan la salud	3,68	1,356	5-1
Pregunta cuestiones	3,68	1,361	5-1
Proporciona razones para adoptar una pauta	3,67	1,325	5-1
Régimen terapéutico	3,64	1,366	5-1
Reivindica la responsabilidad de tomar decisiones	3,63	1,408	5-1
Proceso específico de la enfermedad	3,62	1,325	5-1
Impacto percibido sobre el estilo de vida futuro	3,58	1,203	5-1
Evitar conductas de alto riesgo	3,57	1,541	5-1
Busca información acreditada sobre el tratamiento	3,57	1,407	5-1
Cambia de posición solo	3,51	1,492	5-1
Deseo de comer	3,38	1,504	5-1
Se mueve con facilidad	3,24	1,486	5-1
Se quita la ropa	3,23	1,599	5-1
Higiene	3,03	1,64	5-1
Se viste	2,89	1,567	5-1
Camina con marcha eficaz	2,86	1,597	5-1
Se lava el pelo	2,6	1,559	5-1

### 5.3.6. FIABILIDAD DE LA ESCALA INICIARE®-66

Los resultados de la fiabilidad interobservador para cada uno de los ítems, se muestran en la tabla 5.247. Todos los ítems han presentado una fiabilidad por encima de 0,6, siendo los valores más frecuente los comprendidos entre 0,8 y 0,9, excepto el indicador de resultados “Frecuencia del pulso radial” con valores de  $r = 0,215$  y  $R_o = 0,324$ .

Tabla 5. 218 ANÁLISIS DE LA FIABILIDAD INTEROBSERVADOR DEL INICIARE®-66		r	Ro
<b>NECESIDAD DE RESPIRAR</b>			
1	040206 Cianosis	,835**	,781**
2	041004 Frecuencia respiratoria	,654**	,674**
3	040002 Frecuencia cardiaca	,657**	,552**
4	040302 Ritmo respiratorio	,613**	,648**
5	041012 Capacidad de eliminar secreciones	,881**	,863**
6	040309 Utilización de músculos accesorios	,678**	,651**
7	040203 Disnea en reposo	,807**	,761**
8	040204 Disnea de esfuerzo	,928**	,960**
9	040211 Saturación de oxígeno	,805**	,816**
10	040310 Ruidos respiratorios patológicos	,506**	,719**
<b>NECESIDAD DE ALIMENTARSE E HIDRATARSE</b>			
11	100801 Ingestión alimentaria oral	,874**	,806**

12	101016 Acepta la comida	,877**	,854**
13	101004 Capacidad de masticación	,840**	,837**
14	101012 Atragantamiento, tos, náuseas	,890**	,812**
15	101406 Ingesta de alimentos	,860**	,828**
16	210607 Alteración del estado nutricional	,846**	,834**
17	060107 Entradas y salidas diarias equilibradas	,740**	,767**
18	100601 Peso	,918**	,920**
19	101401 Deseo de comer	,860**	,854**
<b>NECESIDAD DE ELIMINAR</b>			
20	050002 Mantiene el control de la eliminación de heces	,844**	,614**
21	050101 Patrón de eliminación fecal	,828**	,812**
22	060211 Diuresis	,877**	,762**
23	050301 Patrón de eliminación (urinario)	,888**	,854**
24	050312 Incontinencia urinaria	,946**	,937**
25	050401 Ingesta adecuada de líquidos	,764**	,729**
26	031001 Reconoce y responde a la depleción vesical	,979**	,939**
<b>NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER LA POSICIÓN CORPORAL</b>			
27	020002 Camina con marcha eficaz	,921**	,926**
28	020814 Se mueve con facilidad	,879**	,858**
29	020802 Mantenimiento de la posición corporal	,853**	,807**
30	030012 Cambia de posición solo	,885**	,880**
<b>NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR</b>			
31	000303 Calidad del descanso	,957**	,958**
32	000404 Calidad del sueño	,929**	,925**
33	000403 Patrón del sueño	,899**	,908**
<b>NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE</b>			
34	030211 Se quita la ropa	,889**	,878**
35	030002 Se viste	,873**	,865**
<b>NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL</b>			
36	080201 Temperatura corporal	,826**	,750**
37	080012 Frecuencia del pulso radial	,215	,324**
38	080015 Comodidad térmica referida	,905**	,866**
39	192202 Identifica signos y síntomas d hipertermia	,932**	,837**
40	192302 Identifica signos y síntomas de hipotermia	,900**	,814**
<b>NECESIDAD DE HIGIENE</b>			
41	030006 Higiene	,931**	,918**
42	030508 Se lava el pelo	,895**	,905**
<b>NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS</b>			
43	030617 Controla su propia medicación no parenteral	,962**	,927**
44	170401 Percepción de amenaza para la salud	,922**	,856**
45	190201 Reconoce factores de riesgo	,862**	,813**
46	191119 Evitar conductas de alto riesgo	,880**	,847**
<b>NECESIDAD DE COMUNICARSE</b>			
47	090014 Comunicación clara según la edad	,844**	,778**
48	090003 Atiende	,834**	,860**
49	090210 Interpretación exacta de los mensajes recibidos	,844**	,891**
50	090703 Verbaliza un mensaje coherente	,783**	,751**
<b>NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES</b>			
51	170202 Implicación requerida en decisiones sobre la salud	,848**	,844**
52	170404 Preocupación sobre la enfermedad o lesión	,890**	,876**
53	170411 Impacto percibido sobre el estilo de vida futuro	,903**	,904**
<b>NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE</b>			
54	130208 Se adapta a los cambios en desarrollo	,881**	,799**

55	120801 Estado de ánimo deprimido	,881**	,879**
56	130501 Establecimiento de objetivos realistas	,886**	,849**
57	130502 Mantenimiento de la autoestima	,854**	,805**
<b>NECESIDAD DE OCIO</b>			
58	160404 Refiere relajación con las actividades de ocio	,851**	,784**
59	160413 Disfruta de actividades de ocio	,884**	,842**
<b>NECESIDAD DE APRENDER</b>			
60	130221 Busca información acreditada sobre el tratamiento	0,854**	0,856**
61	182308 Conductas que fomentan la salud	0,974**	0,854**
62	160001 Pregunta cuestiones	0,867**	0,721**
63	182402 Proceso específico de la enfermedad	0,716**	0,613**
64	182408 Procedimiento terapéutico	0,789**	0,842**
65	160007 Proporciona razones para adoptar una pauta	0,870**	0,831**
66	160601 Reivindica responsabilidad de tomar decisiones	0,698**	0,758**

\*\*La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

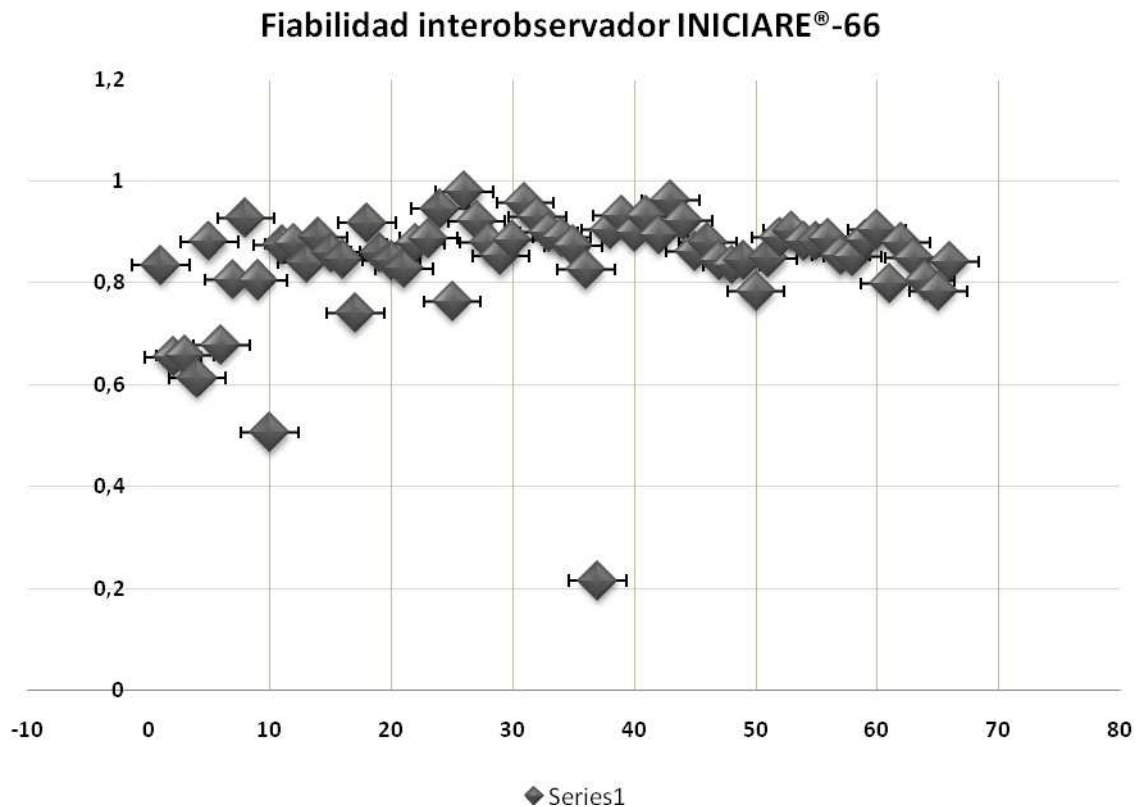


Gráfico 5. 122 Fiabilidad Interobservador por ítems de la escala INICIARE®-66

En el análisis comparativo entre la versión eNDEC-PH y la versión INICIARE®-66, se pone de manifiesto como han mejorado los parámetros r y Ro en esta segunda versión, con valores más cercanos a la unidad.

Tabla 5. 219 COMPARATIVA FIABILIDAD INTEROBSERVADOR: eNDEC-PH e INICIARE®-66	eNDEC-PH		INICIARE®-66	
	r	Ro	r	Ro
<b>1. RESPIRAR</b>				
040206 Cianosis	0,411**	0,631**	,835**	,781**
041004 Frecuencia respiratoria	0,472**	0,484**	,654**	,674**
040002 Frecuencia cardíaca	0,487**	0,516**	,657**	,552**
040302 Ritmo respiratorio	0,598**	0,592**	,613**	,648**
041012 Capacidad de eliminar secreciones	0,304**	0,512**	,881**	,863**
040309 Utilización de músculos accesorios	0,336**	0,544**	,678**	,651**
040203 Disnea en reposo	0,634**	0,593**	,807**	,761**
040204 Disnea de esfuerzo	0,893**	0,907**	,928**	,960**
040211 Saturación de oxígeno	0,566**	0,531**	,816**	,816**
040310 Ruidos respiratorios patológicos	,0355**	0,278**	,506**	,719**
<b>2. ALIMENTARSE E HIDRATARSE</b>				
100801 Ingestión alimentaria oral	0,654**	0,658**	,874**	,806**
101016 Acepta la comida	0,541**	0,502**	,877**	,854**
101004 Capacidad de masticación	0,765**	0,759**	,840**	,837**
101012 Atragantamiento, tos, náuseas	0,462**	0,500**	,890**	,812**
101406 Ingesta de alimentos	0,708**	0,646**	,860**	,828**
210607 Alteración del estado nutricional	0,488**	0,490**	,846**	,834**
060107 Entradas y salidas diarias equilibradas	0,316**	0,411**	,740**	,767**
100601 Peso	0,511**	0,525**	,918**	,920**
101401 Deseo de comer	0,705**	0,588**	,860**	,854**
<b>3. ELIMINAR</b>				
050002 Mantiene el control eliminación de heces	,508**	0,476**	,844**	,614**
050101 Patrón de eliminación fecal	0,561**	0,631**	,828**	,812**
060211 Diuresis	0,507**	0,497**	,877**	,762**
050301 Patrón de eliminación (urinario)	0,722**	0,721**	,888**	,854**
050312 Incontinencia urinaria	0,851**	0,839**	,946**	,937**
050401 Ingesta adecuada de líquidos	0,653**	0,601**	,764**	,729**
031001 Reconoce y responde a la depleción vesical	0,873**	0,832**	,979**	,939**
<b>4. MOVERSE Y MANTENER LA POSTURA CORPORAL</b>				
020002 Camina con marcha eficaz	0,810**	0,823**	,921**	,926**
020814 Se mueve con facilidad	0,773**	0,776**	,879**	,858**
020802 Mantenimiento de la posición corporal	0,761**	0,780**	,853**	,807**
030012 Cambia de posición solo	0,832**	0,816**	,885**	,880**
<b>5. REPOSO-SUEÑO</b>				
000303 Calidad del descanso	0,661**	0,654**	,957**	,958**
000404 Calidad del sueño	0,698**	0,702**	,929**	,925**
000403 Patrón del sueño	0,733**	0,733**	,899**	,908**
<b>6. VESTIRSE Y DESVESTIRSE</b>				
030211 Se quita la ropa	0,850**	0,863**	,889**	,878**
030002 Se viste	0,879**	0,879**	,873**	,865**
<b>7. TEMPERATURA CORPORAL</b>				
080201 Temperatura corporal	0,649**	0,551**	,826**	,750**



080012 Frecuencia del pulso radial	0,259**	0,323**	,215	,324**
080015 Comodidad térmica referida	0,748**	0,687**	,905**	,866**
192202 Identifica signos y síntomas de hipertermia			,932**	,837**
192302 Identifica signos y síntomas de hipotermia			,900**	,814**
<b>8. HIGIENE E INTEGRIDAD DE PIEL Y MUCOSAS</b>				
030006 Higiene	0,835**	0,839**	,931**	,918**
030508 Se lava el pelo	0,690**	0,706**	,895**	,905**
<b>9. EVITAR PELIGROS</b>				
030617 Controla propia medicación no parenteral	0,889**	0,804**	,962**	,927**
170401 Percepción de amenaza para la salud	0,667**	0,646**	,922**	,856**
190201 Reconoce factores de riesgo	0,671**	0,651**	,862**	,813**
191119 Evitar conductas de alto riesgo	0,594**	0,556**	,880**	,847**
<b>10. COMUNICARSE Y RELACIONARSE</b>				
090014 Comunicación clara según la edad	0,633**	0,587**	,844**	,778**
090003 Atiende	0,602**	0,489**	,834**	,860**
090210 Interpretación exacta de mensajes recibidos	0,644**	0,630**	,844**	,891**
090703 Verbaliza un mensaje coherente	0,482**	0,527**	,783**	,751**
<b>11. CREENCIAS Y VALORES</b>				
170202 Implicación requerida en decisiones sobre la salud	0,536**	0,593**	,848**	,844**
170404 Preocupación sobre la enfermedad o lesión	0,647**	0,642**	,890**	,876**
170411 Impacto percibido sobre estilo d vida futuro	0,507**	0,551**	,903**	,904**
<b>12. TRABAJAR Y REALIZARSE</b>				
120801 Estado de ánimo deprimido	0,706**	0,658**	,881**	,879**
130208 Se adapta a los cambios en desarrollo	0,753**	0,717**	,881**	,799**
130501 Establecimiento de objetivos realistas	0,650**	0,608**	,886**	,849**
130502 Mantenimiento de la autoestima	0,696**	0,609**	,854**	,805**
<b>13. ACTIVIDADES RECREATIVAS Y DE OCIO</b>				
160404 Refiere relajación con actividades de ocio	0,634**	0,591**	,851**	,784**
160413 Disfruta de actividades de ocio	0,693**	0,647**	,884**	,842**
<b>14. APRENDER</b>				
130221 Busca información acreditada sobre el tratamiento	0,677**	0,684**	0,854**	0,856**
182308 Conductas que fomentan la salud	0,713**	0,714**	0,974**	0,854**
160001 Pregunta cuestiones	0,662**	0,634**	0,867**	0,721**
182402 Proceso específico de la enfermedad	0,584**	0,516**	0,716**	0,613**
182408 Procedimiento terapéutico	0,534**	0,565**	0,789**	0,842**
160007 Proporciona razones adoptar una pauta	0,570**	0,570**	0,870**	0,831**
160601 Reivindica responsabilidad tomar decisiones	0,340**	0,357**	0,698**	0,758**

También hallamos el coeficiente de correlación intraclase de la escala INICIARE®-66

Tabla 5. 220 COEFICIENTE DE CORRELACIÓN INTRACLASE DE LAS DIMENSIONES DE LA ESCALA INICIARE®-66		CCI	IC 95%	
			Límite inf	Límite sup
1	RESPIRAR	0,918	0,893	0,938
2	ALIMENTARSE E HIDRATARSE	0,830	0,784	0,869
3	ELIMINAR	0,845	0,802	0,881
4	MOVERSE Y MANTENER LA POSICIÓN CORPORAL	0,938	0,898	0,960
5	REPOSO-SUEÑO	0,964	0,953	0,973
6	VESTIRSE Y DESVESTIRSE	0,959	0,889	0,979
7	TEMPERATURA CORPORAL	0,949	0,930	0,963
8	HIGIENE E INTEGRIDAD DE PIEL Y MUCOSAS	0,925	0,830	0,960
9	EVITAR PELIGROS	0,940	0,922	0,955
10	COMUNICARSE Y RELACIONARSE	0,949	0,935	0,961
11	CREENCIAS Y VALORES	0,923	0,903	0,941
12	TRABAJAR Y REALIZARSE	0,944	0,926	0,957
13	ACTIVIDADES RECREATIVAS Y DE OCIO	0,987	0,983	0,991
14	APRENDER	0,944	0,939	0,948

Coeficiente de Correlación Intraclase, INICIARE®-66

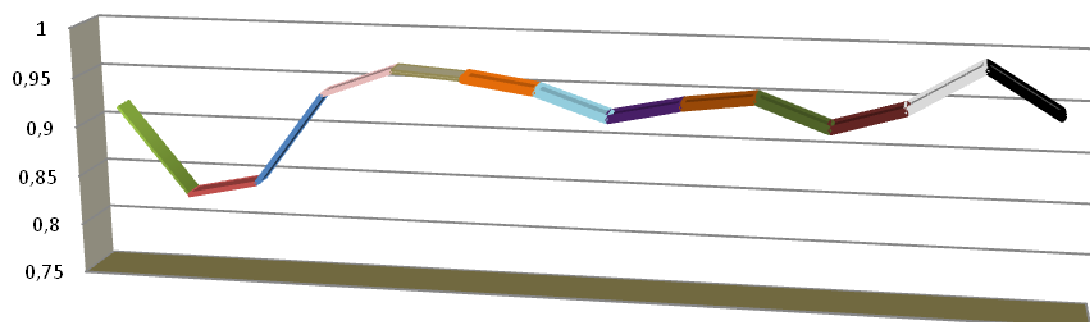


Gráfico 5. 123 Coeficiente de Correlación Intraclase de la escala INICIARE®-66

### 5.3.7. CONSISTENCIA INTERNA DE LA ESCALA INICIARE®-66

Se evaluó la confiabilidad a través del análisis de la consistencia interna obtenida a través de los índices de alpha de Cronbach.

Analizamos cada una de las dimensiones, de la escala INICIARE®-66. En primer lugar realizamos la tabla de frecuencias de cada uno de los ítems de cada dimensión del instrumento para conocer los valores perdidos del sistema (indicadores que no pudieron ser valorados por no presentarlos los pacientes) y no hubo valores perdidos.

A continuación presentamos los valores de consistencia interna de cada dimensión.

#### 5.3.7.1. Consistencia interna de las Necesidades de la escala INICIARE®-66

##### 1. Necesidad de respirar

Al someter los diez indicadores de resultados iniciales, que valoraban la necesidad de respirar al análisis del alfa de Cronbach, el resultado global y por indicadores fue el siguiente:

Tabla 5. 221 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE RESPIRAR CON 10 ÍTEMS INICIARE®-66					
Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad		
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos	
45,41	39,747	6,305	0,931	10	
Estadísticos total-elementos					
INDICADORES DE RESULTADOS	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento	
1 041012 Capacidad de eliminar secreciones	41,18	29,157	,770	,924	
2 040206 Cianosis	40,78	33,227	,695	,925	
3 040204 Disnea de esfuerzo	41,40	27,324	,788	,929	
4 040203 Disnea en reposo	40,90	31,238	,779	,921	
5 040002 Frecuencia cardiaca	40,66	34,976	,653	,928	
6 041004 Frecuencia respiratoria	40,73	33,843	,889	,920	
7 040302 Ritmo respiratorio	40,72	34,508	,820	,923	
8 040310 Ruidos respiratorios patológicos	40,72	33,947	,713	,925	
9 040211 Saturación de oxígeno	40,85	32,698	,858	,918	
10 040309 Utilización de músculos accesorios	40,75	33,515	,793	,922	

## 2. Necesidad de alimentarse e hidratarse

Al someter los nueve indicadores de resultados iniciales, que valoraban la necesidad de alimentarse e hidratarse al análisis del alfa de Cronbach, el resultado global y por indicadores fue el siguiente:

**Tabla 5. 222 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE ALIMENTARSE E HIDRATARSE CON 9 ÍTEMS INICIARE®-66**

Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
36,58	49,965	7,069	0,846	9
Estadísticos total-elementos				
INDICADORES DE RESULTADOS	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 101016 Acepta la comida	32,49	40,939	,518	,835
2 210607 Alteración del estado nutricional	32,42	41,125	,570	,830
3 101012 Atragantamiento tos náuseas	32,21	39,733	,616	,825
4 101004 Capacidad de masticación	32,32	40,615	,533	,833
5 101401 Deseo de comer	33,21	37,822	,534	,837
6 060107 Entradas y salidas diarias equilibradas	32,15	43,667	,648	,831
7 100801 Ingestión alimentaria oral	32,47	39,295	,652	,821
8 101406 Ingesta de alimentos	32,49	38,455	,739	,812
9 100601 Peso	32,89	40,479	,427	<b>,848</b>

Los valores del alfa de Cronbach aumentarían en 0,02 al eliminar el ítem 100601 Peso.

**Tabla 5. 223 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE ALIMENTARSE E HIDRATARSE CON 8 ÍTEMS INICIARE®-66**

Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
32,89	40,479	6,362	0,848	8
INDICADORES DE RESULTADOS	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 101016 Acepta la comida	28,80	31,445	,592	,829
2 210607 Alteración del estado nutricional	28,73	33,368	,491	,840
3 101012 Atragantamiento tos náuseas	28,52	31,576	,588	,829
4 101004 Capacidad de masticación	28,63	32,794	,469	,844
5 101401 Deseo de comer	29,52	29,270	,550	,841
6 060107 Entradas y salidas diarias equilibradas	28,46	35,027	,619	,834
7 100801 Ingestión alimentaria oral	28,78	30,199	,712	,814
8 101406 Ingesta de alimentos	28,80	29,636	,787	,805

Prácticamente no varían los valores de consistencia al eliminar el ítem peso, por lo que decidimos seguir contando con este ítem para valorar esta Necesidad y ver cómo se seguiría comportando en estudios posteriores.

### **3. Necesidad de eliminar**

Al someter los siete indicadores de resultados iniciales, que valoraban la Necesidad de Eliminar al análisis del alfa de Cronbach, el resultado global y por indicadores fue el siguiente:

<b>Tabla 5. 224 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE ELIMINAR CON 7 ÍTEMS INICIARE®-66</b>						
<b>Estadísticos de la escala</b>			<b>Estadísticos de fiabilidad</b>			
<b>Media</b>	<b>Varianza</b>	<b>Desviación típica</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>N elementos</b>		
30,16	36,266	6,022	,857	7		
<b>Estadísticos total-elementos</b>						
<b>INDICADORES DE RESULTADOS</b>		<b>Media de la escala si se elimina el elemento</b>	<b>Varianza de la escala si se elimina el elemento</b>	<b>Correlación elemento – total corregida</b>	<b>Alfa de Cronbach si se elimina el elemento</b>	
1	050002 Mantiene el control de la eliminación de heces	25,60	28,178	,668	,833	
2	050101 Patrón de eliminación fecal	26,00	28,268	,505	,855	
3	060211 Diuresis	25,54	31,511	,404	,863	
4	050301 Patrón de eliminación urinario	26,13	25,135	,673	,831	
5	050312 Incontinencia urinaria	26,11	22,759	,859	,797	
6	050401 Ingesta adecuada de líquidos	25,53	32,378	,486	,858	
7	031001 Reconoce y responde a la depleción vesical	26,08	22,713	,825	,804	

Según se muestra, si se eliminara el ítem 050401 Ingesta adecuada de líquidos, aumentaría en 0,001 los valores del alfa de Cronbach, pero al ser casi imperceptible decidimos continuar con la valoración de este ítem para un estudio posterior.

### **4. Necesidad de moverse y mantener la posición corporal**

Al someter los cuatro indicadores de resultados iniciales, que valoraban la Necesidad de Moverse y Mantener la Postura al análisis del alfa de Cronbach, el resultado global y por indicadores fue el siguiente:

**Tabla 5. 225 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER LA POSTURA CORPORAL CON 4 ÍTEMS INICIARE®-66**

Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad		
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos	
13,33	32,082	5,664	,954	4	
Estadísticos total-elementos					
INDICADORES DE RESULTADOS		Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1	20002 Camina con marcha eficaz	10,47	17,945	,852	,951
2	030012 Cambia de posición solo	9,82	18,121	,920	,929
3	020802 Mantenimiento de la posición corporal	9,61	18,926	,872	,944
4	20814 Se mueve con facilidad	10,08	18,305	,909	,933

Los valores de alfa de Cronbach no mejorarían al eliminar ningún ítem.

### **5. Necesidad de dormir y descansar**

Al someter los tres indicadores de resultados iniciales, que valoraban la Necesidad de Reposo- sueño al análisis del alfa de Cronbach, el resultado global y por indicadores fue el siguiente:

**Tabla 5. 226 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE REPOSO-SUEÑO CON 3 ÍTEMS INICIARE®-66**

Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad		
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos	
11,23	13,798	3,715	,965	3	
Estadísticos total-elementos					
INDICADORES DE RESULTADOS		Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1	000303 Calidad del descanso	7,48	6,124	,958	,923
2	000404 Calidad del sueño	7,55	5,918	,938	,939
3	000403 Patrón del sueño	7,44	6,681	,881	,979

Decidimos no eliminar el ítem 000403 Patrón del sueño para poder someterlo a estudios posteriores.

## **6. Necesidad de vestirse y desvestirse**

Al someter los dos indicadores de resultados iniciales, que valoraban la Necesidad de vestirse al análisis del alfa de Cronbach, el resultado global y por indicadores fue el siguiente:

**Tabla 5. 227 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE VESTIRSE CON 2 ÍTEMS INICIARE®-66**

Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad		
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos	
6,09	9,699	3,114	,970	2	
Estadísticos total-elementos					
INDICADORES DE RESULTADOS		Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1	030211 Se quita la ropa	2,87	2,442	,942	.(a)*
2	030002 Se viste	3,22	2,552	,942	.(a)*

\* (a) El valor es negativo debido a una covarianza promedio entre los elementos negativa, lo cual viola los supuestos del modelo de fiabilidad. Puede que desee comprobar las codificaciones de los elementos.

Obtenemos unos resultados muy buenos de consistencia interna en esta necesidad con los dos ítems que la valoran.

## **7. Necesidad de mantener la temperatura corporal**

Se sometieron los cinco indicadores de resultados NOCs, tres pertenecientes a la escala INICIARE®-64 (y nuevamente consensuados) y dos de ellos aportados en esta nueva ronda de validación de contenido de la necesidad de mantener la temperatura corporal. Los resultados fueron los siguientes:

**Tabla 5. 228 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL CON 5 ÍTEMS INICIARE®-66**

Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad		
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos	
23,35	6,804	2,608	0,649	5	
Estadísticos total-elementos					
INDICADORES DE RESULTADOS		Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1	080015 Comodidad térmica referida	18,82	5,030	,184	,721
2	080012 Frecuencia del pulso radial	18,45	6,147	,282	,654
3	080201 Temperatura corporal	18,63	5,631	,482	,634
4	192202 Identifica signos y síntomas de hipertermia	18,53	5,690	,280	,646
5	192302 Identifica signos y síntomas de hipotermia	18,85	3,475	,669	,434

Eliminamos 080015 Comodidad térmica referida y 080012 Frecuencia del pulso radial, y obtuvimos los siguientes valores globales y por indicadores:

**Tabla 5. 229 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL CON 3 ÍTEMS INICIARE®-66**

Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad		
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos	
13,91	4,387	2,095	0,758	3	
Estadísticos total-elementos					
INDICADORES DE RESULTADOS		Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1	080201 Temperatura corporal	9,32	1,507	,845	,321
2	192202 Identifica signos y síntomas de hipertermia	9,09	1,495	,755	,651
3	192302 Identifica signos y síntomas de hipotermia	9,41	1,556	,793	,401

Hemos obtenido un valor muy bueno de consistencia interna en esta Necesidad que elimina el límite de la versión INICIARE®-64



## **8. Necesidad de higiene e integridad de piel y mucosas**

Se sometieron los dos indicadores, que valoraban la necesidad de higiene e integridad de piel y mucosas, al análisis del alfa de Cronbach, el resultado global y por indicadores fue el siguiente:

**Tabla 5. 230 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE HIGIENE E INTEGRIDAD DE PIEL Y MUCOSAS CON 2 ÍTEMS INICIARE®-66**

Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad		
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos	
5,61	9,628	3,103	0,943	2	
Estadísticos total-elementos					
INDICADORES DE RESULTADOS		Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1	030006 Higiene	2,59	2,409	,893	.(a)*
2	030508 Se lava el pelo	3,02	2,681	,893	.(a)*

\*a El valor es negativo debido a una covarianza promedio entre los elementos negativa, lo cual viola los supuestos del modelo de fiabilidad. Puede que desee comprobar las codificaciones de los elementos.

Con estos dos ítems dimos por concluido el análisis de esta necesidad, obtuvimos un valor muy bueno de consistencia para esta necesidad.

## **9. Necesidad de evitar peligros**

Al someter los siete indicadores de resultados iniciales, que valoraban la necesidad de evitar peligros al análisis del alfa de Cronbach, el resultado global y por indicadores fue el siguiente:

**Tabla 5. 231 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS CON 4 ÍTEMS INICIARE®-66**

Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
15,31	30,177	5,493	,933	4
Estadísticos total-elementos				
INDICADORES DE RESULTADOS	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 030617 Controla su propia medicación no parenteral	11,48	16,939	,838	,915
2 191119 Evitar conductas de alto riesgo	11,75	17,885	,758	<b>,941</b>
3 170401 Percepción de amenaza para la salud	11,41	16,727	,927	,886
4 190201 Reconoce factores de riesgo	11,30	17,854	,860	,909

Al eliminar el ítem 191119 Evitar conductas de alto riesgo, aumentó el valor del alfa de la Escala en 0,08, siendo los resultados los siguientes:

**Tabla 5. 232 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS CON 3 ÍTEMS INICIARE®-66**

Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
11,75	17,885	4,229	,941	3
Estadísticos total-elementos				
INDICADORES DE RESULTADOS	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 030617 Controla su propia medicación no parenteral	7,92	7,885	,859	,931
2 170401 Percepción de amenaza para la salud	7,84	8,083	,901	,896
3 190201 Reconoce factores de riesgo	7,73	8,579	,878	,916

Los valores de alfa de Cronbach no mejorarían al eliminar ningún ítem.

## **10. Necesidad de comunicarse y relacionarse**

Al someter los cuatro ítems, que valoraban la necesidad de comunicarse y relacionarse al análisis del alfa de Cronbach, el resultado global y por indicadores fue el siguiente:

**Tabla 5. 233 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE COMUNICARSE Y RELACIONARSE CON 4 ÍTEMS INICIARE®-66**

Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
18,97	6,063	2,462	,950	4
Estadísticos total-elementos				
INDICADORES DE RESULTADOS	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 090003 Atiende	14,20	3,598	,876	,937
2 090014 Comunicación clara según la edad	14,23	3,352	,923	,921
3 090210 Interpretación exacta de los mensajes recibidos	14,30	3,331	,833	,953
4 090703 Verbaliza un mensaje coherente	14,20	3,585	,903	,929

Los valores de alfa de Cronbach no mejorarían al eliminar ningún ítem.

## **11. Necesidad de creencias y valores**

Al someter los tres indicadores de resultados iniciales, que valoraban la necesidad de creencias y valores al análisis del alfa de Cronbach, el resultado global y por indicadores fue el siguiente:

**Tabla 5. 234 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES CON 3 ÍTEMS INICIARE®-66**

Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
13,33	32,082	5,664	,954	3
Estadísticos total-elementos				
INDICADORES DE RESULTADOS	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 170411 Impacto percibido sobre el estilo de vida futuro	15,27	22,005	,660	,924
2 170202 Implicación requerida en decisiones sobre la salud	15,04	19,858	,873	,895
3 170404 Preocupación sobre la enfermedad o lesión	15,02	20,567	,776	,913

## 12. Necesidad de trabajar y realizarse

Al someter los cuatro indicadores de resultados iniciales, que valoraban la necesidad de trabajar y realizarse al análisis del alfa de Cronbach, el resultado global y por indicadores fue el siguiente:

**Tabla 5. 235 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE CON 4 ÍTEMS INICIARE®-66**

Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad		
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos	
15,17	22,257	4,718	,934	4	
Estadísticos total-elementos					
INDICADORES DE RESULTADOS		Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1	120801 Estado de ánimo deprimido	11,49	12,888	,782	,945
2	130501 Establecimiento de objetivos realistas	11,41	12,715	,857	,920
3	130502 Mantenimiento de la autoestima	11,36	12,512	,923	,899
4	130208 Se adapta a los cambios en desarrollo	11,25	12,980	,865	,918

Al eliminar el ítem 120801 Estado de ánimo deprimido, el alfa aumentaría 0,09 centésimas, los resultados fueron los siguientes:

**Tabla 5. 236 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE CON 3 ÍTEMS INICIARE®-66**

Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad		
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos	
11,49	12,888	3,590	,945	3	
Estadísticos total-elementos					
INDICADORES DE RESULTADOS		Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1	130501 Establecimiento de objetivos realistas	7,73	5,779	,879	,924
2	130502 Mantenimiento de la autoestima	7,68	6,003	,866	,933
3	130208 Se adapta a los cambios en desarrollo	7,57	5,877	,909	,901

Decidimos no eliminar este ítem y dejarlo para someterlo a estudios posteriores.

### **13. Necesidad de actividades recreativas y ocio**

Al someter los dos indicadores de resultados iniciales, que valoraban la necesidad de actividades recreativas y ocio al análisis del alfa de Cronbach, el resultado global y por indicadores fue el siguiente:

**Tabla 5. 237 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE OCIO ACTIVIDADES RECREATIVAS CON 2 ÍTEMS INICIARE®-66**

Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad		
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos	
7,68	8,437	2,905	,987	2	
Estadísticos total-elementos					
INDICADORES DE RESULTADOS		Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1	160413 Disfruta de actividades de ocio	3,85	2,130	,975	.(a)*
2	160404 Refiere relajación con las actividades de ocio	3,83	2,143	,975	.(a)*

\*a El valor es negativo debido a una covarianza promedio entre los elementos negativa, lo cual viola los supuestos del modelo de fiabilidad. Puede que desee comprobar las codificaciones de los elementos.

Obtenemos muy buenos resultados en la consistencia interna en esta Necesidad.

### **14. Necesidad de aprender**

Al someter los siete indicadores de resultados iniciales, que valoraban la necesidad de aprender al análisis del alfa de Cronbach, el resultado global y por indicadores fue el siguiente:

**Tabla 5. 238 CONSISTENCIA INTERNA DE LA NECESIDAD DE APRENDER CON 7 ÍTEMS INICIARE®-66**

Estadísticos de la escala			Estadísticos de fiabilidad	
Media	Varianza	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N elementos
30,86	36,966	5,876	,967	7
Estadísticos total-elementos				
INDICADORES DE RESULTADOS	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento – total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 130221 Busca información acreditada sobre el tratamiento	25,60	29,187	,768	,877
2 182308 Conductas que fomentan la salud	26,00	29,286	,565	,901
3 160001 Pregunta cuestiones	25,54	21,511	,654	,873
4 182402 Proceso específico de la enfermedad	26,13	35,135	,505	,821
5 182408 Procedimiento terapéutico	26,11	22,759	,859	,797
6 160007 Proporciona razones para adoptar una pauta	25,53	32,378	,486	,858
7 160601 Reivindicala responsabilidad de tomar decisiones	26,08	22,713	,825	,804

Obtenemos muy buenos resultados en la consistencia interna en esta Necesidad.

Se eliminan tres indicadores de resultados, dos pertenecientes a la necesidad de mantener la temperatura corporal y uno perteneciente a la necesidad de evitar peligros, obteniendo una nueva versión: INICIARE®-63

### 5.3.7.2. Consistencia interna GLOBAL de la versión INICIARE®-63

Como se ha podido observar todos los valores de correlación elemento total corregida de los ítems que componen la escala, superaron ampliamente el valor de 0,30 mínimo recomendado.

Las dimensiones de la escala (tabla 5.270) han presentado una Consistencia muy buena con valores en casi todas ellas (excepto la necesidad de alimentarse e Hidratarse con 0,846 y la Necesidad de Eliminar con 0,857) por encima de 0,90.

Concretamente 12 de las 14 Necesidades (85,7%), obtuvieron valores muy buenos, que corresponden con las Necesidades de: Respirar, Moverse y Mantener la Posición Corporal, Dormir y Descansar, Vestirse y Desvestirse, Mantener la Temperatura Corporal, Higiene e Integridad de Piel y Mucosas, Evitar Peligros, Comunicarse y Relacionarse, Creencias y Valores, Trabajar y Realizarse, Ocio y Actividades Recreativas y Aprender.

Las dos Necesidades restantes tuvieron valores considerados como buenos (entre 0,8 y 0,9): necesidad de alimentarse e hidratarse con 0,846 y la necesidad de eliminar con 0,857.

**Tabla 5. 239 CONSISTENCIA INTERNA DE LAS NECESIDADES DE LA ESCALA INICIARE®-63**

RESPIRAR	ALIM/HIDRA	ELIMINAR	MOVERSE	DORMIR	VESTIRSE	TEMPER
<b>0,931</b>	<b>0,846</b>	<b>0,857</b>	<b>0,954</b>	<b>0,965</b>	<b>0,970</b>	<b>0,954</b>
HIGIENE	SEGURIDAD	COMUNIC	CREENCIA	TRABAJAR	OCIO	APENDER
<b>0,943</b>	<b>0,941</b>	<b>0,950</b>	<b>0,925</b>	<b>0,945</b>	<b>0,987</b>	<b>0,967</b>

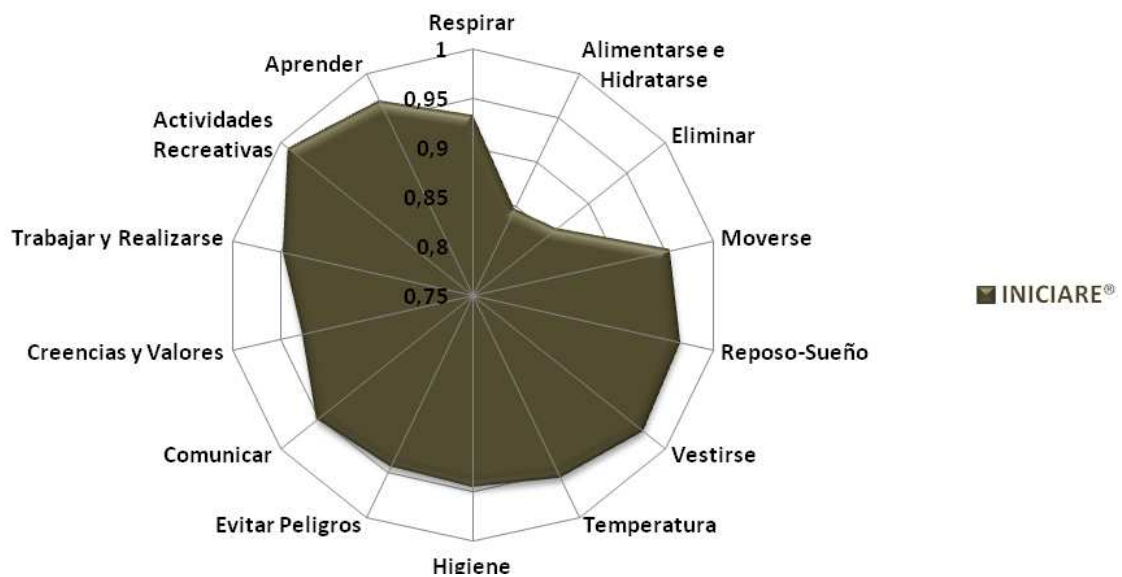


Gráfico 5. 124 Consistencia Interna de la versión INICIARE®-63

Los valores de la consistencia interna han mejorando con respecto a versión eNDEC-PH.

**Tabla 5. 240 COMPARATIVA DE LOS VALORES DE ALFA DE CRONBACH VERSIÓN eNDEC-PH e INICIARE®-63**

	eNDEC-PH	INICIARE®-66
<b>Respirar</b>	0,911	0,931
<b>Alimentarse e Hidratarse</b>	0,845	0,846
<b>Eliminar</b>	0,804	0,857
<b>Moverse</b>	0,914	0,954
<b>Reposo-Sueño</b>	0,946	0,965
<b>Vestirse</b>	0,973	0,970
<b>Temperatura</b>	<b>0,607</b>	<b>0,954</b>
<b>Higiene</b>	0,882	0,943
<b>Evitar Peligros</b>	0,882	0,941
<b>Comunicar</b>	0,927	0,950
<b>Creencias y Valores</b>	0,802	0,925
<b>Trabajar y Realizarse</b>	0,910	0,945
<b>Actividades Recreativas</b>	0,947	0,987
<b>Aprender</b>	0,956	0,967

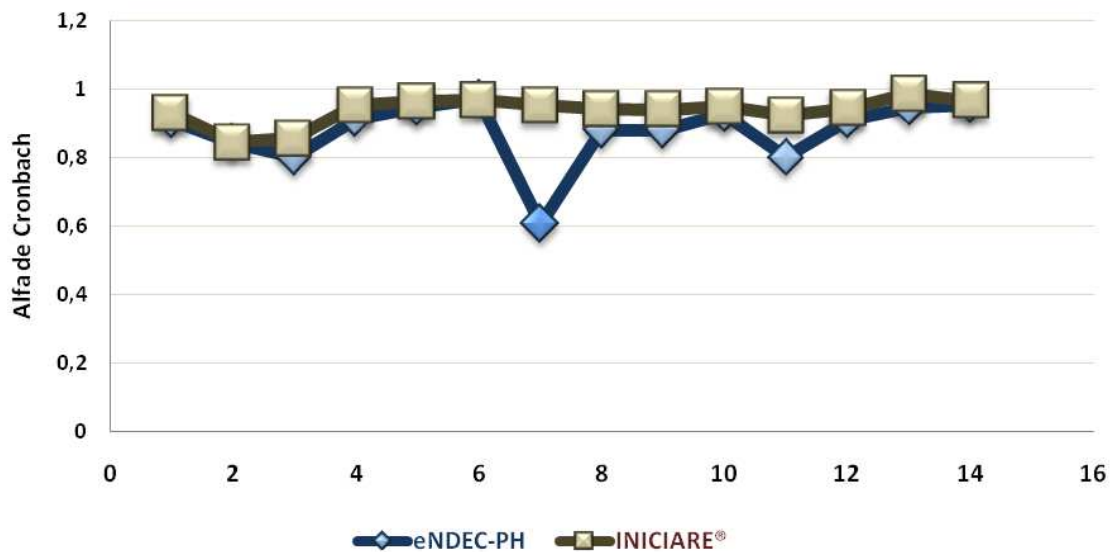


Gráfico 5. 125 Comparativa de Consistencia Interna entre la versión eNDEC-PH y la versión INICIARE®-63



Finalmente tras la validación clinimétrica de la versión INICIARE<sup>®</sup>-66, se eliminaron:

- Un ítem de la Necesidad de Evitar Peligros: “191119 Evitar conductas de alto riesgo”.
- Dos ítems en la Necesidad de Mantener la Temperatura Corporal: “080012 Frecuencia del pulso radial” (que además había tenido una baja fiabilidad interobservador) y “080015 Comodidad térmica referida”. Con los ítems 192202 Identifica signos y síntomas de hipertermia y 192302 Identifica signos y síntomas de hipotermia, que presentaban un buen alpha de Cronbach en la Necesidad de Mantener la Temperatura Corporal más el ítem 080201 Temperatura corporal, se obtuvo una nueva versión de la Escala: **INICIARE<sup>®</sup>-63** (ANEXO XVII) , sobre la que se realizó el análisis factorial exploratorio.

