

# SATISFACCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN UCI\*

Juan Camilo Aponte MD\*\*, Ana Julia Carrillo Algarra\*\*\*, Claudia Lizarazo Gómez\*\*\*\*  
Olga Lucía Silva Torres\*\*\*\*\*

## Resumen

La satisfacción es un aspecto cualitativo cuya medición se realiza a través de instrumentos que de manera ideal deben ser validados. El presente artículo tiene por objeto mostrar la adaptación transcultural y la validez de apariencia de cuatro resultados de la tercera clasificación del NOC (cuidados, comunicación, cumplimiento de las necesidades culturales y aspectos técnicos del cuidado) para medir la satisfacción del paciente/usuario hospitalizado en UCI en Bogotá con el cuidado de enfermería, así como los primeros pasos en la validación de este instrumento. Fue aplicado por personas entrenadas a 34 pacientes seleccionados por muestreo de casos consecutivos en dos UCI de Bogotá. Los resultados de esta primera etapa permiten establecer que los ítems evaluados son comprensibles para la población objeto de estudio, por lo que luego de ajustar algunos aspectos en el protocolo y previa evaluación por los comités que rigen este trabajo, se procederá a la recolección de la muestra total de sujetos.

*Palabras clave:* satisfacción del paciente, cuidados intensivos, cuidados básicos de enfermería, clasificación de resultados de enfermería, estudios de validación.

*Abreviaturas:* NOC-CRE, nursing outcomes classification/clasificación de resultados de enfermería.

## ICU INPATIENT SATISFACTION WITH NURSING CARE

### Abstract

Satisfaction is a qualitative aspect measured by instruments which ideally need to be validated. This paper will discuss the cross-cultural adaptation and the appearance of validity of four results of the third NOC classification (care, communication, fulfillment of cultural requirements and technical aspects of care) to measure ICU inpatients/users satisfaction with nursing care, as well as, the first steps to validate this instrument. It was administered by trained personnel to 34 patients selected by a consecutive case sampling method in two ICUs in Bogotá. The results of this first stage revealed that the assessed items were easily understood by the study population, thus, gathering of the total sample will be conducted after adjusting some aspects of the protocol and carrying out an assessment by the committees that govern this work.

*Key words:* patient satisfaction, intensive care, basic nursing care, nursing outcomes classification, validation trials.

---

Fecha recibido: noviembre 26 de 2008 - Fecha aceptado: febrero 27 de 2009

\* Unidad de cuidados intensivos. Adaptación transcultural y validez de apariencia de cuatro resultados del NOC para medir satisfacción del paciente hospitalizado en UCI con el cuidado de enfermería.

\*\* Magíster en Epidemiología Clínica de la Pontificia Universidad Javeriana. Docente Asociado, Universidad El Bosque. Bogotá D.C. Colombia.

\*\*\* Enfermera, Universidad Nacional, Magíster en Administración en Salud de la Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá D.C. Colombia.

\*\*\*\* Enfermera Especialista en Cuidado Intensivo y Gerencia para la Salud, Facultad de Enfermería, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Hospital de San José, Bogotá D.C. Colombia.

\*\*\*\*\* Enfermera Especialista en Cuidado Intensivo. Facultad de Enfermería, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá D.C. Colombia.

## Introducción

Duque Cardona<sup>1</sup> en su artículo “Dimensión del cuidado de enfermería a los colectivos” define: “La enfermería es una profesión que nace con el hombre, de la mano con la ciencia más moderna”. Teniendo en cuenta lo anterior, se deben satisfacer todas las demandas de la salud de los individuos, cubrir todas sus necesidades a lo largo de la vida y considerar al ser humano holístico y complejo. Por este motivo, el cuidado de enfermería será el eje de la atención y deberá prestarse a través de una metodología científica y sistematizada, como el proceso de atención de enfermería.<sup>1</sup>

El ideal y el valor del cuidado no pueden ser una rueda suelta sino el punto de inicio del contacto con el paciente, situación que exige una actitud que se debe tornar en un deseo, en una intención, en un compromiso y en un juicio consciente manifestado en actos concretos. El cuidado humano como un ideal moral trasciende el acto y la acción del enfermero, produciendo actos colectivos de enfermería con consecuencias importantes para la civilización humana.

