

Zeidy Vargas Bermudez.

M.Sc. Hospital Calderon Guardia.

Xinia Porras Mendez.

Lic. en Enfermería. Hospital Calderón Guardia.

Gina Legister Torpe.

Lic. en Enfermería. Hospital Calderón Guardia.

Margarita Benavidez Chinchilla.

Lic. en Enfermería. Hospital Calderón Guardia.

✉ zeidyvargas@gmail.com

Recibido el 23 de enero del 2013

Aceptado el 11 de abril del 2013.

Modelo de enfermería para la categorización de pacientes en el Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia

Nursing model for categorizing patients in the Calderon Guardia Hospital.

RESUMEN:

Esta investigación describe el modelo utilizado por los profesionales de enfermería para categorizar los pacientes hospitalizados según estado de salud y dependencia; así como identificar otros modelos que conduzcan, de acuerdo con los resultados de la investigación, a la selección de algún otro que permita realizar el proceso en forma objetiva. El estudio descriptivo, cuya población la conformaron profesionales de enfermería del Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, se fundó en los resultados de una encuesta para identificar el método utilizado para la clasificación de pacientes hospitalizados. El modelo utilizado se basa en la nomenclatura de la Caja Costarricense del seguro Social el cual establece cuatro grados según estado de salud determinado únicamente mediante la observación ya que se carece de un instrumento que guíe y mida la valoración del usuario; lo que lo convierte en un método sin base científica. Se seleccionó la Escala de Perroca como alternativa objetiva para la categorización de los pacientes hospitalizados.

SUMMARY:

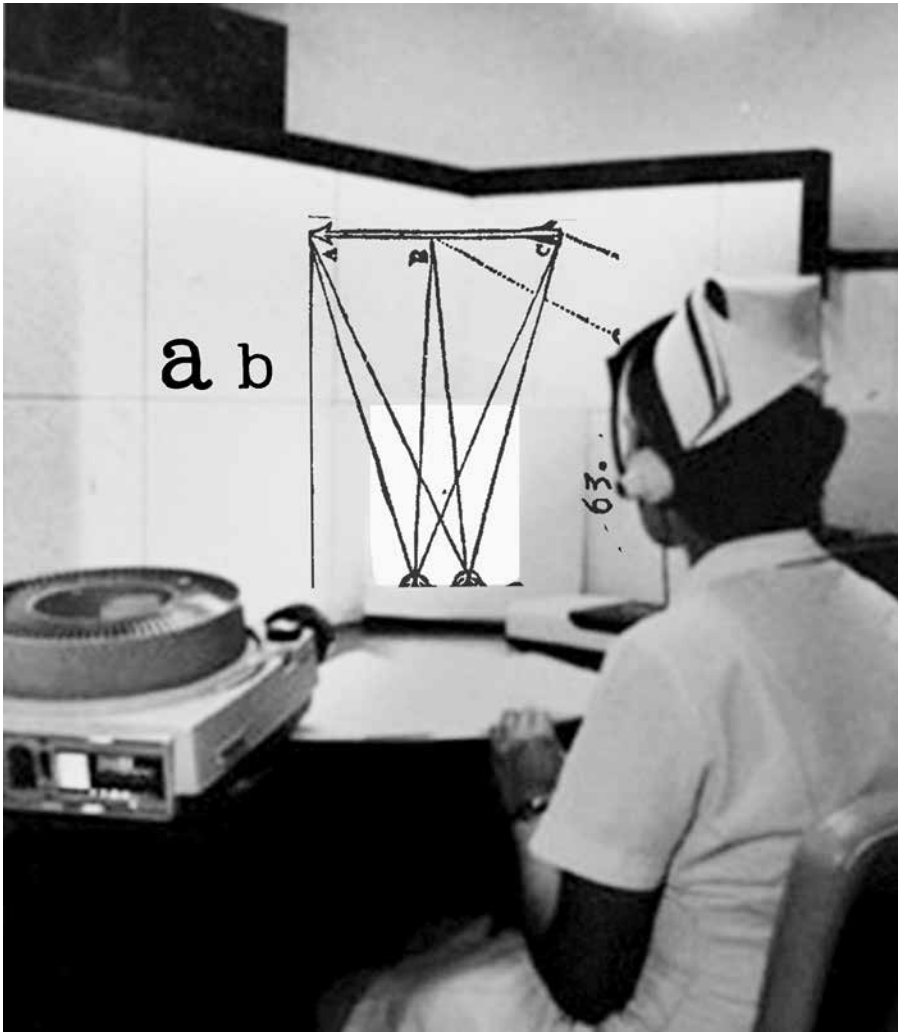
This research describes the model used by nurses for inpatients categorized according to health and dependency, and identifies other models that lead, this according to the results of the investigation, to the selection of some other model that allows the process objectively. The descriptive study, whose population was made up by nurses of the Calderon Guardia Hospital, was based on the results of a survey to identify the method used to classifying hospital patients. The model used is based on the nomenclature of the Costarrican Social Security Fund which provides four grades according to health; this is determined by observing, because it lacks an instrument to guide and measure the value of the user; what makes this method in a non-scientific method. Therefore, this study selected Perroca Scale as an alternative objective for categorization of hospitalized patients.

PALABRAS CLAVE:

Categorización. Hospital.
Paciente. Dependencia.
Enfermería.

KEY WORDS:

Categorization. Hospital.
Patient. Hospital Agency.
Nursing.



INTRODUCCIÓN.

