

Msc. Zeidy Vargas Bermúdez

Hospital R. A. Calderón
Guardia. Jefe de Área de
Medicinas

Msc. Xinia Porras Méndez

Hospital R. A. Calderón
Guardia. Supervisora de
enfermería

Lic. Gina Register Thorpe

Hospital R. A. Calderón
Guardia. Supervisora de
enfermería

Lic. Margarita Benavides Chinchilla

Hospital R. A. Calderón
Guardia. Enfermera Sala de
Operaciones

Recibido: 31/08/2015
Aceptado: 01/03/2016

PALABRAS CLAVE:

Categorización, Escala
Perroca, enfermería.
Valoración, Paciente.

KEY WORDS:

Categorization, Perroca
Scale, nursing, assessment,
patient.

Valoración de la Escala (Perroca) para la categorización de pacientes en el Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, Octubre del 2013

*Assessment of Perroca Scale for Patient Categorization,
at Rafael Angel Calderón Guardia Hospital in October 2013*

RESUMEN:

Introducción: se expone el resultado de una investigación para valorar la escala de Perroca de categorización de pacientes hospitalizados. Objetivo general: describir la valoración de la escala en cuanto a la comprensión del contenido y estructura, así como el tiempo estimado para su aplicación al realizar la valoración de los pacientes. Metodología: de tipo descriptiva, trasversal con una población de 96 profesionales en enfermería que laboran en el primer turno en un hospital clase A perteneciente al Sistema de Seguridad Social, quienes participan diariamente en la categorización de usuarios. Resultados: el estudio demostró una comprensión excelente de la escala y un tiempo de realización óptimo. Las opiniones son muy favorables en cuanto a la comprensión, utilidad, viabilidad e importancia de utilizar dicho instrumento para la categorización científica de los pacientes por parte de enfermería.

ABSTRACT:

Introduction: the result of the research is shown to assess the Perroca Scale of categorization of hospitalized patients. General objective: describe the assessment of the scale in terms of understanding the content and structure, as well as to estimate time for its application when conducting the assessment of patients. Methodology: descriptive, cross-sectional type with a population of 96 professional nurses who work the first shift at a class A hospital, which belongs to the Costa Rican Social Security System, who participated in the categorization of users on a daily-basis. Results: the study showed an excellent understanding of the scale and optimal fulfillment time. The views from nurses are very favorable, in terms of understanding, usefulness, viability and importance of using this instrument for the scientific categorization of patients.



INTRODUCCIÓN.

El concepto de clasificación de pacientes se originó en los Estados Unidos en la década de los años sesenta (Brito de Araujo, Galan Perroca, & Marli de Carvalho, 2009) cuando se pensó en los diferentes grados de complejidad de la atención que los pacientes tenían dentro de una misma unidad de internamiento; a partir de ahí el sistema de clasificación de pacientes (SCP) ha sido considerado internacionalmente como un instrumento de gestión en enfermería. Desde los años 70 se han realizado esfuerzos por crear sistemas que midan en forma científica las actividades del personal dedicado a la asistencia de los usuarios en las instituciones de salud, y según referencia (García Angélica, 2000) el primer sistema fue el conocido como Índice de Puntuación de Interacciones Terapéutica (TISS).

En los últimos años la práctica sanitaria ha dirigido esfuerzos a lograr la eficiencia y eficacia en la asignación de los recursos, de manera que estos sean adecuados a las necesidades de los usuarios. Autores como Iglesias C., Montilla, Erkoreka, India, & Testera (1999) afirman que en los servicios de hospitalización la asignación de recursos se ha ido humanizando con el tiempo; en sus inicios el cálculo de necesidades estaba determinado por el número de camas, luego se tomó en cuenta la

estancia hospitalaria hasta llegar a la actualidad donde se han desarrollado sistemas basados en las características y situación de los paciente ("case mix"). Sin embargo algunos estudios muestran que la relación enfermería - paciente no es adecuada en diversas instituciones de salud generando consecuencias negativas que impactan las reacciones fisiológicas y psicológicas en el personal (Díaz Ana María, 2006).

En la literatura internacional consultada aparece una serie de autores que han trabajado en dicho tema y entre los cuales se encuentran coincidencias importantes acerca de la categorización o clasificación de pacientes hospitalizados realizada por enfermería. Estas acciones permiten una valoración más objetiva de los recursos materiales y humanos según las necesidades de los usuarios. Por ejemplo el estudio planteado por Iglesias C., Montilla, Erkoreka, India, & Testera (1999) comprueba dicha utilidad en una población con patologías psiquiátricas.

Otros autores (Benavidez Lucía, 2010), (Bjorklund de Lima Luciana, 2010) han mencionado la importancia de la utilización de escalas definidas para la categorización de pacientes como herramienta de gestión que brinde una evaluación objetiva y estructurada de las demandas de

cuidados de los pacientes y permita identificar las cargas de trabajo de enfermería y así optimizar los recursos para la atención de necesidades de los individuos. El cálculo de cargas de trabajo es planteado por el autor Barredo (2007) cuando describe la necesidad de desarrollar una metodología basada en el empoderamiento de la estructura de los procesos de enfermería relacionadas con metodologías dirigidas a categorización de pacientes con escalas específicas que contribuyan a identificar las necesidades de los usuarios, según su grado de dependencia (Togeiro Fugulin Maria, 2005).

Así mismo se anota que dichas cargas se han medido con estándares internacionales que no se asemejan a la realidad de este medio o se han aplicado sistemas que solo miden acciones consideradas de riesgo sin tomar en cuenta las actividades prioritarias para el individuo, como por ejemplo la higiene personal, educación en salud y relación de ayuda. Esta realidad requirió de una metodología para determinar una unidad de medida de las actividades realizadas en los servicios asistenciales por el personal de enfermería, desde una perspectiva de reconocimiento de las condiciones de los usuarios en diferentes servicios clínicos en un hospital de Chile.

