

APLICACIÓN DE LA CATEGORIZACIÓN DE USUARIOS EN EL DESARROLLO DE UN MODELO DE GESTIÓN DEL CUIDADO DE UN HOSPITAL DEL SECTOR PÚBLICO

APPLICATION OF PATIENT CLASSIFICATION IN THE DEVELOPMENT OF A MODEL OF NURSING CARE MANAGEMENT IN A PUBLIC HOSPITAL

María Angélica García*

Enfermera, Profesora Adjunta Asociada Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile. Profesora Escuela de Enfermería

Paz Soto

Enfermera-Matrona, Magíster en Administración en Salud, Profesora Adjunta, Directora Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile

Victoria Arqués

Enfermera Jefe, Unidad de Gestión del Cuidado de Enfermería Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río

Artículo recibido el 25 de marzo, 2007. Aceptado en versión corregida el 28 de mayo, 2007

RESUMEN

*El presente trabajo muestra el proceso de implementación de un método de clasificación de pacientes creado por enfermeras del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile que permite identificar el perfil de pacientes atendidos en un hospital del sector público según nivel de dependencia y riesgo. La incorporación de la Categorización de Usuarios en el Proceso de Atención de Enfermería [PAE] realizado por enfermeras y matronas de la institución, posibilita la comparación de la presión asistencial de diferentes unidades de atención, la optimización del uso de camas de hospitalización y constituye la base para la evaluación de cargas de trabajo del personal de enfermería, todos elementos que forman parte del modelo de gestión del cuidado en desarrollo. El proceso de implementación de la Categorización de Usuarios abarcó las fases de formación de equipo de monitoras de categorización, validación y adaptación de instrumentos, capacitación de las categorizadoras, informe sistemático de resultados y evaluación de las categorizaciones. Los resultados más importantes fueron: 1. La adaptación del instrumento realizado por el equipo de monitoras de categorización, conformado por expertas de la institución 2. La integración de enfermeras y matronas tratantes como categorizadoras, involucrándose en el proceso de categorización de los pacientes atendidos por ellas y 3. El desarrollo de un sistema de evaluación de los resultados de categorización que contempla dos métodos: la validación de una muestra de pacientes categorizados realizado mensualmente por monitoras de otros sectores y el seguimiento de pacientes en días consecutivos categorizados por distintas personas. **Palabras clave:** Modelo de gestión del cuidado de enfermería, sistemas de categorización de pacientes, cargas de trabajo enfermería.*

ABSTRACT

*This article describes the implementation of a method used to classify patients, created by nurses from the Clinical Hospital of the Universidad Católica de Chile. This method also allows for the identification of the profile of patients seen in a public hospital according to level of risk and dependence. The incorporation of Patient Classification into the nursing care process of nurses and midwives allows for the comparing of attention needs of different units, optimisation of hospital beds and also forms the basis of evaluation of nursing work load. These elements are part of the management model of care development. The process of Patient Classification included team training on classification, validation and adaptation of instruments, training those responsible for classification, and a systematized report of results and evaluation of classification. The results were: The adaptation of an instrument carried out by experts from the institution, the integration of nurses and midwives as "classifiers", who became involved in the classification of their patients, and development of a system for the evaluation of the results of classification, contemplating two methods: validation of a sample of categorized patients which was carried out monthly by monitors from other sectors and the following of patients on consecutive days who were categorized by different people. **Key words:** Model of nursing care management, systems of patient classification, nursing work load.*

* Correspondencia e-mail: magarciag@uc.cl

INTRODUCCIÓN

Enfermería como disciplina y profesión está centrada en la gestión del cuidado de salud de las personas, siendo su aporte indispensable, tanto para el mejoramiento y mantención de la salud y calidad de vida de las personas como para la adecuada utilización de recursos en salud (Flarey & Smith, 1996). Por lo tanto, enfermería debe visualizar el modelo de gestión del cuidado con el que se identifican las demandas de cuidados según sus condiciones y definir cómo se proveen los mismos y cómo se administran los recursos requeridos, tanto materiales como de personal (Marriner & Baile, 2003). Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette y Major (1996) confirman esta aseveración definiendo la gestión del cuidado de enfermería como "un proceso dirigido a movilizar los recursos humanos y del entorno con la intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona que, en interacción con su entorno, vive experiencias de salud".

Conocer las condiciones de los usuarios que se atienden en las instituciones hospitalarias y los cuidados que estos demandan es indispensable para determinar el modelo de gestión del cuidado que se debe aplicar (American Association of Critical-Care Nurses [AACN], s.f.). Según Gillies (1994) para otorgar cuidados eficaces, seguros y con contención de gastos es imprescindible conocer a diario cuales son sus necesidades de cuidado para así determinar el número y tipo de personal requerido.

