



ELSEVIER

Enfermería Clínica

www.elsevier.es/enfermeriaclinica



ORIGINAL

Definiciones conceptuales y operacionales de los indicadores del resultado Control de síntomas para pacientes con insuficiencia cardíaca en cuidados paliativos

Beatriz Quirino Afonso^{a,*}, Natany da Costa Ferreira^b
y Rita de Cassia Gengo e Silva Butcher^c

^a Instituto do Coração (InCor), Hospital das Clínicas, São Paulo, Brazil

^b College of Nursing, University of Iowa, Iowa, Estados Unidos

^c The Marjory Gordon Program for Clinical Reasoning and Knowledge Development at Boston College, William F. Connell School of Nursing, Massachusetts, Estados Unidos

Recibido el 20 de diciembre de 2018; aceptado el 5 de enero de 2020

PALABRAS CLAVE

Evaluación de resultados del paciente;
Evaluación de síntomas;
Terminología de enfermería estandarizada;
Cuidados paliativos;
Cardiología

Resumen

Objetivo: Validar las definiciones conceptuales y operacionales de los indicadores de Control de síntomas (1608) para pacientes con enfermedades cardíacas en cuidados paliativos.

Método: Las definiciones fueron establecidas por medio de revisión bibliográfica y fueron validadas por consenso entre enfermeros expertos. Se realizaron 2 rondas de la metodología Delphi y un encuentro con expertos con el propósito de validar las definiciones de los indicadores y de la magnitud de respuesta para cada indicador.

Resultados: Las definiciones conceptuales y operacionales para los indicadores de Control de síntomas (1608) y para la magnitud de respuesta de cada indicador fueron validadas.

Conclusiones: Todas las definiciones conceptuales y operacionales de los 11 indicadores del resultado de enfermería Control de síntomas (1608) fueron validados por expertos. Se necesitan estudios de validación de contenido y clínica de este resultado de enfermería para verificar la capacidad de estos indicadores en medir la efectividad de las intervenciones de enfermería en la práctica clínica y pesquisa.

© 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: beatriz.afonso@usp.br (B. Quirino Afonso).

KEYWORDS

Patient outcome assessment;
Symptom assessment;
Standardised nursing terminology;
Palliative care;
Cardiology

Conceptual and operational definitions for the indicators of the nursing outcome classification: Symptom control in patients with heart failure in palliative care

Abstract

Objective: To validate conceptual and operational definitions of Symptom control (1608) indicators for patients with cardiac diseases in palliative care.

Method: Definitions were established through a literature review and were validated by consensus among expert nurses. Two rounds of the Delphi method and a meeting with experts were carried out in order to validate the definitions for the indicators and for the magnitude of response for each indicator.

Results: Conceptual and operational definitions for Symptom control (1608) indicators and for the magnitude of response for each indicator were validated.

Conclusions: All conceptual and operational definitions of 11 indicators of the nursing outcome Symptom control (1608) were validated by experts. Content and clinical validation studies remain necessary to verify the capacity of the indicators to measure the effectiveness of nursing interventions in clinical practice and research

© 2020 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

¿Qué se conoce?

El abordaje mediante cuidados paliativos es recomendado para pacientes con insuficiencia cardíaca en fase terminal, por medio del cual, intervenciones para el control de los síntomas, son implementadas. El resultado de enfermería Control de síntomas (1608) es una herramienta útil para medir la efectividad de estas intervenciones. Sin embargo, los indicadores de estos resultados necesitan de definiciones conceptuales y operacionales validas, para asegurar la confiabilidad y la validez del propio resultado.

¿Qué aporta?

Este trabajo presenta el proceso de diseño y validación de definiciones conceptuales y operacionales válidas para la operacionalización del resultado de enfermería Control de síntomas (1608) de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). La validación de estas definiciones aclara el significado y la forma de medir los indicadores; también contribuye para el proceso de la toma de decisiones de enfermeros clínicos e investigadores.

Introducción

La insuficiencia cardíaca (IC) se manifiesta a través de alteraciones hemodinámicas, produciendo síntomas físicos y emocionales incapacitantes que comprometen la calidad de vida¹. En la IC en fase avanzada y terminal, la disnea y los síntomas de bajo gasto cardíaco son signos de

descompensación de la enfermedad y de deterioro clínico del paciente². El fallo de otros órganos, además del corazón, está asociado a comorbilidades y polimedición, pudiendo producir otros síntomas, como dolor, tos persistente, ansiedad, depresión, problemas relacionados con el sueño, náuseas y estreñimiento².

Los síntomas en pacientes con IC en fase avanzada y terminal son más intensos y persistentes. Frecuentemente, limitan la ejecución de las actividades de vida diaria a pesar de la optimización del tratamiento. En la fase terminal de la enfermedad, los pacientes no tienen una buena respuesta al tratamiento, resultando en un importante empeoramiento de la calidad de vida, repetidas hospitalizaciones y una supervivencia no superior a los 6 meses³.

En este escenario, el abordaje de cuidados paliativos ha sido indicado como parte del tratamiento^{3,4}. Los síntomas de la IC que deben ser tratados desde la perspectiva de los cuidados paliativos son los mismos conocidos y tratados en otras enfermedades crónicas, por ejemplo, la disnea y el dolor³. Los cuidados paliativos constituyen una filosofía de cuidados cuyo objetivo es prevenir y aliviar el sufrimiento físico, psicosocial y espiritual, y promover una mejor calidad de vida para los pacientes y sus familiares, además de ayudarlos a mantener la percepción de control de la situación empleando un abordaje holístico e interdisciplinar^{1,3,4}.

Desafortunadamente, en Brasil y en otros países, los cuidados paliativos aún suponen un abordaje poco utilizado en el cuidado de pacientes con IC a pesar de sus reconocidos beneficios⁵⁻⁸. Algunos estudios apuntan que menos del 8% de los pacientes con síntomas graves de IC son encaminados para recibir cuidados paliativos⁶⁻⁸, aunque se observa un aumento en el uso de este abordaje. En Brasil, el gobierno implantó esta forma de tratamiento en el servicio público de salud⁹. Un estudio de cohortes mostró un aumento del uso de este abordaje durante el acompañamiento de más de 70.000 pacientes entre 2006 y 2012. Las tasas de pacientes adheridos a cuidados paliativos en este período, creció desde el 0,8% hasta el 6,4%⁶. En otro estudio, las tasas de

Definiciones para los indicadores del resultado Control de síntomas

consultas para cuidados paliativos aumentó del 6% hasta el 10% un año después de la hospitalización de pacientes con IC grave⁸.