El estudio (García Angélica, 2000) concluye que la categorización es un método fácil de aplicar que demanda poco tiempo para su aplicación, ofrece información inmediata del nivel de riesgo y dependencia de los pacientes e identificando también el nivel de complejidad de la atención que se necesita.

A nivel nacional, según la investigación planteada (Vargas Bermúdez, Porras Méndez, Benavidez Chavarría, & Legister Torpe, 2012) se analizó el procedimiento de categorización de usuarios realizado en una institución de salud; para ello se tomó como herramienta de evaluación la nomenclatura planteada en la Caja Costarricense de Seguro Social, las conclusiones de dicho estudio sugieren la necesidad de utilizar un instrumento o escala específica para realizar la categorización o clasificación de pacientes y propone para tal fin la utilización de la Escala de Perroca.

La autora de la Escala de Perroca (Perroca Galan Marcia, 1998) elaboró el instrumento mediante una serie de etapas. En un inicio el mismo está integrado por 13 niveles; posteriormente fue revisado y estructurado en nueve áreas de cuidado y finalmente fue sometido mediante la técnica Delphi en tres etapas a la valoración y confiabilidad con un grupo de expertos. Los resultado de la validación en cuanto al instrumento según la autora (Perroca, 2011) demostró validez de contenido en la opinión de los aquellos. La valoración de las propiedades psicométricas proporciona evidencia de que la nueva escala es un instrumento fiable y válido para identificar las necesidades de atención de los pacientes y el cuidado según categoría. Por lo tanto, es útil en la práctica clínica y se puede utilizar para guiar las decisiones de gestión de carga de trabajo de enfermería, en la determinación de la cantidad de personal, al obtenerse una alta capacidad (99.6%) diagnóstica del individuo (Galán, 2012)

Esta escala ha sido utilizada en una unidad de pos anestesia en Brasil con resultados satisfactorios en relación con el riesgo anestésico

medido con la escala "Clasificación de la American Society of Anesthesiologists (ASA) encontrándose relación significativa entre el grado de dependencia y la clasificación ASA. Así mismo otros autores (Lauas Ana Maria, 2004) (P Vigna & Perroca, 2007), (Brito de Araujo, Galan Perroca, & Marli de Carvalho, 2009) refieren que al aplicarla en estudios realizados en hospitales de este mismo país, en unidades de pacientes médicos y quirúrgicos, permitió conocer las características de los pacientes en cuanto a la demanda de cuidados de enfermería para posteriormente desarrollar la planificación del recurso necesario para la atención. Se describe su utilización también en una unidad de hemodinámica para clasificar pacientes según grado de dependencia de los cuidados de enfermería (Hammermuller, Rejane Rabelo, Godmeier, & Oliveira Azzolin, 2008).

Otro autor (Sanchez, 2004) menciona que es importante tomar en cuenta algunos aspectos para realizar la validación de escalas elaboradas en otros países al ser adaptadas a los nuestros como por ejemplo el idioma, descripción de ítem, validez, confiabilidad y utilidad. Debido a que la escala en cuanto a contenido, confiabilidad y especificidad se encuentra validada, se considera importante que la misma sea aplicada por profesionales de enfermería en una institución de salud en nuestro medio, a fin de identificar la comprensión de la misma y el tiempo estimado para su aplicación. El resultado de dicho trabajo se detalla en este artículo con el objetivo de que la misma sea conocida por todos los profesionales del país y a su vez aplicada en las diferentes áreas de hospitalización.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación de tipo descriptiva transversal en un hospital de alta complejidad perteneciente a la seguridad social de Costa Rica y compuesto por un total de 313 camas cuyo objetivo fue validar la Escala de Perroca según el criterio de expertos en términos de comprensión del contenido y estructura, así como el tiempo estimado de aplicación de la misma.

Se tomó la población total de 96 personas que laboraban en el primer turno, correspondiente al 30 % del total de profesionales de la institución los cuales esta contratados como enfermeros generales, coordinadores, especialistas y supervisores en las diferentes áreas de hospitalización. Cada uno de los profesionales que participó debía realizar la categorización a tres diferentes pacientes mediante la aplicación de la Escala de Perroca, y luego llenar el instrumento de recolección de datos que consiste en una entrevista semiestructurada con preguntas abiertas y cerradas; estas preguntas contienen los indicadores que se requerían para el estudio de las variables establecidas relacionadas con caracterización del grupo de estudio, comprensión del contenido de la escala (instrucciones, áreas de cuidado descritas, asignación de cada valor, resultado del puntaje y asignación del nivel de cuidado), tiempo de aplicación en minutos y la opinión y recomendaciones para la utilidad del instrumento.

Así mismo el instrumento de recolección de datos se sometió a la validación, utilizando para ello un 5% de total de la población del estudio, misma que no fue considerada en la muestra.

La tabulación de los datos se realizó con el programa en Excel y la presentación se efectuó mediante la utilización de tablas y porcentajes según el tipo de indicador.

ASPECTOS ÉTICOS

Desde el punto de vista ético se tomaron en cuenta las normativas y los principios relacionados con la participación de los sujetos en la investigación mediante la consulta de si estaba de acuerdo en participar en el estudio; además de mantener la confidencialidad de los sujetos, la custodia de la información por parte de los investigadores y la presentación de los datos es en forma de consolidado general.

RESULTADOS

Los resultados muestran que la población sujeto de estudio, según género corresponde en un 77% al femenino y el 22.9% al masculino, siendo mayoría el primer grupo. El nivel ocupacional correspondió en un 79% a profesionales que se desempeñan como enfermeros uno, 10,4% profesionales de nivel 3 o enfermeros obstétricos, 7% a profesionales dos, quienes se desempeñan como coordinadores y un 4% a profesionales del nivel 4 o supervisores de enfermería, los cuales realizan la categorización de pacientes en la institución.