El cuidado incluye, por tanto, la acción encaminada a hacer por alguien lo que no logra solo con respecto a sus necesidades, la explicación para mejorar la salud a través de la enseñanza de lo desconocido, la facilitación de la expresión de sentimientos, la intención de mejorar la calidad de vida del enfermo y su familia ante la nueva experiencia que debe afrontar.<sup>2</sup>

El cuidado de enfermería es el de la vida humana, implica el conocimiento de cada enfermo, darse cuenta de sus actitudes, aptitudes, interés y motivaciones. Además de sus conocimientos requiere la manifestación como persona única, auténtica, capaz de generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo efectivo.<sup>3</sup>

Con base en la normatividad que enmarca la profesión de enfermería y su razón de ser, Ley 266/1996 (cuyo objeto es reglamentar el ejercicio de la enfermería en Colombia)<sup>4</sup>, Ley 911/2004 (por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia)<sup>5</sup> y decreto 1011/2006 del Ministerio de la Protección Social (que busca garantizar la calidad de la prestación de los servicios de salud)<sup>6</sup> se generan procesos de mejora-

miento continuo que resaltan las habilidades de comunicación y de relación con los pacientes como factores fundamentales.

En los últimos años ha surgido una tendencia a confirmar el cuidado como objeto de estudio de la enfermería, que debe llevar a producir algún conocimiento útil a esta disciplina profesional.<sup>7</sup> Se ha enfocado en especial al paciente, convirtiéndose en el eje principal donde el enfermero ha desempeñado su labor implementando la práctica de cuidado como herramienta fundamental en el quehacer diario. Además, debe haber un compromiso subyacente de valores y moral para cuidar y un deseo para hacerlo.

Dentro de los valores se debe resaltar la calidad, la cual con su aplicación pretende que el profesional de enfermería llegue a desarrollar un interés permanente por su crecimiento. Para Colombia, el Ministerio de la Protección Social establece en el decreto 1011/2006<sup>6</sup> el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud del sistema general de seguridad social, con el cual se crea una estrategia de mejoramiento continuo de la calidad para todos los entes involucrados en el sistema, que busca proteger al paciente en la prestación de servicios en los cuales los riesgos sean potencialmente inaceptables. Desde el punto de vista del sistema, a través de la habilitación y la verificación de la excelencia en el desempeño para acceder a la acreditación, tiene especial relevancia la satisfacción del cliente con la atención que se le ha ofrecido y los servicios brindados, además del cumplimiento de los lineamientos contemplados en la norma.

Desde hace un tiempo el concepto de calidad ha hecho su aparición y con él la importancia de hacer su evaluación. Las instituciones de salud no han estado ajenas a ello. Donabedian ha hecho estudios al respecto y ha propuesto para la evaluación de la calidad tres criterios: estructura, proceso e impacto. A través de los estudios realizados se ha visto que uno de los indicadores objetivos para evaluar el impacto o resultado obtenido con la realización de los procesos es el grado de satisfacción, perspectiva muy importante teniendo en cuenta que en salud no sólo se deben ofrecer condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera, y de capacidad técnico-administrativa (cate-

gorías evaluadoras), sino también la calidad de los servicios que está determinada por la relación del equipo de salud.

En Colombia el decreto 1011/2006 del Ministerio de la Protección Social busca garantizar la calidad de la prestación de los servicios de salud generando procesos de mejoramiento continuo<sup>6</sup> y la Ley 266/1996<sup>4</sup> que incluye la calidad como uno de los principios rectores en el cuidado de enfermería, definiéndola como una ayuda eficiente en términos de oportunidad y uso adecuado de recursos, y efectiva en cuanto a producción del impacto deseado para los sujetos receptores del cuidado. Éste debe fundamentarse en los valores y estándares técnicos, científicos, sociales, humanos y éticos, y debe brindar satisfacción tanto al usuario como al profesional de enfermería. Después, con la Ley 911 de 2004<sup>5</sup> se regula la práctica y el ejercicio profesional, teniendo en cuenta los principios y valores éticos, la relación enfermera-sujeto de cuidado y las responsabilidades del profesional de enfermería. De la actitud con que se asume el ejercicio profesional se puede medir la calidad del cuidado brindado, reflejado en la satisfacción del cliente externo (paciente y familia) e interno (equipo de salud, institución), evidenciado por el posicionamiento obtenido dentro de la institución y la comunidad en la cual esté inmerso. Con base en estos conceptos, en el presente trabajo se investigará la calidad determinada por la relación enfermero-paciente expresada en la satisfacción del mismo.