Teniendo en cuenta que uno de los principales objetivos de los cuidados paliativos es el control de síntomas^{1,3,4}, disponer de instrumentos que permitan evaluar la efectividad de las intervenciones para dicho control de síntomas en pacientes con IC, que se encuentran en cuidados paliativos, es fundamental¹⁰. Los resultados del paciente propuestos por la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) pueden servir para este propósito¹¹. En este sentido, el resultado *Control de síntomas* (1608) se define como «acciones personales para minimizar cambios adversos percibidos en la función física y emocional» y está operacionalizado por medio de 11 indicadores¹¹.

La NOC no presenta definiciones conceptuales (DC) y operacionales (DO) para sus indicadores¹¹, por lo que deben ser elaboradas para aclarar el significado expresado por los indicadores de resultado y para establecer las técnicas o métodos para su evaluación¹². Sin ellas, la interpretación de los significados y los sistemas de medición de los indicadores no están estandarizados, dependiendo estos del conocimiento y experiencia individual de los profesionales, por lo que, la evaluación del paciente podrá no representar aquello a que se refieren los indicadores. Las DC y las DO pueden contribuir a mejorar la validez y la confiabilidad de la medición del resultado, ya sea en el uso clínico o en la investigación, lo que es fundamental para determinar la efectividad de las intervenciones.

No se han localizado estudios en la literatura que hayan establecido y validado las DC y DO del resultado de enfermería (RE) *Control de síntomas* (1608) de la NOC¹¹ para pacientes con IC en cuidados paliativos. Por todo lo expuesto, el objetivo de este estudio fue establecer y validar, mediante la opinión de enfermeros expertos, las DC y las DO de los indicadores de resultado y las DO de la escala de la medida del resultado *Control de síntomas* (1608) de la NOC para pacientes con IC en cuidados paliativos.

Método

Se trata de estudio de validación de contenido desarrollado en 4 etapas. En la primera, fueron elaboradas las DC y las DO de los indicadores del resultado *Control de síntomas* (1608)¹¹. La segunda etapa consistió en la validación de esas definiciones, que fue realizada en 2 rondas utilizando la técnica Delphi. En la tercera etapa, fueron elaboradas las DO para las magnitudes de respuesta (escala de la medida) de cada indicador, que fueron validadas en la cuarta etapa. Las etapas 1 y 3, así como 2 y 4, serán presentadas juntas considerando la similitud entre ellas.

Elaboración de las DC y DO de los indicadores del resultado y sus respectivas magnitudes de respuesta

Se realizó una revisión integradora de la literatura¹³, que permitió identificar los síntomas que podían ser controlados por medio de estrategias, elaboradas a partir del análisis de los indicadores del resultado *Control de síntomas* (1608). La pregunta orientadora para la revisión integradora

fue: ¿cuáles son los síntomas posibles de ser controlados en pacientes con IC en cuidados paliativos? Para responder a esta pregunta se utilizó la estrategia de búsqueda («palliative care») AND (symptom*) AND («heart failure») en el portal PubMed. Esta base de datos fue seleccionada por contener las revistas más relevantes del área de interés del presente estudio; los investigadores consideraron que no era necesario consultar otras bases de datos y portales, ya que los artículos incluidos en la revisión fueron suficientes para responder a la pregunta de la revisión. La búsqueda fue realizada en el período de octubre a diciembre del 2015 y fueron incluidos estudios primarios completos, publicados en inglés, portugués y español, entre los años 2010 y 2015.

Tras una selección por título y resumen, se seleccionaron los artículos de interés, para cuya evaluación, análisis e interpretación fueron extraídos los siguientes datos: título, autores, año y país de publicación, periodicidad, objetivo, características de los participantes, síntomas de IC posibles de controlar e instrumentos utilizados para la identificación de los síntomas. Para la elaboración de las DC y las DO de los indicadores del resultado *Control de síntomas* (1608)¹¹ se utilizaron los resultados de esta revisión, complementados con consultas a libros académicos y diccionarios del área de la salud en lengua portuguesa.

Se elaboraron las DO de los indicadores con base en sus respectivas DC y DO. Para los diferentes grados de magnitud de respuesta «nunca demostrado», «raramente demostrado», «algunas veces demostrado», «frecuentemente demostrado» y «siempre demostrado» se consideró que la acción era realizada o relatada, el 0%, hasta el 25%, más del 25% y menos o igual que el 50%, más del 50% y menos o igual que el 75%, y más del 75% de las veces, respectivamente.

Validación de las definiciones conceptuales y operacionales

La validación de las DC y DO de los indicadores del resultado *Control de síntomas* (1608) se realizó con la opinión de los expertos mediante técnica Delphi¹⁴ y consenso sobre los criterios de claridad (propiedad de un texto de ser comprendido sin dificultades), pertinencia (relación básica entre un concepto y el conjunto al cual pertenece) y mensurabilidad (propiedad de cuantificación del concepto) de las definiciones establecidas.

Para localizar los expertos potencialmente elegibles del panel Delphi, se realizaron búsquedas en la plataforma Lattes del Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico¹⁵, usando también un muestreo de tipo bola de nieve¹². Para ser incluidos en el estudio, los expertos debían ser enfermeros con experiencia asistencial de, al menos, 2 años en el área de enfermería cardiovascular o cuidados paliativos, o tener experiencia en el uso del proceso de atención de enfermería y clasificaciones de enfermería, en la práctica clínica, en la docencia o en la investigación. Fueron excluidos los expertos que no cumplieron el plazo establecido para la devolución del instrumento de recogida de datos completo.

Se estimó un número mínimo de 6 expertos para la muestra¹⁶. Finalmente, se invitó a participar en el estudio a 86 potenciales expertos, utilizando el correo electrónico.