La participación de los profesionales según el servicio donde laboran muestra que el 25 % corresponde al área de emergencias, el 21.8% al área de medicinas, el 18.7 % a neurociencias que contiene el servicio de psiquiatría, 12.5 % en el área de cirugías, 13.5 % en el área de Ginecología, que incluye los servicios de ginecología, maternidad, sala de partos y neonatos.

En cuanto a las preguntas dirigidas a valorar el área de comprensión del contenido de la escala en las nueve áreas de cuidado, el 92% de ellos respondieron que comprendieron bien el contenido de la escala y un 8 % respondió no comprender bien el contenido de la misma, este resultado sugiere que la escala de Perroca es un documento bastante claro y que requiere un mínimo de orientación para su utilización.

Se observa de acuerdo con los resultados obtenidos que los entrevistados alcanzaron más de un 96% de comprensión en lo que corresponde a: investigación y monitoreo, cuidado corporal y eliminaciones, cuidado de piel y mucosas, nutrición e hidratación, soporte emocional, educación y salud y terapéutica. La locomoción y actividad obtuvo un 80% de comprensión, asociado a que existía confusión ya que la escala no enuncia al paciente encamado, aunque el mismo se deduce en la mayor puntuación del ítem. Por lo tanto, esta última área sería la que requieren de orientación para la aplicación.

La comprensión de cada ítem y su valor numérico en escala de excelente a regular fue evaluado con un 54%, excelente 13.54%, bueno 21.8% y regular 5.2%, lo que evidencia mayoría importante entre bueno y excelente.

La comprensión para el puntaje y asignación del nivel de cuidado fue valorado con las categorías desde malo hasta excelente donde la evaluación muestra que el muy bueno alcanzó el valor más alto de 35 %

excelente, 21.8%, bueno 5.2% y regular 3.1% y malo 0%, la comprensión de este rubro alcanzó en un 57.2% un nivel satisfactorio, sin embargo la puntuación obtenida a la categorización realizada es algo que se puede mejorar con orientación y práctica al profesional que aplique la escala.

De acuerdo con el tiempo empleado para aplicar a tres pacientes el instrumento de categorización utilizando la escala de Perroca, se obtuvo que para el tiempo de 1 a 5 minutos en la primera oportunidad solo el 25% de los profesionales lo hicieron en dicho tiempo, en la segunda ocasión se aumentó el porcentaje a 53% para el tercer intento de aplicación del instrumento la población aumentó un 60%, utilizo como máximo 5 minutos para su aplicación, de manera que se observa que, a mayor práctica hay mejor familiarización con la escala y se mejora el tiempo de aplicación.

En las tres aplicaciones por persona, la mayoría ubicó el tiempo invertido entre 1 a 10 minutos para el llenado, lo que evidencia un instrumento ágil y apto para incluir dentro de las actividades cotidianas para la valoración y diagnóstico situacional que debe realizar el profesional diariamente en las unidades a su cargo.

Al solicitarle a la población en estudio que brindara su opinión general y recomendaciones para la aplicación de la escala en estudio, la mayoría (95%) externó que le parecía muy importante contar con dicho instrumento, refirieron que este es sencillo, comprensible, individualiza a la persona, de fácil comprensión, y que la utilización frecuente mejora la práctica, por lo que recomienda su utilización en el área de hospitalización.

DISCUSIÓN

Las escalas o instrumentos de valoración en el área de la salud se han planteado como una necesidad para el desarrollo de técnicas y estrategias que permiten la valoración integral y uniforme del usuario, independientemente del personal de asistencia clínica. Es por ello que se pueden observar gran variabilidad y aplicabilidad de las mismas. Ha sido un tema que ha estado presente a lo largo del desarrollo de la medicina y la enfermería en diversos países del mundo. Lo que se evidencia al contar con una serie de escalas o instrumentos diseñados para la valoración de aspectos clínicos en el usuario como son las relacionadas con el riesgo de caídas, de úlceras por presión (Norton), funcionalidad (Bardel), condición neurológica (Glasgow, Canadiense), sedación (Ransay) o relacionadas con criterios de abordaje clínico, todas ellas con objetivos específicos comunes en la atención o complemento al diagnóstico del usuario según sus necesidades (J. Barrientos, Sánchez, 2013).

Estos mismos autores manifiestan que, desde el punto de vista de gestión administrativa, según se describe en la literatura, los sistemas de clasificación son útiles para justificar necesidades adicionales de recursos cuando es identificada una variación en la complejidad del cuidado y aumento del volumen de trabajo de una unidad; ya que tratan de identificar las necesidades reales de cada paciente tomando como base su estado funcional, su situación clínica y dependencia. Estos sistemas permiten la asignación de recursos adecuados para la realización de una gestión clínica de calidad.



En el campo de la categorización de pacientes, para valorar sus necesidades o dependencia de enfermería también se aplican instrumentos de medición, con el fin de realizar una valoración objetiva de la condición de los usuarios y contar con herramientas científicas que justifiquen la dotación de recurso humano adecuado según la calidad y cantidad de los usuarios en las diferentes instituciones. Es importante identificar el grado de complejidad de la atención y el tiempo requerido para atender las necesidades biosociales y espirituales del paciente con relación al equipo de enfermería, principalmente en tiempos en los que los recursos son limitados y la demanda es creciente (Milos, Larrain, & Asimonetti, 2009).

En esta demanda de atención con poco recurso humano la dinámica del quehacer de enfermería y la particularidad de la organización hacen aún más necesario que los instrumentos de medición y valoración de la condición y necesidad de los usuarios favorezcan la uniformidad en los criterios para que los resultados sean confiables, objetivos y no dependan de la apreciación subjetiva de quien realiza la valoración,

Es importante tomar en cuenta que los factores de practicidad, claridad y funcionabilidad de un instrumento son muy importantes para su selección. El refinamiento del mismo es un proceso laborioso, extenso y de mucho cuidado. Es preciso definir claramente el concepto sobre investigación (constructo). En el caso de Sistemas Clasificación de Pacientes, el constructo se constituye en las necesidades de cuidados de los pacientes. Una vez que ellas son numerosas y multidimensionales, no pueden ser representadas en su totalidad dado que el objetivo del instrumento no es presentar una lista completa de todas las actividades de cuidados realizadas por enfermería. Si así fuera, se volvería extenso y exhaustivo; pero sí debe contener las dimensiones representativas del cuidar que más impactan en la carga de trabajo del equipo de enfermería, lo cual es evidenciado por la escala aplicada en este estudio.