Diversos sistemas de clasificación de pacientes fueron introducidos como base para la planificación de las necesidades de personal y los tipos de cuidados requeridos, la mayoría de estos métodos apuntan a clasificar a los usuarios por complejidad terapéutica, basándose en diagnósticos médicos o se han centrado en la atención de unidades de cuidados intensivos, sin considerar en forma global los cuidados de enfermería que demanda el paciente en situación de dependencia y riesgo (AACN, s.f.; Marriner & Baile, 2003).

A nivel internacional entre los modelos de evaluación que utilizan parámetros médicos se encuentran el Índice de Puntuación de Interacciones Terapéuticas [TISS], creado por Cullen, Civetta y Briggs en 1974, seguido por otros estudios de asignación del personal de acuerdo a clasificaciones de pacientes críticos, tales como el Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (Apache I, APACHE II, APACHE III) y los llamados Grupos Relacionados con el Diagnóstico [GRD] (Knaus, Draper, Wagner & Zimmerman, 1985; Knaus et al., 1991). En Enfermería existen algunos estudios que clasifican las intervenciones o cuidados entre los cuales cabe mencionar el Nine Equivalents Manpower use Store [NEMS] y el Nursing Interventions Classifications [NIC].

Con los cambios en la organización de la salud y recientemente con los procesos de reforma en el sector, se plantea utilizar la categorización de usuarios como una estrategia indispensable tanto para mejorar la gestión del cuidado, como para la incorporación de la atención progresiva en los servicios clínicos y el uso de protocolos de atención y guías clínicas. Esto significa establecer niveles de atención para los usuarios según su dependencia y riesgo y con ello optimizar el cuidado y el uso de camas (Zárate, 2004).

El método de categorización de usuarios que se utilizará en el modelo de gestión propuesto fue desarrollado por el Servicio de Enfermería del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile [PUC] en el año 1995, siendo aplicado desde esa época en diferentes hospitales tanto públicos como privados (García, 1995). Actualmente está siendo utilizado en el sector público para optimizar el uso de camas hospitalarias a través de un sistema de atención progresiva.

Método de Categorización de Usuarios

El método de Categorización de Usuarios utiliza la valoración y el plan de atención de enfermería como valores predictivos de los cuidados requeridos, para lo

cual la enfermera debe evaluar la capacidad del paciente para participar en su atención y las competencias de cada integrante del equipo de enfermería para realizar las acciones (Meyer, 2002). El sistema se centra en los requerimientos de cuidados de los usuarios, los directos demandados por el grado de dependencia y riesgo y los indirectos que abarcan todas las actividades de coordinación y gestión operacional necesarios para la administración de los cuidados directos (Tabla 1).

Para la implementación de este Modelo de Categorización de Usuarios en otra institución asistencial, se desarrolló un proceso en varias fases, que abarcó la revisión del método, el consenso de expertos de la institución, la adaptación de instrumentos a la cultura organizacional y la capacitación en la recolección de la información y la evaluación de los resultados (Lewis & Latney, 2002). Esto concuerda con lo planteado por Seago (2002) en su artículo "A Comparison of two Patient Classification Instruments in Acute Care Hospital", donde recomienda por un lado, completar el instrumento de tal manera que sea consistente con la cultura organizacional del establecimiento y por otro, monitorear constantemente los resultados que el mismo entrega para asegurar la validez y credibilidad de la información recolectada (Meyer, 2002; Tappen, 2001).

En este trabajo se describirá el método de categorización y su implementación en un hospital del Sector Público.

METODOLOGÍA

El modelo de Categorización de Usuarios está basado en la aplicación de dos instrumentos, el primero clasifica a los pacientes hospitalizados según dependencia y riesgo y el segundo mide el tipo y frecuencia de cuidados demandados por los usuarios categorizados, lo que posibilita el cálculo de cargas de trabajo del personal de enfermería.

Para una mejor comprensión del modelo a continuación se presenta la operacionalización de las variables:

- Categorización de Usuarios: unidad de medida estándar que utiliza escala validada para identificar dependencia y riesgo de personas hospitalizadas por problemas de salud.
- Dependencia: valor determinado por la intensidad, diversidad y complejidad de cuidados básicos seleccionados que identifican dependencia y por el nivel de participación usuaria en ellos.
- Riesgo: valor determinado por la intensidad, diversidad y complejidad de cuidados terapéuticos seleccionados que identifican riesgo indirectamente e intervenciones multidisciplinarias requeridas por condiciones de inestabilidad del usuario.
- Categorías de Usuarios: clasificación de personas hospitalizadas en 12 grupos, según nivel de riesgo y dependencia (Figura 1).
- Perfil de Usuarios de un establecimiento de salud: distribución porcentual de los usuarios atendidos en un centro asistencial, en las 12 categorías identificadas.