La categorización o clasificación de pacientes ha sido de interés en la gestión de la práctica de enfermería en diversos países donde se han integrado y desarrollado diferentes elementos de acuerdo con las características, la versatilidad de las instituciones de salud y las investigaciones en el campo. Esto ha permitido llegar a establecer sistemas sólidos, útiles para la asignación de los recursos humanos de acuerdo con los requerimientos de los pacientes, al presupuesto de enfermería y el costo de la atención.

Varios estudios aportan información relevante sobre los avances a nivel internacional en este tema. En Alemania se realizó una investigación para validar la versión de la escala alemana de dependencia de enfermería para la atención de pacientes geriátricos (Christa Lohrmann, 2002). La Asociación Americana

de Enfermeras (Association, 2005) demuestra en un estudio el imperativo de clasificar la dependencia de pacientes para cuantificar la necesidad de enfermería en los servicios quirúrgicos y pediátricos.

Por su parte, en México en una investigación (Carolina, 1997) cuyo objetivo era conocer de qué manera la clasificación de pacientes ayuda a determinar la necesidad de intervención de enfermería, se concluye que en Estados Unidos y Canadá se han identificado ocho sistemas de clasificación de pacientes de la siguiente manera: por enfermedades donde se han identificado 7960 tipos de diagnósticos denominados Sistema relacionado de diagnóstico (GDR) que facilita establecer los costos de atención de los usuarios; por Índice de severidad de la enfermedad, el cual se aplica al egresar el paciente de la institución; por Sistema de etapas de la enfermedad utilizando cuatro niveles de la enfermedad; por

Sistema de evaluación de la salud en aguda y crónica, conocido como Apache; por Sistemas de grupos de cuidados de multinivel para relacionar las necesidades de la atención del paciente con el tipo de recursos o niveles de cuidado de enfermería y determinar los recursos invertidos en los pacientes hospitalizados en instituciones federales por lo que su aplicación es específica en estos centros; por Sistema de clasificación relacionado con Agudeza que describen los elementos donde interviene enfermería, los cuales son relacionados con: a) Prácticas curativas o técnicas para conocer y satisfacer necesidades fisiológicas del paciente b) Prácticas de cuidados, funciones independientes de las enfermeras dirigidas hacia las necesidades socio psicológicas del paciente, c) Coordinación del cuidado del paciente en equipos multidisciplinarios para lograr la integración del paciente a la sociedad; y por Sistema de determinación de necesidades de atención directa de los pacientes en función de la calidad, donde clasificaron científicamente en categorías las necesidades directas e indirectas de atención de enfermería, para predecir la carga de trabajo del personal, basándose en el grado de autosuficiencia de los pacientes, estableciendo tres categorías para clasificar a los pacientes: categoría I) Pacientes que cuidan de sí mismos, categoría II) Pacientes que requieren atención parcial o intermedia, categoría III) Pacientes que requieren atención intensiva o total, refiriéndose que estas tres categorías podrían bastar para un Hospital que ofrezca servicios básicos (médico, quirúrgico, de maternidad y pediátrico). Esta misma autora refiere que en muchos hospitales han revisado todos estos sistemas de clasificación de pacientes, para fundamentar sus propias herramientas y mejorar su gestión.

En Chile el gobierno firmó un decreto para que en el Hospital Metropolitano de Santiago (Benavidez Lucia, 2010) se implementara como herramienta de gestión el uso de la Categorización según riesgo de dependencia de los usuarios, ya que su estructura provee una evaluación objetiva de las demandas de cuidados de enfermería. La misma alimenta la base de información de la gestión de camas que es aplicada diariamente entre las cinco y siete horas por los profesionales de enfermería de turno, supervisoras y jefes de hospitalización, quienes registran la con-

dición de los pacientes de acuerdo con los ítems establecidos y ofrece una evaluación de la satisfacción de necesidades tanto terapéuticas como básicas, lo cual le permite a la supervisión distribuir el personal según las cargas de trabajo del día.

Lo mismo apuntan autores como, (Barredo, 2007) y (GARCÍA G, 2000). Este último refiere que el sistema se denomina Modelo de atención progresiva para dar continuidad a la atención del paciente en función de la complejidad y la demanda de cuidados que presenta, tomando en cuenta los diagnósticos médicos y el nivel de dependencia del personal de enfermería.

En Brasil también se identificaron investigaciones de enfermeras que describen la utilización de instrumentos aplicados en hospitales para realizar la clasificación de pacientes según el grado de dependencia de enfermería, llamados Sistemas para la clasificación de

"es evidente la importancia de utilizar un sistema de clasificación de pacientes en la práctica de enfermería como una forma de subsidiar la mayoría de cualidades asistenciales implementadas y la capacidad de prever las necesidades de cuidado individualizado del paciente, correlacionado con los requerimientos del recurso humano y el cuidado de enfermería."

paciente (SCP) que describen autores como (Santos, Rogenskil y Baptista. 2007; Laus. 2004; Perroca. 2011) introducidos desde el año 1972 como un criterio esencial para dimensionar al personal de enfermería y validado por el Consejo Federal de Enfermería.

En Perú se estableció por parte del Colegio de Enfermeras de ese país, las "Normas de gestión de la calidad del cuidado Enfermero" (Perú. 2008) donde se incluye un apartado relacionado con las asignaciones de trabajo al funcionario de enfermería para el cuidado de la persona, familia y comunidad. Considera los criterios de clasificación de atención de personas según grado de dependencia y establece cinco categorías a saber; Grado I o de asistencia mínima, Grado II o de Asistencia parcial, Grado III o asistencia intermedia, grado IV o asistencia intensiva y grado V o asistencia muy especializada.

