

La importancia de la práctica clínica sostenida por instrumentos de evaluación en salud

Rodrigo Galvão Bueno Gardona^I, Dulce Aparecida Barbosa^{II}

^I Universidade Federal de São Paulo, Programa de Pós-graduação em Gastroenterologia. São Paulo-SP, Brasil.

^{II} Profesora Asociada y Libre Docente del Departamento de Enfermería Clínica y Quirúrgica de la Escuela Paulista de Enfermería de la Universidade Federal de São Paulo. Directora de Comunicación y Publicaciones de la Asociación Brasileña de Enfermería. Editorial Jefe de la Revista Brasileña de Enfermería. São Paulo-SP, Brasil.

Cómo citar este artículo:

Gardona RGB, Barbosa DA. The importance of clinical practice supported by health assessment tools. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(4):1815-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018710401>

Los instrumentos de evaluación en la práctica clínica son recursos con capacidad de identificar, de manera objetiva, importantes alteraciones físico-psíquico y espirituales, de examinar fenómenos subjetivos, de acompañar de forma regular la progresión, retroceso o estancamiento de un estado de salud-enfermedad, además de crear un mecanismo de dirección al examinador y al equipo asistencial.

Estos instrumentos todavía son capaces de uniformizar la conducta a ser aplicada en cada situación. Otra importante función es el uso epidemiológico que naturalmente traen. Los datos más frecuentemente utilizados proceden de instrumentos y eso porque están capacitados para extraer, de manera precisa, datos que con frecuencia reflejen un considerable problema de salud pública.

La utilización de estos recursos en la práctica diaria no sólo proporciona beneficios clínicos, como también trae seguridad en relación a la confiabilidad del instrumento en cuestión, ya que antes de aplicarlos son sometidos a diferentes procesos de validación y de precisión cuando se trata de medios diagnósticos. Los principales instrumentos de evaluación están contruidos por referenciales teóricos que soportan los constructos y son validados a través de rigurosos y sofisticados análisis estadísticos, que apuntan a reducir la incertidumbre sobre el diagnóstico que el instrumento propone.

Se pueden citar instrumentos de diferente naturaleza clínica, tales como la escala de Apgar, la escala de Glasgow, escalas de dolor como las de cara de Wong Baker o la visual analógica, instrumentos para evaluación del autocuidado, escala para evaluar la gravedad de los pacientes internados en la unidad de terapia intensiva (APACHE), y el SOFA, que actualmente es capaz de definir el diagnóstico de sepsis⁽¹⁻²⁾.

Lo que estos instrumentos tienen en común es capaz de generar, de forma cohesiva, datos sobre el probable estado de salud de alguien o de una situación. Los instrumentos ofrecen un lenguaje que, según el resultado del score, es una traducción de sufrimiento orgánico o una señalización de riesgo.

La utilización de estos recursos organiza la comunicación entre el equipo de salud, lo que tiene impacto directo en la prioridad y logística del cuidado y en la dimensionalidad del tiempo.

En el contexto de que el uso de instrumentos también puede organizar el dimensionamiento del equipo, se cita un instrumento con capacidad de previsión, el *Therapeutic Intervention Scoring System (TISS)*⁽³⁾. Se ha destacado como un sistema que clasifica la gravedad del caso paciente, cuantificando las intervenciones terapéuticas de procedimientos médicos y de enfermería utilizados. El *TISS* parte de la premisa de cuanto más grande es el número de procedimientos, más alta es la gravedad del paciente y, consecuentemente, más donación del equipo de salud bajo ese enfermo. Por lo tanto, este artificio genera algo que en la rutina asistencial es de extrema importancia: la previsibilidad.

Mejorar y hacer más segura la comunicación entre los equipos es otro valor de estos instrumentos. Sin embargo, cuando el equipo desconoce e ignora tal aplicabilidad, actuando de forma diferente, lo que era para ser beneficioso se vuelve aislado e inútil. Para elucidar esa afirmación, se cita una situación en que el paciente estaba

en estado de coma inducido y un profesional que tenía familiaridad con el uso de instrumentos escribió en el prontuario del paciente: score de Ramsay igual a 5. Al observarse esa puntuación, se entiende que de hecho el estado del enfermo es grave con un pronóstico sombrío muchas veces imponiendo la revisión inmediata del proceso del cuidar⁽⁴⁾.