Figura 1:
Categorías de Usuarios según Dependencia y Riesgo

	A	B	C	D
1	Máx. Riesgo Dep. Total	Alto Riesgo Dep. Total	Med. Riesgo Dep. Total	Bajo Riesgo Dep. Total
2	Máx. Riesgo Dep. Parcial	Alto Riesgo Dep. Parcial	Med. Riesgo Dep. Parcial	Bajo Riesgo Dep. Parcial
3	Máx. Riesgo Aut. Parcial	Alto Riesgo Aut. Parcial	Med. Riesgo Aut. Parcial	Bajo Riesgo Aut. Parcial

A continuación se presentan las fases utilizadas como método para introducir y aplicar la categorización de usuarios por parte de las enfermeras de un hospital público de Santiago de Chile con el propósito de identificar el perfil de usuarios que se atienden en el establecimiento según nivel de riesgo y dependencia (Figura 2).

Figura 2: Fases de Institucionalización del Método de Categorización de Usuarios según Riesgo y Dependencia



Fase 1: Formación de equipo de expertos de la Institución. Luego de un período previo de sensibilización, motivación y sociabilización del método y de los objetivos a lograr con la implementación de la Categorización de Usuarios, se estructura un equipo de trabajo conformado por las líderes de cada servicio y expertas clínicas de las unidades asistenciales. Este equipo conformado por 11 enfermeras del Área del Adulto, 7 enfermeras del Área Infantil y 7 Matronas del Área de la Mujer se integra a reuniones semanales de trabajo durante el primer mes, luego quincenales y mensuales después del tercer mes.

Fase 2: Revisión Instrumento de Categorización PUC. El instrumento de clasificación de pacientes propuesto está estructurado en base a una escala de valoración creada por enfermeras del Hospital Clínico de la PUC, que identifica dependencia y riesgo de las personas hospitalizadas. La dependencia se mide a través de la ponderación de la participación del usuario en determinados cuidados universales preseleccionados que se valoran según intensidad, diversidad y complejidad. El riesgo se reconoce a través de la intensidad, diversidad y complejidad de algunos cuidados terapéuticos requeridos, que indirectamente traducen la inestabilidad del paciente.

Fase 3: Adaptación y validación del instrumento. En las reuniones de expertas se revisó cada uno de los cuidados valo-

rados por el instrumento con los puntajes y equivalencias de dependencia y riesgo y por consenso se definieron cambios en el instrumento y criterios en la aplicación del mismo. Es así que se decide que el proceso se implementará en las áreas de Adulto, Infantil y de la Mujer (Neonatología y Ginecoobstetricia), el Instrumento y registro serán estándar para todas las áreas, las categorizadoras serán enfermeras y matronas tratantes, la Fase del Proceso de Enfermería que se evaluará será la de Valoración y los horarios de categorización serán fijos para cada unidad. Dentro de los grupos de cuidados universales que miden dependencia se eligió el cambio de ropa para valorar el confort, en la alimentación se agrega la supervisión de dietas especiales y el ayuno prolongado y en la eliminación la anuria. Además, los grupos de cuidados terapéuticos se reordenan y se define que la monitorización continua de parámetros vitales solo tendrá el máximo puntaje en arritmias y en frecuencia cardíaca fetal (por considerar que en las Unidades de Pacientes Críticos algunos pacientes están monitorizados por rutina y no por requerimientos individuales), se valorarán las intervenciones profesionales del día anterior y en la oxigenoterapia se enfatizará la Ventilación Mecánica Invasiva [VMI] y la Ventilación Mecánica No Invasiva [VMNI] permanente.

El equipo de expertas es asesorado en la aplicación del instrumento adaptado en sus servicios y, junto con enfermeras clínicas del área, cotejan si el grado de dependencia y riesgo obtenido de los pacientes es el percibido por las profesionales.

Fase 4: Capacitación y asesoría de categorizadoras. Con la experiencia adquirida, las integrantes del equipo de expertas se transforman en monitoras de categorización, responsables de la capacitación de los profesionales de enfermería de sus unidades asistenciales y supervisión del proceso, respaldadas por profesoras de la Escuela de Enfermería de la PUC que asesoran la implementación.

