

Desarrollo y validación de contenido de la nueva versión de un instrumento para clasificación de pacientes¹

Marcia Galan Perroca²

Este estudio tuvo como propósito reconstruir el instrumento de clasificación de pacientes propuesto por Perroca y evaluar la validez de contenido de la nueva versión. La apreciación del instrumento fue realizada por un grupo de expertos constituidos por diez enfermeros mediante aplicación de la Técnica Delphi. La recolección de datos ocurrió en el período de marzo de 2008 a febrero de 2009 a través de cuestionarios estructurados enviados por correo electrónico. La nueva versión pasó a ser constituida por nueve áreas de cuidados. Hubo concordancia \geq 90% en relación a la estructura del instrumento y de 80 a 96% en las áreas de cuidados. El refinamiento de instrumentos de clasificación es de fundamental importancia para generación de datos válidos y confiables en los cuales se puede basar la toma de decisiones de administración relativa a la planificación de la asistencia y mensuración de carga de trabajo del equipo de enfermería.

Descriptores: Pacientes Internos/Clasificación; Carga de Trabajo; Estudios de Validación; Evaluación en Enfermería.

¹ Apoyo financiero de la Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, SP, Brasil (Bolsa de Auxílio ao Pesquisador).

² Enfermera, Doctor en Enfermería, Profesor Adjunto, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, SP, Brasil.

E-mail: marcia.perroca@famerp.br.

Correspondencia:

Marcia Galan Perroca

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)

Departamento de Enfermagem Especializada

Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416

Vila São Pedro

CEP: 15090-000 São José do Rio Preto, SP, Brasil

E-mail: marcia.perroca@famerp.br

Desenvolvimento e validação de conteúdo da nova versão de um instrumento para classificação de pacientes

Este estudo teve como propósito reconstruir o instrumento de classificação de pacientes, proposto por Perroca, e avaliar a validade de conteúdo da nova versão. A apreciação do instrumento foi realizada por um grupo de especialistas, constituídos por dez enfermeiros, mediante aplicação da técnica Delphi. A coleta de dados ocorreu no período de março de 2008 a fevereiro de 2009, por meio de questionários estruturados, enviados por correio eletrônico. A nova versão passou a ser constituída por nove áreas de cuidados. Houve concordância $\geq 90\%$ em relação à estrutura do instrumento e de 80 a 96% nas áreas de cuidados. O refinamento de instrumentos de classificação é de fundamental importância para geração de dados válidos e confiáveis, embasando a tomada de decisão gerencial relativa ao planejamento da assistência e mensuração de carga de trabalho da equipe de enfermagem.

Descritores: Pacientes Internados/Classificação; Carga de Trabalho; Estudos de Validação; Avaliação em Enfermagem.

Development and Content Validity of the new version of a patient classification instrument

The purpose of this study was to reconstruct Perroca's patient classification instrument; and to assess the content validity of the new version. A group of experts comprising ten nurses appraised the instrument, using the Delphi technique. Data collection took place from March 2008 to February 2009 by means of structured questionnaires sent by electronic mail. The new version contained nine nursing care areas. Agreement levels on the instrument structure amounted to $\geq 90\%$, and ranged between 80 and 96% in the nursing care areas. The refinement of classification instruments is of great importance to generate valid and reliable data, supporting management decision making on nursing care planning as well as nursing workload measurement.

Descriptors: Inpatients/Classification; Workload; Validation Studies; Nursing Assessment.

Introducción

En los últimos años, es posible percibir que la introducción del modelo de la práctica sustentada en evidencias y la importancia dada a la obtención de resultados en el servicio de enfermería ha llevado a la utilización cada vez mayor de herramientas de administración. Para atender a esta demanda, algunos investigadores se han preocupado en desarrollar instrumentos específicos, en realizar adaptación transcultural o perfeccionar los ya existentes, colocando a disposición escalas válidas y confiables para los usuarios.

Validad y confiabilidad son criterios esenciales para evaluación de la calidad de un instrumento. Se comprende a la validez como el grado en que ella se muestra apropiada

para mensurar aquello que supuestamente debería medir, en otras palabras, el propósito por el cual está siendo usada. La confiabilidad se refiere a su grado de precisión, o sea, cuando sus medidas consiguen reflejar, de forma precisa, las medidas reales del atributo investigado⁽¹⁾.

El Sistema de Clasificación de Pacientes (SCP) ha sido implementado, por muchas décadas, en diferentes países, para monitorizar continuamente la carga de trabajo del equipo de enfermería por medio de la identificación de la complejidad asistencial del paciente. Las variaciones captadas en las necesidades de cuidados posibilitan un ajuste cuantitativo/cualitativo de personal de forma a obtener una relación equilibrada entre carga

de trabajo y capital humano disponible, favoreciendo la calidad y el costo-efectividad del cuidado proporcionado. El conocimiento de las necesidades de atención de los pacientes también permite planificar eficazmente: asistencia y alta, distribución de pacientes en las unidades, evaluación de la calidad de la asistencia y fortalece la argumentación sobre necesidades adicionales de personal de enfermería⁽²⁻³⁾.