Uno de los problemas que se presentan diariamente en la atención asistencial las 24 horas en las instituciones de salud, es la distribución del personal de enfermería para la atención de los pacientes ya que la

misma no se adecúa a las cargas de trabajo, que varían en los diferentes turnos, semanas o meses. Por esta razón se hace necesario establecer un sistema de clasificación de pacientes con el fin de lograr un equilibrio entre su número, condición y la cantidad de personal de enfermería necesario para satisfacer sus necesidades en forma oportuna. Este sistema debe tomar en cuenta como mínimo la dependencia de los pacientes, necesidades individuales, atención directa e indirecta, características de la atención en nuestro medio (Barredo, 2007).

Por otra parte, un instrumento para la clasificación de usuarios no debería estar influenciado por aspectos operacionales, prácticas médicas y estándares asistenciales propias de cada institución, sino más bien por aspectos relacionados con la atención universal de enfermería, por lo cual La Escala de Perroca (figura N1), debido a su construcción y validación, se considera ideal para ser aplicada por los profesionales de enfermería en las diferentes instituciones de salud en nuestro medio. Esto porque las dimensiones del cuidado y la descripción de indicadores coinciden con el tipo de población que se atiende en el país; así lo refiere la población consultada en este estudio, además de verse reflejado en sus resultados.

Se observa que la escala de Perroca presenta una serie de características o factores relacionados con indicadores de planificación del cuidado, actividades asistenciales, complejidad de la atención relacionada con el grado de necesidad del paciente, volumen y consumo de recursos durante la atención según el grado de dependencia de enfermería. Así mismo, en términos generales, los indicadores de cuidado corporal, locomoción e integridad cutánea son los que más influyen en la transición de una categoría a otra del cuidado de paciente.

Por otra parte, las instrucciones que detalla la autora de la “Escala de Perroca” para la aplicación del instrumento, están descritas en forma clara y comprensible; esto fue constatado por la población de los profesionales involucrados en este estudio y coincide con lo que plantean en este tema algunos autores (Carvajal, Centeno, Watson, Martínez, & Sanz Rubiales, 2011) al mencionar esta característica como criterio de calidad en el diseño de un instrumento.

En dichas instrucciones no solo se contempla la descripción de los apartados sino también el detalle de la puntuación y el resultado de la suma de la misma que se traduce en el nivel del cuidado que tiene el paciente en relación con la asistencia de enfermería.

La escala en estudio muestra aspectos de contenido que se relacionan con lo planteado por diferentes teorizantes en enfermería, por ejemplo Dorotea Orem con su teoría del autocuidado y la teorizante y modelista Marjorie Gordon con la valoración de los Patrones Funcionales, en este caso adaptado al paciente hospitalizado. Su modelo es de gran importancia para conocer la respuesta a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales, que puedan ser tratados por las enfermeras, es decir la valoración del paciente para llegar al diagnóstico enfermero. El contenido de la escala de Perroca logra incorporar los aspectos mencionados y los agrupa por afinidad de manera que al profesional le permite valorar al individuo de forma integral y realizar una planificación adecuada de la atención del individuo y del recurso humano requerido.

La utilización de escalas de valoración o atención de individuo en los sistemas de atención del país requiere que se realice una serie de pasos para adaptarlas a las condiciones o necesidades de las diferentes instituciones. El juicio por expertos se constituye en una herramienta primaria para lograr este objetivo. Algunos autores (Poblete, 2012) comentan que la validación de estas escalas es un aporte al cuidado humano transpersonal para conocer el significado que las enfermeras le otorgan, y cuán eficaces se sienten, así como remediar aspectos deficientes en la enseñanza y práctica del cuidado.

Escobar (2008) menciona que actualmente el juicio de expertos es una práctica generalizada que requiere interpretar y aplicar sus resultados de manera acertada, eficiente y con toda la rigurosidad metodológica y estadística, para permitir que la evaluación basada en la información obtenida de la prueba pueda ser utilizada con los propósitos para la cual fue diseñada. Es establecida en diferentes situaciones, siendo dos de las más frecuentes: (a) el diseño de una prueba y (b) la validación de un instrumento que fue construido para una población diferente, pero que se adaptó mediante un procedimiento de traducción (equivalencia semántica, adaptación y estandarización del instrumento para otros países). Esta valoración como aporta Barrientos (2013) conlleva una serie de etapas y pasos cuyo objetivo es lograr la mayor confiabilidad del instrumento que se utilizara una vez concluido dicho proceso.

En este estudio, la técnica de valoración por expertos con relación a la Escala Perroca fue dirigida específicamente a la comprensión de su contenido, estructura y tiempo de aplicación, aspectos fundamentales al ser una escala creada y desarrollada en Brasil y cuyo objetivo es la aplicación diaria por los profesionales de enfermería al realizar la categorización de pacientes en las instituciones asistenciales de usuarios hospitalizados de los diferentes niveles de atención.

