



Contribuciones de las escalas en salud como herramientas que influncian decisiones en el cuidado de los pacientes

Alba Luz Rodríguez-Acelas¹ , Wilson Cañon-Montañez² 

Histórico

Recibido

01 de diciembre de 2017

Aceptado

18 de diciembre de 2017

¹ Doutora em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil. Autor de Correspondência. E-mail: alra1900@yahoo.com

² Doutor em Epidemiologia. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil; Programa de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Santander. Bucaramanga, Colombia.

A lo largo del tiempo, es posible encontrar un incremento de escalas o también llamados instrumentos o cuestionarios en el ámbito de la salud, representando una gran contribución a las áreas de investigación, educación y práctica, así como a los ámbitos de gestión y extensión, una vez que tienen una participación importante en los diferentes escenarios.

Se estima que el desarrollo de nuevas escalas depende de la búsqueda constante de evidencias que ayudan en la toma de decisión al profesional, por tanto, es considerado un tema actual de discusión por parte de investigadores que hacen uso de la Práctica Basada en Evidencias¹.

Asimismo, al tiempo que el conocimiento científico y las nuevas técnicas de tratamiento y diagnóstico evolucionan, se va generando un incremento en la insatisfacción de los pacientes en relación a los cuidados de salud, pareciendo apuntar la dificultad en volver armoniosa la relación entre el progreso científico y la priorización del ser humano en lo que concierne a los cuidados con base en las tecnologías, dado que existe una amplia discusión sobre las tecnologías relacionadas al sector salud, siendo que el uso de escalas es considerado en la literatura como una tecnología ligera-dura que engloba los conocimientos de una forma más estructurada².

En relación a enfermería, su participación en el desarrollo de estas tecnologías parte desde la investigación y emerge en las distintas áreas de cuidado, mostrando un crecimiento del conocimiento disciplinar y llevando a beneficiar la calidad y seguridad del paciente y de los distintos procesos. Pese a ello, carga con el estigma, que las tecnologías condicionan el raciocinio del profesional, limita la interacción paciente-enfermero y por tanto, condiciona el acceso a los cuidados.

Cómo citar este artículo: Rodríguez-Acelas AL, Cañon-Montañez W. Contribuciones de las escalas en salud como herramientas que influncian decisiones en el cuidado de los pacientes. *Rev Cuid*. 2018; 9(1): 1949-60. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i1.498>



©2018 Universidad de Santander. Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution (CC BY-NC 4.0), que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor original y la fuente sean debidamente citados.

Sin embargo, es válido destacar que el trabajo realizado tanto para la construcción como para la validación de una escala es amplio y requiere de un gran compromiso y conocimiento por parte del investigador, el cual debe partir de una búsqueda de la literatura para tener certeza que no existe una escala igual o con finalidades similares y así poder justificar su desarrollo³. En el caso de encontrar una escala que cumpla con los criterios deseados, es pertinente realizar la validación transcultural siguiendo un rigor metodológico para que pueda ser incorporada al medio.

En el contexto actual, varias escalas han sido desarrolladas, traducidas, adaptadas y/o validadas con la finalidad de medir o identificar situaciones en las cuales sea posible su uso de forma sistemática y eficaz⁴. En esa lógica, existen diversas investigaciones enfocadas a determinados grupos de pacientes con características específicas, entre las más conocidas y utilizadas están: Escala de Braden⁵ y Norton⁶ para predicción de riesgo de úlceras por presión, Escala de Morse⁷ para valoración del riesgo de caídas, Escala Analógica Visual⁸ con abordaje válido para medir el dolor, Escala de Coma de Glasgow⁹ evalúa el estado de conciencia y su progreso, entre otras escalas, que aún no han tenido la suficiente difusión.

En esa perspectiva, sea una escala nueva, traducida o validada, los aportes que realiza en los diferentes campos son múltiples, de esta forma, esta editorial pretende describir las principales contribuciones que realizan las escalas, teniendo en cuenta que el conocimiento de ellas fomenta la enseñanza en los ambientes académicos, valoriza el trabajo de los investigadores e incentiva el uso en la práctica clínica.

En lo que se refiere a la práctica clínica, el desarrollo y/o validación de escalas transporta consigo la posibilidad de profundizar estudios sobre un aspecto esencial de los cuidados en

salud, como es la relación entre la influencia tecnológica y los cuidados brindados por los profesionales de la salud². Uno de los aspectos más apuntados en la bibliografía recae sobre la excesiva tecnificación que ejerce control sobre el ser humano llevando al automatismo racional¹⁰.

Al respecto, algunos profesionales ven la aplicación de escalas como una tarea más a realizar en la atención, llevando consigo una inversión de tiempo adicional y carga de trabajo, con todo, esto resulta ser una apreciación un poco parcializada y lejos de una visión enlazada a mejorar los estándares de cuidado tanto para los pacientes como para las instituciones.

En contrapartida, los aportes de las escalas en el ambiente clínico son diversos: auxilian en la valoración, estratifican el riesgo, orientan la priorización de las intervenciones, acompañan la evolución del paciente, entre otras utilidades; favoreciendo la calidad del cuidado y optimización del tiempo de los profesionales de salud, lo que repercute de forma positiva en la seguridad del paciente y en las instituciones. No obstante, estos aportes son de forma general, cada una de ellas está determinada para grupos de pacientes con características específicas.

De esta forma, la clasificación del paciente a través de las escalas privilegia las áreas de cuidado en las dimensiones psicobiológicas y psicosociales, auxiliando a los profesionales de salud a enfocar las necesidades prioritarias, lo que contribuye en la elaboración de un plan de cuidados efectivo¹¹.