A nivel centroamericano no se logró identificar estudios relacionados con dicha temática. En el ámbito nacional se conoce que este tema fue abordado por un grupo de profesionales quienes elaboraron un documento denominado "Instrumento para la Categorización de Pacientes según Grado de Dependencia"; (Salas. 1998). Sin embargo, no se encontró documentación relacionada con la validación y/o utilización de dicho instrumento.

A nivel institucional se conoce que, de acuerdo con las normas de dotación de recursos humanos de enfermería de la Caja Costarricense del Seguro Social, (CCSS en adelante) dentro de las áreas de desempeño de enfermería se encuentra la atención directa, donde los profesionales de esta disciplina categorizan a los usuarios según su estado de salud en cuatro calidades denominadas: Grado I que se refiere a un paciente grave con requerimiento de cuidado integral de enfermería y tecnología especializada; Grado II que describe un paciente que por su estado requiere vigilancia constante de enfermería; Grado III que contempla al paciente en fase de convalecencia y es capaz de satisfacer la mayoría de sus necesidades y Grado IV que incluye al paciente que realiza su autocuidado con observación y atención mínima de enfermería. Para cada nivel se utilizan frases o palabras como lo son: grave, moderadamente grave, alto riesgo de perder la vida, signos y síntomas de gravedad extrema, fase

de franca recuperación de sus capacidades mentales y físicas. (Sección de enfermería CCSS, 1990)

Esta nomenclatura está claramente establecida, pero contiene criterios muy amplios y ambiguos que no permiten la evaluación objetiva del estado de salud, o dependencia del paciente. Además, carece de un instrumento que permita realizar dicha categorización con una escala de valor para ubicar al individuo y determinar de acuerdo con resultado el grado que le corresponde, de manera tal que se establezca en una forma científica, uniforme y objetiva.

A raíz de la relevancia del tema se considera importante realizar una investigación para identificar el proceso utilizado por los profesionales de enfermería del Hospital R. A. Calderón Guardia para la categorización de pacientes; ya que la misma es requerida en la Dirección de Enfermería tanto para conocer la condición de salud de los pacientes así como para gestionar el recurso humano y material necesario a fin de satisfacer las necesidades de los mismos en los distintas áreas de la institución.

METODOLOGÍA.

Para este estudio descriptivo observacional se seleccionó una muestra de 117 personas de un total de población de 348 profesionales de enfermería que laboran en las áreas de hospitalización del Hospital R. A. Calderón Guardia quienes representan el 33.6 % de la población que se desempeñan en las categorías de enfermero 1, 2 y 3. Estos realizan la categorización de pacientes en los diferentes servicios para un nivel de confianza del 95% y un intervalo de confianza de 20, proporcionales a la cantidad de ellos por servicio de la siguiente forma: área de cirugías 16, neurociencias 13, emergencias 22, área de ginecobstetricia y neonatos 21, medicinas 16, y unidad de cuidados intensivos 8. Se seleccionó también un total de 21 profesionales que se desempeñan como supervisores y jefes en las diferentes áreas de hospitalización de un total de población de 34, para un porcentaje del 75%.

Para la recolección de datos de los profesionales de los niveles de uno a tres se aplicó la técnica aleatoria simple y de selección a con-

"Favorece que el profesional de enfermería reconozca que la clasificación de pacientes es una oportunidad para desarrollar modelos de intervención que permitan ofrecer y asegurar calidad en la atención de enfermería"

veniencia, a los profesionales de los niveles de cuatro y cinco; a ambos grupos se les aplicó un cuestionario semi-estructurado, que contempló variables de edad, sexo, nivel educativo, puesto que desempeña, años de laborar en él, servicio en que labora, conocimiento e identificación de escalas para categorización de pacientes según estado de salud o dependencia de enfermería, procedimiento o escala utilizada para realizar la categorización y la opinión y recomendación de su importancia en la atención diaria de los pacientes. Se aplicó como criterio de exclusión los profesionales que laboran en servicios donde no se realiza la categorización de pacientes. La tabulación de los datos para el análisis de la información se realizó utilizando los programas Epiinfo y Excel.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

De acuerdo con el enfoque de la Bioética, se tomaron en cuenta los principios de beneficencia, en el conocimiento que generen los datos brindados por los profesionales y conclusiones del estudio para mejorar la clasificación de pacientes que realiza el departamento de enfermería en la institución. El establecer un sistema objetivo de categorización, basado en evidencia científica, permitirá una distribución adecuada del recurso humano de acuerdo con las necesidades de los usuarios atendidos. No maleficencia al elaborar un instrumento que permita recolectar la información de un porcentaje representativo de los profesionales de enfermería en los diferentes servicios, además de contar con criterios

de exclusión de áreas donde no se realiza la categorización de los pacientes como rutina diaria. Se respetó la autonomía de cada participante en completar la encuesta sin ningún tipo de coacción para participar o la respuesta a la misma. El principio de justicia estuvo presente en todo momento al tomar en cuenta las observaciones y el conocimiento que generaron para la investigación los profesionales de las diferentes áreas del hospital y el poder aplicar los resultados en la gestión del departamento.

RESULTADOS.