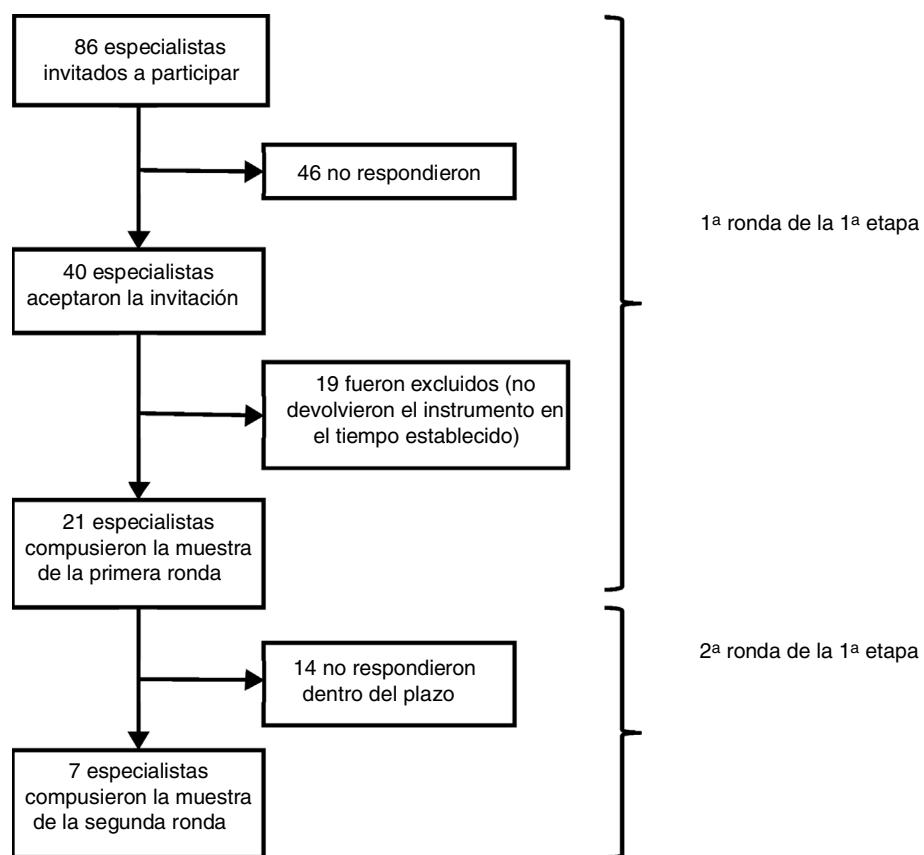


Figura 1 Diagrama de flujo de la selección de especialistas para la primera etapa del estudio.

Todos los expertos que participaron de la primera ronda de esta etapa fueron invitados a participar de la segunda. En este estudio, fueron necesarias 2 rondas. La figura 1 muestra el diagrama de flujo de la selección de la muestra de expertos.

En la primera ronda, el instrumento se envió a 40 expertos que respondieron positivamente a la invitación para participar en el estudio. El instrumento constaba de 2 partes. La parte A contenía datos de caracterización sociodemográfica, académica y profesional; la parte B contenía las DC elaboradas para ser evaluadas en lo que se refiere a los criterios de claridad y pertinencia, y las DO en lo que se refiere a los criterios de claridad, pertinencia y mensurabilidad¹⁷. Cada criterio fue evaluado en una escala de 3 puntos: -1, total desacuerdo; 0, ni de acuerdo ni desacuerdo, y 1, totalmente de acuerdo.

Se recibieron 21 respuestas de expertos cuyos resultados fueron analizados y sus propuestas fueron discutidas entre las investigadoras e incorporadas a las DC y las DO, cuando eran consideradas pertinentes. A partir de esto, surgió la necesidad de realizar una nueva apreciación de todas las definiciones por el grupo de expertos, en una segunda ronda.

En la segunda ronda, los expertos recibieron el nuevo instrumento conteniendo las DC y las DO modificadas, así como los resultados obtenidos en la primera ronda y las justificaciones, ofrecidas por los expertos, relacionadas con las propuestas de cambio¹⁴. En esta ronda, a los expertos se les clasificó sobre la posibilidad de mantener o modificar su opinión

con relación a la primera ronda. Los demás procedimientos adoptados fueron semejantes a los de la primera ronda.

La validación de las DO de las magnitudes de respuesta de los indicadores fue realizada por consenso. Se optó por realizar dicha validación en reunión presencial puesto que se consideró más adecuado posibilitar la discusión entre los expertos. Debido a que parecía más compleja, 7 miembros del Grupo de Estudios sobre Diagnósticos, Intervenciones y Resultados de Enfermería (DIREnf), de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo, participarán de la reunión.

Fue necesaria una reunión presencial de 3 h para validar las DO de las magnitudes de respuesta, durante la cual los participantes respondieron el mismo instrumento de caracterización sociodemográfica, académica y profesional descrito previamente. Las definiciones establecidas para cada magnitud de respuesta fueron presentadas en otro instrumento y discutidas entre los expertos, quienes las evaluaron de acuerdo con los 3 criterios de claridad, pertinencia y mensurabilidad presentados. Los ajustes sugeridos se realizaron hasta la obtención del 100% de consenso con relación a cada criterio.

Análisis de los datos

Los datos de caracterización sociodemográfica se analizaron mediante estadística descriptiva. Para las variables cuantitativas se calcularon medidas de tendencia central y

Definiciones para los indicadores del resultado Control de síntomas

de dispersión. Las variables categóricas fueron expresadas mediante frecuencias relativas y absolutas.

En la segunda etapa, se calculó el índice de concordancia para cada criterio (claridad, pertinencia y mensurabilidad). Las DC y DO de los indicadores fueron consideradas válidas cuando entre los expertos¹⁸ se obtuvo, una concordancia del 70%.

En la cuarta etapa, las DO de las magnitudes de respuesta fueron consideradas válidas cuando entre los miembros del DIREnf se obtuvo un consenso del 100%, para los 3 criterios de evaluación.

El estudio fue aprobado por Comité de Ética en Investigación y todos los participantes firmaron el término de consentimiento libre e informado.

Resultados

Elaboración de las DC y DO de los indicadores del resultado y sus respectivas magnitudes de respuesta

Se obtuvieron 147 referencias en el portal PubMed, de las cuales 10 fueron incluidas por responder a la pregunta de investigación. La tabla 1 describe la caracterización de los artículos incluidos en la revisión integradora. No se encontraron artículos que contuviesen definiciones acerca de las estrategias de control de síntomas, por lo que se utilizaron libros académicos (cómo tratados de cardiología en medicina y en enfermería) y diccionarios para esa finalidad.

Validación de las definiciones conceptuales y operacionales

La tabla 2 muestra las características sociodemográficas, académicas y profesionales de los expertos que participaron en el panel Delphi para la validación de las DC y DO de los indicadores, así como de los expertos que participaron de la reunión de consenso para validar las DO de las magnitudes de respuesta.

El 23,8% de los expertos que participaron en la validación de las DC y las DO de los indicadores y el 85,7% de los que participaron en la validación de las DO de las magnitudes de respuesta indicaron no tener ninguna experiencia en el uso de la NOC en la asistencia. No obstante, el 52,3, el 28,6 y el 33,3%, respectivamente, tenían una razonable experiencia con el uso de la clasificación en la investigación, en la práctica clínica y en la enseñanza.

Los expertos validaron durante la primera ronda de la segunda etapa las DC y las DO de 3 de los indicadores de resultados (160801, Reconoce el comienzo del síntoma; 160813, Obtiene asistencia sanitaria cuando aparecen signos de alerta; 160811, Obtiene asistencia sanitaria cuando aparecen signos de alerta). Los expertos concluyeron que no existían diferencias en las DC y las DO para 2 indicadores (160807, Utiliza medidas de alivio del síntoma; 160809, Utiliza los recursos disponibles). Por lo tanto, ambos permanecieron con DC y DO idénticas.