Con el objeto de que los resultados obtenidos al evaluar la satisfacción del usuario sean válidos, es importante que los instrumentos de medición mediante los cuales se evalúan posean unas características psicométricas adecuadas (tanto en validez como en confiabilidad), dado que la satisfacción se encuentra en aquellas definiciones subjetivas, dependientes del punto de vista con que se mire y en el contexto donde se evalúe. Al estar dentro de esta categoría de “calidad” se hace imprescindible establecer que el resultado medido por el instrumento se relacione con la definición de satisfacción del estudio y para ello la metodología de validación de escalas brinda los instrumentos que lo garantizan.<sup>8</sup>

Validar los cuatro resultados del NOC por su nombre original en inglés (Nursing Outcomes Classification) permite a las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS)

disponer de un instrumento para medir la satisfacción del paciente/usuario con el cuidado que le brinda enfermería en las UCI. Además, se convierte en una herramienta para generar nuevas investigaciones en diferentes instituciones asistenciales y educativas en el ámbito nacional, y a la vez consolida el grupo de investigación y fortalece la línea de cuidado del adulto de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS).

Hasta el momento, en la búsqueda bibliográfica realizada la mayoría de investigaciones hacen referencia a la atención y al cuidado de enfermería desde la percepción de la familia y el paciente hospitalizado en UCI, sin encontrar un instrumento con los requisitos necesarios que incluya indicadores mensurables de la satisfacción del paciente con el cuidado de enfermería en nuestro idioma, aspecto preocupante para los enfermeros en el mundo a través del tiempo. En esta extensa búsqueda se identificó la clasificación de resultados de enfermería (NOC).<sup>9</sup>

El equipo CRE determinó que las declaraciones de resultados de enfermería recogidas a partir de diversas fuentes para identificar de forma inductiva los conceptos era la mejor estrategia que se podía utilizar. Para asegurar la representatividad y exhaustividad de las declaraciones de los resultados, el equipo desarrolló un plan de recogida que detallaba los aspectos clínicos, ámbitos y grupos de edades de los pacientes que aparecían en las fuentes. Se seleccionaron para representar la práctica clínica, medicoquirúrgica, cuidados intensivos, materno-infantil, rehabilitación y de salud mental; el ámbito de cuidados agudos, domiciliarios, comunitarios y ambulatorios; y las poblaciones de ancianos, adultos, niños y lactantes.<sup>10</sup> Por lo tanto, la clasificación NOC contiene resultados de los individuos, cuidadores, familia y sociedad, que pueden utilizarse en todas las situaciones y especialidades clínicas, es resultado de la investigación dirigida por un equipo de estudiantes, facultativos y clínicos de diversas especialidades del Colegio de Enfermería de la Universidad de Iowa. Empezó en 1991 y se utilizaron tanto estrategias cualitativas como cuantitativas. Los métodos consisten en análisis del contenido, de concepto, estudios de expertos, análisis de similitud, de agrupamiento jerárquico, organización multidimensional y análisis de campo clínico, y se evaluaron la exactitud entre puntuaciones, la validez y la utilidad de resultados en diez centros clínicos.<sup>9</sup> La taxonomía tiene cinco nive-