En Brasil, la clasificación de pacientes según el SCP se encuentra recomendada por el Consejo Federal de Enfermería (COFEN), a través de la Resolución 293/04⁽⁴⁾, como una de las variables para instrumentalizar decisiones sobre personal. Sin embargo, parece que la aplicación de este instrumento viene siendo lentamente incorporada en la práctica diaria del enfermero.

El Instrumento de Clasificación

Al final de la década de los noventa, Perroca⁽⁵⁾ desarrolló un instrumento para identificar las necesidades de cuidados del paciente en relación a la enfermería y, consecuentemente, mensurar la carga de trabajo del equipo. El instrumento original⁽⁵⁻⁶⁾ está basado en las necesidades individualizadas de los cuidados de enfermería y se destina a pacientes adultos. Está compuesto de 13 áreas de cuidados: Estado Mental y Nivel de Consciencia, Oxigenación, Señales Vitales, Nutrición y Hidratación, Motilidad, Locomoción, Cuidado Corporal, Eliminaciones, Terapéutica, Educación en Salud, Comportamiento, Comunicación e Integridad Cutánea-Mucosa. Cada uno de los indicadores varía de una puntuación de 1 (menor nivel de atención de enfermería) a 5 (nivel máximo de complejidad asistencial). La puntuación mínima es de 13 y la máxima de 65 puntos. A través del instrumento el paciente puede ser clasificado en una de las cuatro categorías de cuidados: Mínimos (13-26 puntos), Intermedio (27-39 puntos), Semi-Intensivos (40-52 puntos) e Intensivos (53-65 puntos).

Algunos estudios conducidos para evaluar las propiedades psicométricas de este instrumento⁽⁶⁾ mostraron que este presentaba evidencias de confiabilidad y validez. La utilización del instrumento en las diversas instituciones hospitalarias hizo surgir comentarios, por parte de algunos enfermeros, afirmando que este no estimaría, adecuadamente, la categoría de cuidados del paciente. A fin de examinar esta cuestión, fueron realizados estudios: comparación con un instrumento internacional⁽⁷⁾, obtención de la opinión de los usuarios sobre la estructura, aplicabilidad y confiabilidad de los datos generados⁽⁸⁾ y análisis de los indicadores de cuidados más relevantes inter e intracategorías de cuidados⁽⁸⁾.

Los resultados de estas investigaciones evidenciaron

moderado nivel de concordancia entre los instrumentos en las diferentes categorías de cuidados⁽⁷⁾ y que los usuarios investigados se mostraban satisfechos con el instrumento de clasificación propuesto excepto por cierta tendencia en subestimar la categoría de cuidados a la que el paciente pertenecía⁽⁸⁾. También, sugirieron acrecentar otros factores que impactan sobre la carga de trabajo del equipo de enfermería⁽⁸⁾.

Delante de estos resultados, se inició la revisión del instrumento contemplando la actualización de su contenido y renovación de su estructura para estar de conformidad con los avances de las ciencias de la salud e incorporar las nuevas tendencias de la práctica asistencial y de administración del enfermero en la última década. Este estudio aborda las etapas iniciales del proceso de desarrollo y validación de la nueva versión de un SCP y objetiva: 1- Reconstruir el instrumento de clasificación de pacientes propuesto por Perroca⁽⁵⁻⁶⁾ y 2- Evaluar la validez de contenido de la nueva versión.

Método

Delineamiento de la Investigación

La nueva versión del instrumento fue desarrollada en dos etapas. Para generación de los ítems (áreas de cuidados) fueron considerados la opinión de los usuarios del instrumento original⁽⁸⁾, los resultados de investigación en cuanto a la contribución de los indicadores para la clasificación de los pacientes en las diferentes categorías de cuidados⁽⁸⁾, la revisión de literatura y las visitas a instituciones hospitalarias en el exterior. El referencial utilizado se relacionó a conceptos básicos de SPC^(2,9), carga de trabajo en enfermería⁽¹⁰⁻¹¹⁾, necesidades de cuidados de los pacientes⁽¹²⁻¹³⁾, desarrollo de instrumentos⁽¹⁴⁾ y análisis de instrumentos internacionales^(3,15-17).

Subsecuentemente, la validez de contenido, o sea, la verificación de la relevancia de los ítems propuestos y su representatividad en captar adecuadamente el concepto que se desea medir⁽¹⁾, fue evaluada mediante aplicación de la Técnica Delphi. Esta técnica procura obtener consenso en la opinión de expertos sobre un asunto a través de una serie de cuestionarios estructurados, referidos como fases. Las respuestas de cada cuestionario son consideradas para reformulación de los subsecuentes. De esa forma, cada fase es construida sobre las respuestas de la fase anterior y el proceso continúa hasta que se obtenga concordancia entre los participantes (consenso)⁽¹⁸⁾.

Se consideró como criterios de selección para la composición del grupo de expertos tener experiencia mínima de cinco años en la asistencia directa al paciente y/o

en la gerencia de enfermería, enseñanza e investigación. De esa forma, hicieron parte del panel diez enfermeros siendo cinco docentes y cinco que actuaban en la función docente y asistencial. Los jueces eran del sexo femenino presentando edad promedio de $48,9 \pm 4,9$ años, con tiempo promedio de actuación profesional de $23,8 \pm 8,3$ años; ocho eran doctores en enfermería y dos tenían el título de maestría. En lo que se refiere a la trayectoria profesional, las áreas de actuación predominantes fueron gerenciamiento del servicio de enfermería, enfermería médico-quirúrgica, unidad de terapia intensiva, ginecología y obstetricia y pediatría y neonatología.