Se recomendó incluir la expresión «disminución del bienestar» al final de todas las DC. Como ejemplo, la DC del indicador 160802, La monitorización de la persistencia de los

síntomas, fue cambiada de «La persona permanece atenta a la duración de los cambios adversos en su salud física o emocional relacionada con la enfermedad» a «La persona permanece atenta a la duración de los cambios adversos en su salud física/bienestar emocional, relacionados con enfermedades y/o disminución del bienestar». Después de la inclusión de esta expresión, las DC de todos los indicadores fueron evaluadas nuevamente en la segunda ronda y obtuvieron entre un 70 y un 100% de concordancia en las DC y las DO, con excepción del indicador 160811, Refiere control de los síntomas. Sin embargo, 2 expertos no estuvieron de acuerdo con la inclusión de la expresión «disminución del bienestar».

En la etapa de validación de las magnitudes de respuesta, los expertos no validaron la operacionalización (DO) de las magnitudes de respuesta por medio de porcentajes. Después de discutir otras alternativas, hubo consenso en que cada punto de la escala Likert de las magnitudes de respuesta debería ser descrito por medio de las siguientes palabras: nunca, raramente, algunas veces, frecuentemente y siempre presenta, seguidas por las partes correspondientes de las DC o las DO de los indicadores.

Además, los expertos consideraron que la expresión «disminución del bienestar» no contribuía en la robustez de las DC y comprometía la claridad y la mensurabilidad de cada magnitud de respuesta de los indicadores. Finalmente, la expresión fue suprimida de las definiciones.

La tabla 3 presenta las DC y las DO validadas para los indicadores del resultado *Control de síntomas* (1608), con sus respectivos índices de concordancia, así como las DO de las magnitudes de respuesta.

Considerando la potencial relevancia del indicador 160811, Refiere control de los síntomas, se optó por discutir las DC y DO en la reunión de consenso con los miembros del DIREnf. La DC de consenso fue «la persona informa que los síntomas no empeoraron» y la DO fue «Informe verbal o escrito de que no empeoraron los síntomas físicos» (p. ej., anorexia, pérdida de apetito, pérdida de peso, alteraciones en el paladar, diarrea, estreñimiento, poliuria, nicturia, cansancio, disnea, fatiga, tos, mareo, sequedad de boca, náusea, vómito, debilidad muscular, prurito y dolor) o emocionales (como alteraciones del estado psíquico, del humor, del comportamiento y del sueño). Las DO de las magnitudes de respuesta fueron (con relación al informe de estabilización de los síntomas físicos o emocionales): 1) la persona nunca; 2) la persona raramente; 3) la persona algunas veces; 4) la persona frecuentemente, y 5) la persona siempre presente.

Discusión

Elaboración de las DC y DO de los indicadores del resultado y sus respectivas magnitudes de respuesta

Este estudio presenta DC y DO válidas para la operacionalización del resultado *Control de síntomas* (1608) de la NOC, lo que es relevante ya que estas definiciones establecen la conexión entre lo observable —como una característica o atributo de un fenómeno— con las evidencias científicas que lo describen. En otras palabras, las definiciones son

Tabla 1 Características de los artículos incluidos en la revisión integradora de la literatura

Autor, año y tipo de estudio	Características de los participantes incluidos en los estudios primarios	Síntomas de IC susceptibles de control	Instrumento utilizado para evaluación de los síntomas
Jorgenson A, Sidebottom AC, Richards H, Kirven J, 2015, ensayo clínico aleatorizado	232 pacientes ($76 \pm 11,5$ años), 49,5% mujeres y 50,5% hombres ingresados con diagnóstico de IC aguda	Dolor, somnolencia, náuseas, falta de apetito, diarrea, estreñimiento, ansiedad, depresión, trastornos del sueño ¹⁹	ESAS PHQ-9
Sidebottom AC, Jorgenson A, Richards H, Kirven J, Sillah A, 2015, ensayo clínico aleatorizado	232 pacientes ($73,4 \pm 11$ años), 47,4% mujeres y 52,6% hombres, ingresados con diagnóstico de IC aguda	Dolor, cansancio, náuseas, depresión, ansiedad, apetito, somnolencia, bienestar, falta de aire y «otros» ²⁰	PHQ-9 MLHF ESAS
Bekelman DB, Hooker S, Nowels CT, Main DS, Meek P, McBryde C, Hattler B, Lorenz KA, Heidenreich PA, 2014, estudio piloto prospectivo de métodos mixtos	72 pacientes (media de 63 años) del sexo masculino, ingresados con diagnóstico de IC	Fatiga, dolor, depresión ²¹	CASA PHQ-9 ESAS GSDS KCCQ Evaluación funcional de la terapia de enfermedades crónicas-espiritual Calidad de vida al final de la vida Trastorno de ansiedad generalizada-7
Evangelista LS, Liao S, Motie M, De Michelis N, Ballard-Hernandez J, Lombardo D, 2014, estudio descriptivo-exploratorio	36 pacientes ($53,9 \pm 8$ años), 27,8% mujeres y 72,2% hombres en ambulatorios, con diagnóstico de IC aguda	Fatiga, dolor, ansiedad, bienestar, depresión, disnea, somnolencia, apetito, náuseas ²²	ESAS modificado Escala Likert de 4 puntos para evaluar la gravedad de los síntomas
Evangelista LS, Liao S, Motie M, de Michelis N, Lombardo D, 2014, estudio prospectivo de cohorte simple	42 pacientes ($53,7 \pm 7,9$ años), 28,6% mujeres y 71,4% hombres ingresados con diagnóstico de IC aguda	Dolor, cansancio, náuseas, depresión, ansiedad, apetito, somnolencia, bienestar y falta de aire ²³	ESAS CAS-R-revisado PAM
Kavalieratos D, Kamal AH, Abernethy AP, Biddle AK, Carey TS, Dev S, Reeve BB, Weinberger M, 2014, estudio transversal	334 pacientes (media de 84 años), 41% mujeres y 59% hombres con diagnóstico de IC	Fatiga, anorexia, disnea, dolor, insomnio, depresión, anorexia, estreñimiento, agitación, diarreas, náuseas ²⁴	McCorkle Escala de síntomas de angustia PC-PHS
Brännström M, Boman K, 2014, ensayo clínico controlado aleatorizado	72 pacientes ($81,9 \pm 7,2$ años), 27,8% mujeres y 72,2% hombres, con diagnóstico de ICC	Dolor, cansancio, náusea, depresión, pérdida de apetito, ansiedad, somnolencia, bienestar y falta de aire ²⁵	ESAS EQ-5D KCCQ
Shah AB, Udeoji DU, Baraghoush A, Bharadwaj P, Yennurajalingam S, Schwarz ER, 2013, estudio transversal	100 pacientes (58 ± 17 años), 33% mujeres y 67% hombres ingresados, con diagnóstico de IC descompensada	Dolor, cansancio, náusea, humor deprimido, ansiedad, somnolencia, pérdida de apetito, bienestar y falta de aire ²⁶	ESAS

Definiciones para los indicadores del resultado Control de síntomas

Tabla 1 (continuación)