les de acuerdo con el grado de abstracción: dominios de resultados enfermeros (la mayoría abstractos), clases de resultados enfermeros (nivel de abstracción medio alto), resultados enfermeros (nivel de abstracción medio), indicadores de resultados enfermeros (nivel de abstracción bajo) y nivel empírico (media de las actividades de resultados).<sup>10</sup> Los resultados dependen de las intervenciones de enfermería y describen el estado de los pacientes, la familia o la comunidad a un nivel conceptual. Los resultados e indicadores son conceptos variables, permiten la determinación del resultado del paciente, la familia o la comunidad en cualquier momento de forma continuada, desde lo más negativo a lo más positivo en diferentes períodos de tiempo. El cambio en la puntuación puede explicarse como resultado de las intervenciones de enfermería y controlarse a lo largo del tiempo y en los centros de atención.<sup>9</sup> La medición de los resultados valida si el paciente responde a las intervenciones de enfermería proporcionadas y facilita los datos necesarios para determinar la efectividad de las intervenciones de enfermería.<sup>11</sup> El momento adecuado para medir los resultados variará porque algunas intervenciones generan respuestas muy rápido, mientras que en otras hay que esperar un largo período de tiempo.<sup>11</sup> Con 330 resultados es difícil seleccionar los específicos para un tipo de práctica determinada. Una forma de hacerlo es que los enfermeros puedan identificar una lista de resultados que utilizan a diario con sus pacientes y una segunda es revisar la lista de resultados utilizados por organizaciones especializadas.<sup>11</sup> La clasificación actual está constituida por siete dominios, 29 clases, 330 resultados con sus respectivos indicadores y dado que los resultados son conceptos variables que representan estados, es esencial un método para medir los conceptos y por lo tanto, se utiliza una escala tipo likert de cinco puntos. En esta edición se cuenta con once escalas identificadas por letras del alfabeto dentro de las que se encuentra la *escala s*, que es nueva y se utiliza para puntuar la satisfacción del paciente con varios conceptos. Las unidades de medida van desde *no del todo satisfecho* hasta *completamente satisfecho*.<sup>11</sup> Los dominios descritos por el NOC son:

1. Salud funcional.
2. Salud fisiológica.
3. Salud psicosocial.

4. Conocimiento y conducta de salud.
5. Salud percibida dentro del cual se encuentra la clase de satisfacción con los cuidados, conformada por 14 resultados.
6. Salud familiar.
7. Salud comunitaria (NOC tercera edición páginas 107-125).

El NOC evalúa la satisfacción con catorce resultados, de los cuales el grupo investigador se propone validar lo correspondiente a satisfacción del paciente/usuario con: cuidados (3001), comunicación (3002), cumplimiento de las necesidades culturales (3004) y aspectos técnicos del cuidado (3013), porque de acuerdo con el concepto de tres enfermeras con experiencia en UCI, una enfermera magíster en administración en salud y un candidato a magíster en epidemiología clínica, poseen indicadores con mayor aplicabilidad para medir la satisfacción de los pacientes en UCI con el cuidado de enfermería. En las diez restantes, que son acceso a los recursos asistenciales (3000), asistencia funcional (3005), continuidad de los cuidados (3003), control de los síntomas (3011), cuidado físico (3006) y entorno físico (3007), la mayoría de los indicadores miden intervenciones de enfermería no evaluables en UCI, pues lo relacionado con el cuidado psicológico (3009), enseñanza (3012), protección de sus derechos (3008) y seguridad (3010), establecen indicadores que dada la condición crítica del paciente en UCI, no pueden ser medidos de manera adecuada.

El NOC define satisfacción con los cuidados como “resultados que describen percepciones de un individuo de la calidad y la adecuación de su asistencia sanitaria”<sup>12</sup> y define paciente como el destinatario de los cuidados aunque reconoce que puede denominarse cliente o usuario en algunos contextos. Para el objetivo de esta investigación, el grupo adoptó esta definición de satisfacción ubicado en el contexto (para pacientes hospitalizados en UCI) como el constructo a ser evaluado.

La dimensión ética obliga a establecer normas de calidad en todos los niveles, desde el conocimiento científico hasta las relaciones interpersonales. El respeto, la preservación y fomento de la autonomía, la búsqueda del bienestar y la protección de posibles riesgos son princi-

pios de bioética que rigen el ejercicio profesional. Se constituye en un deber moral asumirlos en el momento de tomar decisiones, articular los recursos y las capacidades para dar respuesta a las necesidades de cuidado. Las relaciones interpersonales en la dimensión ética de la calidad sugieren establecer una comunicación honesta, veraz, clara y oportuna entre los integrantes del grupo de enfermería y los otros miembros del equipo de salud. Las actitudes éticas que propician el reconocimiento de la autonomía de la persona cuidada y su capacidad para decidir sobre el tratamiento y posibilidades de recuperación o mantenimiento de la salud, realizan y actualizan el bien interno de la profesión. Por tanto, acciones concretas como la información oportuna, la explicación de los procedimientos y la solicitud de autorización escrita (consentimiento informado), hacen tangible la dimensión ética de la calidad.