El autor (Escobar, 2008) afirma que la validez de contenido es un componente importante, ya que brinda evidencia acerca del constructo y provee una base para la construcción de formas paralelas de una prueba en la evaluación a gran escala. El investigador debe especificar

previamente las dimensiones por medir y sus indicadores, a partir de los cuales se realizarán los ítems. Estos deben capturar las dimensiones que la prueba pretende medir. En la evaluación de un instrumento debe tenerse en cuenta su función, es decir, si será utilizado para el diagnóstico, la medición de habilidades o la medición de desempeño, entre otros. Anota que los índices de validez para una función de un instrumento no son necesariamente generalizables a otras funciones del mismo instrumento. A su vez, la validez de contenido no sólo puede variar de acuerdo con las poblaciones en las cuales será utilizado el instrumento, sino que puede estar condicionada por un dominio particular del constructo. Menciona que la validez de contenido generalmente se evalúa a través de un panel o un juicio de expertos, y, en muy raras ocasiones la evaluación está basada en datos empíricos. Plantea que el juicio de expertos en muchas áreas es una parte importante de la información cuando las observaciones experimentales están limitadas. También propone que se establezcan criterios para la selección de un grupo de expertos, los basados principalmente en el conocimiento y experiencia relacionada con el tema a tratar, y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones y constituye una parte crítica del proceso.

Por otra parte, el número de jueces que se debe emplear en un juicio depende del nivel de experticia y de la diversidad del conocimiento; sin embargo, la decisión sobre qué cantidad de expertos es la adecuada varía entre autores. El juicio de expertos se usa en múltiples ámbitos de la evaluación psicológica, desde la medición de la confiabilidad de los profesionales en salud mental para evaluar la competencia de pacientes psiquiátricos respecto al consentimiento informado hasta la validación de contenido de pruebas estandarizadas de altas especificaciones.

En el presente estudio conformaron la categoría de expertos los enfermeros generales y supervisores que realizan diariamente la categorización de pacientes, en los diferentes servicios del área de hospitalización, (adultos-neonatos); ellos son en primera estancia los que deben comprender el contenido y la estructura en cada área del cuidado planteada en la escala, de manera que muestre el criterio de validación para que sea utilizada como herramienta objetiva al realizar el procedimiento de categorización de los pacientes. Tal criterio está basado en aspectos de comprensión del contenido y estructura para cada valor numérico, puntaje y asignación del nivel de cuidado en cada ítem planteado en dicha escala. Con criterio de medición se determinó los ítems desde el nivel de no comprensible, regular, bueno, muy bueno hasta excelente, cuya opinión mayoritaria fue de muy buena y excelente nivel de comprensión de la misma.

El otro aspecto importante sometido al criterio de la población en estudio esta relacionado con el tiempo que se requiere para aplicar la escala a los usuarios, tomando en cuenta para esto lo que mencionan algunos autores (Emi Kakushi Luciana, 2014) quienes refieren que:

“En el contexto actual, los instrumentos que evalúan la condición clínica del paciente y la necesidad de cuidados que requieren, se volvieron indispensables cuando se busca mejorar la relación costo-beneficio en la asistencia a la salud. De esta manera, indicadores de

demanda de cuidados son cada vez más necesarios en la Enfermería para asegurar la calidad de la asistencia, ayudando en la cuantificación de personal para ofrecer una atención con seguridad tanto para los pacientes como para los profesionales” (pág. 150).

Por lo tanto para lograr lo descrito es necesario se estime el tiempo de enfermería requerido para la aplicación de los instrumentos de evaluación de los pacientes, de manera que se puedan tomar en cuenta para demostrar la demanda creciente de atención de enfermería y las exigencias al respecto.

Complementariamente a lo anterior, la autora Gaviria-Noreña (2013) hace referencia a que en enfermería a lo largo del tiempo, se han modificado los criterios que han orientado la determinación de las necesidades de personal y considera que, además de lo anterior, se debe tener en cuenta la carga de trabajo, el entorno laboral, la complejidad de cada paciente, el nivel de capacidades y combinación del personal de enfermería, la eficiencia y eficacia económica y el impacto de los cuidados de enfermería en la salud del paciente. Por lo tanto, ante este panorama, es imprescindible que los instrumentos de apoyo a la gestión clínica y administrativa se conviertan en herramientas ágiles y no en mayores cargas y demandas de trabajo en las instituciones.

La Escala Perroca no solo aporta elementos para la gestión clínica y administrativa en enfermería, sino que, según lo muestran los resultados de la investigación con relación al tiempo de enfermería para su aplicación, muestra una inversión óptima del mismo y además se mejora conforme el profesional se familiariza con el contenido de la escala. Se demuestra con esto que es un instrumento acorde con el objetivo que se persigue a partir de la categorización en enfermería y de la disposición limitada de tiempo del personal en las instituciones de salud.

CONCLUSIÓN

Según los resultados obtenidos en la validación realizada a la escala para categorización de pacientes (Perroca), en la cual se valoró la comprensión de esta y el tiempo requerido para su ejecución, se considera que la misma es ideal para ser utilizada en la categorización de los pacientes en las áreas de hospitalización. Su aplicación puso de manifiesto un porcentaje de comprensión satisfactorio y la disminución del tiempo por invertir según se vaya empleando. ■

Anexo.

Figura N 1. Instrumento para Clasificación de Pacientes (Perroca 2009.)¹

¹ Prof. Dra. Márcia Galán Perroca, Departamento de Enfermagem Especializada, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP).

INSTRUCCIONES

1. Este instrumento para clasificación de pacientes está constituido por nueve áreas de cuidado: Planeamiento y coordinación del Proceso de cuidar, Investigación y Monitoreo, Cuidado corporal y eliminaciones, Cuidados de piel y mucosas, Nutrición e Hidratación, Locomoción y actividad, Terapéutica, Soporte emocional y educación en salud.
2. Cada uno de los indicadores posee graduación de 1 a 4, aportando intensidad creciente de complejidad de cuidado, de forma que, el valor de 1 corresponde al menor nivel de complejidad asistencial y el valor de 4, al máximo nivel de complejidad asistencial.
3. El paciente debe ser clasificado en todos los indicadores, en unos de los 4 niveles que mejor describa la situación en relación a la asistencia de enfermería. En una situación de duda entre dos niveles en cualquiera de las áreas de cuidado, considere siempre el nivel de mayor complejidad asistencial.
4. La suma del valor obtenido (puntaje total), en cada una de las áreas de cuidados, y comparada con los intervalos de puntuación propuestos, conducen a la categoría de cuidado a la que el paciente pertenece: cuidados mínimos, cuidados intermedios, cuidados semi_intensivos y cuidados intensivos.
5. Clasifique al paciente diariamente en el horario de mejor conveniencia para la unidad.