Procedimiento para recolección de datos

La recolección de datos ocurrió en el período de marzo de 2008 a febrero de 2009, después parecer favorable del Comité de Ética en Investigación (Protocolo nº 3262/2006) y consentimiento de los jueces. Fueron considerados como validadas las áreas de cuidados que obtuvieron índice de concordancia en las respuestas de los jueces mayor o igual a 80%. El criterio de consenso fue definido previamente.

Los cuestionarios, enviados por correo electrónico, consistieron en una escala Likert de cinco puntos conteniendo, en la primera parte, diez afirmaciones sobre la estructura del instrumento y, en la segunda, siete afirmaciones relacionadas a cada área de cuidado. Las afirmaciones consideraron los aspectos relevancia, claridad, objetividad, nivel de complejidad asistencial y aplicabilidad del instrumento. Fueron atribuidos puntajes de cinco a las respuestas "conuerdo totalmente" y de uno para las "discordo totalmente". Cuando la afirmación fue formulada negativamente (afirmaciones 5 y 6 en la evaluación de la estructura y afirmaciones 4 y 5 en la evaluación de las áreas de cuidados) el puntaje fue invertido, conforme recomendación de la literatura⁽¹⁾, o sea, el valor uno fue atribuido a los que concordaron totalmente y el valor cinco a los que discordaron totalmente. Se solicitó, también, que fuesen señaladas si las áreas de cuidados deberían ser mantenidas, excluidas o modificadas. Preguntas abiertas del cuestionario permitieron a los participantes tejer elaborar otras consideraciones sobre la estructura y áreas de cuidados. Junto al primer cuestionario fue solicitado a los jueces el llenado de datos referentes a las características personales y profesionales.

Análisis de los datos

El análisis estadístico fue realizado mediante la utilización del programa Minitab Statistical Software (MINITAB) versión 12.22. Los datos descriptivos se presentan como porcentajes, promedios y desviación

estándar. Se consideró la escala Likert como nivel de mensuración ordinal y fueron calculados mediana y cuartiles (Q1 y Q3). Los datos subjetivos fueron agrupados, categorizados y relacionados según el objetivo del estudio.

Resultados

Reconstrucción del instrumento

En la propuesta de la nueva versión, algunas áreas de cuidados del instrumento original fueron excluidas o fundidas en su contenido y otras acrecentadas para permitir una mensuración más exacta de la complejidad asistencial de los pacientes y de los recursos de enfermería utilizados por los mismos. De esa forma, fueron consideradas las siguientes áreas de cuidados: 1- Planificación y Coordinación del Proceso de Cuidar; 2- Investigación y Monitorización; 3- Cuidado Corporal y Eliminaciones; 4- Nutrición e Hidratación; 5- Locomoción o Actividad; 6- Terapéutica; 7- Soporte Emocional y 8- Educación en Salud. Cada una de las áreas posee puntajes de 1 a 4, apuntando la intensidad creciente de complejidad asistencial. Los intervalos de puntuación fueron establecidos como: 8-11 puntos (Cuidados Mínimos), 12-18 (Cuidados Intermedios), 19-25 (Cuidados Semi-Intensivos) y 26-32 (Cuidados Intensivos).

Se consideró para elaboración de los intervalos de los puntajes que el paciente permanecería en una dada categoría se obtuviese el valor mínimo de una escala en todas las áreas de cuidados hasta cerca de 40% de áreas de cuidados en la escala posterior.

Apreciación de los jueces

La Técnica Delphi fue aplicada en tres fases para alcanzar consenso sobre la estructura y el contenido de la nueva versión del instrumento de clasificación.

Fase Delphi I

Las respuestas al primer cuestionario mostraron que, en lo que se refiere a la estructura del instrumento, hubo concordancia superior a 80%, excepto en la afirmación 2 relativa a la existencia de claridad en los enunciados (74% - Mediana -Md 4,0) y en la afirmación 8 concerniente a la observación de nivel de complejidad asistencial creciente en las puntuaciones de las áreas de cuidados (78% - Md 4,0). El más bajo nivel de concordancia fue encontrado en las afirmaciones 5 (extensión) y 6 (complejidad del instrumento) con porcentajes, cada una, de 38% - Md 2,0 (Tabla 1).