El concepto de cuidado intensivo (UCI) supone una concentración de personal conformado por un equipo multidisciplinario especializado y preparado para observar, valorar y tratar los pacientes con tecnología avanzada, asociados con la eficacia en la práctica del trabajo protocolizado, esto hace que en muchas ocasiones las relaciones personales queden relegadas a un segundo plano, en donde se somete a una situación difícil a los miembros de la familia. Éstos y el paciente separados físicamente de su medio habitual y de su red de apoyo, sufren y están angustiados, lo cual conduce a una situación de crisis y desestabilización que repercute en todos sus componentes.

Las UCI por lo general son espacios cerrados, en donde los de adentro (pacientes y equipo de salud) mantienen poco contacto físico, emocional y de comunicación con los de afuera (familia, amigos de los pacientes), lo cual hace difícil el acceso a las unidades, ocasionando restricción en los horarios de visitas y falta de comunicación, pilares importantes a la hora de evaluar la satisfacción de paciente.

Conocer los factores que pueden influir en el grado de satisfacción de los pacientes hospitalizados en la UCI con el cuidado de enfermería es importante para mejorar la calidad de la atención, repercutiendo no sólo en el bienestar sino también en el mejoramiento continuo de la profesión y de las instituciones.

Luego de esta exposición se ha identificado un vacío de conocimiento que se pretende solucionar al dar respuesta a la pregunta de investigación: ¿Cuáles son las características de validez y confiabilidad de cuatro resultados del NOC para evaluar satisfacción del paciente/usuario hospitalizado en UCI en Bogotá con el cuidado de enfermería?

## Metodología

En este estudio se incluyeron pacientes que estuvieron hospitalizados en dos UCI de Bogotá, en el segundo semestre de 2007, que cumplieran con los siguientes requisitos de elegibilidad: ser mayores de 18 años, hombres o mujeres sin antecedentes de alteraciones neurológicas previas a su hospitalización en UCI y con un Glasgow de 15/15 en el momento de la entrevista, con una estancia mayor o igual a 48 horas. Antes de la aplicación del instrumento todo paciente debía tener el consentimiento informado firmado. El protocolo y todos sus documentos fueron evaluados y aprobados por los comités de ética de las instituciones participantes.

No se consideró necesaria una nueva traducción de la clasificación original (inglés), dada que fue hecha por un grupo de expertos en enfermería en España, pues al realizar el primer abordaje se encontró que los términos estaban en un español neutro, sencillo y sin modismos. La validez de apariencia se realizó a partir del consenso de expertos, miembros del grupo investigador. Y por último, luego de estos pasos se procedió a realizar su aplicación para evaluar la comprensión de las palabras y preguntas que conforman este instrumento en una prueba piloto.

El grupo investigador realizó la aplicación de los resultados en una muestra piloto conformada por 34 sujetos (correspondientes al 10% de la muestra estimada para la validación global de la escala)<sup>13,14</sup> en las UCI que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión propuestos en la investigación, con el objetivo de evaluar la comprensión de cada ítem y asegurar su correcta interpretación, así como para evaluar asuntos logísticos en su aplicación (desempeño de los encuestadores y el coordinador del estudio, tiempo de aplicación, entre otros). Por otra parte, la prueba piloto se utilizó para recalcular el tamaño de muestra a ser tenido en cuenta en la evalua-

ción de la sensibilidad al cambio. Los sujetos que participaron en esta prueba piloto no serán incluidos en el análisis de la muestra definitiva.

A continuación mostraremos y analizaremos los resultados de la validez de apariencia y la prueba piloto, para evaluar la adaptación transcultural y aplicabilidad de este instrumento en la población colombiana.