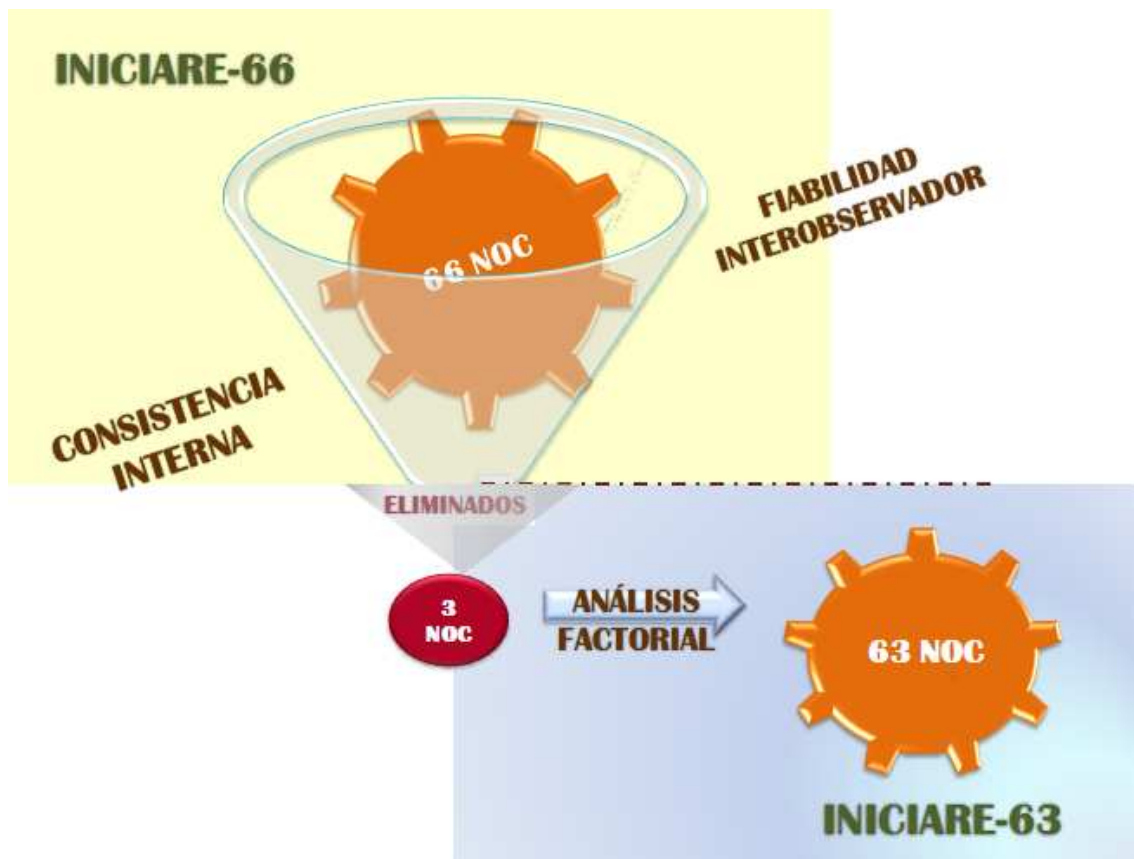


Fig. 5. 9 Dinámica de indicadores de la Versión INICIARE<sup>®</sup>-66 tras análisis de la Fiabilidad y Consistencia Interna: Escala INICIARE<sup>®</sup>-63

### 5.3.8. FACTORIAL EXPLORATORIO O ÍNDICE DE CONSTRUCTO DE LA ESCALA INICIARE®-63 Y OBTENCIÓN DE LA VERSIÓN FINAL INICIARE®-61

Se realizó el estudio estadístico de validación de constructo por ítems y por dimensiones o necesidades de cuidados de la escala INICIARE®-63. El análisis por dimensiones de la escala INICIARE®-63 obtuvo óptimos resultados en la prueba KMO y de esfericidad de Bartlett para la realización del análisis factorial.

Tabla 5. 241 ANÁLISIS FACTORIAL DE LA ESCALA INICIARE®-63: KMO y BARTLETT		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin		,880
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	1480,551
	gl	91
	Sig.	,000

Por lo que procedimos a la realización del Análisis Factorial Exploratorio, seleccionando como Método de extracción el Análisis por Componentes Principales y como Método de rotación la Normalización Varimax con Kaiser.

Tabla 5. 242 VARIANZA TOTAL EXPLICADA POR DIMENSIONES INICIARE®-63						
COMPONENTES	Autovalores iniciales			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	6,848	48,911	48,911	2,970	21,214	21,214
2	1,515	10,820	59,731	2,836	20,258	41,472
3	1,188	8,488	68,220	1,639	11,704	53,176
4	1,009	7,208	75,427	1,376	9,827	63,003
5	,659	4,707	80,134	1,376	9,826	72,829
6	,616	4,400	84,533	1,089	7,782	80,611
7	,537	3,833	88,367	1,086	7,756	88,367
8	,361	2,581	90,948			
9	,317	2,265	93,213			
10	,271	1,934	95,147			
11	,244	1,746	96,893			
12	,174	1,244	98,136			
13	,136	,971	99,108			
14	,125	,892	100,000			

Tabla 5. 243 VARIANZA TOTAL EXPLICADA POR ÍTEMS INICIARE®-63

COMPONENTES	Autovalores iniciales			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	24,764	39,307	39,307	11,918	18,917	18,917
2	6,079	9,649	48,956	7,615	12,087	31,004
3	3,894	6,180	55,136	7,125	11,310	42,314
4	3,252	5,162	60,298	4,422	7,019	49,333
5	2,799	4,442	64,741	4,389	6,967	56,300
6	2,348	3,726	68,467	3,642	5,781	62,081
7	1,846	2,930	71,397	3,140	4,985	67,066
8	1,730	2,746	74,143	2,978	4,727	71,793
9	1,389	2,205	76,348	2,417	3,837	75,630
10	1,157	1,836	78,184	1,609	2,554	78,184
11	1,055	1,674	79,858			
12	,982	1,558	81,416			
13	,899	1,427	82,843			
14	,846	1,343	84,186			
15	,753	1,195	85,381			
16	,672	1,067	86,448			
17	,622	,987	87,435			
18	,577	,916	88,351			
19	,567	,900	89,251			
20	,508	,806	90,058			
21	,467	,741	90,798			
22	,412	,654	91,452			
23	,402	,638	92,090			
24	,370	,587	92,676			
25	,355	,563	93,240			
26	,303	,480	93,720			
27	,289	,458	94,178			
28	,272	,431	94,609			
29	,251	,398	95,008			
30	,238	,377	95,385			
31	,218	,346	95,731			
32	,205	,325	96,056			
33	,195	,309	96,365			
34	,182	,288	96,653			
35	,172	,273	96,926			
36	,170	,271	97,197			
37	,152	,242	97,439			
38	,149	,237	97,676			

39	,134	,213	97,889		
40	,122	,193	98,082		
41	,118	,187	98,269		
42	,108	,172	98,441		
43	,097	,154	98,595		
44	,091	,145	98,740		
45	,086	,136	98,876		
46	,080	,127	99,003		
47	,072	,114	99,117		
48	,064	,101	99,218		
49	,055	,087	99,305		
50	,053	,084	99,389		
51	,051	,082	99,471		
52	,043	,067	99,539		
53	,041	,066	99,604		
54	,039	,063	99,667		
55	,038	,060	99,727		
56	,036	,057	99,784		
57	,028	,045	99,829		
58	,024	,038	99,867		
59	,022	,035	99,902		
60	,019	,030	99,932		
61	,018	,029	99,961		
62	,015	,023	99,984		
63	,010	,016	100,000		

En la Escala INICIARE® -63 se realizaron dos análisis, el primero donde se realizaron varios tipos de combinaciones, seleccionando la extracción por tres y siete componentes.

En la extracción por tres componentes mediante el análisis de componentes principales que explicaban el 68,220% de la varianza, la matriz de componentes rotados mediante análisis de normalización Varimax con Kaiser, convergió en cinco iteraciones.

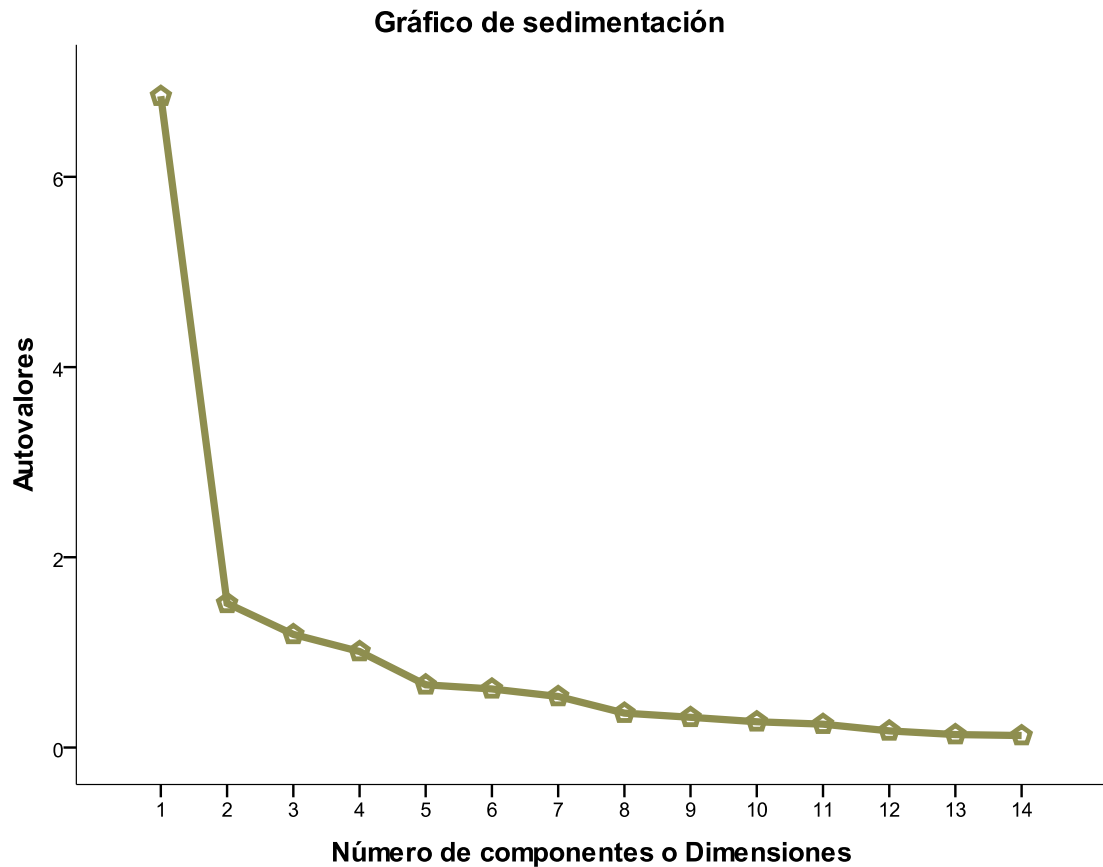


Gráfico 5. 126 Gráfico de sedimentación por dimensiones de la versión INICIARE®-63

Tabla 5. 244 ANÁLISIS DE COMPONENTES PRINCIPALES INICIARE®63: EXTRACCIÓN DE TRES COMPONENTES			
	1	2	3
CREENCIAS	,842	-,310	-,021
APRENDER	,784	-,365	-,162
TRABAJAR Y REALIZARSE	,781	,254	,295
VESTIRSE	,760	,412	-,331
EVITAR PELIGROS	,757	-,346	-,174
COMUNICACIÓN	,737	-,321	,120
MOVERSE	,735	,409	-,255
ALIMENTARSE	,731	-,096	-,097
OCIO	,703	,276	,393
HIGIENE	,684	,474	-,402
ELIMINAR	,680	-,397	-,085
TERMORREGULACIÓN	,653	-,417	,217
RESPIRAR	,645	,292	,085
REPOSO-SUEÑO	,498	,279	,659

Tabla 5. 245 MATRIZ DE COMPONENTES ROTADOS EN CINCO ITERACIONES INICIARE®-63			
	1	2	3
APRENDER	,823	,300	,085
CREENCIAS Y VALORES	,814	,287	,245
EVITAR PELIGROS	,791	,304	,069
ELIMINAR	,766	,179	,091
TERMORREGULACIÓN	,737	-,016	,321
COMUNICACIÓN	,736	,144	,311
ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN	,591	,400	,209
HIGIENE	,180	,896	,136
VESTIRSE	,272	,861	,207
MOVERSE	,250	,802	,258
RESPIRAR	,243	,490	,457
REPOSO_SUEÑO	,104	,080	,862
OCIO	,271	,341	,732
TRABAJAR Y REALIZARSE	,349	,425	,677
MATRIZ DE TRANSFORMACIÓN DE LAS COMPONENTES			
Componente	1	2	3
1	,705	,554	,441
2	-,705	,617	,351
3	-,078	-,559	,826

Con la extracción por tres componentes rotados que explicaba la valoración que las enfermeras realizaban en los pacientes en tres componentes:

1. Por un lado se agrupaba el factor cognitivo con necesidades fisiológicas básicas: Aprender, Creencias y Valores, Evitar Peligros, Comunicación y Eliminar, Termorregulación, Alimentación e Hidratación.
2. Un segundo componente que agrupaba las Necesidades instrumentales, considerando la necesidad de respirar: Higiene, Vestirse, Moverse y Respirar.
3. Y por último las Necesidades de Dormir y Descansar, Ocio y Trabajar y Realizarse.

Gráfico de componentes en espacio rotado

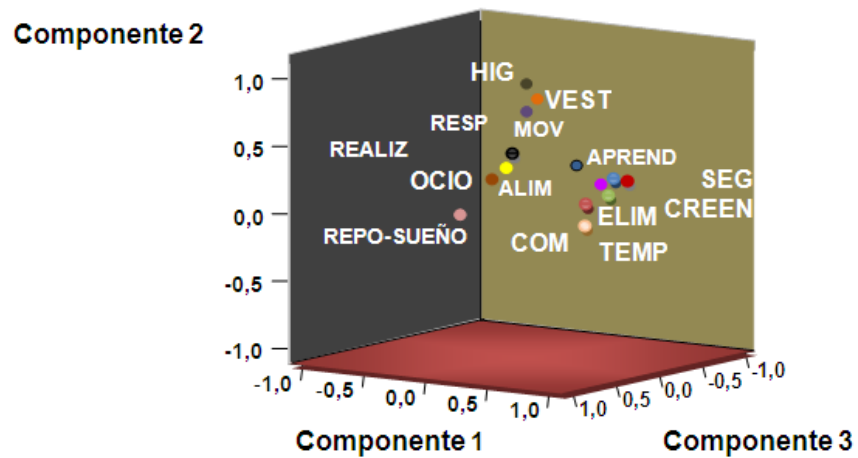


Gráfico 5. 127 Gráfico de Componentes en Espacio Rotado (5 iteraciones) versión INICIARE®-63

Sin embargo, estas agrupaciones no explicaban con suficiente claridad clínica la visión que las enfermeras realizan en la valoración de los pacientes, por lo que nos decidimos por el modelo que explica el 88,367% de la varianza, de la escala INICIARE® - 63, por lo que eliminamos dos ítems de la necesidad de mantener la temperatura corporal.

De manera que se extrajeron siete componentes mediante el análisis de componentes principales, y la matriz de componentes rotados mediante análisis de normalización Varimax con Kaiser que convergió en ocho iteraciones, realizándose pruebas con los ítems seleccionados para la Necesidad de Mantener la Temperatura Corporal, seleccionando finalmente un único ítems para la valoración de esta dimensión “080201 Temperatura corporal”, siendo la mejor de las opciones en la que la escala se comportaba con mayor precisión y estabilidad, (versión 61).

Tabla 5. 246 MATRIZ DE COMPONENTES ROTADOS INICIARE®-61: EXTRACCIÓN DE SIETE COMPONENTES							
	1	2	3	4	5	6	7
EVITAR PELIGROS	,898	,243	,103	,101	,116		
APRENDER	,841	,188		,258	,108	,219	
CREENCIAS/VALORES	,722	,276	,187	,232	,337		,191
HIGIENE	,133	,897		,106	,207	,158	
VESTIRSE	,266	,870	,130		,189	,112	
MOVERSE	,267	,764	,323	,238		,186	
REPOSO_SUEÑO			,931			,130	
OCIO	,217	,330	,596		,531	,113	
ELIMINAR	,518		,132	,750		,165	
ALIMENTARSE	,213	,378		,717	,359		,214
COMUNICACIÓN	,565	,112		,214	,647	,102	
TRABAJAR/REALIZARSE	,200	,377	,414	,140	,545	,361	,160
RESPIRAR	,208	,305	,200	,111	,140	,874	
TERMORREGULACIÓN							,980

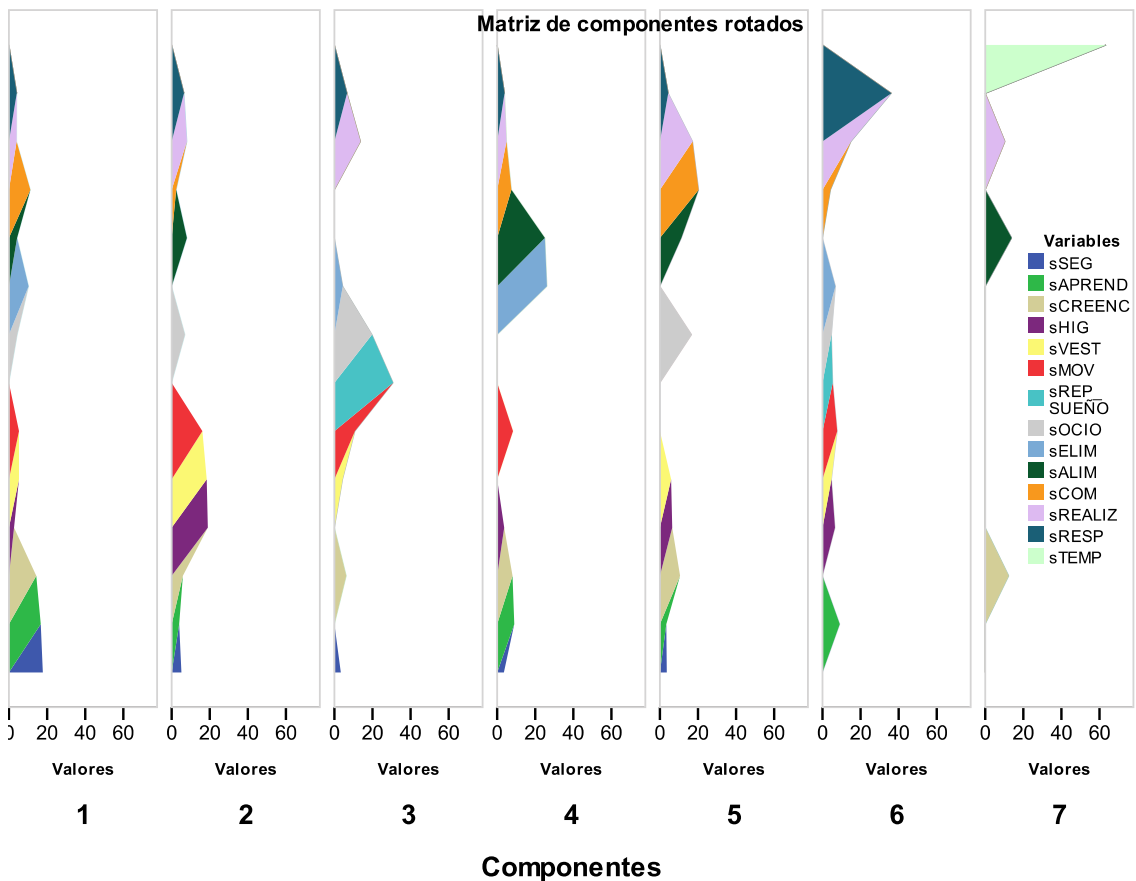


Gráfico 5. 128 Gráfico de Componentes en Espacio Rotado: siete dimensiones, versión INICIARE®-61



En el análisis factorial del global de la escala, y bajo este análisis se observa como durante la entrevista a los pacientes, las enfermeras agruparon en siete dimensiones sus valoraciones:

- Seguridad, aprender y creencias.
- Higiene, vestirse y moverse.
- Reposo-sueño, ocio.
- Eliminar, alimentarse.
- Comunicación, Trabajar y realizarse.
- Respirar.
- Mantener la Temperatura Corporal.

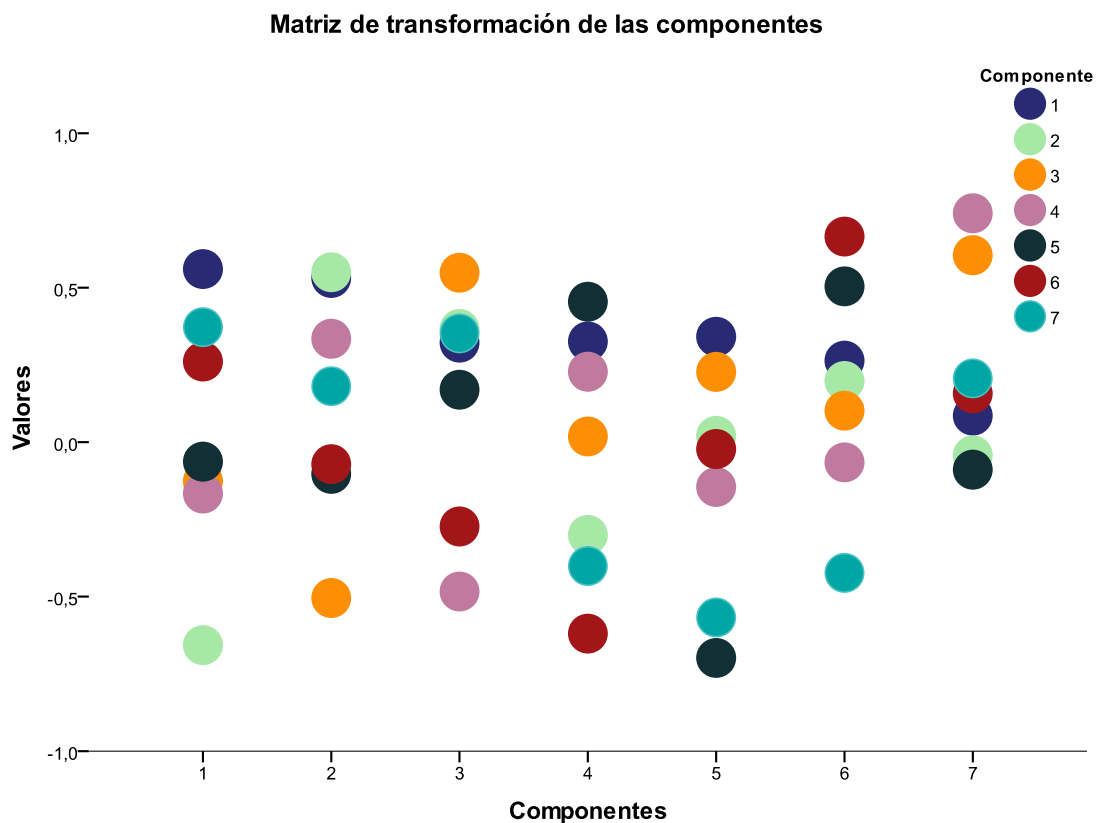


Gráfico 5. 129 Gráfico matriz de transformación de las Componentes de la versión INICIARE®-61

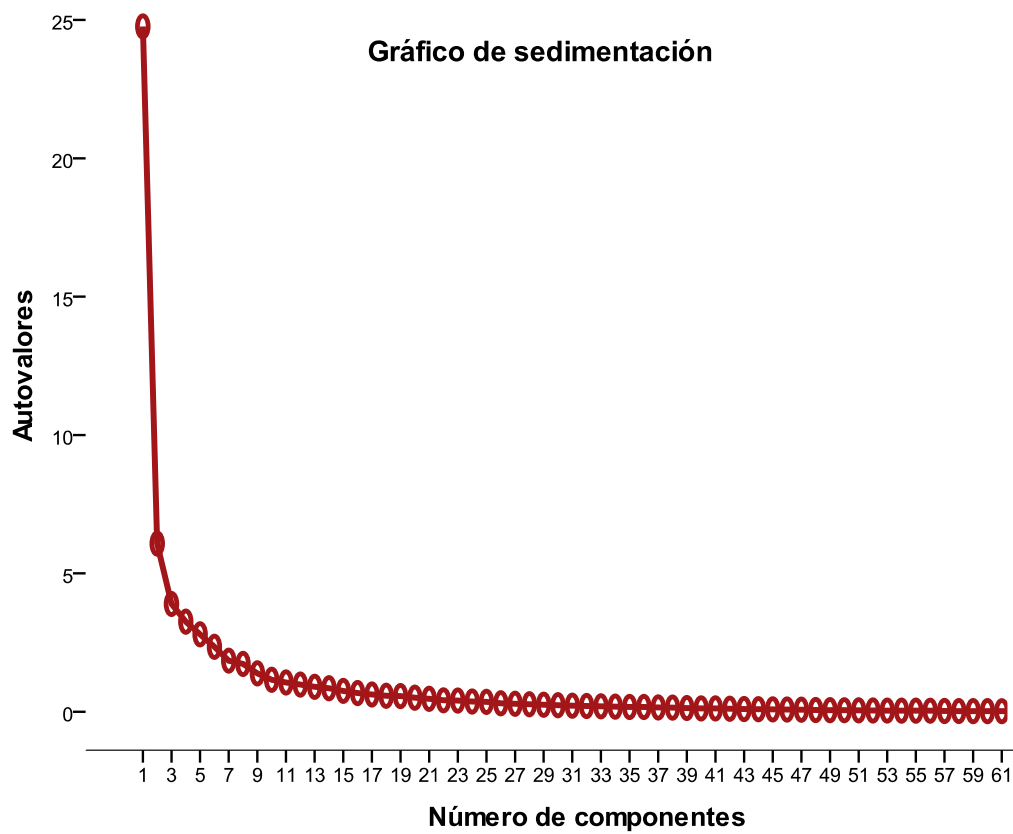


Gráfico 5. 130 Gráfico de sedimentación por ítems de la escala INICIARE®-61

Por lo que tras este estudio la versión final de la escala pasa a tener 61 ítems, llamándola: **INICIARE®-61 (ANEXO 13)**, sobre la que se continuará la línea de investigación.

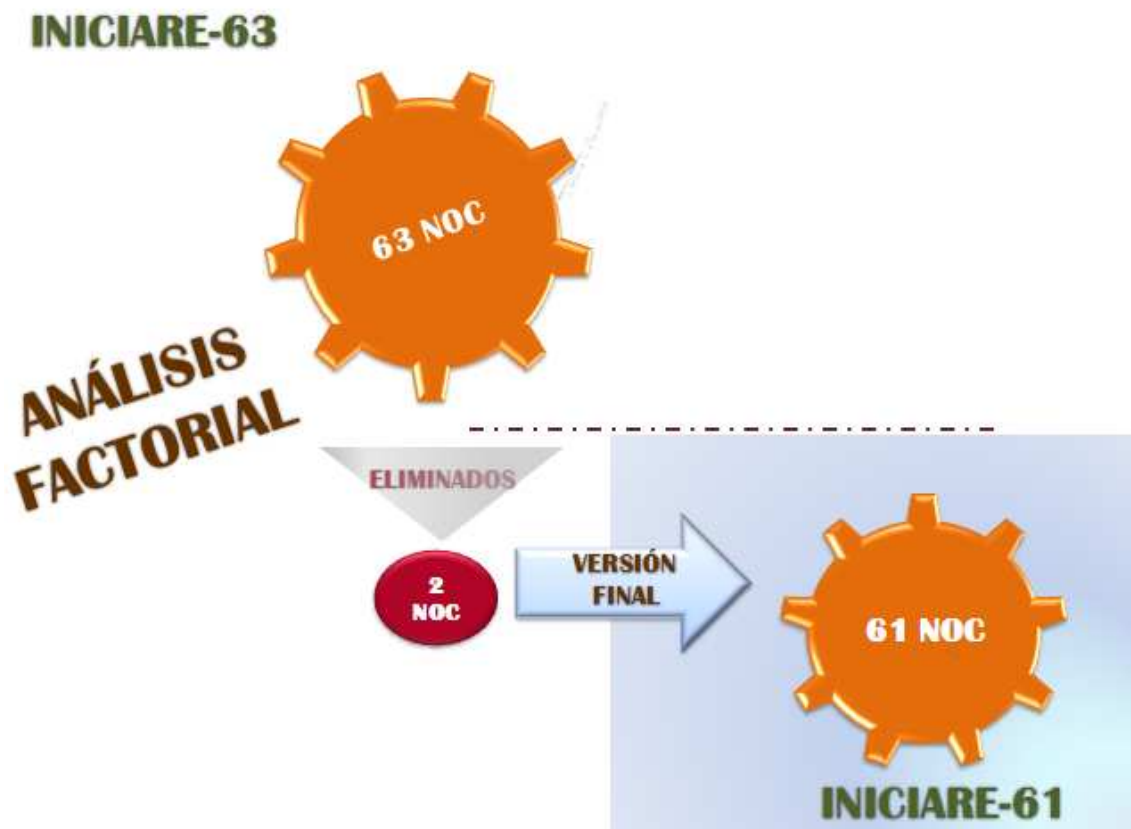


Fig. 5. 10 Dinámica de indicadores de la versión INICIARE®-63 tras análisis factorial: Escala INICIARE®-61

## **VI. DISCUSIÓN**







## 6. DISCUSIÓN

El objetivo general del presente estudio ha sido construir y validar un instrumento, mediante la utilización de Sistemas Estandarizados de Lenguaje Enfermero, orientados desde el Modelo Conceptual de Virginia Henderson, con el fin de ser utilizado en la práctica clínica para identificar las necesidades de cuidados de pacientes y cuidadores pudiendo servir como base para el desarrollo de una herramienta de gestión de redistribución de recursos enfermeros.

Por tanto consideramos que debía estar basado en un sustrato conceptual sólido, con capacidad de describir un gran número de fenómenos y situaciones de cuidado y que contase con la mayor universalidad posible. De ahí que se optase por estructurarlo en torno a Sistemas Estandarizados de Lenguaje enfermero (SELEs), en particular la Nursing Outcomes Classification (Moorhead et al., 2009), ya que reunía la mayoría de estas premisas.

### 6.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

#### 6.1.1. PERFIL DEL PANELISTA

Desde el punto de vista de la validez de contenido se optó por la revisión por expertos/as. Para la elección del perfil se siguieron las recomendaciones de Grant y Kinney (1992), que proponen la construcción de criterios de selección teniendo en cuenta la edad, nivel de formación, experiencia profesional, área de trabajo, formación en metodología enfermera, puesto profesional actual y años de experiencia profesional. Por lo tanto, se seleccionó un panel compuesto por enfermeras de todos los ámbitos de la disciplina para obtener una visión muy diversificada sobre los aspectos vinculados a la valoración de los y las pacientes.

Tras analizar el perfil seleccionado, observamos que respondió a un amplio rango de edad, en consonancia con el perfil múltiple elegido, y al género mujer, coincidiendo con el perfil general de la profesión en España y en Andalucía según las



últimas encuestas<sup>90</sup> (2010) del Instituto de Estadística de Andalucía (IEA, 2008)<sup>91</sup>, y del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2009)<sup>92</sup>, que refieren la existencia de cinco enfermeras frente a un enfermero aproximadamente<sup>93</sup>.

En este sentido, señalar que las diferencias porcentuales de género entre fueron sustancialmente menores (1,4 mujeres por cada hombre) y que podrían explicarse por un lado:

Derivado del sesgo en relación al puesto de trabajo predominante en la investigación (docente e investigador): ya que según datos del Informe de Salud y Género 2006 publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC), en la enseñanza Universitaria existe un mayor porcentaje de profesores (62%) frente al de profesoras (38%), aunque en el caso concreto de enfermería la tasa de feminización es mayor (67,4%), pero bastante inferior a la de la profesión.

Y por otro lado, al criterio de selección “conocimiento en metodología enfermera” y/o en “gestión de cuidados”, en Andalucía (MSC, 2008) sólo el 48% de las direcciones y subdirecciones están ocupadas por mujeres, cuando según datos del Instituto de Información Sanitaria (2007), el personal de enfermería mujer es del 82%.

También se revela la prevalencia del nivel académico de diplomada/o seguido del rango máster o estudios avanzados, combinado históricamente con la existencia única del rango de diplomatura hasta 2010 de la disciplina. Aunque puede corroborar la consolidación en base al conocimiento sobre taxonomía NNN (NANDA-NIC-NOC) como elemento de adecuación para la participación en el panel.

---

<sup>90</sup> Los datos pueden estar infraestimados al no ser obligatorio estar colegiados/as para ejercer la profesión (Instituto de Estadística de Andalucía, 2010).

<sup>91</sup> La cifra de enfermeras colegiadas en 2009, fue de 213.351 y la de enfermeros de 42.094 (Instituto de Estadística de Andalucía, 2010).

<sup>92</sup> Enfermeras/os colegiadas/os a 31 de Diciembre de 2009. Fuente: Colegios de Enfermería (Instituto de Estadística de Andalucía, 2010).

<sup>93</sup> En 2009 en la Comunidad Autónoma Andaluza hubo colegiadas/os 25555 enfermeras (73%) y 9392 enfermeros (27%), no variando la proporción de 2008 (Instituto de Estadística de Andalucía, 2010).

Por último, la residencia mayoritaria correspondió a las provincias de Jaén y de Sevilla. La pertenencia a la provincia de Sevilla<sup>94</sup> podría estar justificado en una parte por ser el lugar donde trabajan el mayor número de enfermeras por provincias en Andalucía, aunque en ambos casos este dato está sesgado por la coincidencia de conocer por parte de la investigadora y el equipo, un mayor número de profesionales ubicados/as en ambas, que a nuestro entender no aporta ningún valor complementario a la investigación.

## **6.1.2. PERFIL DEL PACIENTE**

### **6.1.2.1. Por proceso quirúrgico**

En nuestra investigación prevaleció el ingreso de pacientes por procesos quirúrgicos frente a los procesos médicos, tanto en hombres como en mujeres, a diferencia de la tasa de actividad asistencial<sup>95</sup> (Consejería de Salud, 2009a) de la Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir (EPHAG, que a partir de este momento, cuando hablemos de ella, nos estaremos refiriendo al Centro Hospitalario de Andújar y Centro Hospitalario de Montilla), que presenta cifras<sup>96</sup> coincidentes con la Andaluza y/o de Hospitales de su mismo nivel y provincia, poniendo de manifiesto el mayor número de ingresos hospitalarios por procesos médicos frente a los procesos quirúrgicos.

Esta prevalencia del proceso quirúrgico se debe a la naturaleza intrínseca de algunos procesos quirúrgicos, a características de la EPHAG y a algunos de los criterios de inclusión de pacientes (ausencia de déficit cognitivo<sup>97</sup>) fijados en la investigación, con el objeto de garantizar la posibilidad de comunicación adecuada con el/la paciente para poder valorar el mayor número de ítems:

---

<sup>94</sup> En relación al número de enfermeras mujeres y hombres agrupados por provincias Andaluzas, los datos del Instituto Andaluz de la Mujer (2008)<sup>94</sup> muestra que la provincia que mayor número de enfermeras presenta es la de Sevilla, seguida de la provincia de Málaga, Cádiz, Córdoba y Granada, encontrándose la provincia de Jaén en la sexta posición.

<sup>95</sup> Estancias en la EPHAG por procesos médicos: 10.280, estancias por procesos quirúrgicos: 4.026 en 2008 (Consejería de Salud, 2009a).

<sup>96</sup> Ingresos por especialidades quirúrgicas: 211.301; ingresos por especialidades médicas: 225.165 (Consejería de Salud, 2009a).

<sup>97</sup> Valorado por el test de Pfeiffer versión española (Servicio Andaluz de Salud, 2009).

En relación a las **características de la Empresa** comentar que el índice de rotación viene asociado a factores tales como la pluripatología, la cronificación de los procesos, la cartera de servicios y las características organizativas y funcionales. Según datos consultados (Consejería de Salud, 2009a), la EPHAG tiene valores inferiores en estancia media (estancia media Andalucía: 7,2 días; estancia media Hospital San Agustín 5,4 días; estancia media EPHAG 4,5 días) y un índice de ocupación mayor, que la media Andalucía y/o en relación a Hospitales de su mismo nivel y provincia (Índice de ocupación en Andalucía: 79,1; índice de ocupación en Hospital de San Agustín: 78,8 e índice de ocupación en la EPHAG: 91,9); lo que origina una mayor tasa de rotación<sup>98</sup> (rotación en Andalucía: 45,6; rotación en Hospital San Agustín: 45,2 y rotación en la EPHAG: 91,9), que viene a mostrar que los procesos por los que ingresan los pacientes son menos mórbidos y/o con una mayor tasa de procesos agudos, a lo que se le une la edad media de los/las pacientes de nuestro estudio (52 años), donde los factores pluripatológicos no muestran una gran incidencia.

Con respecto al criterio adoptado de **ausencia de deterioro cognitivo** para la inclusión de pacientes, la propia distribución de este problema en la sociedad, auguraba una desviación de la edad media hacia valores más bajos. El deterioro cognitivo está asociado al envejecimiento ya que según la OMS (2007) la demencia afecta principalmente a las personas mayores: sólo el 2% de los casos comienzan antes de la edad de 65 años. Después de ésta, la prevalencia se duplica cada cinco años, siendo una de las principales causas de discapacidad en la vejez.

Por **tipos de cirugía**, los resultados coinciden, tanto en Andalucía, como en la EPHAG y/o en Hospitales de la misma provincia e igual nivel asistencial siendo la más frecuente es la ambulatoria frente a la programada o urgente.

Así en el Hospital de San Agustín de Linares (Jaén) la frecuencia relativa de la cirugía mayor ambulatoria es de 0,57 y en la EPHAG es de 0,61; en el Hospital de Linares la cirugía programada es de 0,30 y en la EPHAG es de 0,20 y 0,13 la urgente en el Hospital de Linares y 0,18 en la EPHAG (Consejería de Salud, 2009a). Estos datos a su vez, concuerdan por un lado, con las cifras publicadas por la Consejería de Salud

---

<sup>98</sup> Paciente/cama.

(2009,b) en relación al Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD),<sup>99</sup> con respecto a la actividad en Hospital de Día Quirúrgico en los hospitales del Sistema Sanitario Público Andaluz, donde la edad media de los pacientes es de 52 años y, por otro, con las características fisiológicas de los/las pacientes subsidiarios de cirugía mayor ambulatoria (CMA), según estándares y recomendaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo (2008c)<sup>100</sup>.

Por tanto, la selección de pacientes realizada, con los criterios fijados, ha producido una muestra final coincidente con la esperable, según la casuística del contexto asistencial del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA).

### 6.1.2.2. Por proceso médico

En Andalucía (Consejería de Salud, 2010a) en relación a los procesos médicos, los tres primeros (neuropsiquiátrico, tumores malignos y cardiovascular) y por ese orden, son los de mayor prevalencia y comunes a hombres y mujeres, seguidos en quinta y sexta posición por los procesos digestivos y respiratorios.

Pudiera parecer que los datos obtenidos no son similares a la media Andaluza, ya que en este estudio, en hombres el proceso de mayor prevalencia fue el cardiovascular y en mujeres el ginecológico, seguidos de cerca por el cardiovascular. En este sentido, señalar que la EPHAG no ofrece dentro de su cartera de servicios la especialidad de psiquiatría ni la de oncología, por lo que, si se descartan los dos

<sup>99</sup> El conjunto mínimo básico de datos de Andalucía (CMBD Andalucía) es un registro administrativo que contiene un conjunto de variables clínicas, demográficas y administrativas que resumen lo acontecido a un usuario en un episodio de asistencia hospitalaria. Proporciona información básica sobre el usuario, sobre el centro y unidad que lo atienden y sobre su proceso asistencial (Consejería de Salud, 2009b).

<sup>100</sup> Encontrarse en los grados I y II de la clasificación de la *American Society of Anesthesiologists* (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008c p.35):

- **ASA I:** Paciente sin ninguna alteración orgánica, bioquímica o psiquiátrica, diferente del proceso localizado que es subsidiario de cirugía. Paciente sano.
- **ASA II:** Paciente que sufre alguna alteración leve o moderada sistémica, que no produce incapacidad o limitación funcional (diabetes ligera, hipertensión sistémica leve o moderada,...).

Y con las aptitudes psicológicas marcadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo (2008c): “Ser capaces de comprender y respetar las instrucciones orales y escritas sobre el procedimiento, a excepción de que asuma la responsabilidad el adulto acompañante. Quedan excluidos, los pacientes con un sustrato patológico psiquiátrico que les impida colaborar”.

primeros en relación a la media en el Sistema Sanitario Público Andalúz, puede comprobarse que los procesos son coincidentes, ocupando también las primeras posiciones el digestivo y el respiratorio para ambos géneros y por este orden.

### 6.1.2.3. Por género

#### Género y proceso

En la muestra final obtenida, tanto en hombres como en mujeres, prevalecieron por ingreso los procesos quirúrgicos frente a los procesos médicos, acorde a lo ya comentado.

En el **Sistema Nacional de Salud**, en relación a los procedimientos quirúrgicos y según el Ministerio de Sanidad y Consumo (2008c), los procedimientos sobre el cristalino en ambos sexos fueron con notable diferencia los procesos de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) más frecuentes, representando el 35,5% sobre el total.

En el **Sistema Sanitario Público Andalúz** (Consejería de Salud, 2010b), también fueron los oftálmicos<sup>101</sup> los que ocuparon la primera posición en ambos sexos (72,3% en mujeres sobre el total y 70,2% en hombres), seguidos en mujeres (Consejería de Salud, 2010b p.11) de los ginecológicos (11,70% del total), de los del tejido musculoesquelético (7,8% del total), de piel y tejido subcutáneo (5,8% del total) y de boca-nariz y faringe (2,72% del total). En hombres los de mayor prevalencia fueron los digestivos (6,7% del total), los del tejido musculoesquelético (5,76%), de piel y tejido subcutáneo (5,63% del total) y de boca-nariz y faringe (3,67% del total).

Por hospitales (Consejería de Salud, 2010b), en mujeres, en el **hospital de Andújar** prevalecieron por frecuencia, los procesos quirúrgicos oftálmicos<sup>102</sup> (40,82%

<sup>101</sup> Operaciones del cristalino (59% del total en mujeres y 57% del total en Hombres) junto con otros procedimientos terapéuticos sobre párpados, conjuntiva y córnea (13,3% en mujeres del total y 13,2% en hombres).

<sup>102</sup> Operaciones del cristalino (33,78% del total) y otros procedimientos oculares (7,04% del total).

del total), los ginecológicos (9,87% del total)<sup>103</sup>, los musculoesqueléticos (6,73% del total)<sup>104</sup> y los de nariz boca y faringe (4,96% del total)<sup>105</sup>; y en el **hospital de Montilla** también los oftálmicos en primera posición (33,28% del total)<sup>106</sup>, seguidos de los del sistema musculoesquelético (13,89% del total)<sup>107</sup>, los ginecológicos (4,91% del total)<sup>108</sup>, los de nariz boca y faringe y los de piel y tejido subcutáneo (4,28% del total)<sup>109</sup>.

Sin embargo en nuestra investigación, prevalecieron las pacientes ingresadas por procesos de Cirugía Ortopédica y Traumatológica (COT) con un total de 26,3%, seguidos de la Cirugía abdominal (10,3% del total) y por hombres se invierte esta tendencia (17,6% del total en cirugía abdominal y 14,1% en COT). Posiblemente estas diferencias, se deban a variaciones en la clasificación, ya que durante la recogida de información los procesos quirúrgicos ginecológicos se clasificaron junto con los de cirugía abdominal, reservándose la denominación “ginecológico” para los procesos médicos ginecológicos. Tampoco se realizaron valoraciones a los pacientes con procedimientos oftalmológicos, puesto que no reunían los criterios de inclusión de pacientes a estudio, ya que no permanecían ingresados en una habitación individual, sino que compartían sala con pacientes de su mismo proceso en estancias breves – (unas horas en el hospital).