Tabla 1 - Parecer de los Jueces sobre la estructura del Instrumento en las Fases Delphi I, II y III. Sao José del Rio Preto, 2009

Afirmación	Delphi I			Delphi II			Delphi III		
	%	MD	(Q1-Q3)	%	MD	(Q1-Q3)	%	MD	(Q1-Q3)
1. Abarca las áreas de cuidado más expresivas.	92	5,0	(4,0 - 5,0)	82	5,0	(4,0 - 5,0)	94	5,0	(5,0 - 5,0)
2. Presenta claridad en los enunciados.	74	4,0	(2,0 - 5,0)	80	4,0	(4,0 - 5,0)	96	5,0	(5,0 - 5,0)
3. Posibilita establecimiento de lenguaje común entre profesionales.	92	5,0	(4,75 - 5,0)	92	5,0	(4,0 - 5,0)	96	5,0	(5,0 - 5,0)
4. Tiene potencial para discriminar los pacientes por complejidad asistencial.	84	5,0	(3,5 - 5,0)	92	5,0	(4,0 - 5,0)	94	5,0	(4,0 - 4,0)
5. Es muy extenso.	38	2,0	(1,0 - 2,0)	48	2,0	(2,0 - 2,5)	44	2,0	(2,0 - 2,0)
6. Es complejo	38	2,0	(1,0 - 2,0)	42	2,0	(2,0-2,0)	36	2,0	(2,0-2,0)
7. Las actividades que consumen mayor cantidad de tiempo y más impactan en la asistencia de enfermería están representadas en las áreas de cuidados.	86	4,5	(4,0 - 5,0)	90	4,5	(4,0 - 5,0)	90	4,5	(4,0 - 5,0)
8. Observa nivel de complejidad asistencial creciente en las gradaciones de las áreas de cuidados.	78	4,0	(3,5 - 5,0)	94	5,0	(4,0 - 5,0)	92	5,0	(4,0 - 5,0)
9. Es posible ser introducido en la práctica diaria del enfermero.	82	4,0	(4,0 - 5,0)	92	5,0	(4,0 - 5,0)	94	5,0	(4,25 - 5,0)
10. Puede generar datos útiles para la toma de decisiones de administración.	84	4,0	(4,0 - 5,0)	90	5,0	(4,0 - 5,0)	98	5,0	(5,0 - 5,0)

Puntaje varía de 1 a 5: cuanto más alto el puntaje, mayor la concordancia. Md (Mediana).Q1, Q3 (Cuartiles).

El porcentaje de concordancia en las diferentes áreas de cuidados varió de 82% (Md 4,5 - 5,0) a 96% (Md 5,0). La afirmación 4 (extensión) presentó porcentajes de concordancia variando entre 34% (Md 2,0) y 46% (Md 2,0) y, la afirmación 5 (complejidad del instrumento) variaciones de 38% (Md 2,0) a 44% (Md 2,0) (Tabla 2).

Sin embargo, a pesar de que los jueces hubiesen concordado sobre la manutención de las áreas de cuidados presentadas, hubo necesidad de modificar la estructura

y contenido de algunas de ellas con relación a la forma de cuantificación de las actividades, ordenación de las gradaciones y uso de terminologías más apropiadas. Se argumentó que medidas de prevención de úlcera por presión serían mejor clasificadas como cuidado y monitorización y también sobre el elevado número de variables en el área de cuidado Investigación y Monitorización dificultando su evaluación. Se sugirió la separación de las variables, en esa área, en dos dominios o categorías.

Tabla 2 - Parecer de los Jueces sobre las áreas de cuidados en la Fase Delphi I. Sao José do Rio Preto, 2009

Afirmação	AC1			AC2			AC3			AC4		
	%	Md	Q1-Q3	%	Md	Q1-Q3	%	Md	Q1-Q3	%	Md	Q1-Q3
1. Es pertinente	90	5,0	4,0-5,0	90	5,0	4,0-5,0	94	5,0	4,0-5,0	94	5,0	4,0-5,0
2. Presenta claridad en los enunciados	82	4,5	3,5-5,0	82	4,5	3,5-5,0	94	5,0	4,0-5,0	94	5,0	4,0-5,0
3. Posibilita establecimiento de lenguaje común entre profesionales.	92	5,0	4,75-5,0	94	5,0	4,0-5,0	96	5,0	4,75-5,0	96	5,0	4,75-5,0
4. Es muy extenso	34	2,0	1,0-2,0	46	2,0	2,0-2,5	40	2,0	1,75-2,0	34	2,0	1,0-2,0
5. Es complejo	44	2,0	1,75-2,5	44	2,0	2,0-2,0	40	2,0	1,75-2,0	38	2,0	1,0-2,0
6. Las actividades que consumen tiempo e impactan en la asistencia de enfermería están representadas en las áreas de cuidados.	82	5,0	2,75-5,0	84	5,0	3,5-5,0	88	5,0	4,0-5,0	88	5,0	4,0-5,0
7. Observa nivel de complejidad asistencial creciente en las gradaciones.	94	5,0	4,0-5,0	88	5,0	4,0-5,0	88	5,0	4,0-5,0	88	5,0	4,0-5,0

Afirmação	AC5			AC6			AC7			AC8		
	%	Md	Q1-Q3									
1. Es pertinente	94	5,0	4,0-5,0	92	5,0	4,0-5,0	94	5,0	4,0-5,0	96	5,0	4,75-5,0
2. Presenta claridad en los enunciados	88	5,0	4,0-5,0	94	5,0	4,0-5,0	86	5,0	3,5-5,0	90	5,0	4,0-5,0
3. Posibilita establecimiento de lenguaje común entre profesionales.	96	5,0	4,75-5,0	96	5,0	4,75-5,0	96	5,0	4,75-5,0	96	5,0	4,75-5,0
4. Es muy extenso	40	2,0	1,75-2,0	38	2,0	1,0-2,0	34	2,0	1,0-2,0	38	2,0	1,0-2,0
5. Es complejo	40	2,0	1,75-2,0	38	2,0	1,0-2,0	38	2,0	1,0-2,0	38	2,0	1,0-2,0
6. Las actividades que consumen tiempo e impactan en la asistencia de enfermería están representadas en las áreas de cuidados.	88	5,0	4,0-5,0	84	5,0	3,5-5,0	84	5,0	3,5-5,0	88	5,0	4,0-5,0
7. Observa nivel de complejidad asistencial creciente en las gradaciones.	82	4,5	3,5-5,0	88	5,0	4,0-5,0	88	5,0	4,0-5,0	88	5,0	4,0-5,0