Fase 5: Sistemas de monitoreo y validación de resultados. Para obtener datos confiables de la categorización de pacientes se requiere de un proceso de verificación de los resultados a través de dos métodos paralelos y permanentes. El primero estructura un equipo de validadoras conformado por tutoras de categorización que evalúan mensualmente las categorizaciones realizadas por categorizadoras de áreas distintas a la propia (adulto valida a pediatría y maternidad, pediatría valida adulto y maternidad, maternidad valida pediatría y adulto); el segundo corresponde al seguimiento de pacientes clasificados por diferentes categorizadoras en días consecutivos.

La muestra del primer sistema corresponde al 20% de los pacientes categorizados en el día, es elegida al azar por la validadora y categorizada junto con la supervisora del área, para luego cotejarla con la categorización del día. En el segundo sistema la responsable externa del proceso selecciona al azar un paciente mensual de cada unidad asistencial para evaluar los puntajes de cada cuidado universal y terapéutico obtenido en cuatro días consecutivos (Tablas 3 y 4).

Ambos sistemas miden equivalencias y diferencias y permiten identificar errores de interpretación del instrumento y errores en la valoración del paciente, que son discutidos con equipo de expertas en reuniones mensuales de evaluación.

Fase 6: Sistemas de recolección y archivo de la información. Los datos de las categorizaciones diarias realizadas en todas las unidades de hospitalización durante la primera etapa fueron recolectadas y revisadas por las supervisoras de los servicios asistenciales y tabuladas por la profesora de la Escuela de Enfermería que asesora el proceso, quien entregó mensualmente los resultados con índices de categorización a la dirección de la institución y preparó un análisis de los mismos para cada servicio.

En la segunda etapa se preparó a una funcionaria de la institución en el registro computarizado de los datos para ser anali-

zados mensualmente por una enfermera responsable.

Se espera en una tercera etapa contar con un programa informático que permita el registro en los servicios de toda la información generada en el proceso.

RESULTADOS

La Tabla 1 muestra los resultados obtenidos al evaluar en cuatro oportunidades las acreditaciones realizadas por las enfermeras en la Unidad de Paciente Crítico del Área Adulto.

Tabla 1: Resultados Validación Método de Acreditación en Área Adulto

ÁREA ADULTO: I VALIDACIÓN							
U. PACIENTE CRÍTICO	100%	100%	CATEGORÍAS	PTOS. DEPEN.	PTOS. RIESGO	CON CONTR.	SIN CONTR.
Validaciones	6	Equivalencias	6	6	6	6	0
Muestra	6	Diferencias	0	0	0	6	0

ÁREA ADULTO: II VALIDACIÓN							
U. PACIENTE CRÍTICO	100%	100%	CATEGORÍAS	PTOS. DEPEN.	PTOS. RIESGO	CON CONTR.	SIN CONTR.
Validaciones	6	Equivalencias	6	6	6	6	0
Muestra	6	Diferencias	0	0	0	6	0

ÁREA ADULTO: III VALIDACIÓN							
U. PACIENTE CRÍTICO	100%	100%	CATEGORÍAS	PTOS. DEPEN.	PTOS. RIESGO	CON CONTR.	SIN CONTR.
Validaciones	6	Equivalencias	6	6	6	6	0
Muestra	6	Diferencias	0	0	0	6	0

ÁREA ADULTO: IV VALIDACIÓN							
U. PACIENTE CRÍTICO	100%	86%	CATEGORÍAS	PTOS. DEPEN.	PTOS. RIESGO	CON CONTR.	SIN CONTR.
Validaciones	7	Equivalencias	6	5	2	7	0
Muestra	7	Diferencias	1	2	5	7	0

Al comparar las cuatro validaciones de las categorizaciones realizadas por la enfermeras del servicio evaluado se puede apreciar la alta equivalencia entre la acreditación realizada por la validadora y la realizada por la enfermera del servicio; en tres oportunidades hay un 100% de concordancia y solo en una oportunidad esta baja a un 86%, cifra también alta.

La Tabla 2 muestra los índices de categorización logrados durante un mes de lunes a domingo, en que se puede apreciar que en todas las áreas este es mayor a un 50%, a excepción del área de la mujer que durante el mes de abril solo se categorizó un 19,7%.