Como puede comprobarse, la distribución y características de la muestra coinciden con los patrones que se producen en contextos de hospitalización similares al del estudio, lo que afianza el rigor en el proceso de selección muestral.

---

<sup>103</sup> Comprenden los Procedimientos en cuello uterino y útero (3,84% del total), los Procedimientos diagnósticos de órganos genitales femeninos (3,42%) y la ligadura u oclusión de trompas de Falopio (2,61%).

<sup>104</sup> Procedimientos terapéuticos de músculo y tendón (3,57% del total) y Procedimiento de artroscopia (3,36% del total).

<sup>105</sup> Procedimientos de operación plástica de nariz (2,77% del total) y otros procedimientos de nariz, boca y faringe (2,19% del total).

<sup>106</sup> Operaciones del cristalino (24,25% del total) y otros procedimientos terapéuticos de párpados, conjuntiva y córnea (9,03% del total).

<sup>107</sup> Procedimientos terapéuticos de músculo y tendón (7,45% del total) y Procedimiento de artroscopia (6,44% del total).

<sup>108</sup> Comprenden los Procedimientos en cuello uterino y útero (2,06% del total) y la ligadura u oclusión de trompas de Falopio (2,85%).

<sup>109</sup> Procedimientos de operación plástica de nariz (1,69% del total) y otros procedimientos de nariz, boca y faringe (2,59% del total).

### **Género y edad**

Por género y edad existía en 2008 (Consejería de Salud de Andalucía, 2009a)<sup>110</sup> un pequeño incremento de la población femenina con respecto a la masculina en la provincia de Jaén (14.371 hombre y 15.863) en la franja de edad de entre 60 a 64 años. Sin embargo y según cifras publicadas por la Consejería de Salud en su estudio “La Carga de la Enfermedad en Andalucía en el año 2006” (revisadas en 2010), se muestra una ligera prevalencia superior de morbilidad<sup>111</sup> en hombres con respecto a mujeres en la población Andaluza en general (Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2010a, p.3), presentando un total de 830.195 años de vida ajustados por discapacidad (AVAD)<sup>112</sup>, de los cuales el 53,1% corresponden a hombres y el 46,9% a mujeres, que a nuestro entender puede condicionar el mayor número de ingresos en hombres con respecto a las mujeres, como muestra nuestra investigación.

Las estadísticas de la Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir (Empresa Pública Alto Guadalquivir, 2009), no están desglosadas por género ni edad, por lo que no se han podido realizar comparaciones desde este punto de vista a nivel local.

### **Género y dependencia**

La prevalencia de procesos agudos y de cirugía mayor ambulatoria, junto con la media de edad, coincide con el perfil de nivel de dependencia moderado del/de la paciente tipo de nuestro estudio y es acorde con la Unidad de Ingreso según el sistema de clasificación de pacientes de la EPHAG.

---

<sup>111</sup> Comprende las enfermedades transmisibles, las enfermedades no transmisibles y los accidentes y lesiones.

<sup>112</sup> Los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) atribuibles a cada enfermedad o lesión son el resultado de sumar el tiempo de vida perdido por muerte prematura, años de vida perdidos (AVP), y las pérdidas funcionales y de bienestar causadas por la discapacidad, años vividos con discapacidad (AVD). Consejería de Salud, Junta de Andalucía (2010a)

### **6.1.3. PERFIL DEL CUIDADOR**

#### **6.1.3.1. Perfil general**

El alto porcentaje de cuidadores/ras principales identificados puede tener que ver con factores asociados a la cultura mediterránea, en la que prevalece un fuerte enraizamiento de la unidad familiar como estructura social básica del cuidado (Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados, 2005) y con la casuística mayoritaria de pacientes incluidos (Cirugía Mayor Ambulatoria), debido a que uno de los criterios de indicación de esta vía es la disponibilidad de la atención de un adulto responsable durante su estancia, readaptación al medio, traslado al domicilio y, durante el posoperatorio inmediato (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008c ).

En relación al género, coincidiendo con la gran mayoría de estudios que captan cuidadores familiares, son en su mayoría mujeres (IMSERSO, 2004; Escuela Andaluza de Salud Pública, 2005; Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados, 2005).

Aunque los resultados del estudio no muestran diferencias entre qué figura femenina desempeña este rol (esposas/hijas) en los distintos hospitales, en otros estudios sí hay una mayor presencia de hijas, con una edad media de 57 años (IMSERSO, 2004; EASP, 2003; Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados; 2005). No obstante, la edad media de los sujetos de nuestro estudio, junto con su bajo nivel de dependencia podría haber condicionado este resultado.

#### **6.1.3.2. Perfil en relación al proceso de cuidar**

En el estudio realizado por la Escuela Andaluza de Salud Pública (2005), casi la mitad de las cuidadoras referían tener una salud regular o mala y una salud emocional comprometida, justificado por la alta dedicación y cronicidad de los procesos. Sin embargo en nuestra investigación la exploración de estas dimensiones con los indicadores de resultados (Moorhead et al., 2009) “250712 Salud general percibida del cuidador” y “220801 Estresores informados por el cuidador”, muestran cifras altas,



indicando normalidad, posiblemente en la gran mayoría de los casos debido al diseño de la investigación: el hecho de tratarse de un estudio transversal, sólo permitía un único contacto con la familia/paciente no dando lugar a la creación de lazos terapéuticos, agravado además, por el criterio de evitar entrevistar a pacientes si existía un potencial conflicto de intereses en la relación clínica (lo que implicaba la inexistencia de relación personal ni terapéutica cuando se realizaba la valoración).

Además, se le une la circunstancia de la presencia del/de la paciente en el momento en el que se plantaban dichas cuestiones al cuidador o cuidadora. La confluencia de todas estas circunstancias impidió crear el suficiente clima de intimidad, lo que habría generado un potencial sesgo de agrado en los familiares entrevistados al indagarles sobre este tema.

También cabe señalar que el bajo perfil de dependencia de la muestra y el que se tratase de procesos quirúrgicos no complejos, no son a priori estresores de gran relevancia, si se comparan con cuidadores de pacientes en otras circunstancias más complejas (paliativos, atención domiciliaria, etc).

## **6.2. ANÁLISIS CLINIMÉTRICO**

Según Sánchez y Echeverry (2004) los aciertos o errores en el proceso de medición están asociados a una adecuada selección muestral y una cuidadosa medición de las variables que afectará a la fiabilidad y a validez. En este sentido, inicialmente los resultados de la escala INICIARE® muestran una buena fiabilidad y validez, que mejoran notablemente tras la segunda validación y que vienen a corroborar la adecuación y pertinencia de la metodología empleada.

Actualmente la versión desde el punto de vista metodológico es una escala enfermera validada y orientada en las necesidades de los pacientes, independientemente del intervencionismo de la Institución en la que se encuentre.

### 6.2.1. FIABILIDAD DE LA ESCALA INICIARE®

Los resultados más significativos se han obtenido en este análisis.

Con respecto a la **fiabilidad interobservador** existe una buena concordancia de los ítems individuales. Los valores del Coeficiente **de Correlación Intraclase** se sitúan en el intervalo 0,830 - 0,964 superando notablemente el límite inferior obtenido por Loeven y Anderson (1988) con respecto al índice de Barthel (índice de Kappa 0,47-1), que además no fue validado en la versión original. Los resultados del CCI, como ya hemos comentado, son muy elevados entre las puntuaciones totales obtenidas, mostrando un índice de la concordancia por dimensiones muy bueno (>0,90) según la clasificación de Fleis (1986), calculado en un intervalo de confianza al 95%.

Si bien la coincidencia en el tiempo de los observadores en el momento de la administración de la escala pudiera ser considerado como argumento para justificar la alta concordancia, queda descartado por la valoración a ciegas de los/las encuestadores/as, el uso de códigos de identificación de pacientes y el posterior volcado de datos por un miembro del equipo investigador diferente al que hizo la observación.

Contrariamente, la inmediatez en la valoración por pares era necesaria para garantizar la validez interna del estudio y evitar posibles cambios que pudieran experimentar los pacientes agudos en un breve espacio de tiempo, (éste hecho limitó, por otra parte, la posibilidad de realizar una evaluación de la fiabilidad test retest). Por ejemplo, existen ítems objetivables como son la frecuencia cardiaca ( $r=0,657$ ;  $R_o=,552$ ) y respiratoria ( $r=0,654$ ;  $R_o=0,674$ ) que paradójicamente muestran peores valores de concordancia con respecto a ítems más subjetivables como por ejemplo el de cianosis ( $r= 0,835$ ;  $R_o= 0,781$ ) que vienen a ratificar esta premisa.

Otros aspectos que se tienen en cuenta al valorar la fiabilidad son la **consistencia interna** de la escala o la homogeneidad (Streiner & Norman, 1989). Shal, Vanclay y Cooper en 1989, evaluaron la consistencia interna del índice de Barthel obteniendo valores del alpha de Cronbach o matriz de correlaciones de 0,90-0,92. En nuestro análisis, evaluamos este parámetro por ítems individuales de la escala y

agrupados por dimensiones, comprobando resultados excelentes que mejoran los expuestos en el índice de Barthel con valores entre 0,846-0,987.

## **6.2.2. VALIDEZ DE LA ESCALA INICIARE®**

### **6.2.2.1. Validación de contenido**

Para la construcción y validación de contenido de la escala, se empleó la técnica Delphi, por varias razones: en primer lugar, por ser una de las técnicas de consenso más utilizadas en Ciencias de la Salud (Jones & Hunter, 1995; De Loe, 1995; Zolingen & Klaassen, 2003; Engels & Kennedy, 2007); en segundo lugar, porque permite la selección intencional de expertos/as y, por tanto, satisface la necesidad del criterio de adecuación y en tercer lugar por ser conocida por el conjunto de integrantes del panel.

Desde la primera ronda hubo un elevado consenso en relación a la adecuación de los ítems propuestos, que desplazaba las puntuaciones hacia valores en el percentil 75 (de acuerdo o totalmente de acuerdo, tala 5.2 y tabla 5.3); que reflejaba la buena selección y contextualización (nos ayudamos de la definición de necesidades de Riopelle et al., 1999) de los ítems en la construcción del instrumento.

Aunque hay que señalar que hubo un mayor acuerdo entre las intervenciones (tabla 5.3) donde se les pedía a los/las panelistas su opinión en relación a la frecuencia en la práctica diaria, en comparación con los indicadores de resultados (tala 5.2) cuyas puntuaciones giraban en torno a la adecuación del indicador para la valoración de las necesidades; que a nuestro juicio puede explicarse por la variabilidad de la práctica clínica. Así durante la primera ronda de validación quedaron pendientes de consenso un 20,36% de indicadores NOCs (gráfico. 5.9) frente a un 1,97% de intervenciones NICs (gráfico. 5.10).

En el primer panel se ofertó la posibilidad de la inclusión de hasta tres ítems adicionales por bloque de cuidados o necesidad. Se aportaron 22 nuevas propuestas de indicadores NOCs y una intervención NIC, que nos induce a pensar por una lado, en la mayor complejidad que generaba la validación de las necesidades de cuidados en

comparación con las actividades enfermeras y que puede servir para explicar la abundancia de instrumentos de medida (tabla 1.4, tabla 1.5, tabla 1.6, tabla 1.7, tabla 1.8), cuya naturaleza básica gira en torno a la cuantificación de intervenciones para intentar medir la dependencia de cuidados. Y por el otro, la baja frecuencia sugerida en el primer panel de indicadores de resultados de 0,238 y de 0,216 intervenciones viene a corroborar la elevada adecuación de los ítems en la construcción original del instrumento; ya que cada panelista tuvo la oportunidad de aportar hasta tres ítems por necesidad (catorce necesidades) o bloque de cuidados (siete bloques), que supone la posibilidad de valorar 63 nuevos indicadores NOCs y 21 nuevas intervenciones por cada panelista y/o 924 indicadores de resultados y 462 intervenciones en el conjunto del panel (22 expertos/as).

En el segundo panel se valoraron 45 indicadores de resultados (tabla 5.52) y 2 intervenciones (tabla 5.53), los criterios de selección de ítems fueron más restrictivos que en el primer panel (tabla 4.32), en esta ocasión quedaron pendientes de consenso el 37,8% (tabla 5.86) de los NOCs, cifra más elevada que en el primer panel, posiblemente por varias circunstancias, en primer lugar por haber adoptados criterios más restrictivos de selección, en segundo lugar por la mayor dificultad de decisión que estos ítems les suponían a los expertos desde el principio (por ejemplo la intervención “35230 Aumentar el afrontamiento”) y por otro por ser en algunos casos ítems de nueva aportación (por ejemplo “161411 Participa en las decisiones de los cuidados de salud”).

A la vista de los resultados, se hizo necesario configurar un tercer panel para una nueva validación de 17 indicadores NOCs (37,8% de los ítems a consenso, (gráfico 5.12, tabla 5.74) y 1 intervención (gráfico 5.13 y tabla 5.88), que siguió la tónica previa. Pero llegado a este punto, y a falta de validación de 17 ítems que nos volvía a requerir una nueva ronda junto con las características asociadas a la metodología planteada (online), recurrimos a estudios como los de Strauss (1987), Cabrero García & Richart Martínez (1996); Conde Gutiérrez (2002); y Popay (2003), ya que creíamos oportuno una triangulación teórica entre metodología cuanti y cuali que al diferenciarse en el procedimiento y tratamiento de la información, podía responder como investigación exploratoria y confirmatoria en el análisis del estudio desde un contexto situacional

(metodología cualitativa) frente a la asociación entre variables cuantificadas (metodología cuantitativa). Además como afirma De Souza (2004) “durante la fase inicial en el diseño y construcción de un instrumento de medición en salud el aporte cualitativo es fundamental para obtener un mayor acercamiento a los atributos del objeto de estudio”.

Señalar que hubo un alto grado de participación que alcanzó el 100% en los ítems cuantitativos y del 68% en los cualitativos, posiblemente por la dificultad que puede suponer el expresar de forma escrita opiniones o el mayor tiempo que esto conllevaba, siendo la frecuencia de participación homogénea, independientemente de la necesidad planteada (tabla 5.89, tabla 5.90, tabla 5.91... tabla 5. 99), lo que corrobora la idoneidad del plantel de panelistas.

El análisis de algunos de los desacuerdos y consensos en los ítems valorados por los expertos y expertas es una muestra más de la dificultad de las enfermeras para la valoración de las necesidades psicosociales o conductuales, como Seguridad, Comunicarse-Relacionarse y Creencias y Valores, fenómeno reflejado previamente en la literatura (Martínez, Cañadas, Rodríguez & Tornel, 2003; Reyes, Jara & Merino, 2007). Así, las opiniones contrarias a la inclusión de algunos ítems giraban en torno a dos situaciones:

- a. Por un lado la dificultad de su cuantificación (113012 Masa corporal media, 121101 Desasosiego, 020803 Movimiento muscular y 020804 Movimiento articular, 161411 Participa en las decisiones de los cuidados de salud, 120402 Muestra un estado de ánimo sereno, 150303 Interacción con miembros de la familia, 200011 Satisfacción con el estado de ánimo general y 5230 Aumentar el afrontamiento).
- b. Y la inadecuación del ítem para la necesidad propuesta (121101 Desasosiego en la necesidad de reposo-sueño, 110111 Perfusión tisular en la necesidad de higiene, 120402 Muestra un estado de ánimo sereno en la necesidad de Comunicarse y relacionarse y 200011 Satisfacción con el estado de ánimo general en la necesidad de Creencias y valores), pero que en la mayoría de las

ocasiones no ofrecían una necesidad alternativa en la que incluirlos; por lo resolvimos finalmente la situación con la valoración cuantitativa.

### **6.2.2.2. Validación de constructo**

Los resultados más controvertidos en esta investigación, los hemos obtenido en la validez de constructo, en aquellas dimensiones teóricas sobre características conceptuales esenciales de la persona y de su cuidado, utilizadas como fundamento de esta investigación.

Son abundantes las publicaciones sobre el registro de valoración según el modelo propuesto por Virginia Henderson (Estrada Dávila, Cruz Ruiz, Nol Salas, Rivadeneira Bocanegra & Solorio Molina, 1996; Martínez Veny & Fortaleza Pons, 2002; Martínez et al., 2003; Fernández Molina et al., 2003; Fernández Molina et al., 2003; Sales Girona & Sansó, 2004; Francisco del Rey, Palazuelos & Bustos, 2004; García Suso, De Pedro & Zaforteza, 2005; Reyes Luna, Jara Concha & Merino Escobar, 2007) que estudian desde uno u otro prisma las dificultades de la enfermera en la valoración de las catorce necesidades básicas y/o la implementación mediante lenguaje estandarizado.

Sin embargo, no hemos encontrado estudios que revelen investigaciones de enfermería en relación al constructo dimensional de la valoración en la práctica clínica en el Sistema Sanitario y/o que pongan en debate la construcción de la valoración en base a las catorce necesidades propuestas por Virginia Henderson.

El concepto salud-enfermedad durante el siglo XX ha ido evolucionando en función de las transformaciones sanitarias, sociales y culturales. De forma paralela, los cuidados enfermeros han tenido que ir adaptándose a esta nueva realidad, contextualizándose y sufriendo una importante transformación para dar respuesta a las nuevas necesidades de los usuarios del Sistema Sanitario Público (Alberdi Castell & Cuxart Ainaud, 2005; Consejería de Salud, 2001b).

Luis Rodrigo et al., (2005) afirman sobre el Modelo Conceptual de Virginia Henderson que cuenta con una amplia difusión en la enfermería española (pudiendo ser prueba de ello, el haber servido de sustrato en el diseño de esta investigación), de manera que la adopción de este modelo, a juicio de estas autoras, entronca fundamentalmente por su coherencia con nuestros valores culturales, ya que incluye la colaboración con otros profesionales como parte de la acción enfermera, la perspectiva de cambio en la persona y su compatibilidad con la utilización de los sistemas estandarizados de lenguaje enfermero. Pero, los resultados obtenidos en este estudio, invitan a una profunda reflexión sobre el enfoque que adoptan enfermeras del siglo XXI, formadas y conocedoras de un modelo generado hace 50 años, ejerciendo en un contexto asistencial absolutamente distinto del que sirvió a Henderson para estructurar los elementos clave del mismo.

Así en el análisis factorial de la escala INICIARE®-64 (primera validación de constructo) se observó (tabla 5.197) cómo las enfermeras agrupaban en tres factores: fisiológico básico, fisiológico instrumental y cognitivo-perceptual, las catorce necesidades de Henderson, explicando el 60,77% de la varianza. En el último análisis de constructo agrupando en siete factores se explicó el 88,367% de la varianza; ahora iremos relacionando los dos análisis con diferentes formatos de valoración.

Comparativamente no encontramos identificación con las tres áreas propuestas por Abdallah (Podtler & Peri, 1996), (necesidades físicas, sociológicas y emocionales del paciente; pactos enfermera-paciente; y elementos comunes al cuidado del paciente), formuladas en su Modelo con un método de valoración por 21 problemas, aunque en un primer momento podría parecer plausible, ya que como afirman los estudios de Podtler & Peri (1996) esta autora reconoce la influencia de la obra de Virginia Henderson en su teoría.

En la segunda validación, el modelo factorial con mayor capacidad explicativa (88,37% de la varianza) agrupó los ítems en torno a siete factores, que guardan cierta similitud con los Patrones Funciones de Gordon (2003) (Tabla 6.1). Los patrones funcionales de salud describen once áreas relativas a la salud; “son comportamientos

construidos desde las descripciones de la persona y las observaciones de la enfermera” (Gordon, 2003).

- ✦ No encontramos Patrones que se identifiquen claramente con los factores F6 (respirar) y F7 (Mantener la temperatura corporal), aunque habría semejanzas parciales entre el F6 (respirar) y el Patrón 4 (Actividad y ejercicio); y el F7 (Mantener la temperatura corporal) con el Patrón 2 (Nutricional Metabólico). El patrón 4 estaría más claramente emparentado con el Factor 2 (Higiene, Moverse y Vestirse) y el patrón 2 (Nutricional metabólico) con el Factor 4 (Eliminar y Alimentarse) del INICIARE®.
- ✦ El Patrón 5 (Sueño y descanso), estaría incluido en el Factor 3 (reposo-sueño y Actividad) y el Patrón 4 en el Factor 4 (Eliminar y Alimentarse). De manera que el Factor 4 (Eliminar y Alimentarse).
- ✦ Los Patrones 1 (Percepción-Manejo de Salud), 6 (Cognoscitivo perceptual), 7 (Auto percepción - Autoconcepto), 8 (Rol relaciones), 9 (Sexualidad reproducción), 10 (Adaptación-tolerancia al estrés) y 11 (Valores creencias), podrían tener relación con el Factor 1 (seguridad, aprender y creencias) y con el Factor 5 (Comunicación, Trabajar y realizarse) englobados en el Área 2 del INICIARE® (Área cognitivo-conductual).

**Tabla 6.1. COMPARATIVA DE LOS FACTORES IDENTIFICADOS EN LA ESCALA INICIARE® Y LOS PATRONES DE GORDON**

ÁREA	FACTORES (F)	PATRONES DE GORDON (N)
<b>1.Fisiológica</b>	F6: Respirar	P4 ACTIVIDAD EJERCICIO
	F4. Eliminar, alimentarse	P2 NUTRICIONAL METABÓLICO P3 ELIMINACIÓN
	F7: Mantener la temperatura corporal	P2 NUTRICIONAL METABÓLICO
<b>2.Cognitivo-conductual</b>	F1: Seguridad, aprender, creencias	PI PERCEPCIÓN- MANEJO DE SALUD P11 VALORES CREENCIAS P10 ADAPTACIÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS P6 COGNOSCITIVO PERCEPTUAL
	F5: Comunicación, trabajar y realizarse	P7 AUTO PERCEPCIÓN –AUTOCONCEPTO P8 ROL RELACIONES P9 SEXUALIDAD REPRODUCCIÓN P6 COGNOSCITIVO PERCEPTUAL
<b>3. Instrumental</b>	Factor 2: Higiene, vestirse, moverse	P4 ACTIVIDAD EJERCICIO
	Factor 3: Reposo-sueño, ocio	P5 SUEÑO DESCANSO



De acuerdo con los resultados del análisis factorial del INICIARE®, las enfermeras agruparían en tres grandes áreas la valoración que hacen de sus pacientes, visionando un área fisiológica que agruparía las dimensiones o factores 4, 6 y 7, un área cognitivo-conductual (dimensiones o factores 1 y 5) y un área instrumental (dimensiones o factores 2 y 3).

**Área fisiológica** compuesta por:

- ✦ El factor 4, que engloba las necesidades de Henderson de Alimentarse e hidratarse (N2) y Eliminar (N3). Estas necesidades son vitales para el mantenimiento de la vida y para permitir el correcto funcionamiento orgánico (Riopelle et al., 1999), pudiendo ser suplidas por la enfermera en caso de falta de autonomía del paciente (Luis Rodrigo et al., 2005).
- ✦ El factor 6, que corresponde con la Necesidad de respirar (N1) de Henderson. Necesidad vital del ser vivo (Riopelle et al., 1999) y según Luis Rodrigo et al. (2005) no puede ser suplida por la enfermera a diferencia del resto de necesidades fisiológicas.
- ✦ Por último el factor 7 representada también por una única necesidad del formato de valoración de Virginia Henderson, la necesidad de mantener la temperatura corporal (N7). Siendo una necesidad fisiológica que la enfermera puede suplir de forma total o parcial cuando existe falta de autonomía en el paciente (Luis Rodrigo et al., 2005).

**Área cognitivo-conductual** compuesta por:

- ✦ El factor 1 que agrupa las necesidades de Henderson: evitar peligros (N9), vivir de acuerdo con los propios valores y creencias (N11) y aprender (N14). Este factor podría ser descrito como la evitación de peligros que realiza la persona “protegiéndose de las agresiones internas y externas para mantener su integridad psicofísica” (Riopelle et al., 1999), el vivir de acuerdo con los propios

valores y creencias “realizando acciones de acuerdo a su noción del bien, del mal y de la justicia junto con la persecución de una ideología” (Riopelle et al., 1999) y el aprendizaje “mediante conocimientos, actitudes y habilidades para la modificación o adquisición de nuevos comportamientos con el objetivo de mantener o de recobrar la salud” (Riopelle et al., 1999).

- ✦ El factor 5, reúne las necesidades de Comunicación y relacionarse (N10) y Trabajar y realizarse (N12). La comunicación verbal y no verbal es un proceso dinámico con el que nos relacionamos con las otras personas (Riopelle et al., 1999). “Trabajar y realizarse consiste en llevar a cabo actividades para satisfacer sus necesidades y permitir ser útil a los demás” (Riopelle et al., 1999).

#### Área instrumental compuesta por:

- ✦ En el factor 2, se agrupan las Necesidades de Henderson: higiene (N8), escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse (N6), y moverse y mantener la postura adecuada (N4). Estas necesidades implican “capacidad del/de la paciente”, siendo suplidas por la enfermera en caso de falta de autonomía de la persona (Luis Rodrigo et al., 2005).
- ✦ El factor 3, recoge las Necesidades de Henderson: reposo-sueño (N5) y participar en actividades recreativas (N13). Dormir y descansar “es una necesidad para todo ser humano, que debe llevarse a cabo en las mejores condiciones y en cantidad suficiente a fin de conseguir un buen rendimiento del organismo” (Riopelle et al., 1999). Y participa en actividades recreativas ya que “divertirse con una ocupación agradable es el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico” (Riopelle et al., 1999).

Tabla 6.2 COMPARATIVA DE LOS FACTORES IDENTIFICADOS EN LA ESCALA INICIARE® CON LAS NECESIDADES DE HENDERSON		
ÁREA	FACTORES (F)	NECESIDADES DE HENDERSON (N)
Fisiológica	F6: Respirar	N1: Respirar
	F4: Eliminar, alimentarse	N2: Alimentarse e Hidratarse N3: Eliminar
	F7: Mantener la temperatura corporal	N7: Mantener la temperatura corporal
Cognitivo-conductual	F1: Seguridad, aprender, creencias	N9: Evitar Peligros N11: Valores-creencias N14: Aprender
	F5: Comunicación, trabajar y realizarse	N10: Comunicarse N12: Trabajar y Realizarse
Instrumental	Factor 2: Higiene, vestirse, moverse	N8: Higiene N6: Vestirse N4: Moverse y Mantener una postura adecuada
	Factor 3: Reposo-sueño, ocio	N5: Reposo-Sueño N13: Ocio

Esta nueva agrupación posiblemente sea más coherente con la “mirada real” que tienen las enfermeras sobre la persona a la hora de realizar la valoración. Desde el punto de vista disciplinar, la evolución desde los modelos teóricos y marcos conceptuales enfermeros hasta su traslación a la práctica diaria está resultando un camino difícil, no exento de errores.

Muchas veces, se afirma que se “aplica” un modelo de cuidados tan sólo por usar un formato de valoración organizado en apartados, cuyos nombres coinciden con los de los postulados teóricos o se asimila a que las enfermeras tienen un dominio avanzado del razonamiento diagnóstico porque registran diagnósticos NANDA en la historia clínica (Giménez Maroto & Serrano Gallardo, 2008).

La valoración enfermera implica un proceso de evaluación integral de la persona y comprobar cómo afecta la alteración de una determinada necesidad al resto, para poder establecer un juicio clínico adecuado. La complejidad de este proceso, junto con una consolidada tradición curricular orientada a los modelos biologicistas, posiblemente explique muchas de estas dificultades mencionadas anteriormente.

Algunas autoras refieren una inadecuación de los instrumentos utilizados en la valoración como una posible barrera en este proceso. Así, formatos de valoración enfermera excesivamente estructurados, con múltiples preguntas cerradas seguramente estrechan en exceso la mirada de la enfermera o no se ajustan a la realidad de cómo tienen estructurado su pensamiento (Watson, 2006; Giménez Maroto & Serrano Gallardo, 2008).

El instrumento INICIARE® es muy probable que aporte una estructura que evita algunos de estos escollos, intentando aplicar los aspectos positivos que ofertan los diferentes formatos. Así, se consensuó un formato cerrado por que permite explorar todas las necesidades o factores de cuidado salvando la exploración biologicista; pero al que se le aplica una metodología de consenso y psicométrica que asegura la validez y fiabilidad de la escala.

### 6.2.2.3. Validación de criterio

En relación a la validez de criterio, una de las primeras limitaciones halladas para realizar el estudio era la inexistencia de escalas de valoración de pacientes que midieran el grado de dependencia específica en cuidados, para ser utilizado como **“gold stard”**, optándose por el índice de Barthel (IB) como el más aproximado a lo que se pretendía evaluar (aunque con limitaciones, ya que éste no explora esferas del área psicológica y social de la persona y su enfoque es estrictamente funcional)<sup>113</sup>.

El IB deja fuera de la valoración de criterio las necesidades cognitivo-conductuales, tales como Comunicación (salvada por la aplicación del test de Pfeiffer), Trabajar y Realizarse, Creencias y Valores, Seguridad, Ocio y Aprender, casi como a necesidades fisiológicas tales como la respiración o la temperatura, o el reposo-sueño.

---

<sup>113</sup> “El IB fue uno de los primeros intentos de cuantificar la discapacidad al campo de la rehabilitación física, aportando un fundamento científico a los resultados que obtenían los profesionales de rehabilitación en los programas de mejora de los niveles de dependencia de los pacientes” (Cid-Ruzafa y Damián-Moreno, 1987).

Sin embargo, se consideró esta opción como la más adecuada, debido a que tampoco podía recurrirse al empleo de profesionales con perfil avanzado para actuar como tales (Medical Outcomes Trust, 1995), puesto que no existía esta figura de referencia en el ámbito donde se ha realizado la investigación.

Existe un instrumento en la literatura, la Nursing Care Dependency Scale (CDS) (Dijkstra, Buist & Dassen, 1998; Dijkstra et al., 1999; Dijkstra et al., 2003; Dijkstra et al., 2005), que guarda una cercanía conceptual importante con la escala INICIARE®; sin embargo, el desconocimiento por parte de las enfermeras de este instrumento, en contraposición con el índice de Barthel, que cuenta con una amplia difusión y utilización en múltiples países, determinó la elección final. Como afirman Alarcón y Muñoz (2008) al “aplicar criterios o medidas comparativas, habrá que evaluar si la coyuntura social o cultural las hace apropiadas para que constituyan una fuente válida de comparación”.

Se descartó la utilización de otros instrumentos (tabla 1.2) para este fin, porque muchos de ellos carecen de una validación adecuada, además de tratarse de herramientas centradas en tiempos o actividades de las enfermeras y no en dimensiones derivadas de las necesidades de los pacientes.

La convergencia entre las puntuaciones totales de la escala INICIARE® y el índice de Barthel (tabla 5.236) reflejaba el nivel de dependencia leve-moderado de los pacientes con los dos instrumentos, lo cual es compatible con el propósito del instrumento.

### 6.3. ESCALA INICIARE® Y MARCO CONCEPTUAL

La manera particular con la que las enfermeras abordan la relación entre el cuidado, la persona, la salud y en entorno hace que se clarifique el campo de la disciplina enfermera (Kérouac et al., 2005).

Fawcett (1978) añade una estructura organizativa al conocimiento enfermero, y que tiene suma importancia para la disciplina enfermera ya que depende directamente de la teoría para seguir existiendo (Raile Alligood, 2007); así en la estructura jerárquica del conocimiento enfermero establecida por Fawcett (2000), los modelos conceptuales estarían ubicados en el tercer nivel como un cuerpo de conceptos relativamente abstracto y genérico que definen los fenómenos de interés central para una disciplina, las proposiciones que describen estos conceptos ampliamente y las relaciones entre ellos. Es decir, los modelos actúan como “lente cognitiva” que genera ‘maneras de ver’ y ‘comprender’ el mundo.

A diferencia de las teorías, los modelos conceptuales están a un menor nivel de abstracción, pero, no cuentan con la suficiente concreción como para ser observados directamente en la realidad. En cambio, proporcionan una estructura racional para poder comprender la complejidad del cuidado y poder enseñarla, transmitirla o compartirla, evitando lo que Reilly (1975) hace ya casi medio siglo describió como la fragmentación del concepto de Enfermería en “miles de formas privadas de entenderla”. De este modo, es posible hacer explícitas muchas cosas: el propósito y alcance de la Enfermería, orientar la provisión de los servicios enfermeros, generar marcos para el registro y los sistemas de información en cuidados, o para la docencia, la gestión y la investigación. En este sentido, la producción sobre aplicación empírica de modelos en entornos clínicos ha aportado resultados favorables en distintos tipos de pacientes (Flanagan, 2009; Graham, 2006).

Los resultados de este estudio no habrían sido iguales sin la utilización del modelo de Henderson desde sus fases más embrionarias a la hora de conceptualizar el enfoque del instrumento INICIARE®, o en el proceso de selección y agrupamiento de indicadores NOC en función de la necesidad que se pretendía describir. Y, aunque

como afirma Fawcett (2000), los modelos “no son observables directamente en la realidad”, sí lo son sus expresiones, como es el caso de la organización de un método de valoración encaminado a detectar la dependencia y el rol que deberá asumir la enfermera en función de la situación de cuidados valorada. Aunque se trate de una verificación empírica de un modelo con métodos indirectos (no es posible otra alternativa en la jerarquía propuesta por Fawcett), al estar soportada sobre un instrumento válido y fiable, integrado por un lenguaje universal para los miembros de la disciplina enfermera, se está dando un paso importante en la vinculación entre modelos y sus indicadores empíricos, así “la teoría enfermera se comprueba en la práctica mediante estudios de investigación basados en la teoría” (Raile Alligood, 2007).

Otro extremo importante en el que entroncan estos resultados, tiene que ver con la aplicación del proceso enfermero, como materialización de la aplicación del método científico en Enfermería (Alfaro, 2002). Conceptualmente, desde el punto de vista didáctico, se desglosa en cinco pasos bien definidos e interrelacionados entre sí (Touhy & Birnbach, 2001) a lo largo del cual, la enfermera establece una ineludible relación enfermera-paciente en el marco del mismo. La escala INICIARE® al estar basada en metodología enfermera e implementada mediante taxonomía NOC, puede servir de instrumento de valoración, seguimiento y evaluación, pudiendo ayudar al ensamblaje del proceso enfermero como método en la práctica clínica. La valoración mediante indicadores NOC es absolutamente sinérgica con el resto de fases del proceso enfermero y actúa como referencia inicial a la hora de la programación de objetivos de cuidados en la planificación que la enfermera lleva a cabo, así como de la evaluación de su consecución.

Además, el uso del lenguaje estandarizado permite tanto la comunicación eficaz entre las enfermeras, como la exploración del estado del paciente; así la OMS (2001) y estudios como los de Rosas Estrada (2009), apuntan a las ventajas adicionales de un instrumento elaborado en un lenguaje común y estandarizado. El empleo de indicadores de resultados NOCs como ítems de la escala, incorpora un nuevo valor, ya que permite la monitorización continua de las necesidades de los/las pacientes, incluso más allá del mínimo recomendado por las autoras de la NOC, según las cuales, los

resultados deberían medirse en al menos tres ocasiones: al ingreso, al alta o traslado a otro ámbito clínico y/o cuando se produzca un cambio significativo en el estado de salud (Moorhead et al., 2009).

Íntimamente ligada a este aspecto, emerge como parte esencial del cuidado de pacientes agudos el proceso continuo de preservación de la seguridad y de la salud de la persona a través de la vigilancia. Ésta, implica la recolección de datos, el análisis y la interpretación de información para tomar decisiones sobre el cuidado y se ha señalado la estrecha relación existente entre la vigilancia y los resultados (Zeitzy, 2005; Shever et al., 2008; Kutney-Lee, Lake & Aiken, 2009).

Dougherty cit. of Bulechek & McCloskey (1999) distingue la vigilancia de la valoración, entendiendo que esta última implica la recolección de datos en un punto aislado del tiempo y con una frecuente focalización en datos del paciente, excluyendo otras posible fuentes de información. La vigilancia conlleva un proceso conductual de la enfermera que se inserta a lo largo de todo el proceso enfermero (Meyer et al., 2007). Así, la vigilancia es un trabajo intelectual enfermero y es un prerequisite para otras acciones informadas de la enfermera como la valoración-diagnóstico-intervención y evaluación. Según Meyer y cols., la vigilancia se distingue de la valoración, en que en la valoración se recolectan datos, mientras que la vigilancia es una predisposición mental que hace posible la recolección de datos y que ésta sea significativa (muchas enfermeras recolectan datos, pero de forma no significativa, sin un sentido, o en el peor de los casos, porque "se lo ordenan"). La vigilancia supone pues, un ejercicio cognitivo (juicio clínico) y de toma de decisiones en función del cálculo de riesgos inherentes a las situaciones de cuidado que se originan.

Kelly y Vincent (2010), definen la vigilancia en unidades de hospitalización de pacientes agudos, como el proceso mediante el cual se identifican amenazas para la salud y seguridad del paciente, mediante la adquisición, interpretación y síntesis deliberada y continua de datos de la persona para la toma de decisiones clínicas, indicando cuándo y cómo actuar. En el proceso de vigilancia influyen características de las enfermeras (formación) y el contexto de práctica (volumen de plantilla).



En este sentido, el instrumento INICIARE® se convierte en un perfecto aliado de ambos procesos: el de valoración y el de vigilancia, en la medida en que su carácter dinámico (permite establecer el estado de las necesidades en cualquier momento del tiempo) le proporciona un gran valor a la monitorización y seguimiento longitudinal de las distintas necesidades de la persona. No obstante, nunca puede sustituir el uso de un instrumento a todo el entramado cognitivo-conductual que supone la vigilancia en el cuidado de pacientes.

Otro de sus potenciales beneficios es que facilita la exploración de necesidades no relacionadas directamente con el estado físico del paciente, en las que las enfermeras presentan mayores dificultades (Martínez Veny & Fortaleza Pons, 2002; Martínez et al., 2003; Sales Girona & Sansó, 2004; De Pedro & Zaforteza, 2005; Reyes Luna, Jara Concha & Merino Escobar, 2007).

Un hecho diferencial (y común en otras escalas), es que no contempla ítems relacionados con las actividades enfermeras. Se partía de un enfoque conceptual que pretendía evitar a toda costa la inclusión de ítems derivados de las acciones de los profesionales, debido al sesgo institucional que genera la variabilidad de estilos de práctica, así como de protocolos y estilos de toma de decisiones ante situaciones clínicas idénticas (Morales Asencio, 1997). Durante el análisis estadístico, las dificultades encontradas para la validación de ítems pertenecientes a intervenciones enfermeras obligaron a descartarlos en la fase de análisis de consistencia interna.

Los resultados son conceptos variables que pueden medirse a lo largo de un continuo, reflejando la condición, percepción o conducta real de un paciente, cuidador, familia o comunidad. La medición a través de una escala de cinco puntos permite demostrar la variabilidad en esos estados en cualquier momento del tiempo (Moorhead et al. 2009). Al medir el resultado antes de intervenir, la enfermera está obteniendo una fotografía basal que ilustra la situación de la que parte la acción cuidadora y, por tanto, entronca conceptualmente con el propósito de la valoración, como primer paso del proceso enfermero. Los resultados de este estudio abren posibilidades adicionales a las inicialmente propuestas por las autoras de la NOC en cuanto a su uso como instrumento de valoración. Moorhead et al. (2009) manifiestan

que los resultados no son las valoraciones, aunque los indicadores puedan representar los estados, conductas o percepciones de pacientes, ya que ningún resultado representa el rango total de los estados incluidos en una valoración exhaustiva.

En este sentido, la combinación de un cuerpo de indicadores de resultados, que intentan reflejar todas las dimensiones de la persona desde un modelo conceptual (Virginia Henderson), sometidos a un proceso de evaluación de expertos y de validación en pacientes en entornos de práctica clínica real, puede convertirse en un soporte de valor inestimable en la fase de valoración que, en este caso, sí tendría un enfoque integral al contemplar todas las necesidades de la persona, aunque nunca su papel debiera ser sustitutivo del complejo proceso de razonamiento clínico (Banning, 2008), sino complementario.

## **6.4. ANÁLISIS SOBRE LA APLICABILIDAD DE LA ESCALA INICIARE® EN LA PRÁCTICA CLÍNICA**

Las enfermeras siempre han valorado a sus pacientes aunque hayan aplicado miradas diferentes para ello. Así, en la actualidad conviven enfermeras que no utilizan ningún modelo estructurado de valoración (aunque de forma subliminal sí hagan uso de un esquema de pensamiento estructurado a priori bajo el prisma de órganos y apartados o estructuras funcionales anatómo-fisiológicas), otras que intentan interiorizar con más o menos éxito, modelos de valoración implantados en las Organizaciones en las que ejercen, y otras que tiene una competencia avanzada en el uso de algún modelo concreto para la valoración de pacientes.

En esta variopinta cartografía emergen diversos enfoques teóricos y una utilización heterogénea de éstos, cuando no son usados en forma incorrecta (Giménez Maroto & Serrano Gallardo, 2008). A ello, hay que añadirle la extensiva utilización de instrumentos de valoración clinimétricos como complemento a la evaluación de

diversas situaciones, cada vez más común en los Servicios de Salud. Sirvan como ejemplo las 54.645 visitas a través de la página web del Servicio Andaluz de Salud (SAS) a la publicación “Cuestionarios, test e índices de valoración en formato para uso clínico” (Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados, 2006), donde se oferta un formato de valoración por Patrones Funcionales<sup>114</sup>.

Es posible que en este momento, más que nunca, sea necesaria una consolidación de enfoques teóricos que proporcionen “miradas comunes” sobre la persona, pero, adaptadas a la diversidad y complejidad a la que se enfrentan las enfermeras en su práctica actual. La validación de la escala INICIARE® ha permitido poner a prueba el uso práctico de los Sistemas Estandarizados de Lenguaje Enfermero en la valoración de los pacientes en el marco de un Modelo Conceptual. También ha posibilitado evaluar las dimensiones de las necesidades que en la práctica asistencial detectan las enfermeras de la EPHAG, durante la valoración de los/las pacientes. Siendo otra de las aportaciones que a nuestro juicio realiza la escala INICIARE® frente a otras escalas publicadas, es la génesis y validación en el contexto español.

Entre las dificultades más habituales de las enfermeras durante la etapa de valoración en entrevista abierta, según el Modelo Conceptual de Virginia Henderson, figuran por un lado, el tiempo que se necesita en realizarla, ya que se sitúa en  $71,25 \pm 34,7$  minutos y, por otro, destacan las limitaciones para valorar algunas de las Necesidades que podríamos englobar en la dimensión cognitivo-conductual, como son las Necesidades de Creencias y Valores, Trabajar y Realizarse y Evitar peligros (Martínez Veny & Fortaleza Pons, 2002; Martínez et al., 2003; Sales Girona & Sansó, 2004; De Pedro & Zaforteza, 2005 & Reyes Luna, Jara Concha & Merino Escobar, 2007).

---

<sup>114</sup> Marjorie Gordon en 1994 propone una valoración en base a once patrones funcionales independiente del Modelo Conceptual. Define el patrón como “la configuración de un comportamiento secuencial en el transcurso del tiempo”. Son los siguientes: Patrón 1: Percepción - manejo de la salud. Patrón 2: Nutricional – metabólico. Patrón 3: Eliminación. Patrón 4: Actividad – ejercicio. Patrón 5: Sueño – descanso. Patrón 6: Cognitivo – perceptual. Patrón 7: Autopercepción – autoconcepto. Patrón 8: Rol – relaciones. Patrón 9: Sexualidad – reproducción. Patrón 10: Adaptación - tolerancia al estrés. Patrón 11: Valores – creencias.

En relación al tiempo de cumplimentación, la escala INICIARE® es un instrumento que cuenta con 61 ítems correspondientes a indicadores de resultados distribuidos a lo largo de toda la valoración que, al ofrecer un marco estructurado sobre el que situar la indagación de información clínica, hace más ágil y eficiente la valoración enfermera y posibilita una disminución del tiempo empleado en la valoración: su empleo lleva unos 16 minutos, después de cuatro entrevistas. Así mismo, la alta fiabilidad encontrada en ítems correspondientes a necesidades de áreas no fisiológicas, invita a pensar que facilita en gran medida el abordaje de aspectos de la persona habitualmente más difíciles para la enfermera.