AC1- Planificación y Coordinación del Proceso de Cuidar; AC2 - Investigación y Monitorización; AC3 - Cuidado Corporal y Eliminaciones; AC4 - Nutrición y Hidratación; AC5 - Locomoción o Actividad; AC6 - Terapéutica; AC7 - Soporte Emocional; AC8 - Educación en Salud. El puntaje varía de 1 a 5: cuanto más alto el puntaje, mayor la concordancia. Md (Mediana). Q1, Q3 (Cuartiles).

Fase Delphi II

Las apreciaciones de los jueces dieron base para la construcción del segundo cuestionario. El área de cuidado Investigación y Monitorización fue desdoblada originando una nueva área denominada de Cuidado con Piel y Mucosas. De esa forma, el instrumento pasó a contar con nueve áreas de cuidados y hubo una revisión de los puntajes para clasificación del paciente observándose los mismos criterios citados anteriormente. Fueron retirados los términos que denotaban subjetividad y mejor explicados los enunciados que no presentaban claridad. Algunas gradaciones de las áreas de cuidados fueron asociadas o sufrieron alteraciones para evidenciar la complejidad asistencial creciente.

Las respuestas del segundo cuestionario mostraron que, en lo que se refiere a la estructura del instrumento, el grado de concordancia varió de 80% (Md 4,0) a 94%

(Md 5,0). El aspecto claridad en los enunciados presentó el menor porcentaje 80% (Md 4,0) (Tabla 1). El área de cuidado Planificación y Coordinación del Proceso de Cuidar (AC1) presentó porcentaje de concordancia por abajo de 80% en los siguientes aspectos: claridad en los enunciados 70% (Md 4,0), establecimiento de lenguaje común entre profesionales 78% (Md 4,5) y representatividad de las actividades que consumen mayor cantidad de tiempo 76% (Md 4,0). El área Cuidado con Piel y Mucosas (AC4) mostró porcentaje de 80% (Md 4,0) de concordancia en el aspecto representatividad de las actividades que consumen mayor cantidad de tiempo. Los porcentajes de concordancia de las demás áreas de cuidados variaron de 88% (Md 5,0) a 98% (Md 5,0) y fueron considerados validados (Tabla 3). Fue señalado por alguno de los jueces que el aspecto cambio de decúbito estaba recibiendo puntaje doble en el área de cuidados Locomoción y Actividad y Cuidado con Piel y Mucosas.

Tabla 3 - Parecer de los Jueces sobre las áreas de cuidados en la Fase Delphi II. Sao José do Rio Preto, 2009

Afirmação	AC1			AC2			AC3			AC4		
	%	Md	Q1-Q3	%	Md	Q1-Q3	%	Md	Q1-Q3	%	Md	Q1-Q3
1. Es pertinente	98	5,0	5,0-5,0	96	5,0	4,75-5,0	96	5,0	4,75-5,0	98	5,0	5,0-5,0
2. Presenta claridad en los enunciados	70	4,0	2,0-5,0	90	5,0	4,0-5,0	96	5,0	4,75-5,0	94	5,0	4,0-5,0
3. Posibilita establecimiento de lenguaje común entre profesionales.	78	4,5	2,0-5,0	94	5,0	4,0-5,0	96	5,0	4,75-5,0	94	5,0	4,0-5,0
4. Es muy extenso	36	2,0	1,75-2,0	40	2,0	1,75-2,0	34	2,0	1,0-2,0	32	2,0	1,0-2,0
5. Es complejo	44	2,0	1,75-2,5	42	2,0	2,0-2,0	32	2,0	1,0-2,0	36	2,0	1,0-2,0
6. Las actividades que consumen tiempo/ impactan en la asistencia de enfermería están representadas en las áreas de cuidados.	76	4,0	3,5-4,25	88	5,0	4,0-5,0	96	5,0	4,75-5,0	80	4,0	3,5-5,0
7. Observa nivel de complejidad asistencial creciente en las gradaciones.	86	5,0	3,5-5,0	92	5,0	4,75-5,0	96	5,0	4,75-5,0	94	5,0	4,0-5,0