Autor, año y tipo de estudio	Características de los participantes incluidos en los estudios primarios	Síntomas de IC susceptibles de control	Instrumento utilizado para evaluación de los síntomas
Evangelista LS, Lombardo D, Malik S, Ballard-Hernandez J, Motie M, Liao S, 2012, estudio prospectivo de casos y controles	72 pacientes ($53,6 \pm 8,3$ años), 29,2% mujeres y 70,8% hombres en ambulatorio, con diagnóstico de exacerbación aguda de la IC	Dolor, fatiga, somnolencia, náuseas, ansiedad, depresión, pérdida de apetito, disnea y sensación de bienestar ²⁷	ESAS PHQ-9 MLHFQ CCI
Pantilat SZ, O'Riordan DL, Dibble SL, Landefeld CS, 2012, estudio de cohorte prospectivo	150 pacientes ($77 \pm 7,9$ años), 49,7% mujeres y 50,3% hombres ingresados, con diagnóstico de IC, cáncer y enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Dolor, disnea y ansiedad ²⁸	IADL indexado GDS-15 Escala verbal numérica para evaluar dolor, disnea y ansiedad Escala tipo Likert de 4 puntos para evaluar la severidad de los síntomas

CASA: atención colaborativa para aliviar los síntomas y el ajuste a la enfermedad; CAS-R: escala de actitud de control revisada; CCI: índice de comorbilidad de Charlson; EQ-5D: Euro-Qol; ESAS: escala de evaluación de síntomas de Edmonton; GDS-15: escala de depresión geriátrica; GSDS: escala general de síntomas de angustia; IADL: actividades de la vida diaria; KCCQ: cuestionario de miocardiopatía de Kansas City; MLHF: Minnesota Living with Heart Failure; MLHFQ: Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire; PAM: medición de activación del paciente; PC-PHS: estado de salud del paciente de cuidados paliativos; PHQ-9: cuestionario de salud del paciente-9.

Tabla 2 Características demográficas, académicas y profesionales de los expertos

Variable	Segunda etapa		Cuarto etapa (n = 7)
	Primera ronda (n = 21)	Segunda ronda (n = 7)	
Edad, media (DE)	38,4 (9,1)	41,1 (8,8)	41,1 (10,5)
Sexo femenino, n (%)	20 (95,2)	7 (100)	6 (85,7)
Experiencia en			
Enfermería cardiovascular, n (%)	14 (66,7)	6 (85,7)	4 (57,1)
Cuidados paliativos, n (%)	8 (38,1)	2 (28,5)	0
Tiempo de experiencia profesional en			
Enfermería cardiovascular, media (DE)	6,3 (7,3)	10,3 (8,6)	14,7 (11,2)
Cuidados paliativos, media (DE)	2,8 (4,6)	2,4 (4,4)	0
Máxima titulación académica alcanzada			
Especialización, n (%)	2 (9,5)	1 (14,3)	0
Maestría, n (%)	4 (19,0)	1 (14,3)	4 (57,1)
Doctorado, n (%)	12 (57,1)	5 (71,4)	3 (42,5)
Post doctorado, n (%)	3 (14,3)	0	0
Área de actuación			
Asistencia, n (%)	10 (47,61)	5 (71,4)	3 (42,8)
Docencia, n (%)	20 (95,24)	7 (100)	7 (100)
Investigación, n (%)	17 (80,95)	5 (71,4)	7 (100)
Experiencia «razonable» con el uso de la NOC			
Asistencia, n (%)	6 (28,6)	2 (28,6)	0
Enseñanza, n (%)	7 (33,3)	1 (14,3)	1 (14,3)
Investigación, n (%)	11 (52,3)	3 (42,8)	2 (28,6)

DE: desviación estándar.

Tabla 3 Definiciones conceptuales y operacionales validadas en los sucesivos paneles Delphi y sus respectivos índices de concordancia después de los 2 paneles Delphi, para los indicadores del resultado *Control de síntomas* (1608) y DO de las magnitudes de respuesta

Indicador	Índices de concordancia			
	Claridad	Pertinencia	Mensurabilidad	
160801, Reconoce el comienzo del síntoma				
DC	La persona mantiene vigilancia de la aparición de cambios adversos, en su salud física o emocional, relacionados con la enfermedad	100%	100%	NA
DO	Informe verbal o escrito de la realización de acciones que permiten identificar la aparición de síntomas físicos, por ejemplo ^a	100%	100%	71,4%
MR	La persona nunca/raramente/algunas veces/frecuentemente/siempre realiza acciones para reconocer el inicio de los síntomas físicos o emocionales	Consenso	Consenso	Consenso
160802, Reconoce la persistencia del síntoma				
DC	La persona mantiene vigilancia de la duración de los cambios adversos en su salud física o emocional, relacionadas con la enfermedad	85,7%	100%	NA
DO	Informe verbal o escrito de la realización de acciones para identificar el mantenimiento de síntomas físicos y emocionales, por ejemplo ^a	100%	100%	100%
MR	La persona nunca/raramente/ algunas veces/frecuentemente/siempre realiza acciones que demuestran la monitorización de la persistencia de los síntomas físicos o emocionales	Consenso	Consenso	Consenso
160803, Reconoce la intensidad del síntoma				
DC	La persona mantiene vigilancia de las variaciones en la intensidad de los cambios adversos en su salud física o emocional, relacionadas con la enfermedad	100%	100%	NA
DO	Informe verbal o escrito de la realización de acciones para reconocer las variaciones en la intensidad de los síntomas físicos, por ejemplo ^a	100%	100%	100%
MR	La persona nunca/raramente/algunas veces/frecuentemente/siempre realiza acciones para monitorizar la intensidad de los síntomas físicos o emocionales	Consenso	Consenso	Consenso
160804, Reconoce la frecuencia del síntoma				
DC	La persona mantiene vigilancia de la frecuencia con que ocurren cambios adversos en su salud física o emocional, relacionados con la enfermedad	85,7%	100%	NA
DO	Informe verbal o escrito de la realización acciones para identificar el número de veces que ocurren los síntomas físicos y emocionales, por ejemplo ^a	100%	100%	100%
MR	La persona nunca/raramente/algunas veces/frecuentemente/siempre realiza acciones para identificar la frecuencia con que ocurren síntomas físicos o emocionales	Consenso	Consenso	Consenso
160805, Reconoce la variación del síntoma				
DC	La persona mantiene vigilancia de diferencias en la naturaleza de cambios adversos en su salud física o emocional, relacionados a la enfermedad	100%	71,4%	NA
DO	Informe verbal o escrito de la realización de acciones para identificar cambios en el inicio, en la persistencia, en la gravedad y en la frecuencia de los síntomas físicos y emocionales, por ejemplo ^a	85,1%	71,4%	100%
MR	La persona nunca/raramente/algunas veces/frecuentemente/siempre realiza acciones para identificar cambios en el inicio, en la persistencia, en la gravedad y en la frecuencia de síntomas físicos o emocionales	Consenso	Consenso	Consenso
160806, Utiliza medidas preventivas				
DC	La persona utiliza recursos terapéuticos que previenen el inicio o el agravamiento de los síntomas físicos y emocionales	71,4%	71,4%	NA