La valoración, como cualquier relación interpersonal, como afirma Campos Huichan (2006), está influenciada por factores como los valores, las creencias y los conocimientos de las personas y es difícilmente ejecutable sin un vínculo interpersonal entre la enfermera, el paciente y sus familiares (Orozco, 2002). Así Gil et al. (2007) manifiestan la importancia de rentabilizar al máximo este encuentro, ya que permite desarrollar los cuidados mejorando su calidad. El instrumento INICIARE cumple con muchas de estas premisas en la medida en que guía en el proceso de toma de decisiones basadas en información válida y confiable (Alarcón & Muñoz, 2008).

Por otra parte, el formato del instrumento lo hace totalmente compatible con la mayoría de Sistemas de Información para la gestión de cuidados y con las plataformas y aplicaciones electrónicas para el registro de los cuidados. Este aspecto resulta estratégico desde el punto de vista de la aplicabilidad en los Servicios de Salud, sobre todo en el momento actual en el que los sistemas Estandarizados de Lenguaje Enfermero han sido incluidos en diversos estándares de clasificación y en el conjunto mínimo básico de datos del Sistema Nacional de Salud (Hyun & Park, 2002; Goosen, 2000; RD 1093/2010 de 3 de septiembre).

En conclusión, el sistema de valoración de necesidades de cuidados desarrollado en este estudio es de fácil cumplimentación y permite la determinación del nivel de dependencia en cuidados con fiabilidad y validez suficientes. Como instrumento específico de medición de las necesidades de cuidados, la escala

INICIARE® es totalmente adecuada para su incorporación en la práctica asistencial, sirviendo de herramienta de valoración, complemento de la planificación de cuidados, y con potencial aplicabilidad en la gestión de cuidados.

## 6.5. LIMITACIONES

1. Como ya se ha comentado una de las primeras limitaciones encontradas, fue la falta de una escala con los atributos de patrón oro y que mediera específicamente dependencia en cuidados.

Así, por su amplia difusión y utilización por las enfermeras asistenciales nos decantamos finalmente por el índice de Barthel; que ha permitido comprobar la concordancia entre las puntuaciones totales de ambas escalas. En este momento estamos investigando la convergencia de la escala INICIARE® con otra de naturaleza más similar al INICIARE®, como es la Escala de Atención a la Dependencia (CDS) (Dijkstra et al., 2003), aunque no poseemos resultados definitivos.

La CDS ha sido evaluada psicométricamente en España, Reino Unido y Finlandia, demostrando ser confiable en términos de consistencia interna, equivalencia y estabilidad (alfa de Cronbach de 0,97), sin embargo “la fiabilidad de la CDS, se ve comprometida requiriendo la capacitación del personal antes de su adopción en la práctica” (Dijkstra et al., 2003) por lo que en próximas investigaciones habrá que analizar en nuestro contexto su grado de operatividad, aplicabilidad y satisfacción de las enfermeras con su uso.

2. El estudio realizado es de corte transversal, por lo que no disponemos de resultados acerca de la estabilidad de la medida, la sensibilidad al cambio y la validez predictiva, que hubiera requerido un enfoque longitudinal.

3. Fue imposible aplicar el test-retest o de reproducibilidad. Si el instrumento es fiable, la administración del cuestionario en dos ocasiones separadas por un intervalo breve debe dar lugar a resultados similares siempre que no haya habido cambios en el estado de salud. Este modelo asume que todos los elementos tienen varianzas iguales

y varianzas error iguales a través de las réplicas. Pero por la imposibilidad de someter a una medición repetida a pacientes en estado agudo (puesto que su estado psicofísico puede cambiar en cuestión de minutos u horas) junto al hecho de que los centros hospitalarios donde se realizó la investigación constan con un sistema de estancias corta (4,06 días)<sup>115</sup>, los cambios en los/las pacientes pueden ocurrir en poco espacio de tiempo, por lo que implica que los coeficientes de fiabilidad test-retest fuesen falsamente bajos, siendo estos motivos por los que se decidió no aplicar esta medida en este estudio.

4. La Escala INICIARE® es un instrumento nuevo y se desconoce el comportamiento que tendrá el uso longitudinal de la escala en cuanto a la monitorización y vigilancia con su aplicación.

5. También será necesario analizar las posibles diferencias entre grupos de pacientes, que permitan confirmar su utilidad en la investigación para la determinación del nivel de dependencia en cuidados.

6. Tipología de pacientes: los criterios de inclusión y exclusión fijados, dejaban fuera a pacientes con incapacidad para comunicarse, con deterioro cognitivo, que implican una alta dependencia en cuidados.

Pero con el fin de poder explorar todos los ítems planteados necesitábamos condiciones de eficacia de todos los indicadores y no de efectividad (en condiciones reales, algunos indicadores se habrían quedado sin poder ser testados, por ejemplo: aquellos indicadores de Necesidades no fisiológicas, como la Necesidad de Comunicarse o de Aprender entre otras, no podrían haber sido valorada en pacientes sedados, con déficit cognitivo y/o pacientes con procesos graves). Aunque asumimos que en posteriores investigaciones debemos de incluir esta tipología de pacientes, que nos permitirán contrastar los resultados.

---

<sup>115</sup> Estancia media: Primer trimestre de 2009 4,19 días, Segundo trimestre de 2009 4,07 días y tercer trimestre de 2009 3,94 días. Recuperado el 18 de Febrero de 2010 de <http://www.ephag.es/actividad.html>.

7. El muestreo no fue aleatorio, pero las condiciones de selección y los días de ingreso ofrecían una situación de cuasialeatoriedad.

8. La escala INICIARE® está diseñada para la valoración de pacientes adultos (excluyendo el proceso de salud madre-hijo) sin déficit cognitivo, por lo que esto puede ser otra limitación para su aplicación universal, y hace necesario un estudio que incluya estos aspectos. Destacar que cualquiera de los métodos revisados están restringidos a unidades específicas, bien sea a unidades de Hospitalización (tabla 1.4, tabla 1.5) o bien a Unidades de Cuidados intensivos (tabla 1.6, tabla 1.7, tabla 1.8); mientras que la escala INICIARE® está validada en pacientes ingresados, tanto en Unidad de Cuidados Especiales como en Unidades de Hospitalización.

En la actualidad, se está realizando en estudio de campo la valoración a pacientes adultos sin o con déficit cognitivo (Porcel Gálvez, 2009), incluyendo incluso a pacientes sedados. Habrá que valorar si es necesaria una ponderación de las necesidades de los pacientes en función de su autonomía<sup>116</sup> y por tanto de sus necesidades de suplencia<sup>117</sup> y habrá que investigar si los criterios de resultados validados son extensibles o se necesitan algunos otros en esta tipología de pacientes, como los criterios de vigilancia y control.

9. Periodo de estacionalidad: El estudio se realizó en primavera, y no conocemos la posible distribución de algunos procesos, como es el caso de pacientes con EPOC que tienen una mayor incidencia en los meses de Enero y Febrero (De la Iglesia Martínez et al, 2000). Por lo que en estudios posteriores habrá que considerar una metodología longitudinal.

10. Según Sánchez y Echevarry (2004), la aplicabilidad de una escala se limita sólo al contexto social y cultural en que fue creada; por lo que fuera de este habrá que realizar los mismos procedimientos psicométricos que generen la validación del instrumento con una adaptación idiomática y cultural; de manera que habrá que investigar para mejorar la validez externa, mediante la aplicación en Hospitales con

---

<sup>116</sup> Autonomía: "Capacidad física y psíquica de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma" (Luis Rodrigo et al, 53).

<sup>117</sup> Donde se plantean los problemas de colaboración o diagnósticos de colaboración (Carpenito, 1987).

mayor índice de complejidad y con una gestión y estructura asistencial diferente a la contextualizada en la Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir.

11. Puede existir limitación para extrapolar datos a otras organizaciones sanitarias. Ya que el hecho de que los pacientes estén distribuidos en la institución en función de sus necesidades de cuidados, y no en función de especialidades médicas. Por lo que se necesitará un posterior estudio de validez externa comparativa para poder establecer resultados definitivos.

## 6.6. PROSPECTIVA

Con este estudio, abrimos una línea de investigación que estamos actualmente desarrollando (Porcel Gálvez, 2009). Trabajando en la determinación de los puntos de corte de la escala INICIARE®, para estratificar el nivel de dependencia en cuidados de enfermería de los/las pacientes y la concurrencia “gold stard”. Además la investigación continuará con una fase cualitativa de satisfacción de las enfermeras con el uso del instrumento, que seguro aportará nuevos conocimientos (Porcel Gálvez, 2009).

Otra de las líneas abiertas con esta investigación, es la determinación de la ratio enfermera en función de las necesidades de los pacientes, con una escala objetiva de valoración de los cuidados que los pacientes precisan.

Hemos analizado la visión que las enfermeras de la EPHAG tienen en el primer contacto con el/la paciente/familia, que sin duda habrá que refrendar en estudios posteriores y en otros sistemas organizativos diferentes al de la Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir, que se unirá al análisis de la validez externa, con la investigación en otras organizaciones sanitarias del Sistema de Salud Público Andaluz, fundamentalmente en el ámbito de la asistencia sanitaria especializada en el Sistema Andaluz de Salud, que presenta una gestión organizativa diferente a la de la Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir. En función de los resultados obtenidos, nos planteamos su validación en otros contextos organizativos diferentes al Sistema Sanitario Público Andaluz, donde probablemente, ocurra igual que en la escala CDS y



sea necesario una adaptación cultural de la escala INICIARE®, que conlleven inclusión de otros resultados.

Con esto nos planteamos la última cuestión: *¿Hacia dónde debería de apuntar la investigación a partir de esto?*

Por un lado, continuamos desarrollando nuestra investigación, para la dotación de un instrumento (INICIARE®), cuyo uso permita más adelante la evaluación longitudinal con grandes muestras tomadas en condiciones reales de práctica y su relación y/o impacto en diversas áreas de resultado de los Servicios de Salud: reingresos, estancias, seguridad, adecuación, morbi-mortalidad...

Y por otro observamos, como en la valoración de la persona por nuestras enfermeras, se categorizan y reducen las dimensiones del constructo; que hace que nos planteemos la necesidad de la adaptación sociocultural del formato de valoración del Modelo Conceptual de Henderson en el entorno de práctica real de la enfermera del siglo XXI en el Sistema Sanitario Público Andaluz.

## **VII. CONCLUSIONES**



## 7. CONCLUSIONES

1. Con esta investigación hemos generado un instrumento (escala INICIARE®: INventario del Nivel de Cuidados mediante Indicadores de Clasificación de Resultados de Enfermería) que permite medir el nivel de dependencia en necesidades de cuidados de los pacientes en el entorno hospitalario, desde un formato de valoración clínica estructurada, fundamentada y sustentada empíricamente.

2. La escala INICIARE® constituye un primer peldaño en el uso avanzado de los Sistemas Estandarizados de Lenguaje Enfermero (SELEs) desde la óptica de la valoración e identificación de necesidades y prestación de cuidados, según el Modelo Conceptual de Virginia Henderson.

3. La escala INICIARE® es una escala tipo Likert con 61 ítems que puntúan de 1 a 5, donde 1 corresponde a la situación menos satisfactoria y 5 a la situación ideal. En el estudio de campo ha demostrado excelentes propiedades clinimétricas (validez y fiabilidad) para la población estudiada, poniendo de manifiesto la visión de las enfermeras en la práctica real y en las diferentes dimensiones del constructo.

4. Para su elaboración y validez de contenido, se ha contado con el juicio de expertos, basado en la técnica de consenso Delphi, mediante una plataforma online. El panel de expertos lo formaron 22 Enfermeras con destacada experiencia en cuidados, cuyo perfil responde al de enfermera mujer, con edad media de 40 años, diplomada Universitaria, de la Comunidad Autónoma Andaluza, en los diferentes ámbitos de la disciplina enfermera predominante en Docencia e Investigación y clínica en Cuidados Especiales, y conocedora de la taxonomía NANDA -NIC-NOC.

5. La fiabilidad interobservador demostró un alto grado de concordancia para los ítems individuales, con valores comprendidos en el global entre 0,80 a 0,99 y  $> 0,830$  por dimensiones para un intervalo de confianza del 95%. El Coeficiente alpha de Cronbach para determinar la consistencia interna de la escala por ítems individuales y por dimensiones, arrojó valores entre 0,846-0,987.

6. El análisis factorial de la escala muestra siete factores que explican el 88,367% de la varianza y que estarían agrupados en tres grandes áreas: 1. Área Fisiológica (Factores 4, 6 y 7) que recoge las necesidades Henderson 2-3, 1 y 7 respectivamente. 2. Área Cognitivo-conductual (Factores 1 y 5) recoge las necesidades Henderson 9-11-14 y 10-12 respectivamente. 3. Área Instrumental (Factores 2 y 3) recoge las necesidades Henderson 8-6-4 y 5-13 respectivamente.

7. La concordancia entre las puntuaciones totales de la escala INICIARE® y las obtenidas con el I. de Barthel utilizado como patrón de referencia (gold standard) fue superior a 0,60 reflejando el nivel de dependencia leve-moderado de los pacientes con ambos instrumentos, que permite considerar que existe validez de criterio concurrente de forma moderada.

8. La aplicación de la escala se ha llevado a cabo en pacientes hospitalizados en la Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir (Hospitales de Montilla y Andujar). El paciente tipo de la investigación, con ingreso por proceso quirúrgico ambulatorio y dependencia moderada, según criterios de selección muestral, coincidentes con los estándares para este tipo de cirugía y con el patrón demográfico, no presenta diferencias significativas en relación al sexo y edad con el contexto asistencial del Sistema Sanitario Público Andaluz de referencia.

9. La elevada frecuencia de cuidadoras familiares, responde al perfil de esposa o hija, con buena salud emocional, cuya presencia en ambos hospitales, Montilla y Andujar, no muestra diferencias significativas con la edad, sexo y nivel de dependencia de los pacientes, siendo ligeramente superior el número de pacientes mujeres con proceso médico en el H. de Montilla.

10. Hemos obtenido una versión final fiable y válida, fácil de aplicar que reduce el tiempo de valoración a dieciséis minutos de entrevista, permitiendo explorar de forma cómoda, las catorce necesidades del paciente y la salud percibida del cuidador familiar, y es compatible con la visión que las enfermeras tienen del paciente y con los Sistemas de Información del Sistema Sanitario Público Andaluz.

11. La Escala INICIARE® resulta adecuada para evaluar la necesidad de cuidados y permite un uso simultáneo como instrumento de valoración, de clasificación, de evaluación y seguimiento de pacientes a lo largo de la planificación de cuidados en pacientes hospitalizados, con las potenciales aplicaciones para la toma de decisiones en la Gestión de Cuidados.



## **VIII.BIBLIOGRAFÍA**





## 8. BIBLIOGRAFÍA

Acebedo, S; Aguarón, M.J; Rodero, V y Ricoma, R. (1999). Enfermería Basada en la evidencia: estándares para la práctica clínica. *Enfermería Clínica*; 9(4):167-173

AENTDE, (2010). Consultado el 21 de abril de 2010. En [www.aentde.com](http://www.aentde.com)

ALADITE, (2010). Consultado el 21 de abril de 2010. En <http://www.facebook.com/group.php?v=wall&gid=31587857466>

Alberdi, R.M. (2003). La ética del cuidado en Bosch, Ferrer, Riera y Alberdi. *Feminismo en las aulas*. Palma: Universitat de les Illes Balears. 160-188.

Alberdi Castell, R.M y Cuxart Ainaud, N (2005): Cuidados, enfermeras y desarrollo profesional: Una reflexión sobre las bases del ejercicio profesional. *Presencia*. 1(2). Recuperado el 8 de Diciembre de 2010 en <http://www.index-f.com/presencia/n2/23articulo.php>

Aiken, L.H; Smith, H y Lake, E.T. (1994). Lower Medicare Mortality Among a Set hospitals Known for Gook Nursing Care. *Medical Care*. 32(8):771-787.

Aiken, L.H; Clarke, S.P; Cheung, RB, Sloane, DM y Silber, J.H. (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *JAMA*.290 (12): 1617-1623

Aiken, L.H; Clarke, S.P; Sloane, D.M; Sochalski, J y Silber, J.H. (2002) Hospital nurse staffing and patient mortality, Nursing Burnout and Job Dissatisfaction. *JAMA*. 288 (16): 1987-1993

Alarcón, A.M. y Muñoz, S. (2008). Medición en Salud: Algunas consideraciones metodológicas. *Rev Méd Chile*. 136: 125-130

Alberdi Castell, R.M y Cuxart Ainaud, N. (2005). Cuidados, enfermeras y desarrollo profesional: Una reflexión sobre las bases del ejercicio profesional. *Presencia*. 1(2). Recuperado el 10 de Diciembre de 2010 en <http://www.index-f.com/presencia/n2/23articulo.php>.

- Alarcón A.M y Muñoz, S (2008). Medición en salud: Algunas consideraciones metodológicas. *Rev Med Chile*. 136:125-130
- Alfaro-LeFevre, R. (2002). *Aplicación del proceso enfermero. Una reflexión sobre las bases del ejercicio profesional*. 4ª ed. Barcelona: Masson
- Alfonso Sánchez, J.L; Sentís Vilalta, J; Blasco Perepérez, S y Martínez Martínez I. (2004) Hospitalización evitable en España. *Med Clin (Barc)*. 122 (17): 653-8.
- Almazán González, S. (1994). "Validación del Proyecto SIGNO II para la Imputación de Costes de las Actividades de Enfermería" FIS expediente: 94/1189
- Almazán González, S. (1997). "Estandarización de Planes de Cuidados de Enfermería para la Imputación de Costes por GDRs" FIS expediente: 97/0570
- Alexander, JE; Wertman, D; Lauder, T; Marriner, AT; Neal, S; Wilians, S. (1999). Virginia Henderson. Definición de Enfermería. En Marriner Tomey y Raile Alligood, *Modelos y Teorías en Enfermería* (pp: 99-111). (4 ed.). Madrid: Harcourt Brace
- Álvarez Cáceres, R. (2007). *Estadística aplicada a las Ciencias de la Salud*. España: Ed. Díaz de Santos
- Alvira Martín, F. (2002). *Perspectiva cualitativa / perspectiva cuantitativa en la metodología sociológica*. Mexico DF: Mc Graw Hill
- American Nurses Association Network Inc (2000). *Nurse Staffing and Patient Outcomes in the Inpatient Hospital Setting*. Washington, DC: American Nurses Publishing, 53.
- Argimon Pallán, J.M y Jiménez Vill, J, (2000). *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. 2ª ed. Madrid: Harcorurt.
- Arqueros Pérez, F; Fernández Bono, R; Galdeano, N; García Arrabal, JJ; Godoy, A; Moreno López, JM et al. (2003). Unidad de coordinación asistencial en el hospital Torrecárdenas: Un Servicio a los Ciudadanos Gestionado por Enfermeras. Comisión de Cuidados de Área Complejo Hospitalario

- Torrecárdenas- Distrito Almería. *Rev. Alborán de Enfermería*. Mayo (2): 1-10.  
Consultado el 5 de Febrero de 2008 de  
<http://www.enfermeriacomunitaria.org/documentos/bibliografia/torrecardenas.pdf>
- Arroyo, P. (2006). Medición del trabajo enfermero. *Metas de enfermería*. 9(6):3
- Arthur, T y James, N. (1994). Determining staffing levels: a critical review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, (19) 558-565.
- Asenjo Sebastián, M.A. (2003). Personal Hospitalario: Número y retribución. *Todo Hospital*. 200: 601-605
- Ballester, E; Sánchez Tomás, A; Alfonso, JL y Chulia, E. (2002). Control de gestión en la empresa hospitalaria. Objetivos de su aplicación. *Todo Hospital*. Octubre: 584-589.
- Banning M. (2008). A review of clinical decision making: models and current research. *J Clin Nurs*. 17(2):187-95
- Behn Theune, V; Basso, V; Cid Henríquez, P; Cruz Pedreros, M; Ramírez Castillo, J y Torruella Puentes, M. (2004). La Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería como ejemplo de investigación en red. *Clínica y Enfermería X* (2): 9-13.
- Beldarraín Chaple, E. (2000). Henry E. Sigerist y la Medicina Social Occidental. *Revista Cubana Salud Pública*. 28(1):62-70
- Berman, A.; Citera, G.; Maldonado Cocco, J.; Mysler, E.; Paira, S.; Scali, J.J.; Strusberg, A.; Tate, G. y Zingoni, C. (2007). Manejo de la artritis reumatoidea en Argentina en el año 2007. Los resultados de una reunión de consenso de especialistas. *Revista Argentina de Reumatología* 19(3):17-24
- Bertrán, C; Suñer, R; Gonzaga, J; Albi, A; Vila, M.I; Barceló, C et al. (2003). Análisis de la Actividad Enfermera con el Project Research Nursing (PRN). *Metas de enfermería*. 58: 50-53

- Bland, J.M. y Altman, D.G. (1996). Measurement error and correlation coefficients. *BMJ*. 313: 41-42
- Bland, J.M. y Altman, D.G. (1997). Statistics notes: Cronbach's Alfa. *BMJ*. 314 (7080): 572
- Blegen, M.A (1997). Tripp-Reimer T. Implications of nursing taxonomies for middle-range theory development. *Advance Nursing Science*. 19(3): 37-49, en Morilla Herrera, J.C; Morales Asencio, J.M; Martín Santos, F.J; Cuevas Fernández-Gallego, M. (2005). El juicio clínico enfermero. Conjugación de modelo, lenguaje y efectividad de las intervenciones enfermeras. *Metas de enfermería*. 8(10): 58-62
- Brea Rivero, P y Pérez Polo, Y. (1999). Implementación del modelo SIGNO II para la gestión analítica de Enfermería. *Metas de enfermería*. 21:33-38
- Brennan, P.F y Anthony, M.K. (1998). Nursing practice models: implications for information system design. *Journal of Nursing Administration*. 28(10), 26-31.
- Brennan, P.F y Anthony, M.K (2000). Measuring Nursing Practice Models Using Multi-Attribute Utility Theory. *Research in Nursing & Health* (23):372-382
- Brennan, P.F y Fitzpatrick J.J. (1992). On the Essential Integration of Nursing and Informatics AACN. *Clinical Issues*. 3 (4): 797-803
- Brito Brito, P.R. (2007). El camino hacia la identidad enfermera. *Metas de enfermería*. 10(2):51-54
- Bulechek, GM; Butcher, H; McCloskey Dochterman, J (Eds). (2009). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. Barcelona: Elsevier Mosby.
- Burgos, R. (1998). *Metodología de Investigación y Escritura Científica en Clínica*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Burns, N & Grove, S.K. (2004). *Investigación en Enfermería*. 3ª ed. Madrid: Elsevier

- Cabrero García y Richart Martínez (1996). El debate investigación cualitativa frente a investigación cuantitativa. *Enfermería clínica*. (6): 212-217.
- Campbell, C. (1987). *Tratado de Enfermería. Diagnósticos y Métodos*. 2ª Edic. Doyma: Barcelona.
- Campo-Arias, A. y Oviedo, H.C. (2008). Propiedades Psicométricas de una Escala: la Consistencia Interna. *Rev. salud pública*. 10 (5):831-839
- Campos Huichann (2006). Importancia de las relaciones interpersonales en los cuidados de enfermería. *Episteme*. Nº 8-9. Año 2. Consultado el 9 de Diciembre de 2010 en: [http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero8y9-06/enfoque/a\\_relaciones.asp](http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero8y9-06/enfoque/a_relaciones.asp)
- Carpenito, L.J. (1987). *Diagnóstico de enfermería*. México: Interamericana
- Carranza Gámez, M.A. (1996). *Sistema de Medición del Producto sanitario GRD y ACG. Medición del Producto Enfermero. Concepto. Importancia. El proyecto signo II*. Curso de Actualización en Enfermería para Instituciones Sanitarias.
- Carrillo González, G.M. y Rubiano Mesa, Y.L. (2007). La investigación en validación de diagnósticos de enfermería. *Rev Cubana Enfermería*; Recuperado el 23 Julio de 2009. En [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192007000300009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000300009&lng=es).
- Cervantes, V.H. (2005). Interpretaciones del coeficiente de alpha de Cronbach. *Avances en Medición*. 3: 9-25. (cit. of Campo-Arias y Oviedo, 2008)
- Cid-Ruzafa, J y Damián-Moreno, J (1997). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*. 71 (2): 127-138
- Comin Bertrán, E. (1990). Validación de encuestas. *Aten Primaria*. 7: 386-390

Conde Gutiérrez, F. (2002). Encuentros y desencuentros entre la perspectiva cualitativa y la cuantitativa en la historia de la Medicina. *Rev. Esp. De Salud Pública*. 76:395-408

Connelly Kudzma, E (2009). Florence Nigthingale and Healthcare Reform. *Ebsco Electronic Journals Service (EJS)*. Consultado el 20 de Junio de 2010. Disponible en: <http://nsq.sagepub.com/cgi/content/abstract/19/1/61>

Consejería de Salud (2001a). *Procesos Asistenciales Integrados*. Recuperado el 2 de Marzo de 2009, de <http://www.juntadeandalucia.es/>

[salud/procesos/](#)

Consejería de Salud (2001b). *Guía de Diseño y Mejora Continua de Procesos Asistenciales: Expectativas de ciudadanos*. Sevilla: Junta de Andalucía

Consejería de Salud (2005). *Caminando hacia la excelencia. II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2005-2008*. Sevilla: Junta de Andalucía

Consejería de Salud (2006). *Modelo de Gestión por Competencias del Sistema Sanitario Público de Andalucía*. Recuperado el 11 de Junio de 2008, de: [http://www.juntadeandalucia.es/salud/library/plantillas/externa.asp?pag=../../contenidos/gestioncompetencias/modelo\\_de\\_gestion.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/library/plantillas/externa.asp?pag=../../contenidos/gestioncompetencias/modelo_de_gestion.pdf)

Consejería de Salud, Junta de Andalucía (2009a): *Memoria Estadística de la Consejería de Salud 2008*. Dirección General de Planificación e Innovación Sanitaria, Servicio de Información y Evaluación. Unidad Estadística. Andalucía, 2009. Recuperado el 6 de Octubre de 2010, disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p\\_7\\_p\\_3\\_estadisticas\\_sanitarias/memoria\\_estadistica/2008/Memoria\\_Estadistica\\_C\\_Salud\\_2008.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_7_p_3_estadisticas_sanitarias/memoria_estadistica/2008/Memoria_Estadistica_C_Salud_2008.pdf)

Consejería de Salud, Junta de Andalucía (2009b). *Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria. Grupos relacionados por el diagnóstico. Andalucía 2009*. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Recuperado el 15 de Octubre de 2010 y disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../publicaciones/datos/359/pdf/ActividadenHospitaldeDiaQuirurgicoenloshospitalesdeISSPA2008.pdf>

Consejería de Salud, Junta de Andalucía (2010a). *La carga de la enfermedad en Andalucía en el año 2006*. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Recuperado el 6 de Octubre de 2010, disponible de: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p7p3estadisticas-sanitarias/estudios-estadisticos/CargaEnfermedadAndalucia202006.pdf>

Consejería de Salud, Junta de Andalucía (2010b). *Actividad en Hospital de día Quirúrgico en Hospitales del SSPA. CMBD 2008*. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

Consejo General de Enfermería: Proyecto NIPE. Recuperado el 21 de Abril de 2010 en <http://www.nipe.enfermundi.com>

Consejo Internacional de Enfermeras. Proyecto de los Pacientes Informados "Patient Talk!". Recuperado el 5 de Marzo de 2009 de <http://www.patienttalk.info/spanish.htm>

Consejo Internacional de Enfermeras. Definición de Enfermería. Recuperado el 10 de Marzo de 2009 de <http://www.icn.ch/definitions.htm>

Consejo Internacional de enfermeras. Clasificación Internacional para la Práctica en Enfermería. Recuperado el 19 de Abril de 2010 de <http://www.icn.ch/icnpsp.htm>



Consejo Internacional de Enfermeras: Directrices para la traducción de la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (ICNP). Recuperado el 20 de Abril de 2010 de [http://www.icn.ch/icnp\\_Translation\\_guidelinesp.pdf](http://www.icn.ch/icnp_Translation_guidelinesp.pdf)

Constitución Española 1978 (2002). Madrid: Tecnos.

Corral, Y. (2009). Validez y Confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de datos. *Revista Ciencias de la Educación, segunda etapa*. 19(33): 229-247

Cortés Sanz M. y Fernández Collado E. (1995) *Manual de Gestión de Cuidados. Club de Enfermería Proyecto Signo II*. Madrid: Dirección General INSALUD. Subdirección General Atención Especializada.

Correa, J.C; Iral, R. y Rojas, L. (2006). Estudio de potencia de pruebas de homogeneidad de varianza. *Revista Colombiana de Estadística*. 29(1):57-76

Creus i Virgili, M. (2003). Economía: salud y Enfermería. *Todo Hospital*. (200): 617-620

Cronbach, L.J. (1990). *Essentials of psychological testing* (5ª edición). New York: Harper

Crow, R y Spicer J. (1995). Categorization of the patient's medical condition\_an analysis of nursing judgement. *Int J Nurs Stud*. 32(5):413-422

Crow, RA; Chase, J & Lamond, D. (1995). The cognitive component of nursing assessment: an analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 22:206-212.

Cuxart Ainaud, N. (2004). Seminario: *La gestión del cuidado en enfermería*. Fundació Víctor Grífols i Lucas. Consultado el 25 de Febrero de 2006. En: <http://www.fundaciogrifols.org/docs/ponencia%20>

De la Iglesia Martínez, F; Pellicer Vázquez, C; Ramos Polledo, V; Nicolás Miguel, R; Pita Fernández, S. y Diz-Lois Martínez, F. (2000). La enfermedad pulmonar obstructiva crónica y las estaciones del año. [Versión electrónica]. *Archivos de Bronconeumología*. 2(36): 84- 89.

- De Loe, R.C. (1995). Exploring complex policy questions using the policy Delphi. A multi-round, interactive survey method. *Appl. Geogr.* 15: 53–68.
- De Pedro Gómez, J.E y Morales Asencio, J.M. (2004). Las organizaciones ¿favorecen o dificultan una práctica enfermera basada en la evidencia? *Index de Enfermería.* (44-45): 26-31.
- De Pedro, J y Zaforteza, C (2005). No más estudios sobre registros de enfermería: ¿hay resultados en término de salud? *Evidentia*, sept-dic; 2(6). Recuperado el 3 de Diciembre de 2010 en <http://www.index-f.com/evidentia/n6/147articulo.php>
- De Pedro Gómez, J; Morales Asencio, J.M; Artigues Vives, G; Gonzalo Jiménez, E; Morilla Herrera, J.C y Martín Santos, F.C. (2009). Resultados de la atención Hospitalaria y número de enfermeras: no es casualidad la Cercanía a la Causalidad. *Metas de Enfermería.* 12(3): 18-22.
- De Souza, M (2004). *El desafío del conocimiento: Investigación cualitativa en salud.* Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Del Pino Casado, B. (2004). De la teoría a la práctica, un camino difícil en enfermería. *Excelencia Enfermera* (0). Consultado el 26 de Diciembre en [http://www.ee.isics.es/servlet/satelite?pagename=ExcelenciaEnfermera/articulo\\_EE/plantilla\\_articulo\\_EE&numRevista=0&idArticulo=1082826113274](http://www.ee.isics.es/servlet/satelite?pagename=ExcelenciaEnfermera/articulo_EE/plantilla_articulo_EE&numRevista=0&idArticulo=1082826113274)
- Diccionario de la Real Academia de la Lengua. Recuperaado el 6 de Abril de 2009, de <http://www.rae.es/rae.html>
- Dijkstra, A; Buist, G y Dassen Th.W.N. (1996). Nursing-care dependency: development of an assessment scale for demented and learning disabled patients. *Scandinavian Journal of Caring Science* 10, 137-143.
- Dijkstra, A; Buist, G y Dassen, T. (1998). A criterion-related validity study of the nursing-care dependency (NCD) scale. *Int J. Nurs. Stud.* 35:163-170.
- Dijkstra, A; Buist, G; Moorer, P y Dassen, T. (1999). Construct validity of the Nursing Care Dependency Scale. *Journal of Clinical Nursing.* 8:380-388.

- Dijkstra, A; Coleman, M; Tomas, C; Välimäki, M y Dassen, T. (2003). Cross-cultural psychometric testing of the Care Dependency Scale with data. *Journal of Advanced Nursing*, 43(2), 181–187
- Dijkstra, A; Tiesinga, LJ; Plantinga, L; Veltman, G y Dassen, T. (2005). Diagnostic accuracy of the Care Dependency Scale. *Journal of Advanced Nursing*, 50(4), 410-416.
- Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados, Dirección General de Asistencia Sanitaria (2005). *Plan de Atención a Cuidadoras Familiares en Andalucía*. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud
- Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados (2006). *Los Cuidados en el Servicio Andaluz de Salud. Anuario 2006*. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud
- Dougherty DM. Surveillance. En: Bulechek GM, McCloskey JC, (Ed). *Nursing Interventions: Effective Nursing Treatments*. Philadelphia, Saunders. 1999; 524-532
- Drucker, P.F. (2002). Managing for the future: The 1990s and beyond. *New England of Medicine*. 347 (14): 1118
- Dubos, R (1941). Citado por Mendizábal Lozano, G. (1991). Evolución de las idea en relación al proceso salud y enfermedad. *Carta médica AIS Bolivia*. 5(1) 3-8
- Edwardson, S.R. y Giovannetti, P.B. (1994). Nursing workload measurement systems. *Ann Review Nursing Research* (12): 95-123.
- Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir (2009). *Memoria 2007*. Consejería de Salud: Junta de Andalucía
- Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir. Recuperado el 25 Junio de 2009, de <http://www.juntadeandalucia.es/ep-hospitalaltoguadalquivir/>

- Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud. Fundación Andaluza de Servicios Sociales. Consejería de Asuntos Sociales (2005). *Condiciones de vida de las personas mayores en Andalucía. Informe global de la encuesta a cuidadores informales*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Estrada Dávila, S.L; Cruz Ruiz, C; Nol Salas, V; Rivadeneira Bocanegra, B y Solorio Molina, G. (1996). Hoja de valoración de enfermería, instrumento para identificar respuestas humanas del paciente. *Desarrollo Científ Enferm -Méx-*; may, 4(5):15-24.
- Engels, T.C.E y Kennedy, H.P.(2007). Enhancing a Delphi study on family-focused prevention/ *Technological Forecasting & Social Change* 74: 433–451
- Fawcett, J. (1995). *Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing*. (3rd ed.). Philadelphia: F.A. Davis
- Fawcett J. (2000). *Analysis and evaluation of contemporary Nursing knowledge: Nursing models and theories*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Fayers, P.M y Machin, D. (2000). *Quality of Life. Assessment, analysis and interpretation*. Chichester: Wiley. Pág. 72–90.
- Fernández Collado, E. (1996). Desarrollo del producto enfermero en la línea asistencial. *Gestión Hospitalaria*. (1): 48-64.
- Fernández Ferrín, C y Luis Rodrigo M.T. (2005). El Proceso Enfermero. En Luis Rodrigo; M.T; Fernández Ferrín, C y Navarro Gómez, M.V. *De la Teoría a la Práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI* (pp.3-16). Barcelona: MASSON
- Fernández, C; Gusiné, F; Pardo, A y Sales, D. (1985). Modelos conceptuales de Enfermería. *Revista Rol de Enfermería*. 78:49-51.

- Fernández Molina, MA; Gómez Robles, J; Gabaldón Bravo, E; Domingo Pozo, M; Torres Figueiras, M y Terrés Ruiz, C. 82003). Evaluación del impacto de las intervenciones realizadas para mejorar el registro de valoración de enfermería al ingreso. *Enfermería Clínica*. may-jun, 13(3):137-145
- Ferrer (2004). *Una mirada compleja de lo concreto*. [CD] V Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería. Valencia: AENTDE
- Ferrús, L; Matute, B; Losilla, P y Martín, M. (1998). NEM versus PRN: Validación de un sistema de medida indirecta de la intensidad de los cuidados de enfermería a partir de un sistema de medida directa. *Epistula alass*. (23) 8-12.
- Flanagan J. (2009). Patient and nurse experiences of theory-based care. *Nurs Sci Q*. 22(2):160-72
- Fleiss, J.L. (1986). *The design and analysis of clinnical experiments*. New York: Wiley.
- Franco Olea, P y Sánchez Del Carpio, F.I. (1975). *Manual de Técnicas de Investigación*. 3a. edición. México: Esfinge
- Gálvez Toro, A. (2002). *La Medicina Bajo Sospecha. Siete ejercicios especulativos*. (1ª Ed). España: Fundación Index
- Gálvez Toro, A. (2003). Reducción de la mortalidad en hospitales que prestan cuidados de enfermería de calidad. *El Hospital Magnético. Índice de enfermería*. 43: 80-82.
- García, J.C. (1971) Paradigmas para la enseñanza de las Ciencias Sociales en las Escuelas de Medicina. *Educación Médica y Salud*. 5 (2): 130-150
- García González, J.V; Díaz Palacios, A; Salamea García, D; Cabrera González, A; Caicoya, A; Fernández Sánchez y Acebal García, V. (1999). Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Atención Primaria*. 23 (7):434-440.

- García Miñano, S. (2009). *Entrevista a Lynda Juall Carpenito-Moyet*. [revista en la Internet]. Jun [consultado el 2010 Abr 21]: En: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S169561412009000200026&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412009000200026&lng=es).
- García Suso, A; Francisco del Rey, C; Palazuelos, P y Bustos, M.L (2004). El modelo Conceptual de Virginia Henderson y la etapa de Valoración del Proceso de Atención de Enfermería. *Educare21*. Jun, 9. Recuperado el 1 de Diciembre de 2010 en <http://www.index-f.com/cuidenplus/extendida.php?tipo=articulo&doc=clave&pos=125&registro=394441>
- Gil García, E; Escudero Carretero, M; Prieto Rodríguez, M. A y March Cerdá, J. C (2007). Un guión de entrevista de valoración inicial mediante un proceso de acción participativa. *Index Enferm* [revista en la Internet]. Consultado el 10 de Septiembre de 2010 y disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962007000200002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000200002&lng=es)
- Giménez Maroto, A.M. (1998). Clasificación de Intervenciones Enfermeras de la Universidad de Iowa: un nuevo instrumento para la práctica enfermera. *Metas de enfermería*. (2): 6-12
- Giménez Maroto AM, Serrano Gallardo P. (2008). Imprecisiones del proceso diagnóstico enfermero. *Metas de Enferm*. 11(10): 57-62
- González R. (2000). La Unidad de Gestión de Cuidados del Hospital “Duques del Infantado” una realidad. *Hygia*. 44: 3-4
- Gordon, M. Patrones funcionales [Internet]. Madrid: Consejo Gral. de Enfermería. Recuperado el 9 de Diciembre de 2010. En [http://www.nipe.enfermundi.com/futuretense\\_cs/ccurl/NIPE/pdf/patrones\\_funcionales\\_mgordon.pdf](http://www.nipe.enfermundi.com/futuretense_cs/ccurl/NIPE/pdf/patrones_funcionales_mgordon.pdf)

- Gordon, M (2003). Manual de diagnósticos enfermeros. 10ª ed. Madrid: Elsevier España
- Graves, J.R, Corcoran, S. (1989). The study of nursing informatics. *Image J Nurs Sch.* 21(4):227-31
- Graham J. (2006). Nursing theory and clinical practice: how three nursing models can be incorporated into the care of patients with end stage kidney disease. *CANNT J.* 16(4):28-31
- Goossen WT, Epping PJ, Van den Heuvel WJ, Feuth T, Frederiks CM, Hasman A. (2000). Development of the Nursing Minimum Data Set for the Netherlands (NMDSN): identification of categories and items. *J Adv Nurs.* 31(3):536-547.
- Guirao i Goris, J.A (2001). Situación de los diagnósticos de enfermería en la atención primaria española. *Diagnósticos enfermeros en atención primaria: aplicación práctica: [Jornadas de Enfermería Comunitaria en Castilla y León]*, Ponferrada, 17 y 18 de noviembre de 2000. León: Universidad de León : Asociación de Enfermería Comunitaria, D.L. 2000
- Guirao i Goris, J.A. (2004) *La medida del cuidado*. [CD] V Congreso Nacional de la Asociación de Enfermería Comunitaria. Murcia: Balneario de Archena.
- Guirao-Goris, J.A; Cabrero-García, J; Moreno Pina, P. y Muñoz-Mendoza, C.L. (2009). Revisión estructurada de los cuestionarios y escalas que miden la actividad física en los adultos mayores y ancianos. [Versión electrónica]. *GacSanit;* 23(4):334.e51–334.e67
- Harman, H. (1976). *Modern factor analysis*. Chicago: University of Chicago Press. (Citado por Alarcón y Muñoz, 2008).
- Heather Herdman, T (2008). Nursing Diagnosis: Is It Time for a New Definition?. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications.* 19(1)
- Hebson, R.K. (2001). Understanding internal consistency reliability estimates: a conceptual primer on coefficient alpha. *Meas Eval couns Dev.* 34: 177-189.