Se entrevistó un total de 117 profesionales en enfermería, cuyas edades oscilan entre los 20 y 59 años. El mayor número de personas entrevistadas lo ocupó el grupo etario entre 30 y 39 años para 52 personas con relación al total de la población. Le sigue el grupo de 40 a 49 años para un total de 22 personas.

De acuerdo con la categorización de puestos establecida en enfermería, la mayor parte los entrevistados correspondieron al grupo que se desempeña como enfermeros generales, ya que en este centro la clasificación o categorización es realizada en su mayoría por dichos profesionales responsables de brindar la atención directa a los pacientes. El segundo lugar correspondió a 19 enfermeras(os) supervisoras (es), quienes realizan el reporte de la clasificación en forma diaria a la dirección de enfermería. En tercer lugar se entrevistó a 9 enfermeros con especialidad en ginecología. El cuarto lugar lo ocupó el grupo de 8 enfermeros coordinadores de servicio, el quinto lugar, 5 enfermeros administrativos (jefes de área) y 3 enfermeros subdirectores.

Según los años de laborar en el puesto se muestra que 53 personas tienen entre uno a tres años, 26 de ellos de nueve a quince años, 24 de cuatro a ocho años, 10 de dieciséis a veinticinco años, 3 veinticinco años y 1 persona menos de un año. Con relación al área en que laboran los profesionales 22 corresponden al servicio de emergencias, 21 al de ginecología, 19 en todos los servicios (supervisión), 16 a medicina, 16 a cirugía, 8 a cuidados intensivos, 12 a neurociencias y 3 a dirección de enfermería. En relación con la consulta realizada sobre la frecuencia con que se efectúa la categorización de los pa-

cientes, 64 personas refirieron que por día, 48 que por turno, 3 que dos veces al día y 2 que algunas veces.

En lo referente a quién realiza la categorización de los pacientes, 82 personas manifestaron que los enfermeros generales, 39 que los enfermeros coordinadores, 32 que las supervisoras, 1 no especificó.

En cuanto al procedimiento de clasificación de pacientes, en lo referente a si conocen alguna escala de clasificación de pacientes según estado de salud o de dependencia de enfermería, 104 refirieron que conocen contra 13 que no. Al solicitarles que enumeran por lo menos tres escalas, la escala de Norton se mencionó en 36 ocasiones, diagnóstico o patología 2, grados 61, Glasgow 13, Katz 3, movilización y dependencia 7, edad 1, Índice de Barthel 5, grado de salud 1, Caja Costarricense de Seguro Social 1, triage 3, condición de salud 6, por colores 4 (negro, amarillo, rojo), ambulatorio 1, sin riesgo1 y por patología 1, riesgo de caída 4, Fugullin1, Ramsay 7, estado de conciencia y orientación 2, requerimiento de oxígeno 1, estado de nutrición 1, úlceras 1, apache 1, autocuidado1, riesgo biológico1, cuidados universales 1.

Al solicitarle que identifiquen de una lista de escalas establecida las conocidas por ellos para categorizar los pacientes según estado de salud o dependencia de enfermería, de un total de 117 encuestados solo 13 de ellos identifican el Índice de Barthel; Escala de grados 109 la conocen, 8 no la conocen; Norton 89 la conocen, 28 no la conocen; condición de salud 53 la conocen, 64 no la conocen; Apache 19 la conocen, 98 no la conocen; Perroca la totalidad no la conocen.

"Su aplicación permitiría desarrollar una gestión clínica y administrativa que responda a las necesidades del paciente y condiciones actuales de la institución."

Con relación a la consulta sobre la mejor escala para valorar el estado de salud y grado de dependencia de enfermería, 24 encuestados mencionaron la escala de Norton, ya que contiene aspectos que contemplan el estado físico y mental del paciente, la facilidad de aplicación, y valora la condición del paciente y su grado de dependencia. Un total de 50 personas mencionan la Escala relacionada con grados de dependencia, ya que manifiestan que solo esta conocen, pues es la que se utiliza en la Institución; así mismo valora diferentes áreas del usuario como dependencia y condición de salud, establece el grado de dependencia del paciente y brinda una mejor asistencia, valora condición clínica y manejo del paciente, involucra no solo asuntos físicos sino emocionales, ayuda a reflejar la cantidad de trabajo y por lo tanto justificar la cantidad de personal necesario para lograr ofrecer atención eficaz, eficiente y oportuna, permite realizar el plan de cuidados de enfermería de acuerdo con las necesidades del paciente, es más simple para los compañeros no profesionales, permite saber cuáles son los pacientes más delicados y dependiente del personal, y en caso de evacuación decidir cuales pacientes se pueden evacuar en su respectivo orden, por otra parte refieren que la escala valora estado de los recién nacidos.

Al solicitarles a los encuestados que enumeren los pasos o la forma en que realizan la categorización de los pacientes, el 100% de estos lo hacen con base en la observación de aspectos tales como diagnóstico médico, condición de salud, estado de conciencia, movilidad, patrón respiratorio, dependencia de oxigenoterapia, tipo de baño, alimentación, tipos de dispositivos, edad del paciente, necesidades de cuidados de la piel, escala de Glasgow, anamnesis, entrevista, con ventilación mecánica, grado de dependencia que tiene el paciente para realizarse sus necesidades básicas, Escala de Norton, condición de ayuno, patología agregada, estado mental, continencia y cuidado a requerir.