Definiciones para los indicadores del resultado Control de síntomas

Tabla 3 (*continuación*)

Indicador		Índices de concordancia		
		Claridad	Pertinencia	Mensurabilidad
DO	Informe verbal o escrito de la realización de acciones para prevenir el inicio o exacerbación de los síntomas físicos y emocionales, por ejemplo ^a	100%	100%	100%
MR	La persona nunca/raramente/algunas veces/frecuentemente/siempre realiza acciones para prevenir el inicio o a exacerbación de síntomas físicos o emocionales	Consenso	Consenso	Consenso
160807, Utiliza medidas de alivio de los síntomas				
DC	La persona utiliza recursos para aliviar los síntomas físicos o emocionales	100%	100%	NA
DO	Informe verbal o escrito de la realización de acciones para aliviar los síntomas físicos y emocionales, por ejemplo ^a	85,7%	71,4%	100%
MR	La persona nunca/raramente/algunas veces/frecuentemente/siempre realiza acciones para aliviar síntomas físicos o emocionales	Consenso	Consenso	Consenso
160813, Obtiene asistencia sanitaria cuando aparecen signos de alerta				
DC	La persona busca cuidados profesionales de salud cuando reconoce un empeoramiento significativo de sus síntomas físicos o emocionales	100%	100%	NA
DO	Informe verbal o escrito de la búsqueda de atención profesional de salud cuando siente un empeoramiento significativo de sus síntomas físicos y emocionales, por ejemplo ^a	100%	100%	100%
MR	La persona nunca/raramente/algunas veces/frecuentemente/siempre busca atención profesional de salud cuando siente empeoramiento significativo de los síntomas físicos o emocionales	Consenso	Consenso	Consenso
160809, Utiliza los recursos disponibles				
DC	La persona utiliza recursos para aliviar los síntomas físicos o emocionales	71,4%	85,7%	NA
DO	Informe verbal o escrito de la realización de acciones para aliviar los síntomas físicos y emocionales, por ejemplo ^a	71,4%	85,7%	85,7%
MR	La persona nunca/raramente/algunas veces/frecuentemente/siempre realiza acciones para aliviar síntomas físicos o emocionales	Consenso	Consenso	Consenso
160810, Utiliza un diario de síntomas				
DC	Uso de herramientas para registrar los cambios adversos en la salud física y emocional relacionados con la enfermedad	85,7%	100%	NA
DO	Presenta los registros referentes a la cantidad, inicio, frecuencia, persistencia o intensidad de los síntomas físicos y emocionales, por ejemplo ^a	100%	100%	100%
MR	La persona nunca/raramente/algunas veces/frecuentemente/siempre presenta los registros con relación a la cantidad, inicio, frecuencia, persistencia o intensidad de los síntomas físicos o emocionales	Consenso	Consenso	Consenso
160811, Refiere control de los síntomas				
DC	El paciente reconoce la estabilización de los síntomas	42,8%	57,1%	NA
DO	Informe verbal o escrito de mantenimiento de estabilidad, dentro de un período de tiempo, de los síntomas físicos ^a (...) y la sensación de bienestar, evaluadas por medio de la satisfacción de las necesidades físicas y emocionales	100%	100%	100%
MR	La persona nunca/raramente/algunas veces/frecuentemente/siempre informa de estabilidad de los síntomas físicos o emocionales	Consenso	Consenso	Consenso

DC: definición conceptual; DO: definición operacional; MR: magnitud de respuesta; NA: no se aplica.

^a Síntomas físicos identificados en la revisión de la literatura: anorexia, pérdida de apetito, pérdida de peso, alteraciones en el paladar, diarrea, estreñimiento, poliuria, nicturia, cansancio, disnea, fatiga, tos, mareo, sequedad de boca, náuseas, vómito, debilidad muscular, prurito, dolor; o emocionales, como alteraciones del estado psíquico de humor, comportamiento y sueño.

el puente que une la observación incidental con la validación científica de un fenómeno¹¹. Las investigaciones de esta naturaleza pueden contribuir en el proceso de la toma de decisiones de enfermeros clínicos e investigadores en la evaluación del estado del paciente relacionado con el control de síntomas en la IC, ya que las definiciones aclaran el significado y la forma de medir de los indicadores.

En la literatura, existen evidencias que apuntan la relevancia de las DC y las DO en ambientes clínicos y de investigación. En una de ellas, la evaluación de 25 pacientes con IC descompensada, realizada por 2 enfermeras de forma independiente, mostró concordancia del 100% en la afirmación de la presencia o ausencia de 28 (de un total de 29) características definitorias de 3 diagnósticos de enfermería²⁹. En otros estudios, se verificó que la utilización de DC y DO contribuyó en el aumento de la concordancia entre los evaluadores sobre los indicadores de resultados^{30,31}.

Más allá de la práctica clínica y de la investigación, la validación de DC y DO puede contribuir a orientar la enseñanza de las clasificaciones enfermeras y el razonamiento clínico a los estudiantes de enfermería. Al proporcionar una mejor comprensión de los fenómenos de interés para las enfermeras, pueden ayudar en la selección de los contenidos, así como las técnicas y los métodos de medida³².

Validación de las definiciones conceptuales y operacionales

Uno de los desafíos en la realización de estudios de validación mediante la opinión de expertos es la definición y la selección de estos profesionales; no existe consenso en la literatura acerca de los criterios que deben ser utilizados para esta finalidad³³. Considerando que en estudios de validación los expertos deben tener conocimiento acerca del fenómeno que se investiga³⁴, se optó por seleccionar a expertos con experiencia clínica en enfermería cardiovascular o cuidados paliativos o experiencia en el uso del proceso de atención de enfermería y de las clasificaciones de enfermería. En otras investigaciones también se observó que los expertos señalaron tener experiencia en el área de interés del fenómeno sometido a validación³⁵⁻³⁷.

El número de expertos y el tiempo de experiencia en cuidados paliativos fueron menores que aquellos con experiencia en enfermería cardiovascular. Esto puede ser justificado por el hecho constatado de que los cuidados paliativos son una especialidad reciente en la salud³⁸ y un tema incipiente en las instituciones docentes. Además, son pocos los servicios de salud hospitalarios que ofrecen cuidados en esta especialidad³⁸⁻⁴⁰. Los expertos relataron tener poca experiencia con relación al uso de la NOC en la asistencia, docencia e investigación. Esto se justifica porque la NOC, comparada con otros lenguajes estandarizados, todavía no es ampliamente utilizada. De manera general, no se ha investigado el grado de experiencia de los expertos con relación al uso de la NOC.