En el área de investigación, la construcción y/o validación de escalas como instrumentos de medición en el ambiente científico-académico ha venido creciendo en los últimos tiempos, demostrando la aceptabilidad por parte de estudiantes y docentes, principalmente en relación a los beneficios con la estandarización

de la metodología usada en su desarrollo. Lo anterior posibilita la medición de fenómenos de salud y generaliza cada vez más la validez clínica de estos instrumentos como tecnologías del cuidado, lo que representa en los contextos de práctica la posibilidad de sistematizar el quehacer de enfermería¹².

No obstante, cabe resaltar que para ser considerado significativo, la escala de medición debe tener validez y confiabilidad, siendo que la validez es el grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir y la confiabilidad que involucra la consistencia interna de los ítems, la reproducibilidad intra o inter-evaluadores y el nivel de acuerdo entre los observadores¹³.

Existen varias formas de validez de una escala, predominando la validación facial, contenido, constructo y criterio. Cada uno de estos métodos evalúa aspectos diferentes del instrumento y debe ser pensada como parte de un proceso¹⁴. Sin embargo, aún existen algunas divergencias, especialmente en lo que se refiere a la validación facial, en cuanto al nivel de evidencia. Respecto a la determinación de las pruebas estadísticas, estos parámetros deben ser definidos conforme los objetivos del estudio, criterios del investigador y experiencia¹⁵.

Por tanto, para que una escala sea considerada válida exige de métodos rigurosos en su construcción, permitiendo validar su aplicabilidad, lo que posibilita la recolección sistemática de los datos y evaluación cuantitativa de los fenómenos de manera fundamentada, viabilizando, aún más, la correlación de sus variables a través de pruebas estadísticas.

Una vez transitadas sus distintas etapas, se considera que una escala es válida para su implementación en la práctica, permitiendo realizar traslación del conocimiento y así evitar el

desfase que con frecuencia se encuentra entre la teoría y la práctica¹⁴. No obstante, generalmente se encuentra que muchas investigaciones no superan esta etapa.

En lo pertinente a la educación, las escalas deben ser utilizadas como una herramienta en el pregrado y postgrado de forma a estimular a los alumnos a profundizar en su conocimiento y aplicación, teniendo en cuenta que son tecnologías de bajo costo para la medición de diferentes fenómenos de salud.

De esta forma, es importante resaltar el aporte de las escalas a los diferentes campos de acción, visto que cada vez más, los profesionales están haciendo uso de estas tecnologías en la asistencia¹⁶, a fin de tornar el cuidado de enfermería más humano, tecnificado, científico y sólido¹⁷.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Schaffer MA, Sandau KE, Diedrick L. Evidence-based practice models for organizational change: overview and practical applications. *J Adv Nurs*. 2013; 69(5): 1197-209. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06122.x>
2. Almeida CM, Almeida FN, Escola JJ, Rodrigues VM. The technological influence on health professionals' care: translation and adaptation of scales. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016; 24:e2681. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0990.2681>
3. Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales. A practical guide to their development and use. Cuarta ed. New York: *Oxford University Press*; 2008.
4. Dennis CL, Faux S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Res Nurs Health*. 1999; 22(5): 399-409.
5. Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A, Holman V. The Braden scale for predicting pressure sore risk. *Nurs Res*. 1987; 36(4): 205-10.
6. Norton D. Preventing pressure sores of heels. *Nurs Times*. 1961; 57: 695-6.
7. Morse J. Preventing patient falls. *Thosand oaks*: Sage; 1997.

8. **Carlsson AM.** Assessment of chronic pain. I. Aspects of the reliability and validity of the visual analogue scale. *Pain.* 1983; 16(1): 87-101.
9. **Teasdale G, Jennett B.** Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. *Lancet.* 1974; 2(7872): 81-4.
10. **Silva RC, Ferreira MA.** The technology in health: a psychosociological applied perspective to the care of nursing. *Esc Anna Nery.* 2009; 13(1): 169-73.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000100023>
11. **Pagliari FC, Perroca MG.** Uso de instrumento de classificação de pacientes como norteador do planejamento de alta de enfermagem. *Acta paul. enferm.* 2008; 21(3): 393-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000300002>
12. **Feitosa MC, Soares LS, Beleza CMF, da Silva GRF, Leite IRL.** Uso de escalas/testes como instrumentos de coleta de dados em pesquisas quantitativas em enfermagem. *SANARE, Sobral.* 2014; 13(2): 92-7.
13. **Orozco-Vargas LC.** **Medición en salud.** Diagnóstico y evaluación de resultados. Un manual crítico más allá de lo básico. 1 ed. Bucaramanga: *División de Publicaciones UIS*; 2010.
14. **Sherman H, Castro G, Fletcher M, Hatlie M, Hibbert P, Jakob R, et al.** Towards an International Classification for Patient Safety: the conceptual framework. *Int J Qual Health Care.* 2009; 21(1): 2-8.
<http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzn054>
15. **Keszei AP, Novak M, Streiner DL.** Introduction to health measurement scales. *J Psychosom Res.* 2010; 68(4): 319-323. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.01.006>
16. **Rodríguez-Acelas A, Cañón-Montañez W.** Caminos metodológicos: validación y desarrollo de diagnósticos de enfermería. *Rev Cuid.* 2015; 6(1): 879-81.
<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.248>
17. **Correa ML.** La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Rev Cuid.* 2016; 7(1):1227-31.
<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.300>