Al solicitarle que refieran si consideran importante realizar categorización o clasificación de pacientes, el 100% respondió que sí, dando las siguientes razones: 1. El plan a seguir con cada paciente 2. planificar mejor los cuidados de enfermería necesarios para cada uno 3. observar mejor al usuario y su recuperación

diaria 4. organizar el trabajo del personal y 5. atender una eventual evacuación 6. asignación de las diferentes actividades enfermería (necesidades básicas) al personal y asumir los profesionales el paciente grado uno, 7. permite tener una visión general de las posibles complicaciones que se puedan presentar en el servicio, 8. identificar cuales usuarios requieren mayores cuidados, 9. permite valorar el tipo de paciente según su dependencia de enfermería, 10. planificar correctamente el recurso humano por utilizar permitiendo una oportuna atención al paciente 11. priorizar la atención, 12. planificar tanto los recursos humanos como materiales.

Al analizar la relación existente entre los años laborales, el puesto que desempeña, el grado académico de los profesionales con el método utilizado para clasificar los pacientes, se encontró que no hay ninguna diferencia; ya que tanto unos como otros clasifican los pacientes a través de la observación tomando en cuenta la condición de estos.

Al examinar la relación entre las variables el servicio en que laboran los profesionales con el método para categorizar los pacientes, se evidencia que todos los servicios utilizan el método de la observación pero estos se apoyan con diferentes escalas, (Norton, grados, Glasgow, triage, Ramsey, riesgo de caída, estado de conciencia). De tal manera que ningún servicio posee una única escala para categorizar, pero sí utilizan una misma nomenclatura (grado I; II; III; IV) para hacer el reporte a la Dirección de Enfermería.

Analizando la relación que existe entre el puesto, servicio en que labora el personal, con la frecuencia en que se realiza la clasificación, se tiene que los enfermeros coordinadores, especialistas, supervisores y administrativos refieren hacer la clasificación en forma diaria y de 75 profesionales generales, 43 de ellos refieren hacerlo en cada turno, dato que llama la atención, ya que esta es una actividad que se realiza en el hospital una vez al día en el primer turno y precisamente por enfermeros generales.

Sobre la relación entre la variable conocimiento de escalas para clasificar pacientes y conocimiento de escalas citadas para clasificarlos, se tiene que los participantes enuncian

en forma mayoritaria las escalas de Glasgow, Norton, grados, donde estas dos últimas son efectivamente reconocidas en el listado de escalas previamente citadas, existiendo de este modo congruencia entre ambas variables pero se evidencia poco conocimiento sobre escalas como Índice de Barthel y Perroca, que existen para ser utilizadas en la clasificación de pacientes según dependencia.

DISCUSIÓN.

De acuerdo con el avance tecnológico, científico y la complejidad de las diferentes áreas para la atención a los usuarios en la instituciones de salud, específicamente en los hospitales, es necesario valorar en la actualidad la dotación del recurso humano de enfermería, no solo por un número determinado de usuarios por cada funcionario, sino más bien por la condición de estos y el tiempo que demanda brindar la atención.

Es en este aspecto que a nivel institucional enfermería debe actualizar o crear las herramientas que científicamente aporten una valoración objetiva de la condición de los pacientes que le permita adquirir y distribuir el recurso humano. Esto debe hacerse tomando en cuenta las necesidades de estos en las diferentes áreas de atención ya que en la actualidad este proceso se realiza de acuerdo con las Normas de Dotación de Recurso Humano de la Caja Costarricense del Seguro Social (Sección de enfermería CCSS, 1990).

Algunos autores comentan que los instrumentos diseñados a través del tiempo para categorizar a los usuarios han sido fundamentales en esta labor, al desarrollar una metodología con base científica y objetividad demostrada.

“Favorece que el profesional de enfermería reconozca que la clasificación de pacientes es una oportunidad para desarrollar modelos de intervención que permitan ofrecer y asegurar calidad en la atención de enfermería, además estos se pueden agregar como parte del expediente clínico para asegurarse que los profesionales estén usando los mismos indicadores para valorar la atención del paciente hospitalizado” (Carolina, 1997).

De acuerdo con la nomenclatura establecida por la CCSS, desde 1990 los pacientes se clasifican según su estado de salud. Se anotan cuatro categorías que contemplan elementos variables según los criterios subjetivos de la persona que esté efectuando la valoración. De esta forma la metodología es subjetiva y por lo tanto carente de base científica.

Esta diversidad de criterios no permite que en las mismas circunstancias varios profesionales opinen lo mismo de la condición del paciente, situación que se demuestra en los resultados del estudio aplicado a los profesionales de la institución; esto hace necesario establecer un instrumento que guíe el proceso de categorización como ya se ha implementado en hospitales de diferentes países.

De acuerdo con las fuentes bibliográficas consultadas, varios modelos para categorización agrupan los pacientes en calidades que han servido de base para el desarrollo de escalas de medición que determinan el grado de dependencia de acuerdo con la condición de salud. Algunas escalas van del I, II, III, IV y V, pero el orden numérico que determina la complejidad del cuidado es variable; así por ejemplo OPS define el grado I como asistencia mínima y el grado IV como máxima asistencia; sin embargo para la CCSS grado I es la categoría más compleja, y el IV la de menor complejidad (NACIONAL 2008). Este hecho es relevante ya que si se realizaran evaluaciones con escalas numéricas diferentes a la establecida en la caja podrían obtenerse datos sesgados.