Sin embargo, las medidas de resultados de los cuidados de la salud han sido cada vez más evidenciadas en el escenario de cuidados de la salud¹¹. Se destaca que la trayectoria de la salud en respuesta a una intervención pasa por resultados

intermedios, como es el caso del *Control de síntomas*, que colaboran en la percepción del paciente de una mejor calidad de vida y mayor satisfacción con el tratamiento^{1,41}.

En este estudio, todas las DC y las DO fueron validadas en 2 etapas de evaluación por expertos, excepto el indicador 160811,- Reconoce el comienzo del síntoma. El verbo utilizado inicialmente (estabilizar) podía dar la idea de que los síntomas eran estables. Pero la estabilidad puede no referirse a la ausencia de indicios de agravación o empeoramiento de los síntomas. Es decir, los síntomas pueden ser intensos y estables, lo que no implica la noción de control al cuál se refiere el resultado. La nueva redacción consensuada por los expertos expresa de manera más apropiada el significado de ese indicador.

La expresión «disminución del bienestar» introdujo serias dificultades para establecer definiciones para las magnitudes de respuesta. Como la percepción de bienestar no es central para la evaluación del RE en cuestión y además puede ser medida por medio de otros resultados de enfermería, las autoras acataron la sugerencia de los expertos del DIREnf, durante la cuarta etapa, de suprimir dicha expresión; esto no alteró el enfoque central de las DC y las DO, y contribuyó en la elaboración de DO claras, pertinentes y mensurables.

En otra investigación, las definiciones conceptuales establecidas para el RE *Severidad de la infección* (0703) se basaron en la revisión de la literatura, pero no incluyeron una apreciación de los expertos⁴². Por otro lado, para las DC y la DC de los indicadores del resultado *Conocimiento: control de la enfermedad crónica* (1847) para pacientes con úlcera venosa se utilizó la opinión de expertos. En esta investigación, se obtuvo consenso entre 10 expertos sobre 9 indicadores de este resultado³⁵.

El presente estudio tiene algunas limitaciones. La muestra de expertos fue pequeña (a pesar de que se encuentra dentro de lo recomendado en la literatura), lo que pudo comprometer la validez externa de los resultados. El menor número de expertos, con menos tiempo de experiencia en cuidados paliativos, pudo haber restringido la cobertura de las definiciones validadas en términos de los valores y principios de aquella especialidad. Por último, la menor familiaridad de los expertos con la utilización de la NOC en la asistencia pudo privilegiar la aplicabilidad de las definiciones en la investigación, en detrimento de la clínica.

En conclusión, las DC y las DO de los indicadores del RE *Control de síntomas* (1608) fueron validadas por los expertos. Estas definiciones válidas representan un acuerdo en la disciplina sobre el significado teórico y la forma de medida de los indicadores de resultado. Dicho acuerdo es importante porque guía la obtención de datos acerca de los indicadores y orienta el proceso para la toma de decisiones clínicas; así mismo, contribuyen para dar mayor robustez a la medición de este RE y permiten la comparación de escenarios de práctica clínica, docencia e investigación, entre diferentes culturas y regiones.

Financiación

Beatriz Quirino Afonso recibió una beca de iniciación científica de lo Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq) en Brasil.

Conflictos de intereses

Conflictos de intereses: ninguno.

Agradecimientos

A los expertos que participaron en este estudio y a la profesora Rosa Rifà Ros por revisar la traducción al español.

Bibliografía

1. Jaarsma T, Beattie JM, Ryder M, Rutten FH, McDonagh T, Mohacsi P, et al. Advanced Heart Failure Study Group of the HFA of the ESC Palliative care in heart failure: A position statement from the palliative care workshop of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J of Heart Fail* [Internet]. 2009;11:433–43, <http://dx.doi.org/10.1093/eurjhf/hfp041>.
2. Sood A, Dobbie K, Wilson Tang WH. Palliative Care in Heart Failure. *Curr Treat Options Cardiovasc Med*. 2018;20:43, <http://dx.doi.org/10.1007/s11936-018-0634-y>.
3. Pozo JSG, Olmeda Brull O, Méndez JJA, Pascual MC. Palliative medicine for patients with advanced heart failure: New evidence. *Rev Clin Esp*. 2019;219:332–41, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2018.09.003>.
4. Wiskar K, Toma M, Rush B. Palliative care in heart failure. *Trends Cardiovasc Med*. 2018;28:445–50, <http://dx.doi.org/10.1016/j.tcm.2018.02.008>.
5. Dos Santos CE, Caldas JMP, Serafim JA, Barros N, Pereira AC, Capra MEZ, et al. Palliative care in Brazil: with a view to future needs? *Int Arch Med*. 2017;10:1–9, <http://dx.doi.org/10.3823/2418>.
6. Wiskar KJ, Celi LA, McDermid RC, Walley KR, Russell JA, Boyd JH, et al. Patterns of palliative care referral in patients admitted with heart failure requiring mechanical ventilation. *Am J Hosp Palliat Care*. 2018;35:620–6, <http://dx.doi.org/10.1177/1049909117727455>.
7. Wiskar K, Celi LA, Walley KR, Fruhstorfer C, Rush B. Inpatient palliative care referral and 9-month hospital readmission in patients with congestive heart failure: A linked nationwide analysis. *J Intern Med*. 2017;282:445–51, <http://dx.doi.org/10.1111/joim.12657>.
8. Mandawat A, Heidenreich PA, Mandawat A, Bhatt DL. Trends in Palliative care use in veterans with severe heart failure using a large national cohort. *JAMA Cardiol*. 2016;1:617–9, <http://dx.doi.org/10.1001/jamacardio.2016.1687>.
9. Brasil, Ministério da Saúde. Resolução n.º 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização 2 cuidados paliativos, à luz 2 cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília; 2018 [consultado 19 Dec 2018]. Disponível en: http://www.in.gov.br/materia-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710.
10. Jiménez DM. From evidence-based nursing to healthcare practice: The evaluation of results as an integrating element. *Enferm Clin*. 2018;28:149–53, <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.04.004>.
11. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. *Classificação de resultados de enfermagem (NOC)*. 5.ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
12. Polit DF, Beck CT. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 7.ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
13. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2008;17:758–64, <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.
14. Scarparo AF, Laus AM, Azevedo ALCS, Freitas MRI, Gabriel CS, Chaves LDP. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. *Rev Rene*. 2012;13:242–51, <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v13i1.3803>.
15. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico [homepage en internet]. Plataforma Lattes [consultado 19 Dec 2018]. Disponível en: <http://lattes.cnpq.br/web/dgp>.
16. Ribeiro MAS, Lages JSS, Lopes MHBM. Nursing diagnoses related to skin: Operational definitions. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2012;20:863–72, <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000500007>.
17. Pasquali L. *Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas*. Porto Alegre: Artmed; 2010.
18. Cavalcante LDW, Oliveira GOB, Almeida PC, Rebouças CBA, Pagliuca LMF. Tecnologia assistiva para mulheres com deficiência visual acerca do preservativo feminino: estudo de validação. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015;49:14–21, <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000100002>.
19. Jorgenson A, Sidebottom AC, Richards H, Kirven J. A description of inpatient palliative care actions for patients with acute heart failure. *Am J Hosp Palliat Care*. 2016;33:863–70, <http://dx.doi.org/10.1177/1049909115593064>.
20. Sidebottom AC, Jorgenson A, Richards H, Kirven J, Sillah A. Inpatient palliative care for patients with acute heart failure: Outcomes from a randomized trial. *J Palliat Med*. 2015;18:134–42, <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2014.0192>.
21. Bekelman DB, Hooker S, Nowels CT, Main DS, Meek P, McBryde C, et al. Feasibility and acceptability of a collaborative care intervention to improve symptoms and quality of life in chronic heart failure: Mixed methods pilot trial. *J Palliat Med*. 2014;17:145–51, <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2013.0143>.
22. Evangelista LS, Liao S, Motie M, de Michelis N, Ballard-Hernandez J, Lombardo D. Does the type and frequency of palliative care services received by patients with advanced heart failure impact symptom burden? *J Palliat Med*. 2014;17:75–9, <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2013.0231>.
23. Evangelista LS, Liao S, Motie M, de Michelis N, Lombardo D. On-going palliative care enhances perceived control and patient activation and reduces symptom distress in patients with symptomatic heart failure: A pilot study. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2014;13:116–23, <http://dx.doi.org/10.1177/1474515114520766>.
24. Kavalieratos D, Kamal AH, Abernethy AP, Biddle AK, Carey TS, Dev S, et al. Comparing unmet needs between community-based palliative care patients with heart failure and patients with cancer. *J Palliat Med*. 2014;17:475–81, <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2013.0526>.
25. Bränström M, Boman K. Effects of person-centred and integrated chronic heart failure and palliative home care PREFER: A randomized controlled study. *Eur J Heart Fail*. 2014;16:1142–51, <http://dx.doi.org/10.1002/ejhf.151>.
26. Shah AB, Udeoji DU, Baraghoush A, Bharadwaj P, Yennurajalingam S, Schwarz ER. An evaluation of the prevalence and severity of pain and other symptoms in acute decompensated heart failure. *J Palliat Med*. 2013;16:87–90, <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2012.0248>.
27. Evangelista LS, Lombardo D, Malik S, Ballard-Hernandez J, Motie M, Liao S. Examining the effects of an outpatient palliative care consultation on symptom burden,