PLANEAMIENTO Y COORDINACIÓN DEL PROCESO DE CUIDAR (PUNTOS ____)

1. Mantenimiento del plan de asistencia de enfermería (SAE).
2. Revisión, en parte, del plan de atención de enfermería (SAE).
3. Elaboración del plan de atención de enfermería (SAE) implica participación de profesionales del equipo de enfermería o requiere asignación de recursos intra_institucionales.
4. Elaboración del plan de atención de enfermería (SAE) implica participación del equipo multidisciplinario o requiere de recursos extra institucionales o de la comunidad.

INVESTIGACIÓN Y MONITOREO (PUNTOS ____)

1. Signos vitales (3 veces al día); exámenes de diagnóstico simple (hasta 15 minutos); evaluación clínica; verificación de otras medidas antropométricas; escalas de medición (1 vez al día)
2. Signos vitales y saturación de oxígeno (3 veces al día), desobstrucción de vía aérea (hasta 3 veces al día); auxilio en exámenes de diagnóstico y terapéuticos de mediana complejidad (15 a 30 minutos); escalas de medición (2 a 3 veces al día).
3. Signos vitales, saturación de oxígeno, presión arterial media (4 a 6 veces al día) aspiración de vía aérea (4 a 6 veces al día); auxilio en exámenes de diagnóstico y terapéutico de media complejidad (30 a 50 minutos), atención de urgencias; escalas de medición (4 a 6 veces al día).
4. Signos vitales, saturación de oxígeno, presión intracraneal (PIC) y otros (mayor de 6 veces al día) cuidados de tubo endotraqueal o equipos de ventilación mecánica, asistencia en exámenes diagnósticos y terapéuticos tales como hemodiálisis, swan/ganz, etc. (mayor de 50 minutos), atención de paro cardio-respiratorio; escalas de medición (más de 6 veces al día).

CUIDADO CORPORAL Y ELIMINACIONES (PUNTOS ____)

1. Autosuficiente.
2. Requiere orientación y / o supervisión y / o asistencia de enfermería para vestirse, desvestirse, pasar al servicio, ducha, higiene oral, controlar las eliminaciones; afeitado e higiene preoperatoria.
3. Requiere asistencia de enfermería (**hacer**) para las actividades de higiene personal y medidas de confort (hasta 6 veces al día): colocación de orinal, bidé, cambio de pañal, toallas, drenaje y / o medición de bolsas colectoras, control de catéteres, dreno, dispositivos para incontinencia urinaria y estomas.

4. Requiere atención de enfermería (**hacer**) para las actividades de higiene personal y medidas de confort (más de 6 veces al día) colocación de orinal, bidé, cambio de pañal, toallas, drenaje y / o medición de bolsas colectoras, control de catéter, dreno, dispositivos para incontinencia urinaria y estomas.

CUIDADOS DE PIEL Y MUCOSAS (PUNTOS ____)

1. Orientación y supervisión de medidas preventivas de lesiones de piel y mucosas.
2. Medidas preventivas de lesión de piel y mucosas (masajes, aplicación de cremas u otras) hasta 3 veces al día, curación de baja complejidad técnica en una o más áreas del cuerpo (1 vez al día).
3. Medidas preventivas de úlceras por presión (4 a 6 veces al día) **curación** de baja o mediana complejidad técnica en una o más áreas del cuerpo (2 a 3 veces al día); cambios en la posición (hasta 6 veces al día).
4. Medidas preventivas de úlceras por presión (mayor de 6 veces al día) **curación** de mediana complejidad técnica en una o más áreas del cuerpo (más de 3 veces al día); o de alta complejidad técnica (1 vez al día); cambios en la posición (mayor a 6 veces al día).

NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN (PUNTOS ____)

1. Autosuficiente.
2. Requiere orientación y / o supervisión y / o asistencia de enfermería para alimentarse y o ingerir líquidos; control hídrico,
3. Requiere asistencia de enfermería (hacer) para alimentarse e ingerir alimentos por sonda naso gástrica o nasoenteral o estoma (hasta 6 veces al día).
4. Requiere asistencia de enfermería (hacer) para alimentarse e ingerir alimentos por sonda naso gástrica o nasoenteral o estoma (mayor a 6 veces al día); asistencia de enfermería para manipulación de catéteres periféricos o centrales para alimentación y o hidratación.

LOCOMOCIÓN Y ACTIVIDAD (PUNTOS ____)

1. Autosuficiente.
2. Requiere asistencia para deambular (apoyo) y / o estímulo, orientación y supervisión para la movilización de segmentos corporales, deambulación o uso de artefactos (aparatos ortopédicos, prótesis, muletas, bastones, sillas de ruedas, andaderas).

3. Requiere atención de enfermería para deambular hasta 2 veces al día: pasarse de la cama a la silla o viceversa con auxilio de dos colaboradores, capacitación para deambular y para las actividades de la vida diaria (AVD), transporte dentro de la unidad con acompañamiento del personal de enfermería.
4. Requiere atención de enfermería deambular más de 2 veces al día: pasarse de la cama a la silla o viceversa con auxilio de más de dos colaboradores, capacitación para deambular y para las actividades de la vida diaria (AVD), transporte fuera de la unidad con acompañamiento del personal de enfermería.