- Henderson, V. (1966). *The Nature of Nursing: a Definition and its Implications for Practice, Research and Education*. Macmillan, New York.
- Henderson, V. (1994). *La naturaleza de la enfermería. Reflexiones 25 años después*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana
- Hernández Aguado, I; Porta Serra, M; Miralles, M; García Benavides, F y Bolúmar, F (1990). La cuantificación de la variabilidad en las observaciones clínicas. *Med Clin*. 95:424-429
- Hughes, M. (1999). Nursing workload: an unquantifiable entity. *Journal of Nursing Management* . 7(6):317-322
- Hyun S, Park HA (2002). Cross-mapping the ICNP with NANDA, HHCC, Omaha System and NIC for unified nursing language system development. International Classification for Nursing Practice. International Council of Nurses. North American Nursing Diagnosis Association. Home Health Care Classification. Nursing Interventions Classification. *Int Nurs Rev*. 49(2):99-110.
- Instituto de Estadística de Andalucía (2010). *Andalucía Datos Básicos 2010. Perspectiva de género*. Recuperado el 12 de Octubre de 2010 de [www.juntadeandalucia.es/institutodeestadistica](http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadistica)
- Instituto de Información Sanitaria (2007). *Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado*. Recuperado el 12 de Octubre de 2010 de: [http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EESCRI\\_2007.pdf](http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EESCRI_2007.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística (2009). *Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados año 2009*. Recuperado el 12 de Octubre de 2010 de <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p416/a2009/&file=pcaxis>
- Instituto Nacional de Estadística (2009). *Encuesta de establecimientos en régimen de internado*. Recuperado el 7 de Octubre de 2010 de [http://www.ine.es/inebmenu/mnu\\_salud.htm](http://www.ine.es/inebmenu/mnu_salud.htm)



- IMSERSO (2004). Situación y evolución del apoyo informal a los mayores en España. Informe de resultados. Madrid: IMSERSO.
- Instituto Andaluz de la Mujer. (2010) Andalucía Datos Básicos 2010. Perspectiva de Género. Sevilla: Instituto de Estadística de Andalucía, Consejería de Economía y Hacienda
- Jadad, A; Lorenzo, S y Fernández A. (2003) ¿Cómo serán los buenos pacientes del futuro?: implicaciones para la gestión sanitaria. *Rev Calidad Asistencial*. 18: 323-4.
- Jaju, A. y Crask, M.R. (1999). The perfect design: optimization between reliability, validity, redundancy in scale items and response rates. *Am Market Assoc*. 10: 127-131. (Citado por Campo-Arias y Oviedo, 2008)
- Jones, L.C. (2003). Measuring guarding as a self-care management process in chronic illness: the SCMP-G. En: Strickland, OL; Dilorio, C (ed) *Measurement of nursing outcomes* (2ª Ed). New York: Springer Publishing Company.
- Jones J. y Hunter D. (1995). Education and debate – Qualitative research: consensus methods for medical and health services research. *BMJ*; 311 (5): 376-380.
- Junniper, E; Guyant, G. y Feeny, D. (1996). Measuring quality of life in children with asthma. *Qual Life Res*; 5: 35-46.
- Kane, R.L; Shamliyan, T.A; Mueller, C; Duval, S y Wilt, T.J. (2007). The association of Registered Nurse Staffing Levels and Patient Outcomes. *Medical Care*. 45 (12):1195-204.
- Kelly L, Vincent D. (2010). The dimensions of nursing surveillance: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 2010. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05525.x.
- Kérouac, S; Pepin, J; Ducharme, F y Duquette, A. (2005). El Pensamiento Enfermero. Barcelona: Masson

- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. México: McGraw-Hill
- Kozier, B; Erd, G y Blais, K. (2000) Conceptos y técnicas en la práctica de enfermería. México: Ed. Interamericana McGraw-Hill; 139-59.
- Khun, T. S. (2006). *La Estructura de las Revoluciones Científicas*. (3rd ed.) Méjico: FCE.
- Kutney-Lee A, Lake ET, Aiken LH (2009). Development of the hospital nurse surveillance capacity profile. *Research Nurs Health*. 32: 217–22
- Lamarca, I y Cañís, A. (1997). Adaptación del modelo de planificación de recursos hospitalarios (MPRH) a una organización focalizada hacia el paciente. *Todo Hospital*. 134: 37-47
- Lang, T.A; Hodge, M; Olson, V; Romano, P.S y Kravitz, R.L. (2004). Nurse-Patient Ratios, A Systematic Review on the Effects of Nurse Staffing on Patient, Nurse Employee, and Hospital Outcomes. *Journal of Nursing Administration*. 34(7/8): 326-337
- Lankshear, A.J; Sheldon T.A y Maynard A. (2005) Nurse Staffing and Healthcare Outcomes: a Systematic Review of the International Research Evidencia. *Adv Nurs Sci*. 28(2): 163-174.
- Latour, J; Abraira, V; Cabello, J.B y López Sánchez, J. (1997). Métodos de investigación en cardiología clínica (IV). Las mediciones en clínicas en cardiología: validez y errors de m edición. *Rev Esp Cardiología*; 50(2):117-128.
- Latour Pérez, J ; Gutiérrez Vicént, T ; Reig Ferrer ; A. et al (1994). Construcción y validación de un índice de ajuste psicosocial en cuidados intensivos sin entrevista del paciente. *Medicina Clínica*. 102:291-293
- Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad (BOE Nº 102 de 29 de Abril)
- Ley 12/1989, de 9 de Mayo, de la Función Estadística Pública (BOE 11-5-1989, núm. 112, [pág. 14026])

- Lidia Saló, D.I; Albert, X y García Rafanell, J.M. (1993). Valoración de los sistemas de puntuación de las cargas de trabajo en una UVI Polivalente. TISS-OMEGA. Análisis de 242 pacientes. *Enferm Intensiva*. 4 (Supl):27
- Limia, S y Salvadores, P. (2005). Imagen de la Inmigración a través de las Publicaciones Científicas. *Cultura de los Cuidados*. 2º Semestre. Año IX. (18):89-97
- Lledó Rodríguez, R y Prat Marín A. Citado por García Diz, B; Oñero Fernández, MC; López Pacios, JC e Izurieta Gil, JM (2003). Retornos a Urgencias, un marcador de la calidad asistencial. *Todo Hospital*. (Abril): 195-201
- Loewen, S.C. y Anderson, B.A (1988). Reliability of the modified motor assessment scale and the Barthel Index. *Phys Ther*. 68:1077-1081
- López Alonso, S.R. (2004). Revisión crítica sobre los modelos de práctica enfermera y sus resultados. *Index de Enfermería*. (44-45):32-36
- López Santos, V y Frías Osuna, A (2000). Concepto de Salud Pública. En Frías Osuna, A. *Educación para la Salud*. (1ª Ed). (pp. 3-13). Barcelona: Masson Elsevier
- Luis Rodrigo, M.T; Fernández Ferrín, C y Navarro Gómez, M.V (2005). *De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI*. (3ª ed.). Barcelona: Masson Elsevier.
- Luis Rodrigo, M.T. (2008). *Los diagnósticos enfermeros*. 8ª Ed. Barcelona: Masson Elsevier
- Lunney, M. (2001). *Critical thinking and nursing diagnoses: Case studies and analyses*. Philadelphia: NANDA International
- Marek, K.D (1997). Measuring the effectiveness of nursing care. *Outcomes Management for Nursing Practice*. 1 (1): 8-13.
- Marquis Bishop, S (1999). Razonamiento lógico. En Marriner Tomey y Raile Alligood, *Modelos y Teorías en Enfermería* (pp: 35-42). (4 ed.). Madrid: Harcourt Brace.

- Marriner Tomey (1999). Introducción al análisis de las teorías de enfermería. En Marriner Tomey y Raile Alligood, *Modelos y Teorías en Enfermería* (pp: 3-15). (4 ed.). Madrid: Harcourt Brace.
- Martin, K. (2005). *El sistema Omaha: Una clave para la práctica, la documentación y la gestión de la información*. 2ª Ed. Elsevier: St. Louis, EE.UU
- Martín Arribas, M.C. (2004). Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión* (5) 17. Recuperado el 12 de Abril de 2010 de [http://www.enferpro.com/documentos/validacion\\_cuestionarios.pdf](http://www.enferpro.com/documentos/validacion_cuestionarios.pdf)
- Martínez González, M.A; Sánchez-Villegas, A y Faulín Fajardo, F.J. (2006). Comparación de k medias (tres o más grupos). *Bioestadística Amigable*. 2ª Edición. Ed: Díaz de Santos. p. 419-469.
- Martínez Navarro, JF; Graullera Sanz, B y Aparicio Ramón, V (2000). El proceso Salud-Enfermedad. Evolución Histórica. En Mazarrasa Alvear, L; Sánchez Moreno, A; Germán Bes, C; Sánchez García, AM; Merelles Tormo, A y Aparicio Ramón, V, *Salud Pública y Enfermería Comunitaria*. Biblioteca Enfermería Profesional. (2 ed.) (1):5-16. McGraw-Hill - Interamericana: Madrid
- Martínez Martínez, C; Cañadas Bustos, A; Rodríguez Paredes, E y Tornel García, S. (2003) Dificultades en la valoración enfermera. *Enfermería Clínica*. 13 (4):195-201
- Martínez Ques, A.A y Fernández Romero, F. (2006). Fallo de rescate: la línea que traspasa el factor humano. *Evidentia* 3(10). Recuperado el 17 de Abril de 2009 de: [// www.index-f.com/evidentia/n10/230articulo.php](http://www.index-f.com/evidentia/n10/230articulo.php)
- Martínez Veny, S y Forteza Pons, M.D (2002). Cumplimentación de un registro de valoración de enfermería en una unidad de hospitalización. *Metas Enferm; oct V* (49):23-26.
- Martos García, R; Ruíz Villaespesa, R y Vilches Melgarejo, J (2007). El papel de la cuidadora familiar. En Álvarez Tello M y Morales Asencio, J.M (Eds). *Guía para*

*Cuidadoras de personas dependientes*. (Vol. 1): 19-32. Málaga: Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria.

Matud, M.C; Cos, M.I; Díaz- Prieto, A y Mayoral, J.M. (1992). La medida del nivel de cuidados a los pacientes de UCI. Comparación de los métodos PRN, TISS y APACHE. *Enfermería Clínica*. 2: 43-50

Medical Outcomes Trust (1995). *Instrument review criteria*. Medical Outcomes Trust Bull. (September): 1-4.

Meyer GA, Lavin MA, Perry AG.(2007). Is It Time for a New Category of Nursing Diagnosis? *Int J Nurs Term Class*. 18(2): 45-50.

Mendizábal Lozano, G (1991). Evolución de las ideas en relación al proceso salud y enfermedad. *Carta medica de A.I.S. Bolivia*. 5(1):3-8

Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi (1986). Guide du Service Infirmier et la Charge de Travail. Les soins infirmiers et la charge de travail. Études num 2: Série Soins. Recuperado el 18 de Enero de 2009 en [http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/sosan\\_0294-0337\\_1995\\_num\\_13\\_3\\_1337](http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/sosan_0294-0337_1995_num_13_3_1337)

Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación (2009). "*Estrategia de Cultura y Desarrollo De la Cooperación Española 2007*". Recuperado el 5 de Febrero de 2009 de [http://www.aecid.es/export/sites/default/web/galerias/programas/Vita/descargas/estrategia\\_cxd.pdf](http://www.aecid.es/export/sites/default/web/galerias/programas/Vita/descargas/estrategia_cxd.pdf)

Ministerio de Sanidad y Consumo (2006): *Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Informe Febrero 2006*. Consultado el 15 de Marzo de 2009. En [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc\\_s p2.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_s p2.pdf)

Ministerio de Sanidad y Consumo (2008b). Informe de Salud y Género 2006, las edades centrales de la vida. Recuperado el 8 de Octubre de 2010 de <http://www.msps.es/ciudadanos/proteccionSalud/mujeres/docs/informeSaludGenero2006.pdf>

Ministerio de Sanidad y Consumo (2008c). Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y Recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo Centro de Publicaciones. Recuperado el 13 de Octubre de <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/guiaCMA.pdf>

Ministerio de Sanidad y Política Social. *Catálogo Nacional de Hospitales* (2008a). Recuperado el 5 de Febrero de 2009, de <http://www.msc.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/home.htm>

Miranda, D.R, Moreno R y Lapichino G. (1997). Nine equivalents of nursing manpower use score (NEMS). *Intensive Care Med* 1997; 23:640-644.

Miranda D.R, Nap R, de Rijk A, Schaufeli W y Lapichino G, TISS Group (2003). Nursing Activities Score. *Crit Care Med*; 31(2):374-382.

Mompart García, M. P y Durán Escribano, M (2004). *Administración y Gestión*. 2ª Edic. Madrid: Difusión de Avances de Enfermería.

Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E (eds). (2009) Clasificación de Resultados de Intervenciones Enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby.

Morales Asencio, J.M. (1997). La valoración del enfermo crítico según el grado de dependencia de enfermería. *Enfermería Clínica*. 7: 9-18.

Morales Asencio, J.M; Morilla Herrera, J.C; Martín Santos, F.J; Gonzalo Jiménez, E y Terol Fernández, J. (2003). La dotación de enfermeras en los hospitales influye sobre la mortalidad de los pacientes, así como sobre la satisfacción en el trabajo y burn-out de las profesionales [Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse

burnout and job dissatisfaction. JAMA 2002; 28(16):1987-1993]. GCS. 5(2):56.  
Revisión crítica de un estudio.

Morales Asencio, J.M. (2004). Investigación de Resultados en Enfermería: El camino hacia la efectividad de los cuidados. *Index Enferm* [revista en la Internet]. [Consultado 2010 Abril 21]; 13(44-45): 37-41. En: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962004000100008&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100008&lng=es). doi: 10.4321/S1132-12962004000100008.

Morales Asencio, J.M; Del Río Urenda, S; Terol Fernández, F.J; Gonzalo Jiménez, E; Martín Santos, F.J y Morilla Herrera, J.C. (2005). Ratios enfermera-paciente: revisión sistemática de los efectos del número de enfermeras sobre los pacientes, su contexto laboral y los resultados de los hospitales. *Evidentia*. 2(4): 1-10. Recuperado el 10 de Febrero de 2007 de: <http://www.index-f.com/evidentia/n4/97articulo.php>

Morales Asencio, J.M; Morilla Herrera, J.C y Martín Santos, F.J (2007). ¿Gestión de riesgos o el riesgo de una mala gestión? La variabilidad en la ratio enfermera-paciente también influye en los resultados de hospitales europeos. *Evidentia* 4(16). Consultado el 19 de Febrero de 2009. En: <http://www.index-f.com/evidentia/n16/346articulo.php>

Morales Velandia, JP. (2004). El cuidado de Enfermería como vivencia humana. *Revista Cultura del Cuidado*. 1(1): 53-68

Moreno, M.E. (2005). Importancia de los Modelos Conceptuales y Teorías de Enfermería. *Revista Aquichan*. 5(1): 44-55

Morilla Herrera, J.C; Morales Asencio, J.M; Martín Santos, F.J; Cuevas Fernández-Gallego, M. (2005). El juicio clínico enfermero. Conjugación de modelo, lenguaje y efectividad de las intervenciones enfermeras. *Metas de enfermería*. 8(10): 58-62

- Morilla Herrera, J.C; Morales Asencio, J.M; Martín Santos, F.J; Cuevas Fernández-Gallego, M. (2006). El juicio clínico enfermero. Conjugación de modelo, lenguaje y efectividad de las intervenciones enfermeras (2ª parte). *Metas de enfermería*. 9(2): 6-12
- Mustard, L.W. (2002). Caring and competency. *JONA's Healthc. Law Ethics Regul.* 4(2): 36-43
- NANDA INTERNACIONAL. Consultado el 20 de Abril de 2010, en <http://www.nanda.org/>
- NANDA Internacional: Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2007-2008. (2008). Madrid: Editorial Elsevier
- Needleman, J; Buerhaus, P; Mattke, S; Stewart, M y Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*. 346 (22): 1715-1722.
- North American Nursing Diagnosis Association. (1999). *Diagnósticos Enfermeros de la NANDA. Definiciones y Clasificación 1999-2000*. Madrid: Harcourt.
- Nunnally Jum C. (1978). *Psychometric theory*. 2nd edition. New York: McGraw-Hill
- Olds, D.L; Robinson, J; O'Brien, R; Luckey, D.W; Pettitt, L.M; Henderson, C.R et al. (2002). Home visiting by paraprofessionals and by nurses: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*. 110(3): 486-496.
- Organización Mundial de la Salud (1946). *Carta Magna o Carta Constitucional* Recuperado el 15 de Mayo de 2006. De [http://whqlibdoc.who.int/hist/official\\_records/constitution.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (1978). Declaraciones de Alma-Ata sobre Atención primaria de Salud y "Salud para todos en el año 2000". Ginebra: OMS



Organización Mundial de la Salud (1995). Recomendaciones para los Estados miembros acerca del Desarrollo de la Enfermería. Ginebra: 27 de Abril. Recuperado el 2 de Septiembre de 2009, de: [http://whqlibdoc.who.int/hq/1995/C.L.7.1995\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1995/C.L.7.1995_spa.pdf)

Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (2001). Clasificación Internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud. Madrid.

Organización Mundial de la Salud (2007). *Neurological Disorders a public health approach*. En *Neurological Disorders: Public Health Challenges*. 3:41-110. Geneve: World Health Organization. Recuperado el 25 de Octubre de 2010, de: [http://www.who.int/mental\\_health/neurology/neurodiso/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/neurology/neurodiso/en/index.html).

Organización Panamericana de la Salud (2001). Promoción de la Salud en las Américas. Informe Anual del Director. Documento Oficial 302. Washington DC: OPS. Recuperado el 10 de Enero de 2008, de [http://www.paho.org/spanish/d/DO302\\_TOC.pdf](http://www.paho.org/spanish/d/DO302_TOC.pdf)

Orozco, L.M.G. (2002). Relación enfermera-paciente. En: J. L. Hernández, A. (Comp.). *Bioética general*. México: Ed. Manual Moderno.

Ortún Rubio V. Innovación en sanidad. En: Meneu R, Ortún Rubio V (ed.) *Política y gestión sanitaria: la agenda explícita*. Barcelona: Asociación de Economía de la Salud; 1996

Padula C. (1998). Reorganizar los hospitales. *Papeles de Economía Española*. 76: 199-209

Parker L. & Lunney M. (1998). Moving beyond content validation of nursing diagnosis. *Nursing Diagnosis*. 9 (4):144-150

- Peña Amaro, P; García López, J; Torre Peña, M.J; Jiménez Díaz, M.C; Pulido Carrascosa, A; Lupiáñez López, A et al (2000). Cargas de trabajo en las unidades nefrológicas. *Enferm Nefrológica*. 10:15-19.
- Pérez Hernández, R.M; Gala, B; López Alonso, S.R; Reina Jiménez, M; Rodríguez Gómez, S y Lacida, M. (2007). *Cuidarte una Estrategia para los Cuidados en la Andalucía del Siglo XXI*. Sevilla: Consejería de Salud: Servicio Andaluz de Salud.
- Pérez Lázaro, J.J; García Alegría, J y Tejedor Fernández, M. (2002). Gestión clínica: conceptos y metodología de aplicación. *Rev Calidad Asistencial*; 17: 305-11.
- Pfetscher, S.A; De Graaf K.R; Marriner Tomey, A; Mossman, C.L y Slobodnik, M. (1999). Florence Nightingale: La enfermería moderna. En Marriner Tomey y Raile Alligood, *Modelos y Teorías en Enfermería* (pp: 69-85). (4 ed.). Madrid: Harcourt Brace.
- Piédrola Gil; directores, Antonio Sierra López... [et al.]; directores asociados, Fernando Rodríguez Artalejo... [et al.] (2008). *La Salud y sus determinantes. Concepto de medicina preventiva y salud pública*. Elsevier Masson: Barcelona. (11 ed.) (1): 3-14
- Pita Fernández, S y Pértega Díaz, S (2003). Pruebas diagnósticas. *Cad Aten Primaria*. [Versión electrónica] 10: 120-124.
- Pita Fernández, S y Pértega Díaz, S. (2004). Análisis de concordancia para variable numéricas. *Atención Primaria en la red*. Recuperado el 9 de Agosto de 2010, de:  
[http://www.fisterra.com/mbe/investiga/conc\\_numerica/conc\\_numerica.pdf](http://www.fisterra.com/mbe/investiga/conc_numerica/conc_numerica.pdf)
- Podtler, I y Peri, F (1996). *Fundamentos de enfermería. Teoría Práctica*. Tercera ed. Barcelona: Mosby-Doyma.
- Popay (2003). Investigación cualitativa e imaginación epidemiológica, una relación vital. *Gac Sanit* [online]. 17, suppl.3, 58-63.

Porcel Gálvez, A.M (2006). Recepción, acogida y clasificación de pacientes en los servicios de urgencias: Modelo de práctica enfermera. *Tempus Vitalis*. 2(6). Consultado el 17 de Abril de 2009, de <http://tempusvitalis.com/descargas/articulos/2007vol7num1/3rac71.pdf>

Porcel Gálvez, A.M; Morales Asencio, J.M y Villaverde C. (2008). Medida del Nivel de Dependencia en Cuidados Enfermeros. Preliminares de una propuesta Metodológica. *Scntia: Revista Multidisciplinar de Ciencias de la Salud*. (13): 131-135

Porcel Gálvez A. M (2009). Validación de la Escala Iniciare Como Herramienta de Gestión para la Cuantificación del Nivel de Dependencia en Necesidades de Cuidados de Enfermería en Pacientes Durante Su Proceso Hospitalario. CENTRO DE INVESTIGACIÓN: Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir. NÚMERO DE EXPEDIENTE: PI-0161/2009.

Porras de Larrínaga, S; Nogueira Loro, P; Gómez Pérez, F y González Quijano, A. (1997). El Proyecto SIGNO II. Costes del producto enfermero. *Rol de enfermería*. 232: 73-77

Prieto, L; Lamarca, R. y Casado, A. (1998). La evaluación de la fiabilidad en las observaciones clínicas: el coeficiente de correlación intraclase. *Med Clin*. 110 (4): 142-145

Rafferty, A.M; Clarke, S.P; Coles, J; Ball, J; James, P; McKee, M y Aiken, L.H. (2007). Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: Cross-sectional analysis of survey data and discharge records. *Int J Nurs Stud*. 44(2): 175-82.

Raile Alligood (2007). Introducción a la teoría de la enfermería: historia, importancia y análisis. En Marriner Tomey & Raile Alligood, *Modelos y Teorías en Enfermería* (pp: 3-15). (6 ed.). Barcelona: Elsevier Mosby.

- Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 225 de 16 de septiembre de 2010.
- Reilly D. (1975). Why a conceptual framework? *Nurs Outlook*. 23:566-69
- Reyes Luna, J; Jara Concha, P; Merino Escobar, J.M (2007). Adherencia de las enfermeras/os a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería. *Cienc enferm-Chi-*; 2007 jun, 13(1): 45-57.
- Riopelle, L; Grondin, L y Phaneuf, M. (1999). *Cuidados de Enfermería: Un proceso centrado en las necesidades de la persona*. McGraw-Hill-Interamericana: Madrid. (1ª edición,). 2ª reimpresión: 1-351.
- Robert Steinbrook, M.D. (2002). Nursing in the crossfire. *New England Journal of Medicine*. 347(14): 1118.
- Roberts, P; Priest, H. y Traynor, M. (2006). Reliability and validity in research. *Nurs Stand*. 20: 41-45.
- Rodríguez, M.A. y Lopera, J. (2002). Conceptos básicos de valoración de Escalas en Salud Mental. *CES Medicina*. 16(39):31-39
- Rodríguez Cala, A. (2002). Enfermería y los nuevos modelos de salud. *Todo Hospital*. 183:33-38
- Rosas Estrada, G.M. (2009). Diseño y validación de un instrumento para evaluar limitaciones en la actividad y restricciones en la participación de los ancianos. *Revista Científica Guillermo de Ockham*. 7 (2): 19-33
- Rosenthal, G.E; Halloran, E.J; Killey, M. et al (1992). Development and validation of the Nursing Severity. *Index. Med Care*. 30(12):1127-1141.
- Roy, C.W; Togneri, J; Hay, E; Pentland, B (1988). An inter-rater reliability study of the Barthel Index. *Int J Rehabil Res*. 11:67-70.

Sales Girona, D y Sansó Martínez, N (2004). Dificultades en la valoración enfermera. ¿Qué dificultades encuentra la enfermera en la valoración del paciente? *Evidentia* 1(2). Recuperado el 1 de Diciembre de 2010 en <http://www.index-f.com/evidentia/n2/59articulo.php>

Sánchez B. (2000). Utilidad de los modelos de enfermería en la práctica. En *El arte y la ciencia del cuidado*. Bogotá: Unibiblos, pp: 13-30.

Sánchez, R y Echeverry, J. (2004). Validación de escalas de medición en salud. *Rev Salud Pública*. 6:302-318

Sánchez Fernández, P; Aguilar de Armas, I; Fuentelsaz Gallego, C; Moreno Casbas, M.T. e Hidalgo García, R. (2005). Fiabilidad de los instrumentos de medición en Ciencias de la Salud. *Enfermería Clínica*. 15(4):227-236

Sandoya, E. (2008). ¿Qué es la Gestión Clínica? *Tendencias en Medicina*. (33)50-55.

Servicio Andaluz de Salud (2009). *Cuestionarios, test e índices de valoración enfermera en formato para uso clínico: Cribado del deterioro cognitivo -Test de Pfeiffer versión española*. Sevilla: Junta de Andalucía. Recuperado el 20 de Abril de 2009 de [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/servicioandaluzdesalud/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/P T6\\_DetCognitivo\\_Pfeiffer.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/servicioandaluzdesalud/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/P T6_DetCognitivo_Pfeiffer.pdf)

Servicio Andaluz de Salud (2009). *Cuestionarios, test e índices de valoración enfermera en formato para uso clínico: Autonomía para las actividades de la vida diaria - Test de Barthel*. Sevilla: Junta de Andalucía. Recuperado el 20 de Abril 2009, de [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/servicioandaluzdesalud/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/P T4\\_AutoAVD\\_Barthel.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/servicioandaluzdesalud/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/P T4_AutoAVD_Barthel.pdf)

Shah S, Vanclay F y Cooper B (1989). Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *J Clin Epidemiol*. 42: 703-709.

- Shever LL, Titler MG, Kerr P, Qin R, Kim T, Picone DM (2008). The effect of high nursing surveillance on hospital costs. *J Nurs Schol.* 40(2): 161–169
- Sigerist, HE. (1941) *Medicine and Human Welfare*. New Haven: Yale University Press. Citado en Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Documento Oficial nº 302. Recuperado el 18 de Diciembre de 2008) de: [http://www.paho.org/spanish/d/DO302\\_TOC.pdf](http://www.paho.org/spanish/d/DO302_TOC.pdf)
- Simó Miñana, J; Gérvas Camacho, J; Seguí Díaz, M; De Pablo González, R y Domínguez Velázquez, J. (2007). El gasto sanitario en España, 1995-2002. La atención primaria, Cencienta del Sistema Nacional de Salud. *Aten Primaria.* 39(3): 127-132
- Smith R. (2003). Improving the management of chronic disease. *BMJ.* 327:12
- Staton, M.W y Rutherford, M.K. (2004). *Hospital nurse staffing and quality of care*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Strauss A.L (1987). *Qualitative analysis for social scientifics*. New York: Cambridge University oress.
- Streiner, D.L. y Norman, G.R. (1989). *Health measurement scales: a practical guide to their development and us*. Oxford: Oxford Medical Pub.
- Streiner, D.L. (2003). Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency. *J Pers Assess.* 80: 99-103.
- Streiner, D.L. y Norman, G.R. (2003). *Health measurement scales*. New York: Oxford University Press. 149-151
- Subirana M. y Solá I. (2006a). Revisión sistemática de los instrumentos que miden la actividad de Enfermería y su repercusión sobre los resultados en salud. *Metas de enfermería.* 9(6): 22-27

- Subirana M. y Solá I. (2006b). Instrumentos basados en medidas directas I: Proje  
Recherche in Nursing (PRN). *Metas de enfermería*. 9(7): 50-54
- Subirana M. y Solá I. (2006c). Instrumentos basados en medidas directas II: SIIPS y  
SIGNO II. *Metas de enfermería*. 9(8): 50-53
- Subirana M y Solá I. (2006d). Instrumentos basados en medidas directas para UCI I:  
GRAPS Y TOSS. *Metas de enfermería*. 9(9): 59-64
- Subirana M y Solá I. (2006e). Instrumentos basados en medidas directas para UCI II:  
NAS (*Nursing Activities Score*). *Metas de enfermería*. 9(10): 67-71
- Subirana M y Solá I. (2007a). Instrumentos basados en medidas indirectas para UCI:  
TISS y NEMS. *Metas de enfermería*. 10(1): 15-20
- Subirana M y Solá I. (2007b). Instrumentos basados en medidas indirectas para UCI II:  
SAF, NISS, Omega, *Crew System* y NCR. *Metas de enfermería*. 10(2): 63-67
- Subirana M y Solá I. (2007c). Instrumentos basados en medidas indirectas: Medicus,  
Exchaquet, Método Montesinos, IPSI y DNS. *Metas de enfermería*. 10(3): 25-  
27
- Subirana M y Solá I. (2007d). Calidad de los estudios que relacionan los instrumentos y  
los resultados en Salud. *Metas de enfermería*. 10(5): 51-54
- Teixidor i Freixa, M. (2002). El producto enfermero y la reforma de los procesos  
asistenciales (I). *Rol de Enfermería*; 25(4): 14-17.
- Teixidor i Freixa, M. (2006). La Europa de la salud. Un nuevo espacio para las  
enfermeras. *Metas de Enfermería*. 9(6): 61-66
- The Ljubljana Charter on Reforming Health Care. (1996) *Br Med J*. 312: 1664-1665.
- Terris, M. (1980). *La revolución epidemiológica y la medicina social*. México DF: Siglo  
XX

- Thorne, S. (1998). Nursing's metaparadigm concepts: disimpacting the debates. *Journal of Advance Nursing*. 27(6): 125-126
- Tilquin, C.H; Michelon, P; Gascon, V; Léonard, G y Roussel, B. (1991). Validación de una escala de independencia y confinamiento para predecir el nivel de cuidados de enfermería necesarios en las residencias y unidades de hospitalización para ancianos. *Rev. Geront.* 2: 97-104
- Tilquin, C; Ferrús, L y Portella, E. (1992). Estrategias de medida de los cuidados de enfermería. *Gaceta Sanitaria*. 29 (6):71-77.
- Tilquin, C; Saulnier, D y Vanderstraeten, G. (1988) El método PRN. *Revista Rol de Enfermería*; (119-120): 41-46
- Tilquin C. (2001). Sistemas de cargas de trabajo en cuidados de enfermería 2001. En: Máster en gestión de servicios de enfermería; Barcelona 15-16 de febrero de 2001. Barcelona: Univesitat de Barcelona, Escola d'Infermeria (MGSI); 214 páginas.
- Torres Pérez, L. y Morales Asencio, J.M. (2004). Participación familiar en el cuidado del paciente crítico. Recomendaciones de la Sociedad Andaluza de Enfermería de Cuidados Críticos. *Tempus Vitalis*. 4(1): 18-21. Recuperado el 12 de Octubre de 2010. De <http://www.tempusvitalis.com/Revista06/consenso41p.pdf>
- Touhy, T.A. y Birnbach, N. (2001). Lydia Hall, el cuidado, la principal, y la cura del modelo. En Parker, M. (Ed.), *Teorías de Enfermería y Enfermería Práctica*, 131-142. Philadelphia: F. A. Davis.
- UNESCO (París, 17 de octubre de 2003). *Convención para la salvaguardia del patrimonio cultural inmaterial* MISC/2003/CLT/CH/14, I. Disposiciones generales. Artículo 2: Definiciones. Recuperado el 23 de Octubre de 2007 de <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001325/132540s.pdf>



- Van Zolingen, S.J y Klaassen, C.A. (2003). Selection processes in a Delphi study about key qualifications in senior secondary vocational education. *Technol. Forecast. Soc. Change.* 70: 317–340.
- Vazques (2005). Ponencia presentada en el XVII Coloquio de Investigación en Enfermería realizado en La Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, octubre de 2005 (cit. of Vega Angarita, 2006)
- Vega Angarita, O.M. (2006). Estructura del Conocimiento Contemporáneo en Enfermería. *Revista Ciencia y Cuidado.* 3(3): 53-67
- Vieytes, R. (2004) *Metodología de la Investigación en Organizaciones: Epistemología y Técnicas.* Buenos Aires: Editorial de las Ciencias.
- Waltz, C.F; Strickland, O.L y Lenz, E.R (1991). *Measurement in nursing research* (2rd ed.). Philadelphia: FA Davis.
- Watson, J. (2001) *Assessing and measuring caring in nursing and health sciences.* New York: Springer Publishing Company.
- Watson J. Una visión crítica sobre los diagnósticos enfermeros. (2006). *Rev ROL Enf.* 29(7-8): 494-49
- Wesley R.L. (1997). *Teorías y Modelos de Enfermería* (2ª ed). Madrid: McGraw-Hill Interamericana
- Yarritu Fernández, L. y Bohígas Santasusagna L. (2000). Organización y análisis del trabajo en Enfermería, en Asenjo M.A, Bohígas L.L, et al.: *Gestión diaria del Hospital.* Madrid. Interamericana. 136-147
- Zarate Grajales, R.A. (2004). La Gestión del Cuidado de Enfermería. *Índex de Enfermería.* (44-45): 42-46.
- Zeitz K. (2005). Nursing observations during the first 24 hours after a surgical procedure: what do we do? *J Clin Nurs.* 14: 334–343

**IX. INDICES DE:  
ABREVIATURAS, FIGURAS,  
GRÁFICOS Y TABLAS**



---

# INDICE DE ABREVIATURAS

BOSIP: Behavior Observation Scale for Intramural Psychogeriatrics

CCI: Coeficiente de Correlación Intraclase

CDS: Nursing Care Dependency Scale

CIE: Consejo Internacional de Enfermeras

CIE: Consejo Internacional de Enfermeras

CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos

DNS: Dependence Nursing Scale

EAs: Efectos Adversos

eNDEC-PH: escala del **N**ivel de **D**ependencia en **C**uidados de **P**acientes **H**ospitalizados

EPHAG: Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir

GIRTI: Grupo Multicéntrico Italiano de Investigación de la UCI

GRAPS: Grace Reynolds Application and Study of Peto

INICIARE®: **I**Nventario del **N**ivel de **C**uidados mediante **I**ndicadores de **C**lasificación de **R**esultados de **E**nfermería

INSALUD: Instituto Nacional de Salud

IPSI: Indices de Pondération des Soins Infirmiers

MPE: Modelo de Práctica Enfermera

NANDA-I: North American International Nursing Diagnosis Association

NCR: Nursing Care Recording

NEMS: Nine Equivalents for Nursing Manpower Use

NIC: Nursing Interventions Classification

NIPE: Normalización de las Intervenciones para la Práctica Enfermera

NISS: Nursing Intervention Scoring System

NOC: Clasificación de Intervenciones de Enfermería

OMS: Organización Mundial de la Salud

PRN: Projet Recherche in Nursing

RSEP: Rating Scale for Elderly Patients

SAF: Nursing Care System

SELEs: Sistemas Estandarizados de Lenguaje Enfermero

SELEs: Sistemas Estandarizados de Lenguaje Enfermero

SIIPS: Soins Individualisés la Personne Soignée

SSF: Scale for Social Functioning

SSPA: Sistema Sanitario Público de Andalucía

TISS: Therapeutic Intervention Scoring System

TOSS: Time Oriented Score System

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

## ÍNDICE DE FIGURAS

Fig. 1.16 Acciones para avanzar en la mejora continua hasta el alcance de la excelencia en los servicios sanitarios.	22
Fig. 1.17 Marco conceptual de enfermería: "Ideas globales que encuadran y delimitan una forma de actuar propia de las enfermeras".	30
Fig. 1.18. Modelo de cuidados: "La ventana a través de la que se observan los fenómenos nucleares de la ciencia enfermera"	32
Fig. 1.19. Reseña bibliográfica de Virginia Henderson. Fuente: Alexander et al. (1999)	33
Fig. 1.20 Estructura del Diagnóstico Lunney	41
Fig. 1.21 Modelo de Diagnóstico de Carpenito	42
Fig. 1.22 Estructura del diagnóstico OMAHA	43
Fig. 1.23 Estructura del diagnóstico real NANDA-I, Taxonomía II	44
Fig. 1.9 Estructura del diagnóstico de riesgo NANDA-I, Taxonomía II	44
Fig. 1.10 Estructura del diagnóstico de salud NANDA-I, Taxonomía II	44
Fig. 1.24 Taxonomía NIC. Fuente: Bulechek et al. (2009)	46
Fig. 1.12 Taxonomía NOC. Moorhead et al. (2009)	47
Fig. 1.25 Enfermeras y Proceso Asistencial	52
Fig. 1.14 Logotipo de la Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir. Fuente: EPHAG	85
Fig. 4.26 Centros pertenecientes a La Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir. Fuente: EPHAG.	102
Fig. 4.2 Hospital de Andújar y Hospital de Montilla. Fuente: EPHAG. Recuperado de <a href="http://www.ephag.es">www.ephag.es</a>	103
Fig. 4.3 Población	104
Fig. 4.4 Calendario Abril 2009	105
Fig. 4.5. Calendario Mayo 2009	105
Fig. 4.6. Calendario Junio 2009	105
Fig. 4.7 Calendario Abril 2010	106
Fig. 4.8 Fórmula para el cálculo del tamaño muestral. Fuente: Streiner (2003)	106
Fig. 4.9 Etapas de la Investigación	108

Fig. 4.10 Etapa I	109
Fig. 4.11 Página Principal De SurveyMonkey®. FUENTE: <a href="http://es.surveymonkey.com/">http://es.surveymonkey.com/</a>	112
Fig. 4.27 Página Credenciales SurveyMonkey®. FUENTE: <a href="https://es.surveymonkey.com/MyAccount_Login.aspx">https://es.surveymonkey.com/MyAccount_Login.aspx</a>	113
Fig. 4.283 Página creación de encuesta SurveyMonkey®. FUENTE: <a href="http://es.surveymonkey.net/MySurvey_Wizard.aspx">http://es.surveymonkey.net/MySurvey_Wizard.aspx</a>	113
Fig. 4.14 Etapa II	117
Fig. 4.29 Curva de aprendizaje I	120
Fig. 4.30 Horario de las mediciones	121
Fig. 4.17 Curva de aprendizaje II	121
Fig. 4.18 Etapa III	122
Fig. 4.319 Curva de aprendizaje III	125
Fig. 4.20 Fases de la investigación por etapas	125
Fig. 4.21 Cronograma de la investigación	126
Fig. 4.22 Representación de metodología de asignación de códigos	172
Fig. 5.1 Dinámica de ítems en la validación de contenido de la versión preliminar de la escala INICIARE®, para la obtención de la versión eNDEC-PH	206
Fig. 5.2 Dinámica de ítems durante la primera ronda de validación del panel delphi	260
Fig. 5.3 Dinámica de ítems durante la segunda ronda de validación del panel delphi	282
Fig. 5.4 Dinámica de ítems durante la tercera ronda de validación del panel delphi	306
Fig. 5.5 Proceso médico-quirúrgico por sexo en la E.P. Hospital Alto Guadalquivir	310
Fig. 5.6 Dinámica de indicadores de la Versión eNDEC-PH tras análisis de la Consistencia Interna: Escala INICIARE®-64	368
Fig. 5.7 Dinámica de indicadores de la versión INICIARE®-64 a la versión INICIARE®-66 tras la incorporación de indicadores en la validación de contenido de la Necesidad de Mantener la Temperatura Corporal	438
Fig. 5.8 Proceso médico-quirúrgico por sexo de pacientes en la E.P. Hospital Alto	445

Guadalquivir valorado con la escala INICIARE®-66

Fig. 5.9 Dinámica de indicadores de la Versión INICIARE®-66 tras análisis de la  
Fiabilidad y Consistencia Interna: Escala INICIARE®-63 482

Fig. 5.10 Dinámica de indicadores de la versión INICIARE®-63 tras análisis  
factorial: Escala INICIARE®-61 492









# ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 5.1 Sexo del experto del panel Delphi para la validación de la versión preliminar	208
Gráfico 5.2 Año de graduación del experto y experta del panel Delphi, para la validación de la versión preliminar	208
Gráfico 5. 3 Nivel académico máximo alcanzado por el experto y experta del panel Delphi, para la validación de la versión preliminar	209
Gráfico 5.4 Edad media del experto y experta del panel Delphi, para la validación de la versión preliminar	209
Gráfico 5.5 Dedicación profesional actual del experto y experta del panel Delphi, para la validación de la versión preliminar	210
Gráfico 5.6 Área asistencial del experto y experta del panel Delphi, para la validación de la versión preliminar cuando profesionalmente se dedicaba a la práctica clínica	210
Gráfico 5. 7 Área asistencial del experto y experta del panel Delphi para la validación de la versión preliminar cuando profesionalmente se dedicaban a la práctica clínica	211
Gráfico 5. 8 Ciudad de residencia habitual del experto y experta del panel Delphi para la validación de la versión preliminar	211
Gráfico. 5.9 Consenso con los indicadores de resultados (NOC) en primera ronda de validación del panel delphi	258
Gráfico. 5.10 Consenso con las intervenciones (NIC) en primera ronda de validación del panel delphi	259
Gráfico. 5.11 Grados de consenso de los ítems planteados en segunda ronda de validación en panel Delphi	283
Gráfico. 5.12 Indicadores de resultados por necesidades para valorar en tercera ronda de validación en panel Delphi	284
Gráfico. 5.13 Intervenciones por bloques de cuidados para valorar en tercera ronda de validación en panel Delphi	284
Gráfico. 5.14 Ítems eliminados y seleccionados para formar parte de la versión	305

eNDEC-PH del INICIARE® tras tercera ronda de validación en panel Delphi	
Gráfico. 5.15 Existencia de cuidadores y cuidadoras por pacientes	308
Gráfico. 5.16 Existencia de cuidadores y cuidadoras en relación a la categoría por sexo de pacientes	308
Gráfico. 5.17 Disponibilidad de cuidadores según nivel de dependencia de los pacientes, valorado por el test de Barthel	309
Gráfico. 5.18 Proceso médico-quirúrgico de paciente de la E P Hospital Alto Guadalquivir	309
Gráfico. 5.19 Barthel por Unidades: Hospital de Andújar	312
Gráfico. 5.20 Barthel por Unidades: Hospital de Montilla	312
Gráfico. 5.21 Barthel comparativo por Hospitales: Hospital de Andújar y Hospital de Montilla	313
Gráfico. 5.22 Pacientes por proceso médico-quirúrgico Hospital de Andújar	314
Gráfico. 5.23 Pacientes por proceso médico-quirúrgico Hospital de Montilla	314
Gráfico. 5.24 Sexo del cuidador por Hospitales en la E.P. Hospital Alto Guadalquivir	315
Gráfico. 5.25 Parentesco del cuidador en la E.P. Hospital Alto Guadalquivir	316
Gráfico 5.26 Consistencia Interna de la versión eNDEC-PH	367
Gráfico. 5.27 Comparativa de la dinámica de indicadores por necesidades tras el análisis de la Consistencia Interna	368
Gráfico. 5.28 Fiabilidad interobservador de la escala INICIARE®-64	369
Gráfico. 5.29 Gráfico de sedimentación de la necesidad de respirar de la escala INICIARE®-64	376
Gráfico. 5.30 Gráfico de componentes en espacio rotado de la necesidad de respirar de la escala INICIARE®-64	376
Gráfico. 5.31 Gráfico de sedimentación de la necesidad de alimentarse e hidratarse de la escala INICIARE®-64	378
Gráfico. 5.32 Gráfico de componentes en espacio rotado de la necesidad de alimentarse e hidratarse de la escala INICIARE®-64	378
Gráfico. 5.33 Gráfico de sedimentación de la necesidad de eliminar de la escala INICIARE®-64	379

---

Gráfico. 5.34 Gráfico de sedimentación de la necesidad de moverse y mantener la postura corporal de la escala INICIARE®-64	380
Gráfico. 5.35 Gráfico de sedimentación de la necesidad de dormir y descansar de la escala INICIARE®-64	381
Gráfico. 5.36 Gráfico de sedimentación de la necesidad de vestirse y desvestirse de la escala INICIARE®-64	382
Gráfico. 5.37 Gráfico de sedimentación de la necesidad de mantener la temperatura corporal de la escala INICIARE®-64	383
Gráfico. 5.38 Gráfico de sedimentación de la necesidad de higiene e integridad de piel y mucosas de la escala INICIARE®-64	384
Gráfico. 5.39 Gráfico de sedimentación de la necesidad de evitar peligros de la escala INICIARE®-64	385
Gráfico. 5.40 Gráfico de sedimentación de la necesidad de comunicarse y relacionarse de la escala INICIARE®-64	386
Gráfico. 5.41 Gráfico de sedimentación de la necesidad de creencias y valores de la escala INICIARE®-64	387
Gráfico. 5.42 Gráfico de sedimentación de la necesidad de trabajar y realizarse de la escala INICIARE®-64	388
Gráfico. 5.43 Gráfico de sedimentación de la necesidad de ocio y actividades recreativas de la escala INICIARE®-64	389
Gráfico. 5.44 Gráfico de sedimentación de la necesidad de aprender de la escala INICIARE®-64	390
Gráfico. 5.45 Gráfico de sedimentación de la escala INICIARE®-64	391
Gráfico. 5.46 Gráfico de componentes rotados de la escala INICIARE®-64	393
Gráfico. 5.47 Histograma con línea de interpolación y curva de distribución del nivel de dependencia de los pacientes valorados con la escala INICIARE®-64	397
Gráfico. 5.48 Gráfico Q-Q normal del nivel de dependencia de los pacientes valorados con la escala INICIARE®-64	397
Gráfico. 5.49 Gráfico Q-Q normal sin tendencias del nivel de dependencia de los pacientes valorados con la escala INICIARE®-64	398
Gráfico. 5.50 Histograma con línea de interpolación y curva de distribución de la	399

necesidad de respirar de la escala INICIARE®-64	
Gráfico. 5.51 Gráfico Q-Q de la de la necesidad de respirar de la escala INICIARE®-64	400
Gráfico. 5.52 Gráfico Q-Q sin tendencias de la necesidad de respirar de la escala INICIARE®-64	400
Gráfico. 5.53 Histograma con línea de interpolación y curva de distribución de la necesidad de alimentarse e hidratarse de la escala INICIARE®-64	401
Gráfico. 5.54 Gráfico Q-Q normal de la necesidad de alimentarse e hidratarse de la escala INICIARE®-64	402
Gráfico. 5.55 Gráfico Q-Q sin tendencias de la de la necesidad de alimentarse e hidratarse de la escala INICIARE®-64	402
Gráfico. 5.56 Histograma con línea de interpolación y curva de distribución de la necesidad de eliminar de la escala INICIARE®-64	403
Gráfico. 5.57 Gráfico Q-Q normal de la necesidad de eliminar de la escala INICIARE®-64	404
Gráfico. 5.58 Gráfico Q-Q sin tendencias de la necesidad de eliminar de la escala INICIARE®-64	404
Gráfico. 5.59 Gráfico de cajas de la necesidad de moverse y mantener la posición corporal de la escala INICIARE®-64	405
Gráfico. 5.60 Gráfico Q-Q normal de la necesidad de moverse y mantener la posición corporal de la escala INICIARE®-64	406
Gráfico. 5.61 Gráfico Q-Q sin tendencias de la necesidad de moverse y mantener la posición corporal de la escala INICIARE®-64	406
Gráfico. 5.62 Gráfico de cajas de la necesidad de dormir y descansar de la escala INICIARE®-64	407
Gráfico. 5.63 Gráfico Q-Q normal de la necesidad de dormir y descansar de la escala INICIARE®-64	408
Gráfico. 5.54 Gráfico Q-Q sin tendencias de la necesidad de dormir y descansar de la escala INICIARE®-64	408
Gráfico. 5.65 Histograma con línea de interpolación y curva de distribución de la necesidad de vestirse y desvestirse de la escala INICIARE®-64	409