## Resultados

### Descripción de la población

El ajuste transcultural se realizó mediante la aplicación del instrumento a un porcentaje (10%) de la muestra total calculada para la validación de la escala. Para ello, se reclutaron 34 sujetos en los cuales se aplicó y evaluó el grado de comprensión de sus preguntas, la relevancia en

el contexto donde se piensa validar y la discriminación de cada pregunta. Esta prueba piloto también se utilizó para evaluar aspectos logísticos en la aplicación del instrumento como el tiempo de aplicación y la accesibilidad de los sujetos.

La población de estudio en esta primera etapa tuvo las siguientes características: edad promedio de 51,4 años con rango entre 21 y 84 años; la estancia promedio en la UCI fue entre siete y ocho días<sup>6,7</sup> con un rango entre dos y 56, el 25,8% de la población tuvo una estancia de tres días que fue del mayor grupo de pacientes (moda). Veintitrés (67,6%) fueron hombres y 11 (32,4%) mujeres. Dieciséis de los 34 pacientes pertenecían al estrato tres y 30 sujetos (88,3%) procedían del área urbana. Siete (20,6%) eran universitarios y seis (17,7%) cursaron primaria incompleta. En cuanto a su afiliación en salud, 32 (94,1%) pertenecían al régimen contributivo (**Tabla 1**).

Tabla 1. Características de la población de estudio

	Valor
Número total de encuestados	34
Edad promedio (rango)	51,4 años (5 a 84 años)
<b>Género</b>	
Masculino (%)	23 (67.65)
Femenino (%)	11 (32.35)
<b>Procedencia</b>	
Rural (%)	4 (11.76)
Urbana (%)	30 (88.24)
<b>Estrato socioeconómico</b>	
Estrato 1 (%)	3 (8.82)
Estrato 2 (%)	8 (23.53)
Estrato 3 (%)	16 (47.06)
Estrato 4 (%)	4 (11.76)
Estrato 6 (%)	1 (2.94)
No responde (%)	2 (5.88)
<b>Escolaridad</b>	
Ninguno (%)	1 (2.94)

	Valor
Primaria incompleta (%)	6 (17.65)
Primaria completa (%)	4 (11.76)
Secundaria incompleta (%)	4 (11.76)
Secundaria completa (%)	5 (14.71)
Técnico (%)	4 (11.76)
Universitario (%)	7 (20.59)
Postgrado (%)	2 (5.88)
No responde (%)	1 (2.94)
<b>Régimen de seguridad social en salud</b>	
Contributivo	32 (94.12)
Subsidiado	1 (2.94)
Especial	1 (2.94)
<b>Estancia</b>	
Promedio (rango)	7,6 días (2 a 56 días)
Mediana	5 días
Moda	3 días
<b>Tiempo de aplicación de las encuestas</b>	
Promedio primera encuesta	15 min
Promedio de la reencuesta	15 min

## Validez de apariencia

La validez de apariencia<sup>8</sup> del instrumento se realizó previo a la terminación del protocolo de investigación, dada la necesidad de establecer el número total de preguntas para el cálculo del tamaño de muestra formal. Luego de un consenso de expertos, comité conformado por los integrantes del grupo investigador (entre los cuales hay especialistas en enfermería de cuidado intensivo, magíster en administración en salud y un candidato a magíster en epidemiología clínica), se concluyó que la satisfacción del paciente hospitalizado en UCI podía ser medida de manera adecuada a través de cuatro resultados propuestos por la NOC<sup>15</sup> (cuidados (3001), comunicación (3002), cumplimiento de las necesidades culturales (3004) y aspectos técnicos del cuidado (3013). Los otros diez se consideraron poco aplicables a pacientes en UCI por las condiciones inherentes de la atención y manejo en este contexto o bien porque evalúan aspectos relevantes al momento del alta definitiva o el traslado entre servicios. Es importante aclarar que los resultados NOC para esta investigación son considerados dominios con base en el nivel de abstracción. Luego de la escogencia de los resultados, el grupo investigador analizó los indicadores (ítems de acuerdo con la terminología de la validación de escalas) de los mismos y no encontraron términos de difícil comprensión para los pacientes colombianos (están escritos en un español neutro, sencillo y libre de modismos).