TERAPÉUTICA (PUNTOS ____)

5. Requiere medicación (1 a 3 veces al día), colocación y cambio de infusiones (1 a 2 veces al día),
6. Requiere medicación (4 veces al día), colocación y cambio de infusiones (3 a 4 veces al día), cuidados de sonda nasogástrica, naso enteral y estomas, oxigenoterapia,
7. Requiere medicación (6 veces al día), colocación y cambio de infusiones (5 a 6 veces al día), medicación específica para exámenes de diagnóstico y o cirugía (laxante, enemas); cuidados de catéter periférico, uso de sangre o derivados, expansores plasmáticos y agentes citostáticos; diálisis peritoneal.
8. Requiere medición cada dos horas u horaria, colocación y cambio de infusiones (más de 6 veces al día), uso de drogas vaso activas y otra que exigen mayores cuidados en la administración; cuidados de catéter epidural y central; hemodiálisis.

SOPORTE EMOCIONAL (PUNTOS ____)

1. Paciente / familia requiere soporte a través de conversación debido a preocupaciones cotidianas y con relación a la enfermedad, tratamiento y proceso de hospitalización.
2. Paciente / familia requiere soporte a través de conversación debido a presencia de ansiedad, angustia, y por quejas o solicitudes continuas.
3. Paciente / familia requiere soporte a través de conversación y soporte psicológico debido a la presencia de apatía, desesperanza, disminución del interés por actividades y aumento de la frecuencia de síntomas de ansiedad.
4. Paciente / familia requiere reiterada conversación y apoyo psicológico; rechazo de cuidados de asistencia de salud, problemas psicosociales.

EDUCACIÓN Y SALUD (PUNTOS ____)

1. Orientación al paciente y familia en la admisión.
2. Orientación al paciente y familia pre y pos operatoria, procedimientos, resultados de exámenes, alta.
3. Orientación al paciente y familia en problemas de comunicación (ciego, sordo, problemas mentales, disturbios de lenguaje), socioculturales y proveniente de otras culturas; con dificultad de comprensión y / o resistencia a información recibida, orientación sobre manejo de equipos y/o materiales especiales en el hogar.
4. Orientación reiteradas en paciente/familia sobre autocuidado, orientación y capacitación para la gestión de equipos y / o materiales especiales en el hogar y la realización de procedimientos específicos (diálisis peritoneal, etc.).

PUNTUACIÓN TOTAL _____ NIVEL DE CUIDADO _____

Evaluación del tipo de cuidado (*)

1. **Cuidados intensivos; 25 a 36 puntos.** Cuidados a pacientes graves y recuperables, con riesgo inminente de muerte, sujetos a inestabilidad de las funciones vitales requieren asistencia de enfermería y médica permanente y especializada.
2. **Cuidados semi_intensivos; 19 a 24 puntos.** Cuidados a pacientes que se recuperaran sin riesgo inminente de muerte (sujetos a la inestabilidad de las funciones vitales, requiere asistencia de enfermería y medica permanente y especializada).
3. **Cuidados intermedios; 13 a 18 puntos.** Cuidados a pacientes estables bajo el punto de vista clínico y de enfermería, con parcial dependencia del profesional de enfermería para satisfacer las necesidades básicas humanas.
4. **Cuidado Mínimo; 9 a 12 puntos.** Cuidados a pacientes estables bajo el punto de vista clínico y de enfermería, físicamente autosuficiente como para satisfacer las necesidades básicas humanas.

Bibliografía.