Afirmação	AC5			AC6			AC7			AC8			AC9		
	%	Md	Q1-Q3	%	Md	Q1-Q3									
1. Es pertinente.	98	5,0	5,0-5,0	98	5,0	5,0-5,0	96	5,0	4,75-5,0	96	5,0	4,0-5,0	94	5,0	4,0-5,0
2. Presenta claridad en los enunciados.	92	5,0	4,75-5,0	94	5,0	4,0-5,0	94	5,0	4,0-5,0	88	5,0	4,0-5,0	94	5,0	4,0-5,0
3. Posibilita establecimiento de lenguaje común entre profesionales.	96	5,0	4,75-5,0	94	5,0	4,0-5,0	94	5,0	4,0-5,0	94	5,0	4,0-5,0	94	5,0	4,0-5,0
4. Es muy extenso	32	2,0	1,0-2,0	36	2,0	1,75-2,0	36	2,0	1,75-2,0	34	2,0	1,0-2,0	38	2,0	1,0-2,0
5. Es complejo.	32	2,0	1,0-2,0	40	2,0	1,75-2,0	40	2,0	1,75-2,0	38	2,0	1,0-2,0	38	2,0	1,0-2,0
6. Las actividades que consumen tiempo/ impactan la asistencia, están representadas en las áreas de cuidados.	88	5,0	4,0-5,0	94	5,0	4,0-5,0	92	5,0	4,0-5,0	94	5,0	4,0-5,0	92	5,0	4,0-5,0
7. Observa nivel de complejidad asistencial creciente en las gradaciones.	94	5,0	5,0-5,0	96	5,0	4,75-5,0	94	5,0	4,0-5,0	96	5,0	4,75-5,0	92	5,0	4,0-5,0

AC1- Planificación y Coordinación del Proceso de cuidar; AC2- Investigación y Monitorización; AC3- Cuidado Corporal y Eliminaciones; AC4 - Cuidado con piel y mucosas; AC5- Nutrición e hidratación; AC6- Locomoción o Actividad; AC7- Terapéutica; AC8 - Soporte emocional; AC9 - Educación en Salud. Puntaje varía de 1 a 5: cuanto más alto el puntaje, mayor la concordancia. Md (Mediana).Q1, Q3 (Cuartiles).

Fase Delphi III

De esa forma, fue elaborada la versión 3 del instrumento incorporando las alteraciones solicitadas por los jueces. Planificación y Coordinación del Proceso de Cuidar fue ampliamente reestructurado, buscándose obtener mayor claridad y concisión. En el área Cuidado con

la Piel y Mucosas fueron alteradas algunas terminologías y se acrecentó la complejidad técnica del curativo y algunas medidas preventivas. La actividad cambio de decúbito pasó a hacer parte del contenido del área Cuidado con Piel y Mucosas. Fueron realizadas alteraciones en los puntajes para contemplar situaciones en que los pacientes no obtienen puntos en algunas áreas de cuidados.

El grado de concordancia en el área Planificación y Coordinación del Proceso de Cuidar (AC1) varió de 80% (Md 4,0) a 96% (Md 5,0). Algunos jueces discordaron de la no inclusión de actividades administrativas realizadas por el enfermero en esa área de cuidado. Se obtuvo

concordancia de 92% (Md 4,0) a 96% (Md 5,0) (Tabla 4) en Cuidado con Piel y Mucosas. La versión final del instrumento no puede ser presentada en este artículo debido a su extensión, Sin embargo, puede ser colocada a disposición por la autora a los interesados.

Tabla 4 - Parecer de los Jueces sobre las áreas de cuidados Planificación y Coordinación del Proceso de Cuidar y Cuidado con Piel y Mucosas. Fases Delphi III. Sao José do Rio Preto, 2009

Afirmación	AC1			AC4		
	%	Md	Q1-Q3	%	Md	Q1-Q3
1. Es pertinente.	96	5,0	5,0-5,0	96	5,0	5,0-5,0
2. Presenta claridad en los enunciados.	86	4,0	2,0-5,0	94	5,0	4,0-5,0
3. Posibilita establecimiento de lenguaje común entre profesionales.	94	4,5	2,0-5,0	96	5,0	4,0-5,0
4. Es muy extenso	32	2,0	1,75-2,0	34	2,0	1,0-2,0
5. Es complejo.	30	2,0	1,75-2,5	34	2,0	1,0-2,0
6. Las actividades que consumen tiempo e impactan en la asistencia de enfermería están representadas en las áreas de cuidados.	80	4,0	3,5-4,25	92	4,0	3,5-5,0
7. Observa nivel de complejidad asistencial creciente en las gradaciones.	92	5,0	3,5-5,0	94	5,0	4,0-5,0

AC1- Planificación y Coordinación del proceso de cuidar; AC2- Investigación y Monitorización; AC3- Cuidado corporal y eliminaciones; AC4 - Cuidado con piel y mucosas; AC5- Nutrición e hidratación; AC6- Locomoción o Actividad; AC7 - Terapéutica; AC8 - Soporte emocional; AC9- Educación en salud. Puntaje varía de 1 a 5: cuanto más alto el puntaje, mayor la concordancia. Md (Mediana).Q1, Q3 (Cuartiles).

Discusión

El refinamiento de un instrumento es un proceso que trabajoso y es largo. Es preciso definir claramente el concepto sobre investigación (constructo). En el caso de SCP, 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. El objetivo del instrumento no es ser una lista completa de todas las actividades de cuidados realizadas por la enfermería, ya que, de esa forma, se volvería extenso y exhaustivo; pero sí, contener las dimensiones representativas del cuidar que más impactan en la carga de trabajo del equipo de enfermería.