---

Gráfico. 5.66 Gráfico Q-Q normal de la necesidad de vestirse y desvestirse de la escala INICIARE®-64	410
Gráfico. 5.67 Gráfico Q-Q normal sin tendencias de la necesidad de vestirse y desvestirse de la escala INICIARE®-64	410
Gráfico. 5.68 Histograma con línea de interpolación y curva de distribución de la necesidad de mantener la temperatura corporal de la escala INICIARE®-64	411
Gráfico. 5.69 Gráfico Q-Q normal de la necesidad de mantener la temperatura corporal de la escala INICIARE®-64	412
Gráfico. 5.70 Gráfico Q-Q sin tendencias de la necesidad de mantener la temperatura corporal de la escala INICIARE®-64	412
Gráfico. 5.71 Gráfico de cajas de la necesidad de higiene e integridad de piel y mucosas de la escala INICIARE®-64	413
Gráfico. 5.72 Gráfico Q-Q normal de la necesidad de higiene e integridad de piel y mucosas de la escala INICIARE®-64	414
Gráfico. 5.73 Gráfico Q-Q normal sin tendencias de la necesidad de higiene e integridad de piel y mucosas de la escala INICIARE®-64	414
Gráfico. 5.74 Gráfico de cajas de la necesidad de evitar peligros de la escala INICIARE®-64	415
Gráfico. 5.75 Gráfico Q-Q normal de la necesidad de evitar peligros de la escala INICIARE®-64	416
Gráfico. 5.76 Gráfico Q-Q normal sin tendencias de la necesidad de evitar peligros INICIARE®-64	416
Gráfico. 5.77 Histograma con línea de interpolación y curva de distribución de la necesidad comunicarse y relacionarse de la escala INICIARE®-64	417
Gráfico. 5.78 Gráfico Q-Q normal de la necesidad de comunicarse y relacionarse de la escala INICIARE®-64	418
Gráfico. 5.79 Gráfico Q-Q normal sin tendencias de la necesidad de comunicarse y relacionarse de la escala INICIARE®-64	418
Gráfico. 5.80 Histograma con línea de interpolación y curva de distribución de la creencias y valores de la escala INICIARE®-64	419
Gráfico. 5.81 Gráfico Q-Q normal de la necesidad de creencias y valores de la	420



escala INICIARE®-64	
Gráfico. 5.82 Gráfico Q-Q normal sin tendencias de la necesidad de creencias y valores de la escala INICIARE®-64	420
Gráfico. 5.83 Gráfico de cajas de la necesidad de trabajar y realizarse de la escala INICIARE®-64	421
Gráfico. 5.84 Gráfico Q-Q normal de la necesidad de trabajar y realizarse de la escala INICIARE®-64	422
Gráfico. 5.85 Gráfico Q-Q normal sin tendencias de la necesidad de trabajar y realizarse de la escala INICIARE®-64	422
Gráfico. 5.86 Histograma con línea de interpolación y curva de distribución de la necesidad de ocio y actividades recreativas de la escala INICIARE®-64	423
Gráfico. 5.87 Gráfico Q-Q normal de la necesidad de ocio y actividades recreativas de la escala INICIARE®-64	424
Gráfico. 5.88 Gráfico Q-Q normal sin tendencias de la necesidad de ocio y actividades recreativas de la escala INICIARE®-64	424
Gráfico. 5.89 Gráfico de cajas de la necesidad de aprender de la escala INICIARE®-64	425
Gráfico. 5.90 Gráfico Q-Q normal de la necesidad de aprender de la escala INICIARE®-64	426
Gráfico. 5.91 Gráfico Q-Q normal sin tendencias de la necesidad de aprender de la escala INICIARE®-64	426
Gráfico 5. 92 Dependencia de los pacientes valorados con el índice de Barthel	429
Gráfico 5. 93 Comparativa nivel de dependencia Barthel con INICIARE®-64	430
Gráfico 5.94 Sexo panelistas del Delphi para validar la necesidad de mantener la temperatura	436
Gráfico 5.95 Nivel Académico máximo alcanzado panelista del Delphi para validar la necesidad de mantener la temperatura	436
Gráfico 5.96 Rango de edad panelista del Delphi para validar la necesidad de mantener la temperatura	437
Gráfico 5.97 Edad de los y las pacientes por sexo valorados con la escala INICIARE®-66	440

---

Gráfico 5.98 Dependencia de los pacientes valorados por el Índice de Barthel y sexo valorados con la escala INICIARE®-66	440
Gráfico 5.99 Disponibilidad de cuidador principal por sexo del paciente valorado con la escala INICIARE®-66	441
Gráfico 5.100 Ingreso de pacientes por unidades según sexo valorados con la escala INICIARE®-66	441
Gráfico 5.101 Proceso médico-quirúrgico del/de la paciente de la E P Hospital Alto Guadalquivir valorado con la escala INICIARE®-66	443
Gráfico 5.102 Proceso médico-quirúrgico del/de la paciente de la E P Hospital Alto Guadalquivir por sexos valorado con la escala INICIARE®-66 (I)	444
Gráfico 5.103 Proceso médico-quirúrgico del/de la paciente de la E P Hospital Alto Guadalquivir por sexos valorado con la escala INICIARE®-66 (II)	444
Gráfico 5.104 Nivel de dependencia valorada por el test de Barthel por Hospitales E P Hospital Alto Guadalquivir escala INICIARE®-66	446
Gráfico 5.105 Nivel de dependencia valorada por el test de Barthel por Hospitales y Unidades E P Hospital Alto Guadalquivir escala INICIARE®-66	447
Gráfico 5.106 Nivel de dependencia valorada por el test de Barthel comparativa por Hospitales y Unidades E P Hospital Alto Guadalquivir escala INICIARE®-66	447
Gráfico 5.107 Pacientes por proceso médico quirúrgico en el hospital de Andújar, escala INICIARE®-66	448
Gráfico 5.108 Pacientes por proceso médico quirúrgico en el hospital de Montilla, escala INICIARE®-66	449
Gráfico 5.109 Sexo cuidador valorado con la escala INICIARE®-66	450
Gráfico 5.110 Parentesco de los cuidadores con los pacientes valorados con la escala INICIARE®-66	451
Gráfico 5.111 Frecuencias de parentesco de los cuidadores en la E P Hospital Alto Guadalquivir por Hospitales valorados con la escala INICIARE®-66	451
Gráfico 5.112 Salud general percibida por el cuidador familiar en la E P Hospital Alto Guadalquivir valorados con la escala INICIARE®-66	452
Gráfico 5.113 Salud general percibida por el cuidador familiar por sexos, en la E P Hospital Alto Guadalquivir, valorados con la escala INICIARE®-66	453

Gráfico 5.114 Dominio en la actividad de cuidado del cuidador familiar en la E. P. Hospital Alto Guadalquivir, valorados con la escala INICIARE®-66	453
Gráfico 5.115 Dominio en la actividad de cuidado del cuidador familiar por sexo, en la E P Hospital Alto Guadalquivir, valorados con la escala INICIARE®-66	454
Gráfico 5.116 Relación mutuamente satisfactoria entre el cuidador familiar y el destinatario de los cuidados en la E P Hospital Alto Guadalquivir, valorados con la escala INICIARE®-66	454
Gráfico 5.117 Relación mutuamente satisfactoria entre el cuidador familiar y el destinatario de los cuidados por sexo, en la E P Hospital Alto Guadalquivir, valorados con la escala INICIARE®-66	455
Gráfico 5.118 Estresores informados por el o la cuidadora en la E P Hospital Alto Guadalquivir, valorados con la escala INICIARE®-66	455
Gráfico 5.119 Estresores informados por el o la cuidadora por sexo, en la E P Hospital Alto Guadalquivir, valorados con la escala INICIARE®-66	456
Gráfico 5.120 Descriptivo media y desviación típica de la escala INICIARE®-66 ordenadas por las 14 Necesidades de Virginia Henderson	458
Gráfico 5.121 Descriptivo media y desviación típica en orden descendente de las Necesidades del Modelo Conceptual de Virginia Henderson de la escala INICIARE®-66	460
Gráfico 5.122 Fiabilidad Interobservador por ítems de la escala INICIARE®-66	464
Gráfico 5.123 Coeficiente de Correlación Intraclase de la escala INICIARE®-66	467
Gráfico 5.124 Consistencia Interna de la versión INICIARE®-63	480
Gráfico 5.125 Comparativa de Consistencia Interna entre la versión eNDEC-PH y la versión INICIARE®-63	481
Gráfico. 5.126 Gráfico de sedimentación por dimensiones de la versión INICIARE®-63	486
Gráfico 5.127 Gráfico de Componentes en Espacio Rotado (5 iteraciones) versión INICIARE®-63	488
Gráfico 5.128 Gráfico de Componentes en Espacio Rotado: siete dimensiones, versión INICIARE®-61	489
Gráfico 5.129 Gráfico matriz de transformación de las Componentes de la	490

versión INICIARE®-61

Gráfico. 5.130 Gráfico de sedimentación por ítems de la escala INICIARE®-61 491







# ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.1 Necesidades básicas del modelo conceptual de Virginia Henderson Fuente: Henderson (1994)	35
Tabla 1.2 Instrumentos de medida de la actividad enfermera. Fuente: Subirana & Solá (2006a, 2007a)	61
Tabla 1.3 Resultados de salud por cargas de trabajo enfermero. Fuente: Arroyo (2006)	62
Tabla 1.4 Instrumentos de medida directa: Unidades de hospitalización	78
Tabla 1.5 Instrumentos de medida indirecta: Unidades de hospitalización	79
Tabla 1.6 Instrumentos de medida directa: Unidades de cuidados intensivos	80
Tabla 1.7 Instrumentos de medida indirecta: Unidades de cuidados intensivos	81
Tabla 1.8 Otros estudios	82
Tabla 4.1 Dominios y clases seleccionados para la preliminar	128
Tabla 4.2 Indicadores NOC versión preliminar: necesidad de respiración	130
Tabla 4.3 Indicadores NOC versión preliminar: necesidad de alimentarse e hidratarse	132
Tabla 4.4 Indicadores NOC versión preliminar: necesidad de eliminación	134
Tabla 4.5 Indicadores NOC versión preliminar: necesidad de moverse y mantener la posición corporal	136
Tabla 4.6 Indicadores NOC versión preliminar: necesidad de dormir y descansar	137
Tabla 4.7 Indicadores NOC versión preliminar: necesidad de escoger la ropa, vestirse y desvestirse	138
Tabla 4.8 Indicadores NOC versión preliminar: necesidad de mantener la temperatura corporal	139
Tabla 4.9 Indicadores NOC versión preliminar: necesidad de higiene e integridad de piel y mucosas	140
Tabla 4.10 Indicadores NOC versión preliminar: necesidad de evitar peligros	143
Tabla 4.11 Indicadores NOC versión preliminar: necesidad de comunicarse y relacionarse	144



Tabla 4.12 Indicadores NOC propuestos por la investigadora: necesidad de creencias y valores	146
Tabla 4.13 Indicadores NOC versión preliminar: necesidad de trabajar y realizarse	147
Tabla 4.14 Indicadores NOC versión preliminar: necesidad de actividades recreativas y ocio	148
Tabla 4.15 Indicadores NOC versión preliminar: necesidad de aprender	150
Tabla 4.16 Bloques de cuidados versión preliminar	151
Tabla 4.17 CAMPOS Y CLASES SELECCIONADOS PARA LA VERSIÓN PRELIMINAR	151
Tabla 4.18 Intervenciones (NIC) versión preliminar: bloque I cuidados generales	154
Tabla 4.19 Intervenciones (NIC) versión preliminar: bloque II cuidados psicosociales	156
Tabla 4.20 Intervenciones (NIC) versión preliminar: bloque III cuidados de la piel	157
Tabla 4.21 Intervenciones (NIC) versión preliminar: bloque IV cuidados de catéteres y drenajes	158
Tabla 4.22 Intervenciones (NIC) versión preliminar: bloque V cuidados para el manejo y administración de medicamentos	160
Tabla 4.23 Intervenciones (NIC) versión preliminar: bloque VI cuidados para la realización de pruebas diagnósticas	161
Tabla 4.24 Intervenciones (NIC) versión preliminar: bloque VII cuidados en situaciones críticas	163
Tabla 4. 25 INDICADORES NOC PREVIA RONDA DELPHI (ANEXO XV) DEL INICIARE: NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL	164
Tabla 4.26 Variables del perfil del panelista	177
Tabla 4.27 Variables del estudio del perfil paciente	179
Tabla 4.28 Variables del estudio perfil del cuidador	180
Tabla 4.29 Variables de las necesidades y bloques de cuidados	181
Tabla 4.30 Valoración de la concordancia según Fleis (1986), según coeficiente de correlación intraclase	194
Tabla 4.31 Criterios para la selección de ítems en primera ronda de validación de contenido. Fuente: Engels & Kennedy (2007)	199

---

Tabla 4.32 Criterios para la selección de ítems en segunda ronda de validación de contenido	199
Tabla 5.1 Descriptivo del perfil del panelista	207
Tabla 5.2 Indicadores NOC propuestos en 1ª ronda de validación de la versión preliminar	212
Tabla 5.3 Intervenciones NIC propuestas en 1ª ronda de validación de la versión preliminar	215
Tabla 5.4 Frecuencias de los indicadores de resultados (NOC) propuestos en primera ronda de validación del panel Delphi: necesidad de respirar	217
Tabla 5.5247 Indicadores de resultados (NOC) en los que no hubo consenso en primera ronda de validación: necesidad de respirar	218
Tabla 5.6 Frecuencias de los indicadores de resultados (NOC) propuestos en primera ronda de validación del panel Delphi: necesidad de alimentarse e hidratarse	221
Tabla 5. 7 Indicador de resultados (NOC) en el que no hubo consenso en primera ronda de validación: necesidad de alimentarse e hidratarse	222
Tabla 5. 8 Frecuencias de los indicadores de resultados (NOC) propuestos en primera ronda de validación del panel Delphi: necesidad de eliminar	224
Tabla 5. 9 Indicador de resultados (NOC) en el que no hubo consenso en primera ronda de validación: necesidad de eliminar	225
Tabla 5. 10 Frecuencias de los indicadores de resultados (NOC) propuestos en primera ronda de validación del panel Delphi: Necesidad de moverse y mantener la posición corporal	226
Tabla 5. 11 Indicadores de resultados (NOC) en los que no hubo consenso en primera ronda de validación: necesidad de moverse y mantener la posición corporal	227
Tabla 5. 12 Frecuencias de los indicadores de resultados (NOC) propuestos en primera ronda de validación del panel Delphi: necesidad de reposo-sueño	229
Tabla 5. 13 Indicadores de resultados (NOC) en los que no hubo consenso en primera ronda de validación: necesidad de reposo-sueño	230
Tabla 5. 14 Frecuencias de los indicadores de resultados (NOC) propuestos en	232

primera ronda de validación del panel Delphi: necesidad de vestirse y desvestirse	
Tabla 5. 15 Indicadores de resultados (NOC) sobre los que no hubo consenso en primera ronda de validación: necesidad de vestirse y desvestirse	232
Tabla 5. 16 Frecuencias de los indicadores de resultados (NOC) propuestos en primera ronda de validación del panel Delphi: necesidad de mantener la temperatura	233
Tabla 5. 17 Frecuencias de los indicadores de resultados (NOC) propuestos en primera ronda de validación del panel Delphi: necesidad de higiene e integridad de piel y mucosas	235
Tabla 5. 18 Indicadores de resultados (NOC) en los que no hubo consenso en primera ronda de validación: necesidad de higiene e integridad de piel y mucosas	236
Tabla 5. 19 Frecuencias de los indicadores de resultados (NOC) propuestos en primera ronda de validación del panel Delphi: necesidad de evitar peligros	238
Tabla 5. 20 Indicador de resultados (NOC) en el que no hubo consenso en primera ronda de validación: necesidad de evitar peligros	239
Tabla 5. 21 Frecuencias de los indicadores de resultados (NOC) propuestos en primera ronda de validación del panel Delphi: Necesidad de comunicarse y relacionarse	240
Tabla 5. 22 Indicador de resultados (NOC) en el que no hubo consenso en primera ronda de validación: necesidad de comunicarse y relacionarse	241
Tabla 5. 23 Frecuencias de los indicadores de resultados (NOC) propuestos en primera ronda de validación del panel Delphi: Necesidad de creencias y valores	243
Tabla 5. 24 Indicadores de resultados (NOC) en el que no hubo consenso en primera ronda de validación: necesidad de creencias y valores	243
Tabla 5. 25 Frecuencias de los indicadores de resultados (NOC) propuestos en primera ronda de validación del panel Delphi: necesidad de trabajar y realizarse	245
Tabla 5. 26 Frecuencias de los indicadores de resultados (NOC) propuestos en primera ronda de validación del panel Delphi: necesidad de actividades recreativas y de ocio	246

---

Tabla 5. 27 Indicadores de resultados (NOC) en los que no hubo consenso en primera ronda de validación: necesidad de actividades recreativas y de ocio	247
Tabla 5. 28 Frecuencias de los indicadores de resultados (NOC) propuestos en primera ronda de validación del panel Delphi: necesidad de aprender	248
Tabla 5. 29 Indicadores de resultados (NOC) en los que no hubo consenso en primera ronda de validación: necesidad de aprender	249
Tabla 5. 30 Intervenciones (NIC) propuestas primera en primera ronda de validación del panel Delphi: bloque de cuidados generales	250
Tabla 5. 31 Intervenciones (NIC) propuestas primera en primera ronda de validación del panel Delphi: bloque cuidados psicosociales	251
Tabla 5. 32 Intervención (NIC) en la que no hubo consenso en primera ronda de validación: bloque de cuidados psicosociales	252
Tabla 5. 33 Intervenciones (NIC) propuestas primera en primera ronda de validación del panel Delphi: bloque de cuidados de la piel	253
Tabla 5. 34 Intervenciones (NIC) propuestas primera en primera ronda de validación del panel Delphi: bloque de cuidados de catéteres y drenajes	254
Tabla 5. 35 Intervenciones (NIC) propuestas primera en primera ronda de validación del panel Delphi: bloque de cuidados para el manejo y administración de medicamentos	255
Tabla 5. 36 Intervenciones (NIC) propuestas primera en primera ronda de validación del panel Delphi: bloque de cuidados para la realización de pruebas diagnósticas	256
Tabla 5. 37 Intervenciones (NIC) propuestas primera en primera ronda de validación del panel Delphi: bloque de cuidados en situaciones críticas	257
Tabla 5. 38 Indicadores NOC propuestos en segunda ronda de validación	261
Tabla 5. 39 Intervenciones NIC propuestas en segunda ronda de validación	263
Tabla 5. 40 Frecuencias de los indicadores de resultados (NOC) propuestos en segunda ronda de validación del panel Delphi: necesidad de respirar	264
Tabla 5. 41 Indicador de resultados (NOC) en el que no hubo consenso en segunda ronda de validación: necesidad de respirar	265
Tabla 5. 42 Indicadores de resultados (NOC) eliminados en segunda ronda de	265

validación: necesidad de respirar	
Tabla 5. 43 Frecuencias de los indicadores de resultados (NOC) propuestos en segunda ronda de validación del panel Delphi: necesidad de alimentarse e hidratarse	266
Tabla 5. 44 Indicadores de resultados (NOC) en los que no hubo consenso en segunda ronda de validación: necesidad de alimentarse e hidratarse	266
Tabla 5. 45 Frecuencias de los indicadores de resultados (NOC) propuestos en segunda ronda de validación del panel Delphi: necesidad de eliminar	267
Tabla 5. 46 Indicadores de resultados (NOC) eliminados en segunda ronda de validación: necesidad de eliminar	267
Tabla 5. 47 Frecuencias de los indicadores de resultados (NOC) propuestos en segunda ronda de validación del panel Delphi: necesidad de moverse y mantener la posición corporal	268
Tabla 5. 48 Indicadores de resultados (NOC) en el que no hubo consenso en segunda ronda de validación: necesidad de moverse y mantener la posición corporal	269
Tabla 5. 49 Indicador de resultados (NOC) eliminado en segunda ronda de validación: necesidad de moverse y mantener la posición corporal	269
Tabla 5. 50 Frecuencias de los indicadores de resultados (NOC) propuestos en segunda ronda de validación del panel Delphi: necesidad de reposo-sueño	269
Tabla 5. 51 Indicador de resultados (NOC) en el que no hubo consenso en segunda ronda de validación: necesidad de reposo-sueño	270
Tabla 5. 52 Indicador de resultados (NOC) eliminado en segunda ronda de validación: necesidad de reposo-sueño	270
Tabla 5. 53 Frecuencias de los indicadores de resultados (NOC) propuestos en segunda ronda de validación del panel Delphi: necesidad de vestirse y desvestirse	271
Tabla 5. 54 Frecuencias de los indicadores de resultados (NOC) propuestos en segunda ronda de validación del panel Delphi: necesidad de higiene e integridad de piel y mucosas	272
Tabla 5. 55 Indicadores de resultados (NOC) en los que no hubo consenso en	272

---

segunda ronda de validación: necesidad de higiene e integridad de piel y mucosas	
Tabla 5. 56 Indicadores de resultados (NOC) eliminados en segunda ronda de validación: necesidad de higiene e integridad de piel y mucosas	273
Tabla 5. 57 Frecuencias de los indicadores de resultados (NOC) propuestos en segunda ronda de validación del panel Delphi: necesidad de evitar peligros	273
Tabla 5. 58 Indicador de resultados (NOC) en el que no hubo consenso en segunda ronda de validación: necesidad de evitar peligros	274
Tabla 5. 59 Indicador de resultados (NOC) eliminado en segunda ronda de validación: necesidad de evitar peligros	274
Tabla 5. 60 Frecuencias de los indicadores de resultados (NOC) propuestos en segunda ronda de validación del panel Delphi: necesidad de comunicarse y relacionarse	274
Tabla 5. 61 Indicadores de resultados (NOC) en los que no hubo consenso en segunda ronda de validación: necesidad de comunicarse y relacionarse	275
Tabla 5. 62 Frecuencias de los indicadores de resultados (NOC) propuestos en segunda ronda de validación del panel Delphi: necesidad de creencias y valores	275
Tabla 5. 63 Indicador de resultados (NOC) en el que no hubo consenso en segunda ronda de validación: necesidad de creencias y valores	275
Tabla 5. 64 Frecuencias de los indicadores de resultados (NOC) propuestos en segunda ronda de validación del panel Delphi: necesidad de ocio y actividades recreativas	276
Tabla 5. 65 Indicadores de resultados (NOC) en los que no hubo consenso en segunda ronda de validación: necesidad de ocio y actividades recreativas	276
Tabla 5. 66 Frecuencias de los indicadores de resultados (NOC) propuestos en segunda ronda de validación del panel Delphi: necesidad de aprender	277
Tabla 5. 67 Indicador de resultados (NOC) en el que no hubo consenso en segunda ronda de validación: necesidad de aprender	277
Tabla 5. 68 Indicadores de resultados (NOC) eliminados en segunda ronda de validación: necesidad de aprender	278
Tabla 5. 69 Frecuencias de las intervenciones (NIC) propuestas en segunda	278

ronda de validación del panel Delphi: bloque de cuidados psicosociales	
Tabla 5. 70 Intervención (NIC) en la que no hubo consenso en segunda ronda de validación: bloque de cuidados psicosociales	579
Tabla 5. 71 Frecuencias de las intervenciones (NIC) propuestas en segunda ronda de validación del panel Delphi: bloque de cuidados en situaciones críticas	280
Tabla 5. 72 Evolución de indicadores de resultados (NOC) por necesidades tras segunda ronda de validación	281
Tabla 5. 73 Evolución de intervenciones (NIC) por bloques de cuidados tras segunda ronda de validación	282
Tabla 5. 74 Puntuaciones de los ítems valorados en tercera ronda de validación	285
Tabla 5. 75 Valoración del indicador de resultados (NOC) en tercera ronda de validación del panel Delphi: necesidad de respirar	286
Tabla 5. 76 Valoración de los indicadores de resultados (NOC) en tercera ronda de validación del panel Delphi: necesidad de alimentarse e hidratarse	287
Tabla 5. 77 Valoración de los indicadores de resultados (NOC) en tercera ronda de validación del panel Delphi: necesidad de moverse y mantener la posición corporal	289
Tabla 5.78 Valoración de los indicadores de resultados (NOC) en tercera ronda de validación del panel Delphi: necesidad de reposo-sueño	291
Tabla 5.79 Valoración de los indicadores de resultados (NOC) en tercera ronda de validación del panel Delphi: necesidad de higiene e integridad de piel y mucosas	293
Tabla 5.80 Valoración del indicador de resultados (NOC) en tercera ronda de validación del panel Delphi: necesidad de evitar peligros	295
Tabla 5.81 Valoración de los indicadores de resultados (NOC) en tercera ronda de validación del panel Delphi: necesidad de comunicarse y relacionarse	296
Tabla 5.82 Valoración del indicador de resultados (NOC) en tercera ronda de validación del panel Delphi: necesidad de creencias y valores	298
Tabla 5.83 Valoración de los indicadores de resultados (NOC) en tercera ronda de validación del panel Delphi: necesidad de ocio y actividades recreativas	299
Tabla 5.84 Valoración del indicador de resultados (NOC) en tercera ronda de	301

---

validación del panel Delphi: necesidad de aprender	
Tabla 5.85 Valoración de la intervención (NIC) en tercera ronda de validación del panel Delphi: bloque de cuidados psicosociales	303
Tabla 5.86 Dinámica de ítems desde la versión preliminar hasta la versión eNDEC-PH	306
Tabla 5.87 Descriptivo del perfil general de pacientes valorados con la versión eNDEC-PH	307
Tabla 5.88 Descriptivo del perfil de pacientes valorados con la versión eNDEC-PH por centros hospitalarios	311
Tabla 5.89 Descriptivo del perfil del cuidador valorado con la versión eNDEC-PH por sexo y parentesco	315
Tabla 5.90 Descriptivo del perfil del cuidador valorado con la versión eNDEC-PH en relación al proceso de cuidar	317
Tabla 5.91 Análisis de la fiabilidad interobservador de los indicadores de resultados (NOC) de la versión eNDEC-PH	317
Tabla 5.92 Análisis de la fiabilidad interobservador de las intervenciones (NIC) de la versión eNDEC-PH	321
Tabla 5.93 Ítems recodificados por interpolación lineal (N:322)	323
Tabla 5.94 Consistencia interna de la necesidad de respirar con 12 ítems	326
Tabla 5.95 Consistencia interna de la necesidad de respirar con 10 ítems	327
Tabla 5.96 Consistencia interna de la necesidad de alimentarse e hidratarse con 10 ítems	328
Tabla 5.97 Consistencia interna de la necesidad de alimentarse e hidratarse con 9 ítems	329
Tabla 5.98 Consistencia interna de la necesidad de eliminar con 9 ítems	330
Tabla 5.99 Consistencia interna de la necesidad de eliminar con 7 ítems	330
Tabla 5.100 Consistencia interna de la necesidad de moverse y mantener la posición corporal con 9 ítems	331
Tabla 5.101 Consistencia interna de la necesidad de moverse y mantener la posición corporal con 7 ítems	332
Tabla 5.102 Consistencia interna de la necesidad de moverse y mantener la	332



posición corporal con 6 ítems	
Tabla 5.103 Consistencia interna de la necesidad de moverse y mantener la posición corporal con 4 ítems	333
Tabla 5.104 Consistencia interna de la necesidad de reposo-sueño con 6 ítems	333
Tabla 5.105 Consistencia interna de la necesidad de reposo-sueño con 5 ítems	334
Tabla 5.106 Consistencia interna de la necesidad de reposo-sueño con 3 ítems	334
Tabla 5.107 Consistencia interna de la necesidad de vestirse y desvestirse con 6 ítems	335
Tabla 5.108 Consistencia interna de la necesidad de vestirse y desvestirse con 5 ítems	335
Tabla 5.109 Consistencia interna de la necesidad de vestirse y desvestirse con 2 ítems	336
Tabla 5.110 Consistencia interna de la necesidad de mantener la temperatura corporal con 5 ítems	336
Tabla 5.111 Consistencia interna de la necesidad de mantener la temperatura corporal con 4 ítems	337
Tabla 5.112 Consistencia interna de la necesidad de mantener la temperatura corporal con 3 ítems	337
Tabla 5.113 Consistencia interna de la necesidad de higiene e integridad de piel y mucosas con 7 ítems	338
Tabla 5.114 Consistencia interna de la necesidad de higiene e integridad de piel y mucosas con 6 ítems	338
Tabla 5.115 Consistencia interna de la necesidad de higiene e integridad de piel y mucosas con 5 ítems	339
Tabla 5.116 Consistencia interna de la necesidad de higiene e integridad de piel y mucosas con 4 ítems	339
Tabla 5.117 Consistencia interna de la necesidad de higiene e integridad de piel y mucosas con 3 ítems	340
Tabla 5.118 Consistencia interna de la necesidad de higiene e integridad de piel y mucosas con 2 ítems	340
Tabla 5.119 Consistencia interna de la necesidad de evitar peligros con 10 ítems	341

---

Tabla 5.120 Consistencia interna de la necesidad de evitar peligros con 9 ítems	341
Tabla 5.121 Consistencia interna de la necesidad de evitar peligros con 8 ítems	342
Tabla 5.122 Consistencia interna de la necesidad de evitar peligros con 7 ítems	342
Tabla 5.123 Consistencia interna de la necesidad de evitar peligros con 6 ítems	343
Tabla 5.124 Consistencia interna de la necesidad de evitar peligros con 5 ítems	343
Tabla 5.125 Consistencia interna de la necesidad de evitar peligros con 4 ítems	344
Tabla 5.126 Consistencia interna de la necesidad de comunicarse y relacionarse con 8 ítems	345
Tabla 5.127 Consistencia interna de la necesidad de comunicarse y relacionarse con 6 ítems	345
Tabla 5.128 Consistencia interna de la necesidad de comunicarse y relacionarse con 4 ítems	346
Tabla 5.129 Consistencia interna de la necesidad de creencias y valores con 5 ítems	347
Tabla 5.130 Consistencia interna de la necesidad de creencias y valores con 4 ítems	347
Tabla 5.131 Consistencia interna de la necesidad de creencias y valores con 3 ítems	348
Tabla 5.132 Consistencia interna de la necesidad de trabajar y realizarse con 8 ítems	348
Tabla 5.133 Consistencia interna de la necesidad de trabajar y realizarse con 6 ítems	349
Tabla 5.134 Consistencia interna de la necesidad de trabajar y realizarse con 5 ítems	350
Tabla 5.135 Consistencia interna de la necesidad de trabajar y realizarse con 4 ítems	350
Tabla 5.136 Consistencia interna de la necesidad de actividades recreativas y ocio con 4 ítems	351
Tabla 5.137 Consistencia interna de la necesidad de actividades recreativas y ocio con 3 ítems	351
Tabla 5.138 Consistencia interna de la necesidad de actividades recreativas y	352

ocio con 2 ítems	
Tabla 5.139 Consistencia interna de la necesidad de aprender con 10 ítems	352
Tabla 5.140 Consistencia interna de la necesidad de aprender con 8 ítems	353
Tabla 5.141 Consistencia interna del bloque de cuidados generales con 12 ítems	354
Tabla 5.142 Consistencia interna del bloque de cuidados generales con 10 ítems	355
Tabla 5.143 Consistencia interna del bloque de cuidados generales con 9 ítems	355
Tabla 5.144 Consistencia interna del bloque de cuidados generales con 8 ítems	356
Tabla 5.145 Consistencia interna del bloque de cuidados psicosociales con 6 ítems	357
Tabla 5.146 Consistencia interna del bloque de cuidados psicosociales con 5 ítems	357
Tabla 5.147 Consistencia interna del bloque de cuidados de la piel con 6 ítems	358
Tabla 5.148 Consistencia interna del bloque de cuidados de la piel con 5 ítems	358
Tabla 5.149 Consistencia interna del bloque de cuidados de la piel con 4 ítems	359
Tabla 5.150 Consistencia interna del bloque de cuidados de la piel con 3 ítems	359
Tabla 5.151 Consistencia interna del bloque de cuidados para el manejo y administración de medicamentos con 8 ítems	360
Tabla 5.152 Consistencia interna del bloque de cuidados para el manejo y administración de medicamentos con 6 ítems	361
Tabla 5.153 Consistencia interna del bloque de cuidados para el manejo y administración de medicamentos con 5 ítems	361
Tabla 5.154 Consistencia interna del bloque de cuidados para la realización de pruebas diagnósticas con 8 ítems	362
Tabla 5.155 Consistencia interna del bloque de cuidados para la realización de pruebas diagnósticas con 4 ítems	363
Tabla 5.156 Consistencia interna del bloque de cuidados para la realización de pruebas diagnósticas con 3 ítems	363
Tabla 5.157 Consistencia interna del bloque de cuidados para la realización de pruebas diagnósticas con 2 ítems	364
Tabla 5.158 Consistencia interna del bloque de cuidados en situaciones críticas con 5 ítems	364

---

Tabla 5.159 Consistencia interna del bloque de cuidados en situaciones críticas con 4 ítems	365
Tabla 5.160 Consistencia interna del bloque de cuidados en situaciones críticas con 3 ítems	365
Tabla 5.161 Consistencia interna de las necesidades de la versión eNDEC-PH	366
Tabla 5.162 Consistencia interna global de la escala INICIARE®-64	370
Tabla 5.163 Consistencia interna global de la escala INICIARE®-64 sin la necesidad de mantener la temperatura corporal	370
Tabla 5.164 Consistencia interna global de la escala INICIARE®-64 con y sin la necesidad de mantener la temperatura corporal	371
Tabla 5.165 Descriptivo de los ítems (indicadores NOC) seleccionados tras consistencia interna escala INICIARE®-64	372
Tabla 5.166 Análisis factorial de la necesidad de respiración: KMO y Bartlett	374
Tabla 5.167 Análisis factorial de la necesidad de respiración: matriz de componentes y de rotación	375
Tabla 5.168 Análisis factorial de la necesidad de alimentarse e hidratarse: KMO y Bartlett	377
Tabla 5.169 Análisis factorial de la necesidad de alimentarse e hidratarse: matriz de componentes y de rotación	377
Tabla 5.170 Análisis factorial de la necesidad de eliminar: KMO y Bartlett	379
Tabla 5.171 Análisis factorial de la necesidad de moverse y mantener la posición corporal: KMO y Bartlett	380
Tabla 5.172 Análisis factorial de la necesidad de reposo-sueño: KMO y Bartlett	381
Tabla 5.173 Análisis factorial de la necesidad de vestirse y desvestirse: KMO y Bartlett	382
Tabla 5.174 Análisis factorial de la necesidad de mantener la temperatura corporal: KMO y Bartlett	383
Tabla 5.175 Análisis factorial de la necesidad de higiene e integridad de piel y mucosas: KMO y Bartlett	384
Tabla 5.176 Análisis factorial de la necesidad de evitar peligros: KMO y Bartlett	385
Tabla 5.177 Análisis factorial de la necesidad de comunicarse y relacionarse:	386

KMO y Bartlett	
Tabla 5.178 Análisis factorial de la necesidad de creencias y valores: KMO y Bartlett	387
Tabla 5.179 Análisis factorial de la necesidad de trabajar y realizarse: KMO y Bartlett	388
Tabla 5.180 Análisis factorial de la necesidad de ocio y actividades recreativas: KMO y Bartlett	389
Tabla 5.181 Análisis factorial de la necesidad de aprender: KMO y Bartlett	390
Tabla 5.182 Análisis factorial de la escala INICIARE®-64: KMO y Bartlett	391
Tabla 5.183 Análisis factorial de la escala INICIARE®-64: matriz de componentes y de rotación	392
Tabla 5.184 Pruebas de normalidad de la escala INICIARE®-64	394
Tabla 5.185 Puntaje del nivel de necesidad de cuidados medido con la escala INICIARE®-64	394
Tabla 5.186 Nivel de necesidad de cuidados por percentiles de la escala INICIARE®-64	395
Tabla 5.187 Descriptivo del nivel de dependencia de los pacientes valorados con la escala INICIARE®-64	396
Tabla 5.188 Nivel de dependencia en cuidados necesidad de respirar de la escala INICIARE®-64	399
Tabla 5.189 Nivel de dependencia en cuidados necesidad de alimentarse e hidratarse de la escala INICIARE®-64	401
Tabla 5.190 Nivel de dependencia en cuidados necesidad de eliminar de la escala INICIARE®-64	403
Tabla 5.191 Nivel de dependencia en cuidados necesidad de moverse y mantener la posición corporal de la escala INICIARE®-64	405
Tabla 5.192 Nivel de dependencia en cuidados necesidad de dormir y descansar de la escala INICIARE®-64	407
Tabla 5.193 Nivel de dependencia en cuidados necesidad de vestirse y desvestirse de la escala INICIARE®-64	409
Tabla 5.194 Nivel de dependencia en cuidados necesidad de mantener la	411

---

temperatura corporal de la escala INICIARE®-64	
Tabla 5.195 Nivel de dependencia en cuidados necesidad de higiene e integridad de piel y mucosas de la escala INICIARE®-64	413
Tabla 5.196 Nivel de dependencia en cuidados necesidad de evitar peligros de la escala INICIARE®-64	415
Tabla 5.197 Nivel de dependencia en cuidados necesidad de comunicarse y relacionarse de la escala INICIARE®-64	417
Tabla 5.198 Nivel de dependencia en cuidados necesidad de creencias y valores de la escala INICIARE®-64	419
Tabla 5.199 Nivel de dependencia en cuidados necesidad de trabajar y realizarse de la escala INICIARE®-64	421
Tabla 5.200 Nivel de dependencia en cuidados necesidad de ocio y actividades recreativas de la escala INICIARE®-64	423
Tabla 5.201 Nivel de dependencia en cuidados necesidad de aprender de la escala INICIARE®-64	425
Tabla 5.202 Prueba de homogeneidad del ANOVA u homogeneidad de varianzas de la escala INICIARE® -64	427
Tabla 5.203 ANOVA del nivel de dependencia de la INICIARE®-64 vs Índice de Barthel	428
Tabla 5.204 Pruebas robustas de igualdad de las medias	428
Tabla 5.205 ANOVA de un factor: nivel de dependencia medido con la escala INICIARE® -64 vs Índice de Barthel	428
Tabla 5.206 Games-Howell de la escala INICIARE® -64	429
Tabla 5.207 Descriptivo de la escala INICIARE®-64	431
Tabla 5.208 Descriptivo del perfil del panelista para la validación de contenido de la necesidad de mantener la temperatura corporal	435
Tabla 5.209 Indicadores NOC necesidad de mantener la temperatura corporal	438
Tabla 5.210 Descriptivo del perfil del paciente validación de la versión INICIARE®-66	439
Tabla 5.211 Descriptivo del perfil de pacientes por hospitales	446
Tabla 5.212 Descriptivo del perfil del cuidador por sexo y parentesco con la	450

versión INICIARE-66	
Tabla 5.213 Descriptivo del perfil del cuidador en relación al proceso de cuidar con la versión INICIARE-66	452
Tabla 5.214 Análisis descriptivo por ítems de la escala INICIARE®-66	456
Tabla 5.215 Puntaje del nivel de dependencia en cuidados por necesidades de la versión INICIARE®-66	459
Tabla 5.216 Estadísticos descriptivos por necesidades de la escala INICIARE®-66 (rango de 1 a 5 y orden descendente)	459
Tabla 5.217 Estadísticos descriptivos por ítems de la escala INICIARE®-66	461
Tabla 5.218 Análisis de la fiabilidad interobservador del INICIARE®-66	462
Tabla 5.219 Comparativa fiabilidad interobservador: eNDEC-PH e INICIARE®-66	465
Tabla 5.220 Coeficiente de correlación intraclase de las dimensiones de la escala INICIARE®-66	467
Tabla 5.221 Consistencia interna de la necesidad de respirar con 10 ítems INICIARE®-66	468
Tabla 5.222 Consistencia interna de la necesidad de alimentarse e hidratarse con 9 ítems INICIARE®-66	469
Tabla 5.223 Consistencia interna de la necesidad de alimentarse e hidratarse con 8 ítems INICIARE®-66	469
Tabla 5.224 Consistencia interna de la necesidad de eliminar con 7 ítems INICIARE®-66	470
Tabla 5.225 Consistencia interna de la necesidad de moverse y mantener la postura corporal con 4 ítems INICIARE®-66	471
Tabla 5.226 Consistencia interna de la necesidad de reposo-sueño con 3 ítems INICIARE®-66	471
Tabla 5.227 Consistencia interna de la necesidad de vestirse con 2 ítems INICIARE®-66	472
Tabla 5.228 Consistencia interna de la necesidad de mantener la temperatura corporal con 5 ítems INICIARE®-66	473
Tabla 5.229 Consistencia interna de la necesidad de mantener la temperatura corporal con 3 ítems INICIARE®-66	473

---

Tabla 5.230 Consistencia interna de la necesidad de higiene e integridad de piel y mucosas con 2 ítems INICIARE®-66	474
Tabla 5.231 Consistencia interna de la necesidad de evitar peligros con 4 ítems INICIARE®-66	475
Tabla 5.232 Consistencia interna de la necesidad de evitar peligros con 3 ítems INICIARE®-66	475
Tabla 5.233 Consistencia interna de la necesidad de comunicarse y relacionarse respirar con 4 ítems INICIARE®-66	476
Tabla 5.234 Consistencia interna de la necesidad de creencias y valores con 3 ítems INICIARE®-66	476
Tabla 5.235 Consistencia interna de la necesidad de necesidad de trabajar y realizarse con 4 ítems INICIARE®-66	477
Tabla 5.236 Consistencia interna de la necesidad de necesidad de trabajar y realizarse con 3 ítems INICIARE®-66	477
Tabla 5.237 Consistencia interna de la necesidad de ocio actividades recreativas con 2 ítems INICIARE®-66	478
Tabla 5.238 Consistencia interna de la necesidad de aprender con 7 ítems INICIARE®-66	479
Tabla 5.239 Consistencia interna de las necesidades de la escala INICIARE®-62	480
Tabla 5.240 Comparativa de los valores de alfa de Cronbach versión eNDEC-PH e INICIARE®-62	481
Tabla 5.241 Análisis Factorial de la Escala INICIARE®-63: KMO y Bartlett	483
Tabla 5.242 Varianza total explicada por dimensiones INICIARE®-63	483
Tabla 5.243 Varianza total explicada por ítems INICIARE®-63	484
Tabla 5.244 Análisis de componentes principales INICIARE®-63: extracción de tres componentes	486
Tabla 5.245 Matriz de componentes rotados en cinco iteraciones INICIARE®-63	487
Tabla 5.246 Matriz de componentes rotados INICIARE®-61: extracción de siete componentes	489
Tabla 6.1. Comparativa de los factores identificados en la escala INICIARE®-64 y los Patrones de Gordon	511



Tabla 6.2. Comparativa de los factores identificados en la escala INICIARE<sup>®</sup>-64  
con las Necesidades de Virginia Henderson





514

## **X. ANEXOS**



# ANEXO 1

## CUATRO NIVELES DE CUIDADOS

Nivel	Características	Ejemplos orientativos	Mín. x turno
<b>CUIDADOS MÍNIMOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pueden comer de forma autónoma o con una pequeña ayuda.</li> <li>○ Se visten completamente solos o con una pequeña ayuda.</li> <li>○ No precisan cuidados especiales ni cura de ninguna lesión.</li> <li>○ Presentan control total de esfínteres o pérdidas muy ocasionales.</li> <li>○ Ocasionalmente precisan medidas higiénicas y/o farmacológicas para el sueño.</li> <li>○ Deambulan autónomamente, o precisan de ayuda parcial y colaboran.</li> <li>○ Se comunican o expresan normalmente.</li> <li>○ Adecuada orientación temporo-espacial.</li> <li>○ No presentan alteraciones sensorceptivas</li> <li>○ Precisan Medicación Tópica/Oral, que toman de forma autónoma.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puerperio normal y RN</li> <li>• Visperas de intervenciones (sin grandes preparaciones)</li> <li>• Observación leve (dejar evolucionar)</li> <li>• Visperas previstas de alta.</li> </ul>	30 min. x turno Ratio E 1:12 Ratio AE 1:15 
<b>CUIDADOS MÉDIOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Precisan de ayuda continua parcial en la alimentación.</li> <li>○ Precisan de ayuda continua parcial para vestirse y pueden colaborar en ello.</li> <li>○ Precisan de ayuda continua parcial y estímulo para la cobertura de necesidades de higiene, y en algunos casos colaboran.</li> <li>○ Requieren cuidados de la piel y superficie corporal, por presentar Úlceras por Presión de grados I y II.</li> <li>○ Pérdidas habituales o incontinencia total.</li> <li>○ Presentan trastornos del sueño frecuentes.</li> <li>○ Precisan de vigilancia y/o ayuda continua para la deambulación.</li> <li>○ Se comunican y expresan con problemas o dificultad.</li> <li>○ Presentan confusión y desorientación ocasional.</li> <li>○ Alteraciones de visión/audición y/o utilización de prótesis.</li> <li>○ Medicación vía parenteral, o que requiere preparación especial.</li> <li>○ Muestras de implicación familiar en los cuidados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convalecencia post-traumáticos</li> <li>• Enfermedades crónicas: EPOC</li> <li>• Polisomniografía</li> <li>• Algunos ACVA</li> <li>• Postoperatorios tardíos</li> </ul>	45 min. x turno Ratio E 1:8 Ratio AE 1:10 
<b>CUIDADOS AMPLIOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Requieren cuidados de la piel, por presentar UPP de grados III, IV y V.</li> <li>○ Presencia de incontinencias, sondaje vesical (permanente o intermitente), ostomía y/o fecalomas</li> <li>○ Problemas de comunicación.</li> <li>○ Confusión o desorientación manifiesta.</li> <li>○ Precisan Medicación Oral, Parenteral, Seroterapia...</li> <li>○ Ayuda completa para la movilización</li> <li>○ Ayuda completa para la higiene</li> <li>○ Insomnio habitual</li> <li>○ Ayuda completa para la alimentación</li> <li>○ Ayuda completa para vestirse y desvestirse</li> <li>○ Escasa implicación familiar en los cuidados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Postoperatorio inmediato normal.</li> <li>• Frecuente observación.</li> <li>• Inconsciencia con estabilidad.</li> <li>• RTU en las primeras 48h</li> <li>• Grandes ACVA o AVCA en sus primeros estadios.</li> </ul>	90 min. x turno Ratio E 1:3 Ratio AE 1:4 Ratio CE 1:8 
<b>CUIDADOS MUY AMPLIOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Total dependencia</li> <li>○ Continua observación</li> <li>○ Tratamiento y medicación continuas</li> <li>○ Cuidados directos y control de ctes. Permanentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grandes Críticos...</li> <li>• IAM en sus primeros estadios</li> <li>• Hemorragias</li> <li>• Neonatos con atención permanente</li> <li>• ...</li> </ul>	120 o mas min. por turno Ratio E 1:1 Ratio AE 1:2 Ratio CE 1:5 

# ANEXO 2



Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

## 6.1 CRIBADO DE DETERIORO COGNITIVO -TEST DE PFEIFFER VERSIÓN ESPAÑOLA-

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** que consta de 10 ítems. El punto de corte está en 3 o más errores, en el caso de personas que al menos sepan leer y escribir y de 4 ó más para los que no. A partir de esa puntuación existe la sospecha de deterioro cognitivo.