Se identificó que a pesar de estar demostrado lo valioso que es para la administración institucional una clasificación o categorización adecuada de pacientes, existen estudios que evidencian diversidad de criterios o ausencia de una práctica adecuada en las instituciones de salud. Este dato coincide con los resultados obtenidos en esta investigación. Por ejemplo, según lo demuestra el estudio exploratorio de (Cinthia P Vigna, 2007) diseñado para investigar la utilización de un sistema de clasificación de pacientes por parte del personal clínico y supervisores, los enfermeras (os) no utilizan un sistema de clasificación de pacientes para fundamentar la dotación del recurso humano sino que esta se realiza de acuerdo con la tradición y no tomando en cuenta las necesidades de los usuarios.

Autores como (Perroca M. R., 1998) quien ha desarrollado el tema ampliamente, menciona que la idea de clasificar los pacientes no es reciente, ya Florence Nightingale también la utilizó en la práctica buscando localizar más convenientemente las necesidades de pacientes cuyo nivel de cuidado demandaban mayor atención de las enfermeras. La clasificación de pacientes según refiere la autora en forma sistematizada parece tener inicio con el concepto de cuidado progresivo del paciente (CPP), donde el tema es la concentración del recurso humano y materiales en torno a las necesidades del cliente, procurando una asistencia integral y humanizada. En las condiciones actuales es difícil llevar a la práctica estas acciones ya que no existe una adecuada organización de las diferentes instituciones de salud, debido a la limitante de ambos recursos.

En las diferentes investigaciones se afirma que las técnicas para clasificar los pacientes proporcionan un efectivo mecanismo administrativo para estimar diariamente las necesidades de los pacientes en relación con la asistencia de enfermería y los recursos materiales.

La variabilidad de categorías es dada de acuerdo con las características y complejidad de las instituciones lo cual eventualmente puede confundir si no se valora a la luz de la institución donde se presenta. Esto prueba que en Costa Rica se debe establecer un sistema de categorización de pacientes según el grado de dependencia mediante el uso de un instrumento que permita al profesional realizar una valoración objetiva que favorezca a la administración al estimar la necesidad del recurso humano y material requerido para la atención de los pacientes.

Existen otras herramientas más populares en Estados Unidos y Canadá denominadas Evaluación del factor basadas en los mismos componentes relacionados con el tiempo que enfermería invierte realizando los procedimientos a los usuarios. Ellos han identificado que de 40 a 50 procedimientos tienden a tomar el 85% del tiempo de enfermería, lo que puede predecir más o menos con exactitud cuántas enfermeras se necesitan para satisfacer las necesidades que se pueden presentar en los pacientes.

“Utilizan parámetros que incluyen los siguientes procedimientos: Baño, deambulación, medicaciones, administración de líquidos, dieta, eliminación, signos vitales, tratamientos respiratorios, enseñanza, procedimientos especiales, vestido, cuidados de la piel, factores psicosociales, déficit sensoriales, admisión, transferencia, alta, entre otras” (Carolina, 1997).

Por ejemplo, algunos estudios (Blanca Gutiérrez, 2009) han utilizado el índice de Barthel, refiriendo que

“el mismo trata de aproximarnos cuantitativamente al nivel de dependencia-independencia de un paciente, según como sea su realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), ya que las 10 actividades se valoran de forma independiente otorgándole una puntuación de 0, 5, 10 ó 15 puntos, obteniéndose una puntuación total que puede variar desde 0 (dependencia total) a 100 (independencia), evidenciando que este instrumento tiene características de fiabilidad y validez para medir la discapacidad física, es fácil de aplicar, de interpretar y cuyo uso rutinario es recomendable”.

Sin embargo, al revisar el instrumento se observa que no toma en cuenta aspectos relacionados con la condición clínica del paciente asociado a las diversas intervenciones ni el nivel de complejidad de las mismas, por lo que no es aconsejable aplicarlo en servicios

“las técnicas para clasificar los pacientes proporcionan un efectivo mecanismo administrativo para estimar diariamente las necesidades de los pacientes en relación con la asistencia de enfermería y los recursos materiales.”

"el sistema puede ser útil para la clasificación de pacientes psicogerítricos para conocer sus necesidades asistenciales y planificar el consumo de recursos."

de internamiento donde se encuentran hospitalizados los usuarios con diferentes niveles de complejidad asociados a su patología. Por esta razón se considera que este no reúne las características necesarias para su implementación en esta institución.

La enfermera (Perroca M. R., 1998) construyó un instrumento o escala para la clasificación de pacientes basado en necesidades individualizadas de cuidado de enfermería, utilizando indicadores de cuidado crítico que no se restringen solamente en la esfera biológica como ocurre en muchos sistemas de clasificación, sino que se considera además la dimensión psicosocial del cuidado tal como la comunicación, comportamiento y educación para la salud, lo que lo hace muy completo y práctico.

La autora aclara dentro de sus conclusiones, que, de acuerdo con criterio de expertos, durante la validación del instrumento, en el área de pediatría y neonatal, este se debe desarrollar con revisión de algunos ítems propuestos, por lo cual actualmente se encuentra validando el instrumento en esta población.

También refiere que es evidente la importancia de utilizar un sistema de clasificación de pacientes en la práctica de enfermería como una forma de subsidiar la mayoría de cualidades asistenciales implementadas y la capacidad de prever las necesidades de cuidado individualizado del paciente, correlacionado con los requerimientos del recurso humano y el cuidado de enfermería.