De esa forma, cuestiones relativas al diseño estructural, tales como extensión y forma de presentación de los ítems, se tornan de fundamental importancia. Se trató de tornar el instrumento más corto en comparación a la versión original sin comprometer la información recolectada. Algunas características de instrumentos de clasificación han sido preconizadas en la literatura como forma de favorecer su utilización como orientador de decisiones y su aceptabilidad. Simplicidad, claridad, objetividad y no consumir mucho tiempo para su llenado han sido criterios enfatizados⁽⁹⁾. La apreciación de los jueces, en este estudio, evidenció que el instrumento parece llenar esos requisitos.

En esta nueva versión del instrumento el número de áreas de cuidados fue reducido para nueve, en comparación a las 13 del instrumento original. Algunas áreas fueron mantenidas, hubo fusión de contenido y, también se añadieron otras para retratar con más fidelidad las reales necesidades del paciente. Muchos aspectos que

no hacían parte del instrumento anterior y que consumen tiempo del equipo de enfermería fueron contemplados, tales como, planificación de la asistencia, auxilio en exámenes diagnósticos y terapéuticos, evaluación clínica del enfermero, atenciones de urgencias y emergencias, medidas preventivas de úlcera de presión, entre otras.

En una investigación anterior⁽⁶⁾ los usuarios relataron la percepción de que el instrumento parecía no retratar la complejidad del paciente conforme ella era observada por ellos. Esto significa que el juzgamiento clínico del enfermero y la evaluación objetiva obtenida por medio del instrumento parecían no estar congruentes. Así, en la nueva estructura, además de las alteraciones en el contenido de las áreas de cuidados, la estandarización del puntaje fue revisada. Se substituyó el método anteriormente utilizado de intervalo de clase igual entre las diversas categorías por intervalos diferenciados considerándose que los pacientes que presentan más de 40% de características de la gradación siguiente deben pertenecer, también, a esta categoría de cuidados.

Otra alteración importante fue la exclusión de la participación del acompañante en algunas áreas de cuidados (nutrición e hidratación, motilidad, locomoción, cuidado corporal, eliminaciones). A pesar de reconocer la importante contribución del familiar/acompañante en la recuperación del paciente este no puede ser obligado a asumir responsabilidad por el acto de cuidar, responsabilidad esta que siempre será de la enfermería. Una vez que su presencia influye en las horas de asistencia, por necesitar de orientación y supervisión por el enfermero, este aspecto fue considerado en las áreas de cuidados Soporte Emocional y Educación en Salud. Así, el instrumento pasó a contar con cuatro gradaciones para

dirigir la complejidad del cuidado.

La sistematización de la asistencia de enfermería (SAE) es de fundamental importancia para instrumentalizar y humanizar las acciones del enfermero. Su realización y documentación, en todas las fases, demanda tiempo e impacta sobre la carga de trabajo. Algunos estudios⁽¹⁹⁻²⁰⁾ se han preocupado en mensurar el tiempo gastado en esa actividad y han encontrado valores diferenciados. A pesar de que hubiesen sido realizados en hospital de enseñanza, se torna importante resaltar que utilizan diferentes métodos (tiempo estimado y tiempo observado), mensuran diferentes fases del proceso, algunos tienen lenguaje estandarizado y usan sistema informatizado, lo que dificulta la comparación de los hallazgos.

Buscando atender la necesidad de operacionalización de la SAE y contemplar su influencia sobre la carga de trabajo del enfermero fue incorporada a la nueva versión al área de cuidados *Planificación y Coordinación del Proceso de Cuidar*. Para elaboración de su contenido fueron considerados aspectos referentes al acceso a la información sobre el paciente, comunicación con profesionales de enfermería y de otras áreas, utilización de recursos para la realización del cuidado y documentación. Investigaciones internacionales han mostrado que actividades de documentación representan 13%⁽²¹⁾ y de 18-27%⁽²²⁾ del tiempo gastado por el enfermero.

Sin embargo, no fueron consideradas actividades administrativas por dos razones: la mayor parte de estas actividades son atribuciones del enfermero supervisor o coordinador y no del enfermero clínico; los instrumentos de clasificación son estructurados a partir del concepto del cuidar, o sea, mensuran los cuidados que suceden en la presencia del paciente y/o de su familia (cuidados directos) y aquellos realizados fuera de su presencia, pero en la preparación o para complementación del cuidado (cuidados indirectos)⁽²³⁾. Cuidados directos e indirectos han representado cerca de 80% de las actividades realizadas por los enfermeros, y de este porcentaje, cerca de 50% se refiere a actividades de cuidado indirecto⁽²⁴⁾.

Diferentes conceptos de carga de trabajo pueden ser encontrados en la literatura internacional y, consecuentemente, afectan su forma de mensuración. Algunos autores consideran que ella comprende apenas los cuidados directos e indirectos realizados⁽²⁵⁾ y otros que ella debe también incluir actividades no relacionadas al paciente como administración de la unidad y del equipo de enfermería⁽¹¹⁾.

En lo que se refiere a instrumentos de clasificación, se torna importante resaltar su propósito fundamental de generar información sobre el paciente para administración del cuidado reflejando el servicio ofrecido para el paciente/

familia. La incorporación de otras variables no específicas para el paciente, tales como elementos de operación de la unidad, en la estructura de los instrumentos, no es recomendada, ya que puede comprometer la precisión de los datos deseados⁽²³⁾.