- depression, and quality of life in patients with symptomatic heart failure. *J Card Fail*. 2012;18:894–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cardfail.2012.10.019>.
28. Pantilat SZ, O'Riordan DL, Dibble SL, Landefeld CS. Longitudinal assessment of symptom severity among hospitalized elders diagnosed with cancer, heart failure, and chronic obstructive pulmonary disease. *J Hosp Med*. 2012;7:567–72, <http://dx.doi.org/10.1002/jhm.1925>.
29. De Souza V, Zeitoun SS, Lopes CT, Oliveira AP, Lopes JL, Barros AL. Clinical usefulness of the definitions for defining characteristics of activity intolerance, excess fluid volume and decreased cardiac output in decompensated heart failure: A descriptive exploratory study. *J Clin Nurs*. 2015;24:2478–87, <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12832>.
30. Da Silva VM, Lopes MVO, Araujo TL, Beltrão BA, Monteiro FPM, Cavalcante TF, et al. Operational definitions of outcome indicators related to ineffective breathing patterns in children with congenital heart disease. *Heart Lung*. 2011;40:70–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2010.12.002>.
31. Oliveira AKS, Araujo TL, de Carvalho EC, Costa AGS, Cavalcante TF, Lopes MVO. Construção e validação dos indicadores e suas definições para o resultado de enfermagem Estado da deglutição. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015;23:450–7, <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0377.2575>.
32. Costa JND, Botelho ML, Duran ECM, Carmona EV, Oliveira-Kumakura ARS, Lopes MHBM. Conceptual and operational definitions for the nursing Diagnosis "Urinary Retention". *Int J Nurs Knowl*. 2017;7:2047–3095, <http://dx.doi.org/10.1111/2047-3095.12196>.
33. Galdeano LE, Rossi LA. Validação de conteúdo diagnóstico: critérios para seleção de experts. *Ciênc Cuid Saúde*. 2006;5:60–6, <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v5i1.5112>.
34. Melo RP, Moreira RP, Fontenele FC, Aguiar ASC, Joventino ES, Carvalho EC. Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. *Rev Rene*. 2011;12:424–31, <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v12i2.4254>.
35. Osmarin VM, Bavaresco T, Lucena AF, Echer IC. Indicadores clínicos para avaliar o conhecimento de pacientes com úlcera venosa. *Acta Paul Enferm*. 2018;31:391–8, <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800055>.
36. Almeida MA, Segafredo DH, Unicovsky MR. Validação de indicadores da classificação dos resultados de enfermagem para pacientes com problemas ortopédicos. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44:1059–64, <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000400029>.
37. Oh H, Moorhead S. Validation of the knowledge and self-management nursing outcomes classification for adults with diabetes. *Comput Inform Nurs*. 2019;37:222–8, <http://dx.doi.org/10.1097/CIN.0000000000000495>.
38. Garcia JBS, Rodrigues RF, Lima SF. A estruturação de um serviço de cuidados paliativos no Brasil: relato de experiência. *Rev Bras Anestesiol*. 2014;64:286–91, <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2013.06.007>.
39. Viana GKBV, Silva HA, Lima AKG, Lima ALA, Mourão CML, Freitas ASF, et al. Educational intervention in the nursing team beyond palliative care. *Health Biol Sci*. 2018;6:165–9, <http://dx.doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v6i2.1458.p165-169.2018>.
40. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Onde existem, 2018 [consultado 01 Dic 2018]. Disponível en: <http://paliativo.org.br/ancp/onde-existem>.
41. Braun LT, Grady KL, Kutner JS, Adler E, Berlinger N, Boss R, et al. Palliative care and cardiovascular disease and stroke: A policy statement from the American Heart Association/American Stroke Association. *Circulation*. 2016 Sep 13;134:e198–225, <http://dx.doi.org/10.1161/CIR.000000000000438>.
42. Rodríguez-Acelas AJ, Reich R, Almeida MA, Crossetti MGO, Lucena AF. Nursing outcome "Severity of infection": Conceptual definitions for indicators related to respiratory problems. *Invest Educ Enferm*. 2016;34:38–45, <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v34n1a05>.