Ítems	ERRORES
¿Qué día es hoy? -día, mes, año-	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Dónde estamos ahora?	
¿Cuál es su nº de teléfono?	
¿Cuál es su dirección? -preguntar sólo si el paciente no tiene teléfono-	
¿Cuántos años tiene?	
¿Cuál es su fecha de nacimiento? -día, mes, año-	
¿Quién es ahora el presidente del gobierno?	
¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?	
¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?	
Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0.	
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	

## ENCUESTA DELPHI SOBRE ADECUACIÓN DE SELEs EN LA VALORACIÓN DE NECESIDADES: PRIMERA RONDA

*Departamento de Enfermería: Programa de Doctorado Educación Física y Salud*

Mediante este formulario, se le solicita su colaboración como miembro experto acreditado del panel Delphi que forma parte de la primera etapa de investigación de la tesis doctoral, que tendrá como objetivo “La Creación y Validación de un instrumento para la medida del nivel de dependencia en cuidados en pacientes hospitalizados”.

Como codirector de esta tesis doctoral D Jose Miguel Morales Asencio, me ha sugerido su participación por su elevado conocimiento en la materia de la que se va a tratar, de manera que para nosotros sería de inestimable ayuda su opinión y aportaciones.

Con esta investigación se pretende construir una herramienta fiable y válida, capaz de discriminar con la suficiente sensibilidad y especificidad las respuestas humanas en la demanda de cuidados de los pacientes y sus cuidadores, aportando una solución objetiva mediante la utilización de Sistemas Estandarizados de Lenguaje Enfermero (SELEs) y la adopción de un Modelo Conceptual que permite garantizar que todas las enfermeras comparten una misma concepción de persona, salud, entorno y rol profesional.

La finalidad principal de esta investigación es obtener un instrumento que permita evaluar los niveles de cuidados que precisan pacientes hospitalizados, mediante el uso de Sistemas Estandarizados de Lenguaje Enfermero (SELEs).

Su aportación seguiría varias fases, en las que se le pedirá que enjuicie los siguientes aspectos:

1) Queremos conocer en primer lugar cuál es su valoración de una serie de ítems seleccionados por la doctoranda e investigadores afines para intentar medir cada una de las 14 Necesidades de Virginia. Henderson. Para ello deberá asignar una puntuación del 1 al 5 a cada uno de ellos según “Grado de adecuación”. En esta valoración tiene que plantearse la siguiente pregunta: ¿Es adecuado este ítem para medir esta necesidad? y a continuación deberá de darle una puntuación siguiendo la escala que le aparecerá en cada página.

2) También queremos conocer atendiendo a su criterio profesional, la existencia de algún otro resultado NOC, que no estando en este momento incluido, sería interesante tener en cuenta para evaluar cada necesidad.

3) Por último, queremos conocer su valoración sobre la idoneidad y frecuencia de diferentes intervenciones que se realizan en el cuidado al paciente, desde el punto de vista de la evaluación de la necesidad de cuidados enfermeros. Se le presentarán una serie de áreas de intervención sobre las que deberá posicionarse, con el mismo método expuesto anteriormente. Las áreas son:

- A. Cuidados generales
- B. Cuidados psicosociales
- C. Cuidados de la piel
- D. Cuidados del catéter drenajes y ostomías
- E. Cuidados en el control de constantes
- F. Cuidados: administración de medicación
- G. Cuidados: realización de pruebas diagnósticas
- H. Cuidados en situación crítica

A continuación y según su criterio podrá incluir cualquier otra intervención relacionada con cada apartado, que no estando en este momento incluida, sería interesante tener en cuenta y en cuanto la puntuaría.

Se les devolverá una retroalimentación con las puntuaciones que todos los panelistas efectúen, mostrándoles aquellas en las que ha habido consenso y aquellas en las que no. Se les irán pidiendo sucesivas rondas de votaciones hasta que se logre el mayor consenso. Habitualmente, esto suele conseguirse en 2-3 rondas, aunque, a priori es difícil establecer un número exacto.

Le agradezco de antemano poder contar con su experiencia y elevado criterio para este proyecto y por el tiempo que dedique a cumplimentar este cuestionario.

Atentamente, Ana M<sup>a</sup> Porcel

**1. Acepto participar en este estudio:**

Sí

No

## **1. RESPIRACIÓN**

Puntúe de 1 a 5, según su criterio la idoneidad de este ítem para valorar la NECESIDAD DE RESPIRAR.

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar. Para puntuar tenga en cuenta los valores de la escala:

1: Totalmente adecuado 2: Muy adecuado 3: Adecuado 4: Poco adecuado 5: Inadecuado

RESPIRACIÓN	1	2	3	4	5
040216 Deterioro cognitivo					
040206 Cianosis					
041004 Frecuencia respiratoria					
040002 Frecuencia cardíaca					
040302 Ritmo respiratorio					
040101 Presión arterial sistólica					
040102 Presión arterial diastólica					
041012 Capacidad de eliminar secreciones					
041002 Ansiedad					

¿Añadiría algún otro ítem para valorar esta necesidad? En caso afirmativo, especifique cuáles

- 1
- 2
- 3

## **2. ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN**

Puntúe de 1 a 5, según su criterio la idoneidad de este ítem para valorar la NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN.

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar. Para puntuar tenga en cuenta los valores de la escala:

1: Totalmente adecuado 2: Muy adecuado 3: Adecuado 4: Poco adecuado 5: Inadecuado

### **ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN**

	1	2	3	4	5
030303 Maneja utensilios			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100801 Ingestión alimentaria oral			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100802 Ingestión alimentaria por sonda			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100804 Administración de líquidos por vía i.v			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100805 Administración de líquidos con nutrición parenteral total			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101016 Acepta la comida			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101004 Capacidad de masticación			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



101012 Atragantamiento, tos o náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101406 Ingesta de alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
113012 Masa corporal media	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
210607 Alteración del estado nutricional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
060107 Entradas y salidas diarias equilibradas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Añadiría algún otro ítem para valorar esta necesidad? En caso afirmativo, especifique cuáles

- 1
- 2
- 3

### **3. ELIMINAR**

Puntúe de 1 a 5, según su criterio la idoneidad de este ítem para valorar la NECESIDAD DE ELIMINAR.

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar. Para puntuar tenga en cuenta los valores de la escala:

1: Totalmente adecuado 2: Muy adecuado 3: Adecuado 4: Poco adecuado 5: Inadecuado

### **6. ELIMINACIÓN**

	1	2	3	4	5
050002 Mantiene el control de la eliminación de heces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
050004 Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
050005 Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
050101 Patrón de eliminación (fecal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
060211 Diuresis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
050301 Patrón de eliminación (urinario)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
050312 Incontinencia urinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
050401 Ingesta adecuada de líquidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
031001 Reconoce y responde a la repleción vesical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
301006 Entra y sale del servicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Añadiría algún otro ítem para valorar esta necesidad? En caso afirmativo, especifique cuáles

- 1
- 2
- 3

#### **4. MOVERSE Y MANTENER LA POSICIÓN CORPORAL**

Puntúe de 1 a 5, según su criterio la idoneidad de este ítem para valorar la NECESIDAD DE MANTENER LA POSICIÓN CORPORAL.

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar. Para puntuar tenga en cuenta los valores de la escala:

1: Totalmente adecuado 2: Muy adecuado 3: Adecuado 4: Poco adecuado 5: Inadecuado

##### **MOVERSE Y MANTENER LA POSICIÓN CORPORAL**

	1	2	3	4	5
020002 Camina con marcha eficaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
020401 Úlceras por presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
020412 Tono muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
021101 Integridad ósea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
030609 Realiza las tareas del hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
020814 Se mueve con facilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
020802 Mantenimiento de la posición corporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
020803 Movimiento muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
020804 Movimiento articular		<input type="checkbox"/>			

¿Añadiría algún otro ítem para valorar esta necesidad? En caso afirmativo, especifique cuáles

- 1
- 2
- 3

#### **5. DORMIR Y DESCANSAR**

Puntúe de 1 a 5, según su criterio la idoneidad de este ítem para valorar la NECESIDAD DE REPOSO Y SUEÑO.

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar. Para puntuar tenga en cuenta los valores de la escala:

1: Totalmente adecuado 2: Muy adecuado 3: Adecuado 4: Poco adecuado 5: Inadecuado

##### **REPOSO Y SUEÑO**

	1	2	3	4	5
000303 Calidad del descanso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
000202 Siestas en el rango esperado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
000201 Equilibrio entre actividad y descanso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
121101 Desasosiego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
121129 Trastorno de los patrones del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
210201 Dolor referido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
210201 Duración de los episodios de dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
000404 Calidad del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Añadiría algún otro ítem para valorar esta necesidad? En caso afirmativo, especifique cuáles

- 1
- 2
- 3

## **6. VESTIRSE Y DESVESTIRSE**

Puntúe de 1 a 5, según su criterio la idoneidad de este ítem para valorar la NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE.

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar. Para puntuar tenga en cuenta los valores de la escala:

1: Totalmente adecuado 2: Muy adecuado 3: Adecuado 4: Poco adecuado 5: Inadecuado

### **12. VESTIRSE Y DESVESTIRSE**

	1	2	3	4	5
030201 Escoge la ropa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
030204 Se pone la ropa en la parte superior del cuerpo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
030205 Se pone la ropa en la parte inferior del cuerpo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
030210 Se pone los zapatos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
030211 Se quita la ropa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Añadiría algún otro ítem para valorar esta necesidad? En caso afirmativo, especifique cuáles

1

2

3

## **7. MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL**

Puntúe de 1 a 5, según su criterio la idoneidad de este ítem para valorar la NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL.

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar. Para puntuar tenga en cuenta los valores de la escala:

1: Totalmente adecuado 2: Muy adecuado 3: Adecuado 4: Poco adecuado 5: Inadecuado

<b>MANTENER LA TEMPERATURA</b>	1	2	3	4	5
080201 Temperatura corporal		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
080007 Cambios de coloración cutánea		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
080012 Frecuencia del pulso radial		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
080015 Comodidad térmica referida		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
080001 Temperatura cutánea aumentada		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Añadiría algún otro ítem para valorar esta necesidad? En caso afirmativo, especifique cuáles

1

2

3

## **8. HIGIENE E INTEGRIDAD DE PIEL Y MUCOSAS**

Puntúe de 1 a 5, según su criterio la idoneidad de este ítem para valorar la NECESIDAD DE HIGIENE E INTEGRIDAD DE PIEL Y MUCOSAS.

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar. Para puntuar tenga en cuenta los valores de

la escala:

1: Totalmente adecuado 2: Muy adecuado 3: Adecuado 4: Poco adecuado 5: Inadecuado

HIGIENE E INTEGRIDAD DE PIEL Y MUCOSAS	1	2	3	4	5
030006 Higiene		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
030006 Higiene bucal		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
030109 Se baña en la ducha		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
003011 Seca el cuerpo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
030514 Mantiene una apariencia pulcra		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
110102 Sensibilidad		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
110104 Hidratación		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
110111 Perfusión tisular		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
110113 Integridad de la piel		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Añadiría algún otro ítem para valorar esta necesidad? En caso afirmativo, especifique cuáles

1

2

3

## **9. EVITAR PELIGROS**

Puntúe de 1 a 5, según su criterio la idoneidad de este ítem para valorar la NECESIDAD DE HIGIENE E INTEGRIDAD DE PIEL Y MUCOSAS.

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar. Para puntuar tenga en cuenta los valores de la escala:

1: Totalmente adecuado 2: Muy adecuado 3: Adecuado 4: Poco adecuado 5: Inadecuado

18. EVITAR PELIGROS	1	2	3	4	5
011318 Memoria		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
030617 Controla su propia medicación no parenteral		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
090901 Conciencia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
170401 Percepción de amenaza para la Salud		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
190201 Reconoce factores de riesgo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
191107 Uso correcto de dispositivos de ayuda		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
191119 Evitar conductas de alto riesgo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
250807 Apoyo del profesional sanitario		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
250811 La familia comparte las responsabilidades de los cuidados		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
250811 Rol del cuidador		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. ¿Añadiría algún otro ítem para valorar esta necesidad? En caso afirmativo, especifique cuáles

1

2

3

## **10. COMUNICARSE Y RELACIONARSE**

Puntúe de 1 a 5, según su criterio la idoneidad de este ítem para valorar la NECESIDAD DE COMUNICARSE Y RELACIONARSE

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar. Para puntuar tenga en cuenta los valores de la escala:

1: Totalmente adecuado 2: Muy adecuado 3: Adecuado 4: Poco adecuado 5: Inadecuado

<b>COMUNICARSE Y RELACIONARSE</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>			
090014 Comunicación clara según la edad			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
090003 Atiende			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
090205 Utiliza el lenguaje no verbal			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
090210 Interpretación exacta de los mensajes recibidos			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
000907 Verbaliza un mensaje coherente			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
090802 Recuerda información reciente de forma precisa			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
120402 Muestra un estado de ánimo sereno			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
221001 Relación mutuamente satisfactoria entre el cuidador familiar y el destinatario de los cuidados			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Añadiría algún otro ítem para valorar esta necesidad? En caso afirmativo, especifique cuáles

- 1
- 2
- 3

## **11. CREENCIAS Y VALORES**

Puntúe de 1 a 5, según su criterio la idoneidad de este ítem para valorar la NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar. Para puntuar tenga en cuenta los valores de la escala:

1: Totalmente adecuado 2: Muy adecuado 3: Adecuado 4: Poco adecuado 5: Inadecuado

<b>22. CREENCIAS Y VALORES</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>			
160902 Cumple el régimen terapéutico recomendado			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
170202 Implicación requerida en decisiones sobre la salud			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
170404 Preocupación sobre enfermedad o lesión			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
170411 Impacto percibido sobre el estilo de vida futuro			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
200011 Satisfacción con el estado de ánimo general			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Añadiría algún otro ítem para valorar esta necesidad? En caso afirmativo, especifique cuáles

- 1
- 2
- 3

## **12. TRABAJAR Y REALIZARSE**

Puntúe de 1 a 5, según su criterio la idoneidad de este ítem para valorar la NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar. Para puntuar tenga en cuenta los valores de la escala:

1: Totalmente adecuado 2: Muy adecuado 3: Adecuado 4: Poco adecuado 5: Inadecuado

<b>TRABAJAR Y REALIZARSE</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>			
010001 Realización de la rutina habitual			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
120502 Aceptación de las propias limitaciones			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
120508 Cumplimiento de los roles significativos personales			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
120801 Estado de ánimo deprimido			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
130208 Se adapta a los cambios en desarrollo			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
130501 Establecimiento de objetivos realistas			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
130502 Mantenimiento de la autoestima			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
120007 Adaptación a cambios en el aspecto físico			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Añadiría algún otro ítem para valorar esta necesidad? En caso afirmativo, especifique cuáles

- 1
- 2
- 3

## **13. OCIO Y ACTIVIDADES RECREATIVAS**

Puntúe de 1 a 5, según su criterio la idoneidad de este ítem para valorar la NECESIDAD DE OCIO Y ACTIVIDADES RECREATIVAS

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar. Para puntuar tenga en cuenta los valores de la escala:

1: Totalmente adecuado 2: Muy adecuado 3: Adecuado 4: Poco adecuado 5: Inadecuado

<b>ACTIVIDADES RECREATIVAS Y OCIO</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>			
160403 Uso de habilidades sociales de interacción apropiadas			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
160404 Refiere relajación con las actividades de ocio			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
160407 Identificación de opciones recreativas			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
160413 Disfruta de actividades de ocio			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Añadiría algún otro ítem para valorar esta necesidad? En caso afirmativo, especifique cuáles

- 1
- 2
- 3

## **14. APRENDER**

Puntúe de 1 a 5, según su criterio la idoneidad de este ítem para valorar la NECESIDAD DE APRENDER

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar. Para puntuar tenga en cuenta los valores de la escala:

1: Totalmente adecuado 2: Muy adecuado 3: Adecuado 4: Poco adecuado 5: Inadecuado

<b>APRENDER</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>		
130221 Busca información acreditada sobre el tratamiento			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
160001 Pregunta cuestiones			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
160601 Reivindica la responsabilidad de tomar decisiones			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
160902 Cumple el régimen terapéutico recomendado			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
160913 Altera las funciones del rol para cumplir los requerimientos terapéuticos			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
160007 Proporciona razones para adoptar una pauta			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
160008 Refiere el uso de estrategias para eliminar una conducta insalubre			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
180515 Descripción de los servicios de fomento y protección de la salud			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
220201 Voluntad de asumir el papel de cuidador familiar			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
182402 Proceso específico de la enfermedad			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
182408 Régimen terapéutico	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

¿Añadiría algún otro ítem para valorar esta necesidad? En caso afirmativo, especifique cuáles

1

2

3

## **INTERVENCIONES**

Puntúe de 1 a 5, según su criterio, la frecuencia con que las intervenciones propuestas son empleadas por enfermeras de cuidados agudos.

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar. Para puntuar tenga en cuenta los valores de la escala: 1:

Siempre realizado 2: Frecuentemente realizado 3: A veces realizado 4: Poco realizado 5: Nunca realizado

<b>CUIDADOS GENERALES</b>	1	2	3	4	5
6680 Monitorización de los signos vitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6540 Control de infecciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7310 Cuidados de enfermería al ingreso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7560 Facilitar las visitas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7370 Planificación del alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6490 Prevención de caídas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7892 Transporte: dentro de la instalación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6650 Vigilancia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5610 Enseñanza:prequirúrgica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1570 Manejo del vómito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2930 Preparación quirúrgica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0940 Cuidados de tracción/inmovilización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Añadiría alguna otra intervención? En caso afirmativo, especifique cuáles

- 1
- 2
- 3

#### **CUIDADOS PSICOSOCIALES**

	1	2	3	4	5
5250 Apoyo en la toma de decisiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5230 Aumentar el afrontamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5820 Disminución de la ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5900 Distracción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5520 Facilitar el aprendizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5290 Facilitar el duelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5400 Potenciación de la autoestima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. ¿Añadiría alguna otra intervención? En caso afirmativo, especifique cuáles

- 1
- 2
- 3



**34. CUIDADOS DE LA PIEL**

	1	2	3	4	5
0840 Cambio de posición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3660 Cuidados de las heridas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3662 Cuidados de las heridas: drenaje cerrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3584 Cuidados de la piel: tratamiento tópico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3440 Cuidados del sitio de incisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3520 Cuidados de las úlceras por presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Añadiría alguna otra intervención? En caso afirmativo, especifique cuáles

- 1
- 2
- 3

**CUIDADOS DE CATÉTERES Y DRENAJES**

	1	2	3	4	5
1876 Cuidados del catéter urinario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1872 Cuidados del drenaje torácico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0480 Cuidados de la ostomía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1874 Cuidados de la sonda gastrointestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2440 Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Añadiría alguna otra intervención? En caso afirmativo, especifique cuáles

- 1
- 2
- 3

**CUIDADOS PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS**

	1	2	3	4	5
7610 Análisis de laboratorio a pie de cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7680 Ayuda en la exploración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7710 Colaboración con el médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4235 Flebotomía vía canalizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4232 Flebotomía: muestra de sangre arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4238 Flebotomía: muestra de sangre venosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7690 Interpretación de datos de laboratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7820 Manejo de muestras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Añadiría alguna otra intervención? En caso afirmativo, especifique cuáles

- 1
- 2
- 3

**CUIDADOS EN SITUACIONES CRÍTICAS**

6200 Cuidados en la emergencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3120 Intubación y estabilización de vías aéreas					
3180 Manejo de las vías aéreas artificiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4250 Manejo del shock	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3300 Manejo de la ventilación mecánica:invasiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Añadiría alguna otra intervención? En caso afirmativo, especifique cuáles

- 1
- 2
- 3



## 17. ANTES DE TERMINAR...

Por favor, por último, nos gustaría conocer algunos datos sobre su perfil profesional para caracterizar la muestra de panelistas.

### Sexo

1 Hombre

2 Mujer

### Edad

<25 años  46-55 años  26-35 años  >55 años  26-45 años

### Ciudad de residencia

### Año de graduación

### Nivel académico máximo alcanzado

### Dedicación actual

- Clínica (AP)
- Clínica (AE)
- Clínica (Emergencias/DCCU)
- Clínica (otros)
- Gestión
- Docencia
- Investigación

En el caso de práctica clínica en AE, indique la Unidad .....

## VALORACIÓN CUIDADOS MEDIANTE SELEs- 2ª Ronda

### ENCUESTA DELPHI SOBRE ADECUACIÓN DE SELEs EN LA VALORACIÓN DE NEC...

Departamento de Enfermería  
Programa de Doctorado Educación Física y Salud

Mediante este formulario, se les vuelve a solicitar su colaboración en la segunda ronda de valoración, como miembro experto acreditado del panel Delphi que forma parte de la primera etapa de investigación de la tesis doctoral, que tendrá como objetivo "La Creación y Validación de una Escala para la Medida del Nivel de Dependencia en Cuidados de los Pacientes en Régimen de Hospitalización".

Como ya conoce con esta investigación se pretende construir una herramienta fiable y válida, capaz de discriminar con la suficiente sensibilidad y especificidad las respuestas humanas en la demanda de cuidados de los pacientes y sus cuidadores, aportando una solución objetiva mediante la utilización de Sistemas Estandarizados de Lenguaje Enfermero (SELEs) y la adopción de un Modelo Conceptual que permite garantizar que todas las enfermeras comparten una misma concepción de persona, salud, entorno y rol profesional.

La finalidad principal de esta investigación es obtener un instrumento que permita evaluar los niveles de cuidados que precisan pacientes hospitalizados, mediante el uso de Sistemas Estandarizados de Lenguaje Enfermero (SELEs).

Una vez analizadas las valoraciones en primera ronda, se hace metodológicamente necesario realizar una segunda, en la que precisamos que enjuicie los siguientes aspectos:

1) Queremos conocer de nuevo cuál es su valoración en relación a una serie de ítems seleccionados por la doctoranda e investigadores afines para intentar medir cada una de las 14 Necesidades de Virginia. Henderson, en los que no ha habido consenso en relación al "acuerdo y pertinencia".

Para ello deberá seguir el mismo procedimiento que en la ronda anterior y asignar una puntuación del 1 al 5 a cada uno de ellos según "Grado de adecuación".

De manera que en su valoración debe de plantearse la siguiente pregunta: ¿Es adecuado este ítem para medir esta necesidad? y a continuación deberá de darle una puntuación siguiendo la escala que le aparecerá en cada página.

2) Hemos recogido una serie de ítems, resultado de las aportaciones de diferentes expertos que participan en este panel (segunda fase de la primera ronda de valoración), en los que de igual manera, necesitamos conocer atendiendo a su valoración y criterio profesional el grado de adecuación del ítem para medir una determinada Necesidad.

Para ello deberá proceder igual que en el apartado nº 1 y asignar una puntuación del 1 al 5 a cada uno de ellos según "Grado de adecuación".

En su valoración debe de plantearse igualmente la siguiente pregunta: ¿Es adecuado este ítem para medir esta necesidad? y a continuación deberá de darle una puntuación siguiendo la escala que le aparecerá en cada página.

Le agradezco de antemano poder contar con su experiencia y elevado criterio para este proyecto y por el tiempo que dedique a cumplimentar este cuestionario.

Atentamente, Ana M<sup>a</sup>  
Porcel

**1. Acepto participar en este estudio**

Sí  No

**\* 2. Firma (Introduzca su nombre y dos apellidos)**

**1. RESPIRACIÓN**

Puntúe de 1 a 5, según su criterio la idoneidad de este ítem para valorar la NECESIDAD DE RESPIRAR.

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar. Para puntuar tenga en cuenta los valores de la escala:

1: Totalmente adecuado 2: Muy adecuado 3: Adecuado 4: Poco adecuado 5: Inadecuado

**RESPIRACIÓN (ítems no consenso y nuevas propuestas)**

	1	2	3	4	5
040101 Presión arterial sistólica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
040102 Presión arterial diastólica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
040310 Ruidos respiratorios patológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
040309 Utilización de músculos accesorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
040203 Disnea en reposo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
040204 Disnea de esfuerzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
040211 Saturación de oxígeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
191411 Busca información sobre los métodos para mantener la salud cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2. ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN**

Puntúe de 1 a 5, según su criterio la idoneidad de este ítem para valorar la NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN.

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar. Para puntuar tenga en cuenta los valores de la escala:

1: Totalmente adecuado 2: Muy adecuado 3: Adecuado 4: Poco adecuado 5: Inadecuado

## ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN

	1	2	3	4	5
113012 Masa corporal media	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100601 Peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101401 Deseo de comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 3. ELIMINACIÓN

Puntúe de 1 a 5, según su criterio la idoneidad de este ítem para valorar la NECESIDAD DE ELIMINAR.

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar. Para puntuar tenga en cuenta los valores de la escala:

1: Totalmente adecuado 2: Muy adecuado 3: Adecuado 4: Poco adecuado 5: Inadecuado

### ELIMINACIÓN

	1	2	3	4	5
031013 Entra y sale del servicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
040410 Vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 4. MOVERSE Y MANTENER LA POSICIÓN CORPORAL

Puntúe de 1 a 5, según su criterio la idoneidad de este ítem para valorar la NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER LA POSICIÓN CORPORAL.

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar. Para puntuar tenga en cuenta los valores de la escala:

1: Totalmente adecuado 2: Muy adecuado 3: Adecuado 4: Poco adecuado 5: Inadecuado

### MOVERSE Y MANTENER LA POSICIÓN CORPORAL

	1	2	3	4	5
030609 Realiza las tareas del hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
020803 Movimiento muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
020804 Movimiento articular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
161607 Utiliza dispositivos de apoyo correctamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
130803 Se adapta a las limitaciones funcionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
030012 Cambia de posición solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 5. REPOSO Y SUEÑO

Puntúe de 1 a 5, según su criterio la idoneidad de este ítem para valorar la NECESIDAD DE REPOSO Y SUEÑO.

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar. Para puntuar tenga en cuenta los valores de la escala:

1: Totalmente adecuado 2: Muy adecuado 3: Adecuado 4: Poco adecuado 5: Inadecuado

### REPOSO Y SUEÑO

	1	2	3	4	5
000202 Siestas en el rango esperado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
121101 Desasosiego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
210204 Duración de los episodios de dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
000306 Consumo de fármacos psicotrópicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
000403 Patrón del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 6. VESTIRSE Y DESVESTIRSE

Puntúe de 1 a 5, según su criterio la idoneidad de este ítem para valorar la NECESIDAD DE VESTIRSE Y ASEARSE.

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar. Para puntuar tenga en cuenta los valores de la escala:

1: Totalmente adecuado 2: Muy adecuado 3: Adecuado 4: Poco adecuado 5: Inadecuado

### VESTIRSE Y DESVESTIRSE

	1	2	3	4	5
030201 Escoge la ropa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
030002 Se viste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 7. HIGIENE E INTEGRIDAD DE PIEL Y MUCOSAS

Puntúe de 1 a 5, según su criterio la idoneidad de este ítem para valorar la NECESIDAD DE HIGIENE E INTEGRIDAD DE PIEL Y MUCOSAS.

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar. Para puntuar tenga en cuenta los valores de la escala:

1: Totalmente adecuado 2: Muy adecuado 3: Adecuado 4: Poco adecuado 5: Inadecuado



## HIGIENE E INTEGRIDAD DE PIEL Y MUCOSAS

	1	2	3	4	5
030109 Se baña en la ducha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
003011 Seca el cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
030514 Mantiene una apariencia pulcra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
110111 Perfusión tisular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
110116 Lesiones de la membrana mucosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
030508 Se lava el pelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 8. EVITAR PELIGROS

Puntúe de 1 a 5, según su criterio la idoneidad de este ítem para valorar la NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar. Para puntuar tenga en cuenta los valores de la escala:

1: Totalmente adecuado 2: Muy adecuado 3: Adecuado 4: Poco adecuado 5: Inadecuado

### EVITAR PELIGROS

	1	2	3	4	5
250807 Apoyo del profesional sanitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
090005 Está orientado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
161411 Participa en las decisiones de los cuidados de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 10. COMUNICARSE Y RELACIONARSE

Puntúe de 1 a 5, según su criterio la idoneidad de este ítem para valorar la NECESIDAD DE COMUNICARSE Y RELACIONARSE.

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar. Para puntuar tenga en cuenta los valores de la escala:

1: Totalmente adecuado 2: Muy adecuado 3: Adecuado 4: Poco adecuado 5: Inadecuado

### COMUNICARSE Y RELACIONARSE

	1	2	3	4	5
120402 Muestra un estado de ánimo sereno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
150303 Interacción con miembros de la familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 11. CREENCIAS Y VALORES

Puntúe de 1 a 5, según su criterio la idoneidad de este ítem para valorar la NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES.

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar. Para puntuar tenga en cuenta los valores de la escala:

1: Totalmente adecuado 2: Muy adecuado 3: Adecuado 4: Poco adecuado 5: Inadecuado

### CREENCIAS Y VALORES

	1	2	3	4	5
200011 Satisfacción con el estado de ánimo general	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
300409 Cuidados consistentes con las creencias culturales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 12. ACTIVIDADES RECREATIVAS Y OCIO

Puntúe de 1 a 5, según su criterio la idoneidad de este ítem para valorar la NECESIDAD DE ACTIVIDADES RECREATIVAS Y OCIO.

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar. Para puntuar tenga en cuenta los valores de la escala:

1: Totalmente adecuado 2: Muy adecuado 3: Adecuado 4: Poco adecuado 5: Inadecuado

### ACTIVIDADES RECREATIVAS Y OCIO

	1	2	3	4	5
160404 Refiere relajación con las actividades de ocio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
160407 Identificación de opciones recreativas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 13. APRENDER

Puntúe de 1 a 5, según su criterio la idoneidad de este ítem para valorar la NECESIDAD DE APRENDER.

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar. Para puntuar tenga en cuenta los valores de la escala:

1: Totalmente adecuado 2: Muy adecuado 3: Adecuado 4: Poco adecuado 5: Inadecuado



**APRENDER**

	1	2	3	4	5
160913 Altera las funciones del rol para cumplir los requerimientos terapéuticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
160007 Proporciona razones para adoptar una pauta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
180515 Descripción de los servicios de fomento y protección de la salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
182308 Conductas que fomentan la salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**14. INTERVENCIONES**

Puntúe de 1 a 5, según su criterio, la frecuencia con que las intervenciones propuestas son empleadas por enfermeras de cuidados agudos.

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar. Para puntuar tenga en cuenta los valores de la escala:

1: Siempre realizado 2: Frecuentemente realizado 3: A veces realizado 4: Poco realizado 5: Nunca realizado

**CUIDADOS PSICOSOCIALES**

	1	2	3	4	5
5230 Aumentar el afrontamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**16. CUIDADOS EN SITUACIONES CRÍTICAS**

	1	2	3	4	5
4210 Monitorización hemodinámica invasiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# ANEXO 5

## VALORACIÓN CUIDADOS MEDIANTE SELEs- 3ª Ronda

EXPERTO/A:.....

CRITERIO: Puntuación de 1 a 5, para medir la idoneidad del ítem para valorar la necesidad o bloque de cuidados.

ESCALA: 1. Totalmente adecuado, 2. Muy adecuado, 3. Adecuado, 4. Poco adecuado, 5. Inadecuado

	PUNTOS 2ª RONDA	COMENTARIO Y/O CAMBIO DE PUNTUACIÓN
<b>NECESIDAD DE RESPIRACIÓN</b>		
040310 Ruidos respiratorios patológicos		
<b>NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN</b>		
113012 Masa corporal media		
101401 Deseo de comer		
<b>NECESIDAD DE MANTENER LA POSICIÓN CORPORAL</b>		
20803 Movimiento muscular		
20804 Movimiento articular		
030012 Cambia de posición solo		
<b>NECESIDAD DE REPOSO-SUEÑO</b>		
121101 Desasosiego		
000306 Consumo de fármacos psicotrópicos		
<b>NECESIDAD DE HIGIENE</b>		
110111 Perfusión tisular		
030508 Se lava el pelo		
<b>NECESIDAD DE SEGURIDAD</b>		
161411 Participa en las decisiones de los cuidados de salud		
<b>NECESIDAD COMUNICACIÓN</b>		
120402 Muestra un estado de ánimo sereno		
150303 Interacción con miembros de la familia		
<b>NECESIDAD CREENCIAS Y VALORES</b>		
200011 Satisfacción con el estado de ánimo general		
<b>NECESIDAD ACTIVIDADES RECREATIVAS</b>		
160404 Refiere relajación con las actividades de ocio		
160407 Identificación de opciones recreativas		
<b>NECESIDAD DE APRENDER</b>		
160007 Razona los motivos por los que ha de adoptar un régimen te		
<b>CUIDADOS PSICOSOCIALES</b>		
5230 Aumentar el afrontamiento		

## Versión eNDEC-PH

### 1. Escala para la Medida del Nivel de Dependencia de Pacientes Hospitalizados...

Mediante este formulario, podrá introducir los datos de los pacientes que vaya valorando a lo largo del estudio.  
Recuerde que debe cumplimentar TODOS los apartados (no puede dejar ninguno en blanco)

#### \* 1. INTRODUZCA SU CLAVE DE OBSERVADOR

### 2. DATOS DE LA PERSONA HOSPITALIZADA

#### \* 2. SEXO (1- Hombre 2- Mujer)

 1 2

#### \* 3. EDAD

#### \* 4. CLAVE DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE

#### \* 5. FECHA Y HORA DE LA VALORACIÓN

DD MM YYYY HH MM AM/PM  
FECHA-  /  /  :  :    
HORA

#### 6. UNIDAD

#### \* 7. FECHA DE INGRESO

DD MM YYYY  
FECHA  /  /

#### 8. DIAGNÓSTICO MÉDICO MOTIVO DE INGRESO

1

2

#### 9. BARTHEL

 Dependencia total  
(0-20) Dependencia  
severa (21-60) Dependencia  
moderada (61-90) Dependencia  
escasa (91-99) Independencia  
(100)

#### 10. PFEIFFER

### 3. DATOS DEL CUIDADOR

# Versión eNDEC-PH

## 11. SEXO DEL CUIDADOR/A

1: Hombre  2: Mujer

## 12. PARENTESCO DEL CUIDADOR/A CON EL/LA PACIENTE

## \* 13. DISPONE DE CUIDADOR/A PRINCIPAL DE REFERENCIA (1-Sí; 0: No)

1  0

## 14. 250712 SALUD GENERAL PERCIBIDA DEL/LA CUIDADOR/A (1. Gravemente comprometida- 5: No comprometida)

1  2  3  4  5

## 15. 221002 DOMINIO DE LAS ACTIVIDADES DE CUIDADOS (1. Inadecuado- 5: Completamente adecuado)

1  2  3  4  5

## 16. 221001 RELACIÓN MUTUAMENTE SATISFACTORIA ENTRE EL CUIDADOR FAMILIAR Y EL DESTINATARIO DE LOS CUIDADOS(1. Inadecuado- 5: Completamente adecuado)

1  2  3  4  5

## 17. 220801 ESTRESORES INFORMADOS POR EL /LA CUIDADOR/A(1. Grave- 5: Ninguno)

1  2  3  4  5

## 4. RESPIRACIÓN

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1

## Versión eNDEC-PH

### \* 18. RESPIRACIÓN

	-1	1	2	3	4	5
040216 Deterioro cognitivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
040206 Cianosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
041004 Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
040002 Frecuencia cardiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
040302 Ritmo respiratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
041012 Capacidad de eliminar secrecciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
041002 Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
040309 Utilización de músculos accesorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
040203 Disnea en reposo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
040204 Disnea de esfuerzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
040211 Saturación de oxígeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
040310 Ruidos respiratorios patológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1

### \* 19. ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN

	-1	1	2	3	4	5
030303 Maneja utensilios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100801 Ingestión alimentaria oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100802 Ingestión alimentaria por sonda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100804 Administración de líquidos por vía IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100805 Administración de líquidos con nutrición parenteral total	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101016 Acepta la comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101004 Capacidad de masticación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101012 Atragantamiento, tos, náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101406 Ingesta de alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
210607 Alteración del estado nutricional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
060107 Entradas y salidas diarias equilibradas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100601 Peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101401 Deseo de comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



# Versión eNDEC-PH

## 6. ELIMINACIÓN

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1

### \* 20. ELIMINACIÓN

	-1	1	2	3	4	5
050002 Mantiene el control de la eliminación de heces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
050004 Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
050005 Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
050101 Patrón de eliminación fecal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
060211 Diuresis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
050301 Patrón de eliminación (urinario)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
050312 Incontinencia urinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
050401 Ingesta adecuada de líquidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
031001 Reconoce y responde a la depleción vesical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 7. MOVERSE Y MANTENER LA POSICIÓN CORPORAL

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1

### \* 21. MOVERSE Y MANTENER LA POSICIÓN CORPORAL

	-1	1	2	3	4	5
020002 Camina con marcha eficaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
020401 Úlceras por presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
020412 Tono muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
021101 Integridad ósea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
020814 Se mueve con facilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
020802 Mantenimiento de la posición corporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
161607 Utiliza dispositivos de apoyo correctamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
130803 Se adapta a las limitaciones funcionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
030012 Cambia de posición solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 8. REPOSO Y SUEÑO

## Versión eNDEC-PH

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1

### \* 22. REPOSO Y SUEÑO

	-1	1	2	3	4	5
000303 Calidad del descanso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
000201 Equilibrio entre actividad y descanso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
121129 Trastorno del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
210201 Dolor referido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
000404 Calidad del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
000403 Patrón del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 9. ESCOGER ROPA ADECUADA, VESTIRSE Y DESVESTIRSE

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1

### \* 23. VESTIRSE Y ASEARSE

	-1	1	2	3	4	5
030201 Escoge la ropa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
030204 Se pone la ropa de la parte superior del cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
030205 Se pone la ropa de la parte inferior del cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
030210 Se pone los zapatos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
030211 Se quita la ropa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
030002 Se viste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 10. MANTENER LA TEMPERATURA

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1

## Versión eNDEC-PH

### \* 24. MANTENER LA TEMPERATURA

	-1	1	2	3	4	5
080001 Temperatura cutánea aumentada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
080201 Temperatura corporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
080007 Cambios de coloración cutánea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
080012 Frecuencia del pulso radial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
080015 Comodidad térmica referida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 11. HIGIENE E INTEGRIDAD DE PIEL Y MUCOSAS

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1

### \* 25. HIGIENE E INTEGRIDAD DE PIEL Y MUCOSAS

	-1	1	2	3	4	5
030006 Higiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
030007 Higiene bucal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
110102 Sensibilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
110104 Hidratación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
110113 Integridad de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
110116 Lesiones de la membrana mucosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
030508 Se lava el pelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 12. EVITAR PELIGROS

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1

## Versión eNDEC-PH

### \* 26. EVITAR PELIGROS

	-1	1	2	3	4	5
011318 Memoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
030617 Controla su propia medicación no parenteral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
090901 Consciencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
170401 Percepción de amenaza para la salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
190201 Reconoce factores de riesgo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
191107 Uso correcto de dispositivos de ayuda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
191119 Evitar conductas de alto riesgo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
250811 La familia comparte las responsabilidades de los cuidados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
250809 Rol del cuidador	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
090005 Está orientado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 13. COMUNICARSE Y RELACIONARSE

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1

### \* 27. COMUNICARSE Y RELACIONARSE

	-1	1	2	3	4	5
090014 Comunicación clara según la edad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
090003 Atiende	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
090205 Utiliza el lenguaje no verbal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
090210 Interpretación exacta de los mensajes recibidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
090703 Verbaliza un mensaje coherente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
090802 Recuerda información reciente de forma precisa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
221001 Relación mutuamente satisfactoria entre el cuidador familiar y el destinatario de los cuidados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
150303 Interacción con miembros de la familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 14. CREENCIAS Y VALORES

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1



## Versión eNDEC-PH

### 17. APRENDER

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1

#### \* 31. APRENDER

	-1	1	2	3	4	5
130221 Busca información acreditada sobre el tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
160001 Pregunta cuestiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
160601 Reivindica la responsabilidad de tomar decisiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
160902 Cumple el régimen terapéutico recomendado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
160007 Proporciona razones para adoptar una pauta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
160008 Refiere el uso de estrategias para eliminar una conducta insalubre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
220201 Voluntad de asumir el papel de cuidador familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
182402 Proceso específico de la enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
182408 Régimen terapéutico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
182308 Conductas que fomentan la salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 18. INTERVENCIONES

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

En relación a la intervención, se valora en función de la frecuencia o intensidad de realización de la intervención por parte de la enfermera. El punto 1 indica que la intervención no se ha realizado, mientras que el punto 5 o punto final, refleja la mayor frecuencia o intensidad de realización de la intervención.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1



## Versión eNDEC-PH

### \* 35. CUIDADOS DE CATÉTERES Y DRENAJES

	-1	1	2	3	4	5
1876 Cuidados del catéter urinario	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1872 Cuidados del drenaje torácico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
0480 Cuidados de la ostomía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1874 Cuidados de la sonda gastrointestinal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2440 Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### \* 36. CUIDADOS PARA EL MANEJO Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

	-1	1	2	3	4	5
2301 Administración de medicación: enteral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2313 Administración de medicación: intramuscular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2314 Administración de medicación: intravenosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2304 Administración de medicación: oral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4030 Administración de productos sanguíneos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5616 Enseñanza medicamentos prescritos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6410 Manejo de la alergia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1400 Manejo del dolor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### \* 37. CUIDADOS PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

	-1	1	2	3	4	5
7610 Análisis de laboratorio a pie de cama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7680 Ayuda en la exploración	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7710 Colaboración con el médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4235 Flebotomía vía canalizada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4232 Flebotomía: muestra de sangre arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4238 Flebotomía: muestra de sangre venosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7690 Interpretación de datos de laboratorio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7820 Manejo de muestras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### \* 38. CUIDADOS EN SITUACIONES CRÍTICAS

	-1	1	2	3	4	5
6200 Cuidados en la emergencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3120 Intubación y estabilización de vías aéreas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3180 Manejo de las vías aéreas artificiales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4250 Manejo del shock	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4210 Monitorización hemodinámica invasiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3300 Manejo de la ventilación mecánica:invasiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



# ANEXO 7



Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir  
CONSEJERÍA DE SALUD



A/a ANA MARÍA PORCEL GÁLVEZ

Andújar, 13 Marzo de 2009

Atendiendo a su escrito de fecha de 3 de Marzo de 2009, solicitando autorización para el manejo de datos clínicos referidos a pacientes ingresados en el Hospital Alto Guadalquivir,

## LE COMUNICO:

Que se AUTOIZA a Ud. Para obtener del departamento de informática del centro hospitalario, -exclusivamente -, aquellos datos estadísticos solicitados (cifras numéricas despersonalizadas) que sólo podrán ser utilizados con este carácter para el trabajo de investigación: *"Construcción y validación de un sistema de evaluación del nivel de dependencia para el cuidado de pacientes hospitalizados"*.