Conclusión

Este artículo abordó las etapas iniciales del desarrollo y validación de la nueva versión de un SCP. El objetivo era crear un instrumento que posibilitase identificar la cantidad de recursos de enfermería requeridos por los pacientes y, consecuentemente, monitorizar la carga de trabajo del equipo de enfermería. Esta reconstrucción se mostró compleja ya que envuelve una serie de factores que intervienen en el proceso de trabajo del enfermero que todavía necesitan más extensas y profundas investigaciones.

El instrumento demostró validez de contenido en la opinión de los expertos. Sin embargo, necesita, todavía, ser sometido a nuevas pruebas para evaluación de otras propiedades psicométricas, entre ellas consistencia interna, confiabilidad entre evaluadores y validez de constructo. Se espera que la nueva versión pueda representar con más fidelidad las actividades y el tiempo gastado por el equipo de enfermería en el proceso de cuidar.

Referencias

1. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
2. Giovannetti P. Understanding patient classification systems. J Nurs Admin. 1979;9(2):4-9.
3. Malloch K, Conovaloff A. Patient classifications systems, Part 1: The third generation. J Nurs Adm. 1999;29(7-8):49-56.
4. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n.293/04. Fixa e estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados [legislação na Internet]. São Paulo: COREN-SP; 2004. [acesso 10 junho 2009]. Disponível em: http://corensp.org.br/072005/legislacoes/legislacoes_busca.php?leg_id=10105&texto=293
5. Perroca MG, Gaidzinski RR. Sistema de Classificação de Pacientes: construção e validação de um instrumento. Rev Esc Enferm USP. 1998;32(2):153-68.
6. Perroca MG. Instrumento de Classificação de Pacientes de Perroca: validação clínica [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2000.
7. Perroca MG, Ek AC. Assessing patient's care

- requirements: a comparison of instruments. *Scand J Caring Sci.* 2007;21(3):390-6.
8. Perroca MG. Instrumento para classificação de pacientes: opinião de usuários e análise de indicadores de cuidado. *Rev Esc Enferm USP.* 2008;42(4):656-64.
9. De Groot HA. Patient classification system evaluation: part two, system selection and implementation. *J Nurs Adm.* 1989;19(7):24-30.
10. Hughes M. Nursing workload: an unquantifiable entity. *J Nurs Manage* 1999;7:317-22.
11. O'Brien-Pallas L, Irvine D, Peereboom E. Measuring nursing workload: understanding the variability. *Nurs Econ.* 1997;15:171-82.
12. Brennan CW, Daly BJ. Patient acuity: a concept analysis. *J Adv Nurs.* 2009;65(5):1114-26.
13. Fagerstron L, Bergbom Engberg I. measuring the unmeasurable: a nursing science perspective on patient classification. *J Nurs Manage.* 1998;6:165-72.
14. Clark LA, Watson D. Constructing Validity: Basic Issues in Objective Scale Development. *Psychol Assess.* 1995;7(3):309-19.
15. Rauhala A, Fagerstrom L. Determining optimal nursing intensity: the Rafaela method. *J Adv Nurs.* 2004;45(4):351-9.
16. Levenstam A-K, Bergbom I. Changes in patients' need of nursing care reflected in the Zebra system. *J Nurs Manag.* 2002;10:191-9.
17. Nordestedt A. BEAKTA – Användarhandbok (em sueco, manual do usuário). Lund: BEAKTA AB; 1997.
18. Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. *J Adv Nurs.* 2000;32(4):1008-15.
19. Minuceli JS, Utilização do tempo por enfermeiras clínicas em unidades de internação [Monografia]. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2007.
20. Rezende PO, Gaidzinski RR. Tempo despendido no sistema de assistência de enfermagem após implementação de sistema padronizado de linguagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2008;42(1):152-9.
21. Upenieks V. Working sampling: assessing nursing efficiency. *Nurs Manage.* 1998;29(4):27-9.
22. Urden LD, Roode JL. Work sampling: a decision-making tool for determining resources and work redesign. *J Nurs Adm.* 1997;27(9):34-41.
23. Van Slyck A. Patient classification systems: not a Proxy for nurse "busyness". *Nurs Adm Q.* 2000;24(4):60-5.
24. Chaboyer W, Wallis M, Duffield C, Courtney M, Seaton P, Holzhauser K, Schluter J, Bost N. A comparison of activities undertaken by enrolled and registered nurses on medical wards in Australia: an observational study. *Int J Nurs Stud.* 2008;45(9):1274-84.
25. Fagerström L, Raino A, Rauhala A, Nojonen K. Validation of a new method for patient classification, the Oulu Patient Classification. *J Adv Nurs.* 2000;31:481-90.

Recibido: 24.5.2010

Aceptado: 10.12.2010

Como citar este artículo:

Perroca MG. Desarrollo y validación de contenido de la nueva versión de un instrumento para clasificación de pacientes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. jan.-feb. 2011 [acceso: / /];19(1):[09 pantallas]. Disponible en: _____

URL

día mes año
abreviado con punto