Una puntuación identifica un problema real o potencial, tal cual es capaz de concentrar recursos y atención para su desenlace. Es importante resaltar una vez más que, detrás del uso de instrumentos o escalas, hay un vasto historial de científicos que se dedicaron arduamente para hacer posible métodos que tradujeran de forma objetiva y rápida la condición de vulnerabilidad de un paciente.

Además, el Ministerio de la Salud (*Ministério da Saúde*) trae en sus recomendaciones de prevención de lesión por presión que, al recibir al enfermo, una de las primeras acciones a ser tomada en el proceso de admisión es la aplicación de un instrumento para estratificar el riesgo de desarrollarse una úlcera. Este puntaje encontrado sería, por lo tanto, el orientador de las acciones preventivas. Se destaca que una vez más que esa puntuación tiene un gran valor al que se refiere a la prevención del agravio y la seguridad del paciente internado.

Además de la aplicación clínica dentro del escenario hospitalario, es necesario mirar hacia otro escenario en que estos instrumentos también tienen gran utilidad.

Durante mucho tiempo, la validación y el uso propiamente dicho de instrumentos que evalúan, por ejemplo, la calidad de vida, la esperanza, la religiosidad y la espiritualidad, el sentimiento de impotencia han sido menospreciados y criticados entre investigadores de diversas áreas. La argumentación principal es que tales informaciones no tenían importancia clínica-científica. Sin embargo, actualmente, esas colocaciones se vieron obligadas por las preocupaciones que reflejan los principales panoramas de la salud en la actualidad, el anciano a través del aumento de la expectativa de vida y personas en estado de cuidados paliativos.

Una cita clásica acerca de esta preocupación es la discusión del equipo quirúrgico en evaluar qué técnica quirúrgica dentro de la revascularización del miocardio trae más impacto en la calidad de vida del enfermo: con circulación extracorpórea (CEC) o sin CEC. Otro cuestionamiento común es: ¿el uso de prótesis de cadera mejora la calidad de vida de los pacientes cuando se compara al grupo con tratamiento conservador?

La razón de sostener la práctica clínica a través del uso de instrumentos se justifica por la gama de valencias que traen a la rutina diaria. Los instrumentos en ningún momento anulan o entablillan el factor humano. Por el contrario, ofrecen atributos que son íntimamente considerados en el raciocinio clínico, en el plano terapéutico o, mejor dicho, en el plano de acciones.

Para que el uso de recursos como instrumentos y escalas se vuelva algo común y continuo, hay que primero observar que pasan por un intenso y criterioso proceso de validación a fin de que las informaciones obtenidas sean, de hecho, coherentes. En otras palabras, debemos creer en su eficacia y eficiencia.

Por lo tanto, la importancia de una práctica sostenida por instrumentos se concentra en identificar sus principales capacidades y exponerlas, preverlas, orientarlas y organizarlas.

REFERENCIAS

1. Keegan MT, Soares M. What every intensivist should know about prognostic scoring systems and risk-adjusted mortality. *Rev Bras Ter Intens* [Internet]. 2016[cited 2018 May 21];28(3):264-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbti/v28n3/en_0103-507X-rbti-28-03-0264.pdf
2. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA* [Internet]. 2016[cited 2018 May 21];315(8):801-10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4968574/>
3. Perão OF, Bub MBC, Rodriguez AH, Zandonadi GC. The severity of patients' conditions and the nursing workload in an intensive care unit. *Cogitare Enferm*[Internet]. 2014[cited 2018 May 21];19(2):261-8. Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/33750/22733>
4. Nagimar T, Serap K, Esra AT, Özgül O, Can OA, Aysel A, et al. The correlation among the Ramsay sedation scale, Richmond agitation sedation scale and Riker sedation agitation scale during midazolam-remifentaniol sedation. *Rev Bras Anestesiol*[Internet]. 2017[cited 2018 May 21];67(4):347-54. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rba/v67n4/0034-7094-rba-67-04-0347.pdf>