Esta escala ha sido utilizada en estudios (Bjorklund de Lima Luciana, 2010) relaciona-

da con el riesgo anestésico en una unidad de recuperación pos anestésica; el resultado obtenido mostró la relación significativa entre el grado de dependencia y la Clasificación ASA.

Utilizando esta misma escala de clasificación de pacientes, otra investigadora (Laus Ana Maria, 2004) caracterizó el grado de dependencia en relación con el cuidado de enfermería de los pacientes internados en las unidades de internación médica y quirúrgica del Hospital Las Clínicas de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, esto permitió conocer la demanda de cuidado de enfermería de los pacientes y posteriormente desarrollar el dimensionamiento del personal de enfermería.

En otro estudio en psicogeriatría (C. IGLESIAS, 1999) se menciona la aplicación de dicho instrumento a una población psicogerítrica de un sistema de agrupación de pacientes diseñado para prever las necesidades asistenciales en esta población. El trabajo dio lugar a la clasificación de los pacientes en distintas categorías y utilización de recursos humanos, de las cuales la más frecuente fue la de "alteraciones conductuales". Según su descripción

"Diferencias significativas en las necesidades asistenciales de los distintos grupos, medidas en términos de diferencia del consumo de recursos asistenciales (tiempo de dedicación del personal de enfermería), con un consumo mayor en aquellas categorías más complejas."

Se concluyó que, a pesar de la dispersión interna de los grupos, debido a que el diseño del estudio no era específico para enfermos mentales, el sistema puede ser útil para la clasificación de pacientes psicogerítricos para conocer sus necesidades asistenciales y planificar el consumo de recursos.

Los elementos que contempla la escala se agrupan en nueve áreas de cuidado, cada una de ellas detalla cuatro niveles de complejidad para ubicar al individuo de acuerdo con lo que se observa: 1) Planeamiento y coordinación del proceso de cuidar, donde se detalla el mantenimiento, revisión, y actualización del plan de atención de enfermería y si requiere asignación de recursos intra o extra institucionales. 2) Investigación y monitoreo, donde

se describe la frecuencia del monitoreo de constantes vitales, tipo y complejidad de las mismas. 3) Cuidado corporal y eliminaciones; se refiere al nivel de autosuficiencia y la frecuencia de asistencia de enfermería para el cuidado personal y dispositivos. 4) Cuidados de piel y mucosas donde se describe desde la orientación y supervisión de medidas preventivas de lesiones de piel y mucosas hasta la frecuencia de intervención de enfermería para evitarlas o de curación cuando se presentan. 5.) Nutrición e hidratación que registra el grado de autosuficiencia, orientación y supervisión del usuario hasta el nivel y frecuencia de intervención del personal en la suplencia de dicha necesidad así como la utilización de dispositivos afines. 6) Locomoción y actividad que registra el grado de autosuficiencia, orientación y supervisión del usuario así como el nivel y frecuencia de intervención del personal en la suplencia de dicha necesidad 7) Terapéutica; este rubro describe la frecuencia de administración de medicamentos y el uso de dispositivos afines al usuario por parte del personal de enfermería. 8) Soporte emocional donde se describe el nivel de ansiedad que presenta el paciente y su familia y el nivel de intervención que requiere ya sea de enfermería o de otro miembro del equipo de salud. 9) Educación y salud, identifica el nivel de Orientación al paciente y familia en la admisión, pre y pos operatoria, procedimientos, resultados de exámenes, alta, en problemas de comunicación, socioculturales, dificultad de comprensión y o resistencia a información recibida, orientación sobre manejo de equipos y/o materiales especiales en el hogar.

En cada una de las áreas de cuidado se describe ampliamente las características por observar en el paciente y de acuerdo con ellas, se le ubica en el valor numérico que corresponde en cada rubro, evitando la subjetividad del evaluador quien al final realiza la sumatoria de los puntos obtenidos y ubica el nivel de cuidado asistencial que requiere el paciente, a saber: Cuidados mínimos, Cuidados intermedios, Cuidados semi-intensivos y Cuidados intensivos. Caso contrario sucede al aplicar solo conceptos generales como: grave, alto riesgo de perder la vida o complicarse, moderadamente enfermo, estado crítico, gravedad extrema entre otros, como se menciona en la nomenclatura establecida en la CCSS.

Al revisar la información bibliográfica y someter a consideración los resultados del estudio, se concluye que la escala diseñada por la profesional de enfermería Marcia Galán Perroca, que llamaremos, Escala de Perroca, reúne las características necesarias para ser adaptada en nuestra institución e incluso en el país. Su diseño, basado en necesidades individualizadas de la atención de enfermería, utiliza indicadores de cuidado que no solo se restringen a la esfera biológica, sino que considera la dimensión psicosocial de cuidado. Por otra parte, es una escala que puede conducir a la revisión del cálculo de dotación y la distribución del recurso humano y material acorde con las necesidades en los diferentes servicios de hospitalización y ofrece una herramienta científica de categorización de pacientes. Su aplicación permitiría desarrollar una gestión clínica y administrativa que responda a las necesidades del paciente y condiciones actuales de la institución.