En este sentido, se le comunica igualmente que no podrá acceder o tratar información asistencial o clínica para la elaboración de la citada tarea, debiendo manejarla respetando la confidencialidad de los datos y conforme al secreto profesional del personal laboral al servicio de la empresa.

Atentamente

Avda. Blas Infante, s/n. 23740 Andújar. Jaén  
Tel. 953 021 400. Fax 953 021 406

EL DIRECTOR GERENTE

Fdo. Alfonso Gámez Poveda



Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir  
CONSEJERÍA DE SALUD



Andújar, 2 de Marzo de 2009

## SOLICITUD DE PERMISO DE INVESTIGACIÓN

Una vez obtenido conocimiento y habiendo estudiado su proyecto de investigación que concluirá en la realización de la tesis doctoral que tiene como objetivo ""Construcción y validación de un sistema de evaluación del nivel de dependencia para el cuidado de pacientes hospitalizados", me es grato comunicarle la decisión de apoyar su proyecto y concederle por consiguiente la autorización para su investigación.

**LA DIRECTORA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

**HOSPITAL DE ANDÚJAR**

**D<sup>a</sup> ROSARIO OLIVEROS VALENZUELA**

Avda. Blas Infante, s/n. 23740 Andújar. Jaén  
Tel. 953 021 400. Fax 953 021 406



Empresa Pública Hospital Alto Guadalupe  
CONSEJERÍA DE SALUD

Andújar, 5 de Marzo de 2009

## **SOLICITUD DE PERMISO DE INVESTIGACIÓN**

Una vez obtenido conocimiento y habiendo estudiado su proyecto de investigación que concluirá en la realización de la tesis doctoral que tiene como objetivo ""Construcción y validación de un sistema de evaluación del nivel de dependencia para el cuidado de pacientes hospitalizados", me es grato comunicarle la decisión de apoyar su proyecto y concederle por consiguiente la autorización para su investigación.

**Carmen María Alba Fernández**

**Directora De Cuidados De Enfermería**

**HOSPITAL DE MONTILLA**

**D<sup>a</sup> CARMEN MARÍA ALBA FERNÁNDEZ**

## AL DIRECTOR GERENTE DE LA E.P. HOSPITAL ALTO GUADALQUIVIR

D. \_\_\_\_\_ /Dña. \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_, y domicilio en C/ \_\_\_\_\_, por la presente comparezco ante el Director Gerente de la E.P. Hospital Alto Guadalquivir y, como mejor proceda, **DIGO**:

Que habiendo sido informado/a previamente, (por persona autorizada de la E.P. Hospital Alto Guadalquivir), acerca de si estaba interesado/a en participar en un proyecto de investigación liderado por **Dña Ana María Porcel Gálvez**.

Presto el

### CONSENTIMIENTO EXPRESO

- ❖ Para colaborar voluntariamente en el proyecto de investigación titulado “VALIDACIÓN DE LA ESCALA INICIARE COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN PARA LA CUANTIFICACIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA EN NECESIDADES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES DURANTE SU PROCESO HOSPITALARIO” (número de expediente: PI-0161/2009. Página Núm. 80, BOJA Núm. 13. Sevilla, 21 De Enero 2010), mediante la realización del cuestionario que se me exhibe.
- ❖ Para que los profesionales autorizados por la E.P. Hospital Alto Guadalquivir **accedan** a la información clínica de mi persona que se encuentre en el Hospital Alto Guadalquivir o en el Hospital de Montilla y que sea necesaria para el desarrollo del proyecto de investigación que me ha sido informado, sea en soporte papel o informático, y en concreto, mis datos de carácter personal.
- ❖ Para que la citada información sea **cedida** al personal autorizado del Departamento de **Enfermería de la Universidad de Granada** con la única finalidad de ser utilizada en el proyecto de investigación cuya descripción se anexa junto con el presente escrito.

Y todo ello, habiendo sido previamente

### INFORMADO/A

- ❖ De que mi participación en el estudio es absolutamente voluntaria.
- ❖ Del destino y finalidad del acceso y cesión de datos, así como de la investigación titulada “CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE UN SISTEMA DE EVALUACIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA PARA EL CUIDADO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS”, proyecto sobre el cuál me han dado todas las explicaciones necesarias, especialmente respecto al uso de la citada información.

- ❖ De que los profesionales que participan en el proyecto guardarán la debida confidencialidad y secreto profesional que les es exigible.
- ❖ De la posibilidad que ostento, en cualquier momento, de no seguir colaborando voluntariamente para la realización del citado proyecto de investigación.
- ❖ Que una vez se haya terminado con el proyecto de investigación, los responsables del mismo deberán de remitir a la E.P. Hospital Alto Guadalquivir toda la información clínica que haya sido suministrada y cedida, y en concreto, todos los datos de carácter personal, que de mi persona se hayan utilizado en el citado proyecto, con la finalidad de que la misma sea destruida por la empresa pública.
- ❖ De la posibilidad que ostento, en cualquier momento, en ejercitar mis derechos de acceso, de rectificación y cancelación respecto a los datos de carácter personal que se están tratando, debiendo para ello dirigirme a la Dirección Gerencia de la E.P. Hospital Alto Guadalquivir, sita en la Avda. Blas Infante s/n, 23740 – Andújar (Jaén).

Tras su lectura y explicación verbal de modo comprensible, firmo este documento de consentimiento informado como prueba de conformidad en la fecha de \_\_\_\_\_.

**Fdo.-** D/Dª \_\_\_\_\_  
DNI núm. \_\_\_\_\_

**Fdo.-** Dña. Ana María Porcel Gálvez.  
Responsable del Equipo de Investigación.

## DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

El trabajo de investigación servirá para la elaboración de una **tesis doctoral**, que tendrá como objetivo la “CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE UN SISTEMA DE EVALUACIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA PARA EL CUIDADO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS”.

El presente estudio pretende construir un listado de ítems (cada una de las partes o unidades de que se compone una prueba, un test, un cuestionario) que al ser medidos mediante entrevistas de valoración a los pacientes y sus personas cuidadoras, den como resultado distintos niveles de necesidad de cuidados durante su estancia en el hospital. Con esta herramienta estaremos garantizando la asignación adecuada de los recursos humanos y materiales referidos a los cuidados que precisan para mejorar su situación actual de salud, mediante la individualización de su Plan de Cuidados.

Solamente trataremos datos en relación a su problema de Salud, y siempre bajo el marco de privacidad y protección de la LEY 41/2002, de 14 de noviembre, Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, así como de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de Carácter Personal así como su reglamento de desarrollo.

Requerimos su participación de la siguiente manera:

- Realizaremos una entrevista con usted sobre su grado de autonomía para el cuidado (capacidad para cuidarse o ser cuidado una vez vuelva a su domicilio) y situación de salud actual, así como tomaremos información de su actual Plan Terapéutico recogido en su historia de salud.

Este trabajo será llevado a cabo por enfermeras tituladas y colegiadas, que prestan sus Servicios en la Empresa Pública Alto Guadalquivir. Una vez finalizada la fase de entrevistas, los datos referidos a su persona serán eliminados, en ningún momento utilizados para ningún otro fin distinto del análisis de los datos agrupados (sin datos personales).

La finalidad principal de esta investigación es obtener un instrumento que permita evaluar las “Necesidades de cuidados que precisan pacientes hospitalizados, mediante la valoración enfermera y el uso de Sistemas Estandarizados de Lenguaje Enfermero (SELEs)”.

Los resultados obtenidos (donde no se publicará ningún dato de carácter personal) servirán para la elaboración de una **tesis doctoral** que será publicada en aprovechamiento de la Comunidad Científica.

Le agradezco de antemano poder contar con su colaboración.

Atentamente, Ana M<sup>a</sup> Porcel Gálvez





# ANEXO 10

## INICIARE 64

Mediante este formulario, podrá introducir los datos de los pacientes que vaya valorando a lo largo del estudio. Recuerde que debe cumplimentar TODOS los apartados (no puede dejar ninguno en blanco)

INTRODUZCA CLAVE DE OBSERVADOR.....

SEXO PACIENTE: Hombre----- Mujer-----

EDAD

CLAVE DE IDENTIFICACIÓN PACIENTE

FECHA DE VALORACIÓN

UNIDAD DE INGRESO

PROCESO ASISTENCIAL

BARTHEL

PFEIFFER

11. DISPONE DE CUIDADOR/A PRINCIPAL DE REFERENCIA  0: NO  1: SI

12. SEXO

13. EDAD DEL CUIDADOR/A

OTROS  40-50 AÑOS  >70 AÑOS

<30 AÑOS  50-60 AÑOS

30-40 AÑOS  60-70 AÑOS

14. PARENTESCO

15. 250712 SALUD GENERAL PERCIBIDA DEL/LA CUIDADOR/A (1. Gravemente comprometida- 5: No comprometida)

1  2  3  4  5

16. 221002 DOMINIO DE LAS ACTIVIDADES DE CUIDADOS (1. Inadecuado- 5: Completamente adecuado)

1  2  3  4  5

17. 221001 RELACIÓN MUTUAMENTE SATISFACTORIA ENTRE EL CUIDADOR FAMILIAR Y EL DESTINATARIO DE LOS CUIDADOS(1. Inadecuado- 5: Completamente adecuado)

1  2  3  4  5

18. 220801 ESTRESORES INFORMADOS POR EL /LA CUIDADOR/A(1. Grave- 5: Ninguno)

1  2  3  4  5

## 4. RESPIRACIÓN

## INICIARE 64

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1

### \* 19. RESPIRACIÓN

-1	1	2	3	4	5
041012 Capacidad de eliminar secreciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
040206 Cianosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
040204 Disnea de esfuerzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
040203 Disnea en reposo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
040002 Frecuencia cardiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
041004 Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
040302 Ritmo respiratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
040310 Ruidos respiratorios patológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
040211 Saturación de oxígeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
040309 Utilización de músculos accesorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 5. ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1

### \* 20. ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN

-1	1	2	3	4	5
101016 Acepta la comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
210607 Alteración del estado nutricional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101012 Atragantamiento tos náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101004 Capacidad de masticación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101401 Deseo de comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
060107 Entradas y salidas diarias equilibradas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100801 Ingestión alimentaria oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101406 Ingesta de alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100601 Peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 6. ELIMINACIÓN

## INICIARE 64

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1

### \* 21. ELIMINACIÓN

-1	1	2	3	4	5
050002 Mantiene el control de la eliminación de heces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
050101 Patrón de eliminación fecal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
060211 Diuresis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
050301 Patrón de eliminación urinario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
050312 Incontinencia urinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
050401 Ingesta adecuada de líquidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
031001 Reconoce y responde a la depleción vesical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 7. MOVERSE Y MANTENER LA POSICIÓN CORPORAL

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1

### \* 22. MOVERSE Y MANTENER LA POSICIÓN CORPORAL

-1	1	2	3	4	5
20002 Camina con marcha eficaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
030012 Cambia de posición solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
020802 Mantenimiento de la posición corporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20814 Se mueve con facilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 8. REPOSO Y SUEÑO

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1

## INICIARE 64

### \* 23. REPOSO Y SUEÑO

-1		1	2	3	4	5
000303	Calidad del descanso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
000404	Calidad del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
000403	Patrón del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 9. ESCOGER ROPA ADECUADA, VESTIRSE Y DESVESTIRSE

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1

### \* 24. VESTIRSE Y DESVESTIRSE

-1		1	2	3	4	5
030211	Se quita la ropa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
030002	Se viste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 10. MANTENER LA TEMPERATURA

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1

### \* 25. MANTENER LA TEMPERATURA

-1		1	2	3	4	5
080201	Temperatura corporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
080015	Comodidad térmica referida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
080012	Frecuencia del pulso radial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 11. HIGIENE E INTEGRIDAD DE PIEL Y MUCOSAS

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1

## INICIARE 64

### \* 26. HIGIENE E INTEGRIDAD DE PIEL Y MUCOSAS

-1	1	2	3	4	5
030006 Higiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
030508 Se lava el pelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 12. EVITAR PELIGROS

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1

### \* 27. EVITAR PELIGROS

-1	1	2	3	4	5
030617 Controla su propia medicación no parenteral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
191119 Evitar conductas de alto riesgo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
170401 Percepción de amenaza para la salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
190201 Reconoce factores de riesgo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 13. COMUNICARSE Y RELACIONARSE

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1

### \* 28. COMUNICARSE Y RELACIONARSE

-1	1	2	3	4	5
090003 Atiende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
090014 Comunicación clara según la edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
090210 Interpretación exacta de los mensajes recibidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
090703 Verbaliza un mensaje coherente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 14. CREENCIAS Y VALORES

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1

## INICIARE 64

### \* 29. CREENCIAS Y VALORES

-1		1	2	3	4	5
170411	Impacto percibido sobre el estilo de vida futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
170202	Implicación requerida en decisiones sobre la salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
170404	Preocupación sobre la enfermedad o lesión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 15. TRABAJAR Y REALIZARSE

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1

### \* 30. TRABAJAR Y REALIZARSE

-1		1	2	3	4	5
120801	Estado de ánimo deprimido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
130501	Establecimiento de objetivos realistas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
130502	Mantenimiento de la autoestima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
130208	Se adapta a los cambios en desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 16. ACTIVIDADES RECREATIVAS Y OCIO

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1

### \* 31. ACTIVIDADES RECREATIVAS Y OCIO

-1		1	2	3	4	5
160413	Disfruta de actividades de ocio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
160404	Refiere relajación con las actividades de ocio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 17. APRENDER

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1

# INICIARE 64

## \* 32. APRENDER

	-1	1	2	3	4	5
130221 Busca información acreditada sobre el tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
182308 Conductas que fomentan la salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
160001 Pregunta cuestiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
182402 Proceso específico de la enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
182408 Procedimiento terapéutico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
160007 Proporciona razones para adoptar una pauta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
160601 Reivindica la responsabilidad de tomar decisiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



# ANEXO 11

## NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA

Mediante este formulario, se le solicita su colaboración como miembro experto acreditado del panel Delphi que forma parte de la etapa de investigación del Proyecto

“VALIDACIÓN DE LA ESCALA INICIARE COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN PARA LA CUANTIFICACIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA EN NECESIDADES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES DURANTE SU PROCESO HOSPITALARIO” PI-0161/2009. Convocatoria: Financiación de la Investigación Biomédica y en Ciencias de la Salud en Andalucía. BOJA nº 13 de 21 de Enero de 2010.

Hemos considerado muy apropiada su participación por su elevado conocimiento en la materia de la que se va a tratar, de manera que para nosotros sería de inestimable ayuda su opinión y aportaciones.

La FINALIDAD principal de esta investigación es obtener un instrumento que permita evaluar los niveles de cuidados que precisan pacientes hospitalizados, mediante el uso de Sistemas Estandarizados de Lenguaje Enfermero (SELEs).

Necesitamos volver a revisar la Necesidad de MANTENER LA TEMPERATURA según el Modelo Conceptual de Virginia Henderson a través de INDICADORES DE RESULTADOS ENFERMEROS.

Su aportación seguiría varias fases, en las que se le pedirá que enjuicie los siguientes aspectos:

1) Queremos conocer en primer lugar cuál es su valoración de una serie de ítems seleccionados por la investigadora para intentar medir ESTA NECESIDAD. Para ello deberá asignar una puntuación del 1 al 5 a cada uno de ellos según “Grado de adecuación”. En esta valoración tiene que plantearse la siguiente pregunta: ¿Es adecuado este ítem para medir esta necesidad? y a continuación deberá de darle una puntuación siguiendo la escala que le aparecerá en cada página.

2) También queremos conocer atendiendo a su criterio profesional, la existencia de algún otroS INDICADORES DE RESULTADOS, que no estando en este momento incluidos, serían interesantes a tener en cuenta para evaluar esta necesidad.

Se les devolverá una retroalimentación con las puntuaciones que todos los panelistas efectúen, mostrándoles aquellas en las que ha habido consenso y aquellas en las que no. Se les irán pidiendo sucesivas rondas de votaciones hasta que se logre el mayor consenso. Habitualmente, esto suele conseguirse en 2-3 rondas, aunque, a priori es difícil establecer un número exacto.

Le agradezco de antemano poder contar con su experiencia y elevado criterio para este proyecto y por el tiempo que dedique a cumplimentar este cuestionario.

Atentamente, Ana M<sup>a</sup> Porcel Gálvez

### 1. Acepto participar en este estudio

SI

NO

### \* 2. Firma (Introduzca su nombre y dos apellidos)

## 2. MANTENER LA TEMPERATURA

Puntúe de 1 a 5, según su criterio la idoneidad de este ítem para valorar la NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA.

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno

sin valorar. Para puntuar tenga en cuenta los valores de la

# NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA

1: Inadecuado 2: Poco adecuado 3: Adecuado 4: Muy adecuado 5: Totalmente adecuado

## \* 1. MANTENER LA TEMPERATURA

	1	2	3	4	5
192202 Identifica signos y síntomas de hipertermia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
192302 Identifica signos y síntomas de hipotermia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
080201 Temperatura corporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
080010 Sudoración con el calor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
080011 Tiritona con el frío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
080019 Hipertermia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
080020 Hipotermia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2. ¿Añadiría algún otro ítem para valorar esta necesidad? En caso afirmativo, especifique cuáles

1

2

3

## 3. ANTES DE TERMINAR..

Por favor, por último, nos gustaría conocer algunos datos sobre su perfil profesional para caracterizar la muestra de panelistas.

### 1. Sexo

- 1 Hombre  2 Mujer

### 2. Edad

- <25 años  36-45 años  >55 años
- 26-35 años  46-55 años

### 3. Ciudad de residencia

6

### 4. Nivel académico máximo alcanzado

- 1 Diplomado/a
- 2 Licenciado/a
- 3 Máster o Diploma de Estudios Avanzados
- 4 Doctor/a

# NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA

## 5. Indique su dedicación actual

- 1 Práctica clínica (Atención Primaria)
- 2 Práctica clínica (Atención Especializada)
- 3 Práctica clínica (Emergencias/DCCU)
- 4 Gestión
- 5 Docencia e investigación



# ANEXO 12

## INICIARE-66

Mediante este formulario, podrá introducir los datos de los pacientes que vaya valorando a lo largo del estudio. Recuerde que debe cumplimentar TODOS los apartados (no puede dejar ninguno en blanco)

### \* 1. INTRODUZCA SU CLAVE DE OBSERVADOR

### \* 2. SEXO (1- Hombre 2- Mujer)



1



2

### \* 3. EDAD

### \* 4. CLAVE DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE

### \* 5. FECHA Y HORA DE LA VALORACIÓN

DD          MM    AAAA    HH    MM    A. M./P. M.  
FE                /            /                        :    6  
CH  
A-  
HO  
RA

### 6. UNIDAD

6

### \* 7. FECHA DE INGRESO

DD          MM    AAAA  
FECHA /        /

### 8. PROCESO MÉDICO O PROCESO ASISTENCIAL

1

2

### 9. BARTHEL

### 10. PFEIFFER

# INICIARE 66

## 3. DATOS DEL CUIDADOR

### \* 11. DISPONE DE CUIDADOR/A PRINCIPAL DE REFERENCIA

0: NO

1: SI

### \* 12. SEXO

1: HOMBRE

2: MUJER

### \* 13. EDAD DEL CUIDADOR/A

OTROS

40-50 AÑOS

>70 AÑOS

<30 AÑOS

50-60 AÑOS

30-40 AÑOS

60-70 AÑOS

### \* 14. PARENTESCO

AMIGO

VECINO

SOBRINO

AMIGA

HIJO

SOBRINA

MADRE

HIJA

AMIGO/A

PADRE

ESPOSO

CUIDADOR LABORAL

VECINA

ESPOSA

Hermanos/as

### 15. 250712 SALUD GENERAL PERCIBIDA DEL/LA CUIDADOR/A (1. Gravemente comprometida- 5: No comprometida)

1

2

3

4

5

### 16. 221002 DOMINIO DE LAS ACTIVIDADES DE CUIDADOS (1. Inadecuado- 5: Completamente adecuado)

1

2

3

4

5

### 17. 221001 RELACIÓN MUTUAMENTE SATISFACTORIA ENTRE EL CUIDADOR FAMILIAR Y EL DESTINATARIO DE LOS CUIDADOS(1. Inadecuado- 5: Completamente adecuado)

1

2

3

4

5

# INICIARE 66

## 18. 220801 ESTRESORES INFORMADOS POR EL /LA CUIDADOR/A(1. Grave- 5: Ninguno)

1                      2                      3                      4                      5

### 4. RESPIRACIÓN

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1

#### \* 19. RESPIRACIÓN

-1	1	2	3	4	5
041012 Capacidad de eliminar secreciones					
040206 Cianosis					
040204 Disnea de esfuerzo					
040203 Disnea en reposo					
040002 Frecuencia cardíaca					
041004 Frecuencia respiratoria					
040302 Ritmo respiratorio					
040310 Ruidos respiratorios patológicos					
040211 Saturación de oxígeno					
040309 Utilización de músculos accesorios					

### 5. ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1



## INICIARE 66

### \* 20. ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN

-1	1	2	3	4	5
101016 Acepta la comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
210607 Alteración del estado nutricional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101012 Atragantamiento tos náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101004 Capacidad de masticación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101401 Deseo de comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
060107 Entradas y salidas diarias equilibradas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100801 Ingestión alimentaria oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101406 Ingesta de alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100601 Peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 6. ELIMINACIÓN

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1

### \* 21. ELIMINACIÓN

-1	1	2	3	4	5
050002 Mantiene el control de la eliminación de heces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
050101 Patrón de eliminación fecal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
060211 Diuresis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
050301 Patrón de eliminación urinario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
050312 Incontinencia urinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
050401 Ingesta adecuada de líquidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
031001 Reconoce y responde a la depleción vesical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 7. MOVERSE Y MANTENER LA POSICIÓN CORPORAL

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1

## INICIARE 66

### \* 22. MOVERSE Y MANTENER LA POSICIÓN CORPORAL

-1		1	2	3	4	5
20002	Camina con marcha eficaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
030012	Cambia de posición solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
020802	Mantenimiento de la posición corporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20814	Se mueve con facilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 8. REPOSO Y SUEÑO

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1

### \* 23. REPOSO Y SUEÑO

-1		1	2	3	4	5
000303	Calidad del descanso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
000404	Calidad del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
000403	Patrón del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 9. ESCOGER ROPA ADECUADA, VESTIRSE Y DESVESTIRSE

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1

### \* 24. VESTIRSE Y DESVESTIRSE

-1		1	2	3	4	5
030211	Se quita la ropa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
030002	Se viste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 10. MANTENER LA TEMPERATURA

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1

## INICIARE 66

### \* 25. MANTENER LA TEMPERATURA

-1	1	2	3	4	5
080015 Comodidad térmica referida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
080012 Frecuencia del pulso radial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
080201 Temperatura corporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
192202 Identifica signos y síntomas de hipertermia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
192302 Identifica signos y síntomas de hipotermia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 11. HIGIENE E INTEGRIDAD DE PIEL Y MUCOSAS

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1

### \* 26. HIGIENE E INTEGRIDAD DE PIEL Y MUCOSAS

-1	1	2	3	4	5
030006 Higiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
030508 Se lava el pelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 12. EVITAR PELIGROS

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1

### \* 27. EVITAR PELIGROS

-1	1	2	3	4	5
030617 Controla su propia medicación no parenteral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
191119 Evitar conductas de alto riesgo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
170401 Percepción de amenaza para la salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
190201 Reconoce factores de riesgo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 13. COMUNICARSE Y RELACIONARSE

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1

## INICIARE 66

### \* 28. COMUNICARSE Y RELACIONARSE

-1		1	2	3	4	5
090003	Atiende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
090014	Comunicación clara según la edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
090210	Interpretación exacta de los mensajes recibidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
090703	Verbaliza un mensaje coherente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 14. CREENCIAS Y VALORES

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1

### \* 29. CREENCIAS Y VALORES

-1		1	2	3	4	5
170411	Impacto percibido sobre el estilo de vida futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
170202	Implicación requerida en decisiones sobre la salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
170404	Preocupación sobre la enfermedad o lesión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
182402	Proceso específico de la enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
182408	Régimen terapéutico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 15. TRABAJAR Y REALIZARSE

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1

### \* 30. TRABAJAR Y REALIZARSE

-1		1	2	3	4	5
120801	Estado de ánimo deprimido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
130501	Establecimiento de objetivos realistas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
130502	Mantenimiento de la autoestima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
130208	Se adapta a los cambios en desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 16. ACTIVIDADES RECREATIVAS Y OCIO

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.



## INICIARE 66

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1

### \* 31. ACTIVIDADES RECREATIVAS Y OCIO

-1	1	2	3	4	5
160413 Disfruta de actividades de ocio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
160404 Refiere relajación con las actividades de ocio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 17. APRENDER

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1

### \* 32. APRENDER

-1	1	2	3	4	5
130221 Busca información acreditada sobre el tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
182308 Conductas que fomentan la salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
160001 Pregunta cuestiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
182402 Proceso específico de la enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
182408 Procedimiento terapéutico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
160007 Proporciona razones para adoptar una pauta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
160601 Reivindica la responsabilidad de tomar decisiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## **ANEXO 13**

# INICIARE 61

## 1. INICIARE 61

Mediante este formulario, podrá introducir los datos de los pacientes que vaya valorando a lo largo del estudio.  
Recuerde que debe cumplimentar TODOS los apartados (no puede dejar ninguno en blanco)

**\* 1. Enfermera responsable (Nombre y Apellidos):**

**\* 2. HOSPITAL (1-Andújar, 2-Montilla)**

1

2

## 2. DATOS DE LA PERSONA HOSPITALIZADA

**\* 3. SEXO (1- Hombre 2- Mujer)**

1

2

**\* 4. EDAD**

**\* 5. CLAVE DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE**

**6. UNIDAD (1-Unidad Especial, 2-Hospitalización)**

1

2

**\* 7. FECHA DE INGRESO**

DD                      MM    AAAA

FECHA                /       /

**8. HORA DE LA VALORACIÓN**

HORA DE LA  
VALORACIÓN

**9. PROCESO MÉDICO-QUIRÚRGICO**

**10. BARTHEL**

**11. GLASGOW**



## INICIARE 61

### \* 12. PFEIFFER( 0: inconsciente 1: orientado 2: desorientado)

0  1

2

## 3. ESCALA DE DEPENDENCIA CUIDADOS ENFERMERÍA/ CARE DEPENDENCY SCALE (CDS)

La escala consta de 15 apartados, cada uno con 5 criterios de valoración, que cuantifican la dependencia del paciente, en términos de CAPACIDAD.

Los criterios de valoración giran entorno a la DEPENDENCIA del paciente con respecto a los cuidados de enfermería, desde la situación menos deseable (1) hasta la más deseable (5):

1: El/la paciente es COMPLETAMENTE dependiente de los cuidados de enfermería

2: El /la paciente es MUY dependiente de los cuidados de enfermería

3: El /la paciente es PARCIALMENTE dependiente de los cuidados de enfermería

4: El /la paciente es UN POCO dependiente de los cuidados de enfermería

5: El /la paciente es INDEPENDIENTE de los cuidados de enfermería

Sólo debe de seleccionarse uno de los 5 criterios por apartado y deben valorarse los 15 apartados

### \* 13. A. COMER Y BEBER: El grado en que el/la paciente es CAPAZ de satisfacer sus necesidades de alimentarse y beber sin ayuda

1: Completamente dependiente       2: Muy dependiente       3: Parcialmente dependiente       4: Poco dependiente       5: Independiente

### \* 14. B. INCONTINENCIA: El grado en que el/la paciente es CAPAZ de controlar la eliminación de orina y heces voluntariamente

1: Completamente dependiente       2: Muy dependiente       3: Parcialmente dependiente       4: Poco dependiente       5: Independiente

### \* 15. C. POSTURA CORPORAL: El grado en que el/la paciente es CAPAZ de adoptar una posición apropiada para actividades específicas

1: Completamente dependiente       2: Muy dependiente       3: Parcialmente dependiente       4: Poco dependiente       5: Independiente

## INICIARE 61

### \* 16. MOVILIDAD: El grado en el que el/la paciente es CAPAZ de moverse sin ayuda

1: Completamente dependiente     2: Muy dependiente     3: Parcialmente dependiente     4: Poco dependiente     5: Independiente

### \* 17. E. RITMO DE SUEÑO Y VIGILIA: El grado en que el/la paciente es CAPAZ de mantener adecuadamente el ciclo sueño-vigilia sin ayuda

1: Completamente dependiente     2: Muy dependiente     3: Parcialmente dependiente     4: Poco dependiente     5: Independiente

### \* 18. F. VESTIRSE Y DESVESTIRSE: La CAPACIDAD del/la paciente para vestirse y desvestirse sin ayuda

1: Completamente dependiente     2: Muy dependiente     3: Parcialmente dependiente     4: Poco dependiente     5: Independiente

### \* 19. G. TEMPERATURA CORPORAL: La CAPACIDAD que tiene el/la paciente para mantener la temperatura de su propio cuerpo ante los cambios ambientales sin ayuda

1: Completamente dependiente     2: Muy dependiente     3: Parcialmente dependiente     4: Poco dependiente     5: Independiente

### \* 20. I. HIGIENE: El grado en que el/la paciente es CAPAZ de cuidar de su higiene personal sin ayuda

1: Completamente dependiente     2: Muy dependiente     3: Parcialmente dependiente     4: Poco dependiente     5: Independiente

### \* 21. I. EVITAR EL PELIGRO (PROTEGERSE ANTE EL PELIGRO)

El grado en que el/la paciente es CAPAZ de cuidar de su higiene personal sin ayuda

1: Completamente dependiente     2: Muy dependiente     3: Parcialmente dependiente     4: Poco dependiente     5: Independiente

### \* 22. COMUNICACIÓN: El grado en el que el/la paciente es CAPAZ de comunicarse

1: Completamente dependiente     2: Muy dependiente     3: Parcialmente dependiente     4: Poco dependiente     5: Independiente

### \* 23. K. RELACIÓN CON OTROS/AS: El grado en que el/la paciente es CAPAZ de iniciar, mantener y finalizar sus contactos sociales, de forma correcta

1: Completamente dependiente     2: Muy dependiente     3: Parcialmente dependiente     4: Poco dependiente     5: Independiente

## INICIARE 61

**\* 24. L. SISTEMA (ESQUEMA) DE REGLAS Y VALORES: El grado en que el/la paciente es CAPAZ de respetar las reglas por sí mismo/a**

1: Completamente dependiente       2: Muy dependiente       3: Parcialmente dependiente       4: Poco dependiente       5: Independiente

**\* 25. M. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: El grado en que el/la paciente es CAPAZ de estructurar las actividades de la vida diaria (AVD) con facilidad sin ayuda**

1: Completamente dependiente       2: Muy dependiente       3: Parcialmente dependiente       4: Poco dependiente       5: Independiente

**\* 26. N. ACTIVIDADES RECREATIVAS: El grado en que el/la paciente es CAPAZ de participar en actividades recreativas en el exterior sin ayuda**

1: Completamente dependiente       2: Muy dependiente       3: Parcialmente dependiente       4: Poco dependiente       5: Independiente

**\* 27. O. CAPACIDAD DE APRENDIZAJE: El grado en que el/la paciente es capaz de adquirir conocimientos y/o habilidades y/o retener lo que había aprendido, sin ayuda**

1: Completamente dependiente       2: Muy dependiente       3: Parcialmente dependiente       4: Poco dependiente       5: Independiente

**28. P. RESUMEN. Finalmente, indica que grado de dependencia de los cuidados De enfermería aplicarías a este/a paciente/**

1: Completamente dependiente       2: Muy dependiente       3: Parcialmente dependiente       4: Poco dependiente       5: Independiente

## 4. DATOS DEL CUIDADOR

**\* 29. DISPONE DE CUIDADOR/A PRINCIPAL DE REFERENCIA**

0: NO

1: SI

**30. SEXO CUIDADOR/A (1-Hombre, 2-Mujer)**

1

2

**31. EDAD DEL CUIDADOR/A**

## INICIARE 61

**32. PARENTESCO (1-Amiga,2-Amigo, 3-Cuidador laboral,4-Esposa, 5-Esposo, 6-Hija, 7- Hijo, 8-Madre, 9-Padre, 10-Sobrina, 11-Sobrino, 12-Vecina, 13-Otros**

1       2     3     4     5     6     7     8     9     10     11     12     13

**33. 250712 SALUD GENERAL PERCIBIDA DEL/LA CUIDADOR/A (1. Gravemente comprometida- 5: No comprometida)**

1       2       3       4       5

**34. 221002 DOMINIO DE LAS ACTIVIDADES DE CUIDADOS (1. Inadecuado- 5: Completamente adecuado)**

1       2       3       4       5

**35. 221001 RELACIÓN MUTUAMENTE SATISFACTORIA ENTRE EL CUIDADOR FAMILIAR Y EL DESTINATARIO DE LOS CUIDADOS(1. Inadecuado- 5: Completamente adecuado)**

1       2       3       4       5

**36. 220801 ESTRESORES INFORMADOS POR EL /LA CUIDADOR/A(1. Grave- 5: Ninguno)**

1       2       3       4       5

## 5. RESPIRACIÓN

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1

## INICIARE 61

### \* 37. RESPIRACIÓN

-1		1	2	3	4	5
041012	Capacidad de eliminar secreciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
040206	Cianosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
040204	Disnea de esfuerzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
040203	Disnea en reposo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
040002	Frecuencia cardiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
041004	Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
040302	Ritmo respiratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
040310	Ruidos respiratorios patológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
040211	Saturación de oxígeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
040309	Utilización de músculos accesorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 6. ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1

### \* 38. ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN

-1		1	2	3	4	5
101016	Acepta la comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
210607	Alteración del estado nutricional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101012	Atragantamiento tos náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101004	Capacidad de masticación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101401	Deseo de comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
060107	Entradas y salidas diarias equilibradas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100801	Ingestión alimentaria oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101406	Ingesta de alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100601	Peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 7. ELIMINACIÓN

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1

## INICIARE 61

### \* 39. ELIMINACIÓN

-1	1	2	3	4	5
050002 Mantiene el control de la eliminación de heces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
050101 Patrón de eliminación fecal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
060211 Diuresis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
050301 Patrón de eliminación urinario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
050312 Incontinencia urinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
050401 Ingesta adecuada de líquidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
031001 Reconoce y responde a la depleción vesical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 8. MOVERSE Y MANTENER LA POSICIÓN CORPORAL

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1

### \* 40. MOVERSE Y MANTENER LA POSICIÓN CORPORAL

-1	1	2	3	4	5
20002 Camina con marcha eficaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
030012 Cambio de posición solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
020802 Mantenimiento de la posición corporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20814 Se mueve con facilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 9. REPOSO Y SUEÑO

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1

### \* 41. REPOSO Y SUEÑO

-1	1	2	3	4	5
000303 Calidad del descanso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
000404 Calidad del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
000403 Patrón del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 10. ESCOGER ROPA ADECUADA, VESTIRSE Y DESVESTIRSE

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

## INICIARE 61

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1

### \* 42. VESTIRSE Y ASEARSE

-1	1	2	3	4	5
030211 Se quita la ropa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
030002 Se viste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 11. MANTENER LA TEMPERATURA

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1

### \* 43. MANTENER LA TEMPERATURA

-1	1	2	3	4	5
080201 Temperatura corporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 12. HIGIENE E INTEGRIDAD DE PIEL Y MUCOSAS

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1

### \* 44. HIGIENE E INTEGRIDAD DE PIEL Y MUCOSAS

-1	1	2	3	4	5
030006 Higiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
030508 Se lava el pelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 13. EVITAR PELIGROS

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1

## INICIARE 61

### \* 45. EVITAR PELIGROS

-1	1	2	3	4	5
030617 Controla su propia medicación no parenteral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
170401 Percepción de amenaza para la salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
190201 Reconoce factores de riesgo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 14. COMUNICARSE Y RELACIONARSE

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1

### \* 46. COMUNICARSE Y RELACIONARSE

-1	1	2	3	4	5
090003 Atiende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
090014 Comunicación clara según la edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
090210 Interpretación exacta de los mensajes recibidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
090703 Verbaliza un mensaje coherente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 15. CREENCIAS Y VALORES

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1

### \* 47. CREENCIAS Y VALORES

-1	1	2	3	4	5
170411 Impacto percibido sobre el estilo de vida futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
170202 Implicación requerida en decisiones sobre la salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
170404 Preocupación sobre la enfermedad o lesión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 16. TRABAJAR Y REALIZARSE

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1





# INICIARE 61

## \* 48. TRABAJAR Y REALIZARSE

-1		1	2	3	4	5
120801	Estado de ánimo deprimido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
130501	Establecimiento de objetivos realistas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
130502	Mantenimiento de la autoestima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
130208	Se adapta a los cambios en desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 17. ACTIVIDADES RECREATIVAS Y OCIO

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1

## \* 49. ACTIVIDADES RECREATIVAS Y OCIO

-1		1	2	3	4	5
160413	Disfruta de actividades de ocio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
160404	Refiere relajación con las actividades de ocio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 18. APRENDER

Debe responder a TODOS los ítems; NO PUEDE dejar ninguno sin valorar.

En relación al resultado, el punto 5 o punto final, refleja la condición del paciente más deseable, mientras que el punto 1 refleja la situación menos deseable.

Si no lo puede valorar, MARQUE LA OPCIÓN -1

## \* 50. APRENDER

-1		1	2	3	4	5
130221	Busca información acreditada sobre el tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
182308	Conductas que fomentan la salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
160001	Pregunta cuestiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
182402	Proceso específico de la enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
182408	Procedimiento terapéutico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
160007	Proporciona razones para adoptar una pauta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
160601	Reivindica la responsabilidad de tomar decisiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# ANEXO 14

## Índice de Barthel:

---

### Comer

Totalmente independiente: 10 puntos.  
Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc: 5 puntos.  
Dependiente: 0 puntos.

### Lavarse

Independiente, entra y sale solo del baño: 5 puntos.  
Dependiente: 0 puntos.

### Vestirse

Independiente, capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos: 10 puntos.  
Necesita ayuda: 5 puntos.  
Dependiente: 0 puntos.

### Arreglarse

Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc: 5 puntos.  
Dependiente: 0 puntos.

### Deposiciones (valórese la semana previa)

Continencia normal: 10 puntos.  
Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas: 5 puntos.  
Incontinencia: 0 puntos.

### Micción (valórese la semana previa)

Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta: 10 puntos.  
Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda: 5 puntos.  
Incontinencia: 0 puntos.

### Usar el retrete

Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa... 10 puntos.  
Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo: 5 puntos.  
Dependiente: 0 puntos.

### Trasladarse

Independiente para ir del sillón a la cama: 15 puntos.  
Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo: 10 puntos.  
Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo: 5 puntos.  
Dependiente: 0 puntos.

### Deambular

Independiente, camina solo 50 metros: 15 puntos.  
Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros: 10 puntos.  
Independiente en silla de ruedas sin ayuda: 5 puntos.  
Dependiente: 0 puntos.

### Escalones

Independiente para bajar y subir escaleras.  
Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo.  
Dependiente.

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

Grado de dependencia según la puntuación total:

< 20 puntos: dependencia total.  
20-35 puntos: dependencia grave.  
40-55 puntos: dependencia moderada.  
≥ 60 puntos: dependencia leve.  
100 puntos: independencia.



Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir  
CONSEJERÍA DE SALUD

## INFORME DE LA COMISIÓN DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN DE LA EMPRESA PÚBLICA HOSPITAL ALTA GUADALQUIVIR (EPHAG):

**Proyecto:** "VALIDACIÓN DE LA ESCALA INICIARE COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN PARA LA CUANTIFICACIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA EN NECESIDADES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES DURANTE SU PROCESO HOSPITALARIO"

**Investigador principal:** D<sup>a</sup>. Ana M<sup>a</sup> Porcel Gálvez

**DNI:** 74635402B

La Comisión de Ética e Investigación perteneciente a la Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir conoce y ha informado favorablemente sobre la realización de dicho proyecto de investigación, encontrándose entre las líneas prioritarias de investigación de nuestra Empresa.

Andújar a 25 de Noviembre de 2009

Fdo. Dr. Francisco Sánchez Molina  
Presidente de la Comisión de Ética e Investigación



ETAPA I			ETAPA II			
FI	FII		FIII	FIV	FV	
Julio, Ag, Sept 2008	Oct, Nov, Dic de 2008, Enero, Febr 2009		Abril 2009	30Abr-My-Jn 2009	Julio a Dic 2009	
<b>VERSIÓN PRELIMINAR</b>	Delphi: 1ª ronda, 2ª ronda, 3ª ronda	eNDEC-PH	Autorizaciones institucionales	Valoraciones práctica clínica	Análisis de los datos	<b>INICIARE®-64</b>
113NOC+51NIC	112NOC+51NIC					64NOC

ETAPA III				
FVII			FVIII	
Enero, Febr 2010			Abril 2010	
<b>INICIARE®-64</b>	Delphi mantener la temperatura	<b>INICIARE®-66</b>	Valoraciones práctica clínica	<b>INICIARE®-61</b>
64NOC		66NOC	Análisis de datos	61NOC