## Adaptación transcultural

Luego de realizar la validez de apariencia y contar con las aprobaciones de los comités de ética de las instituciones donde se llevó a cabo la prueba piloto, se recolectaron los 34 pacientes con el objetivo de evaluar la comprensión y rangos de respuesta de cada uno de los ítems de la escala original.

Al analizar las respuestas de este grupo de sujetos se encontraron cuatro ítems (300101, 300103, 300104 y 300105) con un rango de respuesta muy estrecho (entre 30 y 32 sujetos con la misma respuesta); sin embargo, para la validación general estas preguntas no serán excluidas dado que el objetivo del estudio es validar los resultados originales y al sacarlas se alteraría el instru-

mento. En 21 ítems se encontraron respuestas de “no aplica” por parte de los sujetos, en tres de ellas 300117 (68,6%), 300218 (34,2%) y 300410 (34,2%) dado el elevado número de sujetos con esta respuesta se comparó cada una con los resultados originales en inglés y se buscaron sinónimos para las palabras clave. Sin embargo, no se encontraron significados en sentidos diferentes al evaluado por cada pregunta específica, razón por la cual se decidió no modificarlos. Para los restantes 18 ítems tan solo uno o dos sujetos respondieron con este distractor y dado su amplio rango de respuesta no se consideró su modificación. En cuanto a su comprensión los ítems 300216 y 300404, fueron cuestionados y tuvieron el mismo proceso con la escala original y los sinónimos. El ítem 300120, referente a los costos, fue cuestionado por el 45,7% (16 sujetos) del total de la población posiblemente como consecuencia del sistema de salud vigente en el momento, además de dos sujetos (5,7%) que aludieron no entender lo que se evaluaba. El ítem 300408 (referente a la incorporación de creencias culturales en la educación sanitaria) no fue respondido por tres personas (8,6%), lo que el grupo investigador no considera falta de comprensión de la pregunta. Por lo anterior esta pregunta se conservará en la evaluación global del instrumento.

## Aspectos logísticos

Los aspectos más relevantes durante el proceso de obtención de datos para la prueba piloto fueron:

1. El acceso a las UCI fue fácil y la obtención de los datos no presentó ningún tipo de obstáculo, el personal de los centros fue un puente que facilitó el acercamiento para la captación de los pacientes susceptibles de participar en el estudio.
2. Durante el desarrollo de la prueba piloto se pudo apreciar que uno de los aspectos más comunes para no aceptar la participación en el estudio fue la condición clínica del paciente, ya que la estancia en la UCI no sólo afecta su salud física sino también la mental. Por esta circunstancia sólo se pueden captar uno o dos pacientes de ocho que egresaron al día.

3. Las 72 horas para la aplicación de la re-encuesta fue un compás de espera muy amplio lo cual generó que muchos de los pacientes no estuvieran en la institución para el momento de su aplicación.
4. El tiempo promedio en la aplicación del instrumento fue de 15 minutos.

## Discusión

### Aspectos metodológicos

La adaptación transcultural es el primer paso para poder probar un instrumento desarrollado en condiciones diferentes a las que se presentan en el entorno donde se quiere utilizar, pues existen de manera natural diferencias entre los grupos de individuos dadas por su entorno social, cultural, ambiental y su bagaje histórico, que hacen que se interpreten de diversas maneras y se asignen pesos de acuerdo con todo lo anterior para un determinado concepto o constructo. La validez de apariencia es el primer paso en este proceso pues con ella se trata de establecer los componentes que para el entorno conforman enteramente el concepto. Luego de ello, hay que ajustar el idioma y la comprensión de cada aspecto a evaluar. Todo lo anterior se hizo a cabalidad en el presente estudio, siguiendo los lineamientos de la literatura para ello.<sup>8</sup>

El grupo investigador teniendo en cuenta lo descrito por Alberto Arribas en su artículo adaptación transcultural de instrumentos, guía para el proceso de validación de instrumentos tipo encuestas, quien plantea que la adaptación está orientada hacia la medición del mismo fenómeno en diferentes culturas, no consideró necesario realizar el proceso de traducción y contra-traducción porque ella fue realizada por siete enfermeros de habla hispana, profesores de la escuela universitaria de enfermería de la Universidad Complutense de Madrid con la coordinación del profesor José Luís Cobos Serrano, miembro del comité técnico de normalización del proyecto NIPE.<sup>14</sup>