- » Barredo, R. (2007, Junio 1). Complejidad y demanda atención progresiva administración de recursos, gestión del cuidado, gestión por procesos. *Medwave* doi: 10.5867/medwave.2007.05.4552, 7(5). doi:doi: 10.5867/medwave.2007.05.4552
- » Barrientos Sánchez, J., Hernández Cantoral, A., & Hernández Zevala, M. (2013, Mayo). Adaptación y validación de un instrumento de valoración de riesgo de caída en pacientes pediátricos hospitalizados. *Instituto Nacional de pediatría*.
- » Benavidez, L., & Martínez, P. (2010). Procedimiento para categorización riesgo dependencia. *Hospital Metropolitano de Santiago*.
- » Bjorklund de Lima, L., Deiasse Borgesa, Eneida Rejane, R., & Asamara de Costa. (2010, set-oct). Clasificación de pacientes según el grado de dependencia de los cuidados de enfermería y de la gravedad en una unidad de recuperación postanestésica. *Rev.latino.am.enfermagem*.
- » Brito de Araujo, V., Galan Perroca, M., & Marli de Carvalho, J. (2009, Ener-feb). Variabilidad del grado de complejidad asistencial del paciente con relación al equipo de enfermería. *Rev. Latinoamericana de Enfermería*, 17(1).
- » Cardoso, C. K., & Ciqueto, P. E. (n.d.). Instrumento de clasificación de grado de complejidad de asistencia de pacientes de fugin etal adaptado al Ezxpert SINTA.
- » Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., Martínez, M., & Sanz Rubiales, Á. (2011, Abril). ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *Revista Scielo*, 34(1). doi: Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-
- » Cucolo, D. F., & Galan, P. M. (2009, Octubre). Identificando indicadores de desempeño relativos al tiempo de asistencia del equipo de enfermería. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. doi:<http://dx.doi.org/10.590/s0080>
- » Diaz, A. M., Beguiastain, A., & Fernández, C. N. (2006, Mayo). Relación paciente- enfermería a través de la evaluación clínica del sistema therapeutic intervention scoring system (TISS). *Revista Uruguaya de Enfermería*, 1(2).
- » Emi Kakushi Luciana, M. É. (2014, Jan/Feb). Tiempo de asistencia directa e indirecta de enfermería en Unidad de Terapia Intensiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* vol, 22(1).
- » Escobar, P. J. (2008). Validez de contenido y juicio de Expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medicion*, 6, 27-36.
- » Esobar, P. J. (2008, Noviembre). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medicion*, 6, 27-36.
- » Galan, P. M. (2012, Setiembre). The new version of a patient classification instrument: assessment of psychometric properties. *JOURNAL OF ADVANCED NURSING*. Retrieved from : www.wileyonlinelibrary.com/journal/jan
- » García, M. A., Soto, P., & Arques, V. (2007, Mayo). Aplicación de la categorización de usuarios en el desarrollo de un modelo de gestión del cuidado de un hospital del Sector Público. *Horiz Enferm*, 18(2), 145-151.
- » García, M., & Castillo, L. (2000, Febrero). Categorización de usuarios: una herramienta para evaluar las cargas de trabajo de enfermería. *Revista Medica de Chile*, 128(12). Retrieved from http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-9887200000200007
- » Gaviria-Noreña, D. (2013, Jan/Apr). Planeación del personal requerido de enfermería para responder a las necesidades de cuidado. *Invest. educ. enferm*, 31(1), 116/124.
- » Hammermuller, A., Rejane Rabelo, E., Godmeier, S., & Oliveira Azzolin, K. (2008, jan/mar). Clasificación de Pacientes Atendidos en una unidad de hemodinamia según el grado de dependencia de los cuidados de enfermería. *Acta.Paulista.de.enfermagem*, 121(1).
- » Iglesias, C., Montilla, A., Erkoreka, I., India, M., & Testera, V. (1999, mayo-junio). Un sistema de Clasificación de pacientes en psicogeriatría resourcee utilizacion groups t-18 (rugt18). *Psiquiatría Pública*, 11(3), 63-69. Molécula
- » J. Barrientos-Sánchez, A. H.-C.-Z. (2013, oct-dic). Adaptación y validación de un instrumento de valoración de riesgo de caída en pacientes pediátricos hospitalizados. *Enfermería universitaria*, 10(4). Retrieved from <<http://www.scielo.org.mx/scielo.php?>
- » Klun, O., Burgos Moreno, & Paravic, T. M. (2003, Dic). Percepción de Violencia de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicinas y cirugía de un hospital público. *Scielo*, 9(2). Retrieved from <http://www.scielo.cl/scielo.php>
- » Lauas, A., & Anselm, M. (2004, juli-agost). Caracterización de los pacientes internados en las unidades médicas y quirúrgicas del HCFMRP-UASP SEGÚN EL GRADO DE DEPENDENCIA EN RELACIÓN AL CUIDADO DE ENFER. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 12(4), 643-9.
- » López de Murcia, N. (2006). Fundamentación teórica para la aplicación del proceso de atención de enfermería a la adultez en el Salvador. In N. López de Murcia, *Fundamentación teórica para la aplicación del proceso de atención de enfermería a la adultez en el Salvador* (pp. 55-80). El Salvador.
- » Milos, P., Larrain, A., & Asimonetti, M. (2009). Categorización de servicios de enfermería, propuesta para asegurar una atención de calidad en tiempos de escasez de enfermeras. *Ciencia y Enfermería*, 15, 17-24.
- » Milos, P., Larrain, A., & Asimonetti, M. (2009). categorización de servicios de enfermería, propuesta para asegurar una atención de calidad en tiempos de escasez de enfermeras. *Ciencia y Enfermería*, 15, 17-24.
- » P Vigna, C., & Perroca Galan, M. (2007, jan/mar). Utilicao de asiastema de clasificacion de pacientes e metodos de demensioamento de pessoal de enfermagem. *Arq cienc saude*, 14(1), 8-12.
- » Perroca Galan Marcia, R. R. (1998, Agosto). Sistema de Clasificacion de Pacientes: construccion y validacion de un instrumento. *Rev.Esc. Enf.USP*, 32(2), 153.168.
- » Perroca, M. G. (2011, Jan/Feb). Desarrollo y validación de contenido de la nueva versión de un instrumento para clasificación de pacientes1. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19(1). Retrieved from www.eerp.usp.br/rlae
- » Poblete, M., Valenzuela, S. C., & Merino, J. (2012, Abril). Validación de dos escalas utilizadas en la medición del cuidado humano. *Aquichan*, 12(1).
- » Sanchez, R. (2004). Validación de escalas de medición en salud. *Rev. Salud pública*, 6(3), 302=318. Retrieved from <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v6n3/a06v6n3.pdf>
- » Togeiro Fugin Maria, R. G. (2005, jan/feb). Sistema de identificacion de pacientes: identificación del perfil asistencial de los pacientes de las unidades de internacion del hu-usp. *Revista Latinoamericana de enfermagem*, 13(1).
- » Vargas Bermúdez, Z., Porras Mendez, X., Benavidez Chinchilla, M., & Legister Torpe, G. (2012, Abril). Modelo para la Categorización de pacientes en El Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia. *Revista Enfermería en Costa Rica*, 33(2).
- » 2007). Utilicao de asiastema de clasificacion de pacientes e metodos de demensioamento de pessoal de enfermagem. *Arq cienc saude*, 14(1), 8-12.
- » Perroca Galan Marcia, R. R. (Agosto de 1998). Sistema de Clasificación de Pacientes: construccion y validacion de un instrumento. *Rev.Esc. Enf.USP*, 32(2), 153.168.
- » Perroca, M. G. (Jan/Feb de 2011). Desarrollo y validación de contenido de la nueva versión de un instrumento para clasificación de pacientes1. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19(1). Obtenido de www.eerp.usp.br/rlae
- » Poblete, M., Valenzuela, S. C., & Merino, J. (Abril de 2012). Validación de dos escalas utilizadas en la medición del cuidado humano. *Aquichan*, 12(1).
- » Sanchez, R. (2004). Validación de Escalas de medición en salud. *Rev. Salud pública*, 6(3), 302=318. Obtenido de <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v6n3/a06v6n3.pdf>
- » Togeiro Fugin Maria, R. G. (jan/feb de 2005). Sistema de identificación de pacientes: identificación del perfil asistencial de los pacientes de las unidades de internacion del hu-usp. *Revista Latinoamericana de enfermagem*, 13(1).
- » Vargas Bermudez, Z., Porras Méndez, X., Benavidez Chinchilla, M., & Legister Torpe, G. (Abril de 2012). Modelo para la Categorización de pacientes en El Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia. *Revista Enfermería en Costa Rica*, 33(2).