CONCLUSIONES

1. Todos los profesionales de enfermería utilizan la nomenclatura oficial de la Caja Costarricense del Seguro Social. Esta establece cuatro grados de categorización de pacientes a partir de criterios muy amplios y ambiguos y carece de un instrumento que permita realizar la categorización en forma objetiva.
2. La Escala de Perroca, diseñada por la Profesional de Enfermería PhD Marcia Galan Perroca, se propone como la mejor alternativa para realizar la categorización de pacientes ya que contempla la valoración bio-psicosocial del paciente, guiada por un instrumento que muestra el nivel de cuidado que el paciente requiere. ■

"En cada una de las áreas de cuidado se describe ampliamente las características por observar en el paciente y de acuerdo con ellas, se le ubica en el valor numérico que corresponde en cada rubro, evitando la subjetividad del evaluador"

Bibliografía.

- Ana María Laus, M. L. (2004). *Caracterização dos pacientes internados nas unidades médicas e cirúrgicas do HCFMRP-USP, segundo grau de dependência em relação ao cuidado de enfermagem*. Rev Latino-am Enfermagem, 12(4), 643-9.
- Angélica, G. M. (2007). *Aplicación de la categorización de usuarios en el desarrollo de un modelo de gestión del cuidado de un hospital del sector público*. Horizon enferm, 18(2), 145-151.
- Association, A. N. (setiembre de 2005). Recuperado el 13 de setiembre de 2012, de <http://ana.nursingworld.org/>
- Barredo, R. A. (junio de 2007). *Complejidad y Demanda, Atención Progresiva, Administración de Recursos, Gestión del Cuidado, Gestión por Procesos*. Medwave- Enfermería, 7(5).
- Benavidez Lucia, M. P. (16 de Octubre de 2010). *Proceso para la categorización riesgo de dependencia*. Recuperado el 8 de agosto de 2012, de Hospital Metropolitano de Santiago de Chile: http://163.247.80.241/intranet/calidad_seguridad/Doc_institucionales_unidos/SDGC/CATEGORIZACIÓ_RIESGO_DEPENDENCIA.pdf
- Bjorklund de Lima Luciana, B. D. (sep-Oct de 2010). *Clasificación de pacientes según el grado de dependencia de los cuidados de enfermería y de la gravedad en una unidad de recuperación postanestésica*. Recuperado el 15 de setiembre de 2012, de Rev. Latino-Am. Enfermagem: www.eerp.usp.br/rlae
- Blanca Gutierrez, J. e. (24 de JUNIO de 2009). *El aumento de la independencia de los pacientes en el hospital*. Enferm. glob.(16).
- C. IGLESIAS, A. M. (Mayo-junio de 1999). *Un sistema de clasificación de pacientes en psicogeriatría: Resource Utilization Groups T-18 (RUG T-18)**.
- Carolina, B. M. (JULIO de 1997). *La clasificación de pacientes para determinar necesidades de intervención de enfermería*. F. D. Enfermería, Editor. Recuperado el 23 de JULIO de 2012, de UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN: <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1080071205.PDF>
- Christa Lohrmann, A. D. (12 de Setiembre de 2002). http://share.eldoc.ub.rug.nl/FILES/root2/2003/Caredetet/Lohrmann_2003_Scand_J_Caring_Sci.pdf. (S. J. 2003 Nordic College of Caring Sciences, Productor) Recuperado el 13 de setiembre de 2012, de http://share.eldoc.ub.rug.nl/FILES/root2/2003/Caredetet/Lohrmann_2003_Scand_J_Caring_Sci.pdf.
- Cinthia P Vigna, M. G. (2007). *Utilização de sistema de classificação de pacientes e métodos de dimensionamento de pessoal de enfermagem*. Arq Ciênc Saúde, 14(1), 8-12.
- GARCIA G, M. A. (2000). *Categorización de usuarios: una herramienta para evaluar las cargas de trabajo de enfermería*. Rev. méd. Chile [online], 128(2), 177-183.
- Hurst, D. K. (abril de 2002). *Selecting and Applying Methods for Estimating the Size and Mix of Nursing Teams*. (L. U. Group, Ed.) Nuffield Institute for Health.
- Laus Ana Maria, A. M. (julio-agosto de 2004). *Rev Latino-am Enfermagem*. Recuperado el 15 de setiembre de 2012, de www.eerp.usp.br/rlae
- NACIONAL, C. D. (16 de DICIEMBRE de 2008). *Recuperado el 23 de JULIO de 2012, de <http://www.cep.org.pe/beta/download>*
- Paulino, C. D., Mota, H., Simões, H., Candofo, F., y Lourenço, A. (2008). *The Audit Process in Patient Classification System Based on Dependency of Nursing Care (PCS/N)*.
- Perroca, M. G. (jan-feb de 2011). *Desarrollo y validación de contenido de la nueva versión de un instrumento para clasificación de pacientes*. Rev. Latino-Am. Enfermagem.
- Perroca, M. R. (agosto de 1998). *Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento*. Rev.Esc.Enf.USP, 32(2), 153-168.
- Perú, C. d. (16 de diciembre de 2008). *Consejo Nacional del Colegio de Enfermeras del Perú*. Recuperado el 8 de agosto de 2012, de http://www.cep.org.pe/beta/download/NG_CDCE.pdf
- Salas Salas Ana, S. S. (1998). *Instrumento para la categorización de pacientes según grado de dependencia*. Enfermería en Costa Rica, 21(1).
- Santos, F. d., RogenskiI, N. M., y Baptista, C. M. (2007). *Sistema de clasificación de pacientes: propuesta de complementación del instrumento Fugulin et al*. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online], 15(7), 980-985.
- Sección de enfermería CCSS, M. d. (1990). *Normas de Dotación de Recursos Humanos de enfermería*. San José, Costa Rica.