Para el adecuado desarrollo de la validación de esta clasificación y luego de esta primera etapa en un grupo reducido de sujetos, se realizarán algunos ajustes para ga-

rantizar el control de sesgos en el proceso y la posible mala interpretación de sus resultados. Entre ellos se encuentra la evaluación de la sensibilidad al cambio, para cuyo análisis se conformarán dos grupos de individuos que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión y que tengan las características requeridas para ser parte de uno de los grupos establecidos bajo la premisa que su gran diferencia es el grado de satisfacción en ellos. El primer grupo estará constituido por sujetos cuya estancia haya sido igual o mayor a siete días; y el segundo por sujetos cuya estancia haya sido menor o igual a cuatro días. Se realizará un segundo análisis de sensibilidad al cambio comparando un grupo conformado por sujetos con complicaciones durante su estancia en UCI con un grupo que no las haya presentado. Al establecer estos diferentes grupos se busca controlar aspectos que pueden influir en la forma de evaluar la satisfacción, como el tiempo de estancia y la presencia de complicaciones.

### Pasos a seguir

La primera etapa de esta validación de la clasificación de resultados de enfermería (NOC) fue satisfactoria. Los diferentes ítems evaluados son comprensibles para la población objeto de estudio y una vez analizados diferentes aspectos en la prueba piloto y ajustados en el protocolo, se procederá a la recolección de la muestra total de sujetos, previa evaluación por los comités que rigen y evalúan este trabajo.

### Referencias

1. Duque Cardona S. Dimensión del cuidado de enfermería a los colectivos: un espacio para la promoción de la salud y la producción del conocimiento. *Invest. educ. enferm.* 1999; 17(1):75-85.
2. Marquez S. Cuidar con cuidado. *Enferm. clín.* 1995; 5(6): 266.
3. Hackspiel M. La ética discursiva como fundamento del cuidado de la vida humana. En: *dimensiones del cuidado*. Bogotá: Universidad Nacional. Facultad de Enfermería; 2006.
4. Colombia. Congreso. Ley 266 de 1996 Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y

- se dictan otras disposiciones (Diario Oficial No. 42.710, del 5 de febrero de 1996).
5. Colombia. Congreso. Ley 911 de 2004 por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones (Diario Oficial No. 45693, del 6 de octubre de 2004).
  6. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006 por el cual se establece el Sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud (Diario Oficial No. 46230, del 3 de abril de 2006).
  7. Rasgos del cuidado de enfermería. En: Universidad Nacional. Facultad de Enfermería. Dimensiones del Cuidado. Bogotá: Universidad Nacional; 2006. p. 212.
  8. Streiner DL, Norman GR. Validity. En: Streiner DL, Norman GR, editors. Health measurement scales. A practical guide to their development and use. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2003. p. 172-93.
  9. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 3ª ed. Madrid, España: Elsevier - Mosby; 2005.
  10. Investigación de los resultados de los pacientes dependientes de enfermería: Fases I y II. En: Johnson M, Maas M, Moorhead S, editors. Clasificación de resultados de enfermería (CRE). Madrid, España: Mosby-Elsevier; 2003. p. 22-43.
  11. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación Actual. In: Moorhead S, Johnson M, Maas M, editors. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Tercera Edición ed. Madrid: Elsevier - Mosby; 2005. p. 20-50.
  12. Introducción a la taxonomía de la NOC. En: Moorhead S, Johnson M, Maas M, editors. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 3ª ed. Madrid, España: Elsevier - Mosby; 2005. p. 104-26.
  13. Costello AB, Osborne JW. Best practices in exploratory factor analysis: four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment Research & Evaluation*. 2005 Jul;10(7):1-9.
  14. Arribas A. Adaptación transcultural de instrumentos , guía para el proceso de validación de instrumentos tipo encuestas. *Rev. Asoc. Med. Bahía Blanca*. 2006;16(3):74-82.
  15. Satisfacción del paciente/usuario. En: Moorhead S, Johnson M, Maas M, editors. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 3ª ed. Madrid, España: Elsevier - Mosby; 2005. p. 504-23.