Tabla 2: Índices de categorización

	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
Área Adulto	57,8	63,4	64,1	69,6	86,0	65,8	75,5	82,6	82,8
Área Infantil	66,3	74,2	93,8	98,4	93,2	93,9	96,1	88,3	85,1
Área de la Mujer	19,7	62,6	64,5	55,5	50,9	55,5	53,6	60,7	56,3

Tabla 3: Validación Categorizaciones (1^{er} SISTEMA)

	Área Adulto	Área Infantil	Área de la Mujer
Validadoras	11	7	7
I. Validación	10	6	5
II. Validación	5	6	3
III. Validación	7	5	3
IV. Validación	1	1	4
V. Validación	5	1	0
VI. Validación	9	6	1
VII. Validación	10	6	0

Tabla 4: Validación Categorizaciones (2^o SISTEMA)

	Área Adulto	Área Infantil	Área de la Mujer
Muestra	67	21	42
I. Validación	56	14	52
II. Validación	39	8	36
III. Validación	35	15	57
IV. Validación	14	4	4
V. Validación	0	10	35
VI. Validación	35	21	36
VII. Validación	29	18	41

CONCLUSIÓN

Esta intervención demuestra que mediante un trabajo planificado y sistemático para introducir un cambio en la atención de pacientes hospitalizados es posible lograr que la categorización de usuarios según dependencia y riesgo se transforme en una actividad diaria que forme parte de la etapa de valoración del Proceso de Atención de Enfermería (Tappen, 2001).

El método utilizado incluye la adaptación del instrumento diseñado en el Hospital Clínico de la PUC. Para un Hospital Público de Santiago de Chile y un sistema de evaluación de los resultados de categorización que contempla dos métodos: la validación de una muestra de pacientes categorizados realizado mensualmente por monitoras de otros sectores y el seguimiento de pacientes en días consecutivos categorizados por distintas personas. De esta manera se asegura la validez del método de acreditación realizado en cada servicio y por cada enfermera asistencial.

A través del método planteado se comprueba que es posible categorizar a los usuarios diariamente como parte del proceso de atención de enfermería con un método estandarizado y adecuado a la realidad particular de la institución de salud; y además permite comparar los perfiles de riesgo y dependencia de diferentes unidades asistenciales (Zárate, 2004).

Finalmente se obtiene la integración de enfermeras y matronas tratantes como categorizadoras, involucrándolas en el proceso de categorización de los pacientes atendidos por ellas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cullen, D. J., Civetta, J. M., & Briggs, B. A. (1974) Therapeutic Intervention Scoring System: A Method for Qualitative Comparison of Patient Care. *Critical Care Medicine*, 2, 57-60.
- Flarey, D., & Smith, S. (1996). *Handbook of Nursing Case Management*. Gaithersburg, Maryland, USA: Aspen
- García, A. (1995). Categorización de los Usua-

- rios del Hospital Clínico de la Universidad Católica Según Dependencia y Riesgo. *Revista Horizonte de Enfermería*, 8(2), 56-64.
- Gillies, D. A. (1994). *Gestión de Enfermería. Una Aproximación a los Sistemas*. Barcelona, España: Masson-Salvat.
- Knaus, W. A., Draper, E. A., Wagner, D. P., & Zimmerman, J. E. (1985). APACHE II: a severity of disease classification system. *Critical Care Medicine*, 13(10), 818-29.
- Knaus, W. A., Draper, E. A., Wagner, D. P., Zimmerman, J. E., Bergner, M., Bastos, P. G., et al. (1991). The APACHE III: prognostic system. Risk prediction of hospital mortality for critically ill hospitalized adults. *Chest*, 100(6), 1619-1636.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1996). *El Pensamiento Enfermero*. Barcelona, España: Masson.
- Marriner, A., & Baile, M. (2003). *Modelos y Teorías en Enfermería*. (5a. ed.). Barcelona, España: Mosby.
- Meyer, M. N. (2002). Avoid PCU bottlenecks with proper admission and discharge criteria. *Nurs Manage*, 33, 31-35.
- American Association of Critical-Care Nurses. (s.f.). *Progressive care fact sheet*. Recuperado el 10 de Marzo, 2006, de <http://www.aacn.org/AACN/pubpolcy.nsf>
- Lewis, P. S., & Latney, C. (2002). Achieve best practice with an evidence-based approach: create a collaborative environment that improves patient care through consistent outcomes measurement. *Nurse Manage*, 33(24), 26-28.
- Seago, J. A. (2002). Comparison of two classification instruments in an acute care hospital. *Journal of Nursing Administration*, 32(5), 243-249.
- Tappen, R. M. (2001). *Nursing Leadership and Management: Concept and Practice*. Philadelphia: FA Davis.
- Zarate, R. (2004). La Gestión del Cuidado de Enfermería [versión electrónica]. *Revista Index de Enfermería*, 44-45. Recuperado el 15 de mayo, 2005, de http://www.index-f.com/ciberindex.php?l=3&url=/index-enfermeria/44revista/44_articulo_42-46.php