

CLASIFICACIÓN DE PACIENTES Y DIMENSIONAMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA

ASPECTOS DESTACADOS


1. Aplicación del sistema de clasificación de pacientes
2. Dimensionamiento del personal de enfermería en una unidad de hospitalización pediátrica
3. Herramientas de gestión laboral
4. Medición de la carga de trabajo


Rúbia Marcela Rodrigues Moraes¹ 


Ana Caroline de Lara¹ 

Eduardo Cardoso Remedio¹ 

Maria Aparecida Munhoz Gaiva² 

Mozara Mota Gentilini³ 

João Lucas Campos de Oliveira⁴ 

Ana Maria Muller de Magalhães⁴ 

RESUMEN

Objetivo: describir la implantación del Sistema de Clasificación de Pacientes y el dimensionamiento del personal de enfermería en una unidad de hospitalización pediátrica.

Método: estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, realizado en un hospital universitario del Centro-Oeste de Brasil. Tras la implantación del Sistema de Clasificación de Pacientes Pediátricos, se recopiló los datos de las clasificaciones del nivel de complejidad asistencial (N=4.639) entre los pacientes (n=608) ingresados de enero a diciembre de 2019. Se utilizó el análisis estadístico descriptivo, incluida nuestra propia metodología de dimensionamiento del personal. **Resultados:** prevalencia de pacientes de cuidados intermedios. En cuanto a la dimensión del personal, se constató un superávit (+10) de trabajadores de nivel medio, y el número de enfermeros proyectado (seis) era compatible con el disponible. **Conclusión:** la implementación/empleo estratégico del Sistema de Clasificación de Pacientes fue indispensable para la previsión del personal de enfermería pediátrica, considerando que el excedente de personal encontrado debe ser apreciado con cautela.

DESCRIPTORES: Reducción de Personal; Enfermería Pediátrica; Carga de Trabajo; Unidades de Internación; Personal de Enfermería en Hospital.

CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

Moraes RMR, Lara AC, Remedio EC, Gaiva MAM, Gentilini MM, Oliveira JLC de, et al. Patient Classification and nursing staff dimensioning in a pediatric inpatient unit. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2023 [cited "insert year, month, day"]; 28. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/ce.v28i0.89190>

¹Hospital Universitario Julio Muller/ Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiaba, MT, Brasil.

²Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiaba, MT, Brasil.

³Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

⁴Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Porto Alegre, RS, Brasil.

INTRODUCCIÓN

En la atención pediátrica hospitalaria, el equipo de enfermería actúa desde la planificación de los cuidados hasta su ejecución individualizada y continuada, teniendo en cuenta las especificidades del núcleo familiar y de cada individuo. Así, la enfermera, responsable de la gestión de los cuidados y del equipo de enfermería, utiliza un amplio abanico de competencias, como las relacionales, ético-jurídicas, clínicas, de investigación y producción de conocimiento, de educación sanitaria y de gestión, además de las de liderazgo y trabajo en equipo¹.

En el despliegue de las competencias de gestión, el uso de herramientas que racionalicen el proceso de trabajo es elemental. Entre las diversas herramientas de gestión, el dimensionamiento del personal de enfermería tiene como objetivo garantizar la calidad de los cuidados a los pacientes y el bienestar de los trabajadores basándose en la previsión de recursos humanos para satisfacer las necesidades de cuidados de la clientela según el grado de dependencia y la organización del servicio².

La carga de trabajo en enfermería pediátrica, o no pediátrica, es una variable central en el dimensionamiento del personal. Una de las posibilidades para medir la carga de trabajo de enfermería se basa en el número medio diario de pacientes asistidos, ajustado por el grado de dependencia y el tiempo medio de asistencia dedicado a cada paciente según el estrato de clasificación²⁻³. Para ello, la utilización de un Sistema de Clasificación de Pacientes (SCP) define el grado de dependencia de la clientela en relación con el equipo de enfermería e identifica el tiempo dedicado a los cuidados (in)directos, permitiendo una planificación cuantitativa-cualitativa del personal de enfermería²⁻⁴.

La elevada carga de trabajo y el inadecuado dimensionamiento de los profesionales ya han sido observados en investigaciones con equipos de enfermería pediátrica brasileños⁵⁻⁶. En los Estados Unidos de América, un estudio⁷ midió la carga de trabajo en enfermería pediátrica utilizando dos instrumentos: Subjective Workload Assessment Technique (SWAT) y el Aeronautics Space Administration - Task Load Index (NASA-TLX), que evalúan, respectivamente, las dimensiones cognitiva, temporal y psicológica del estrés y la percepción general de la carga de trabajo relacionada con las tareas. Se evidenció que el 65% de los enfermeros encuestados evaluaron la sobrecarga horaria como la variable más importante de su trabajo diario y, en cuanto al factor rendimiento, éste fue el que más contribuyó a la carga de trabajo⁷. Esto puede significar que el equipo de enfermería pediátrica tiene un alto nivel de exigencia en su desempeño, lo que refleja una mayor carga de actividades frente a una cantidad inadecuada para satisfacer las demandas del trabajo⁵.

El estudio⁴ realizado en una unidad de hospitalización de cirugía pediátrica analizó los tiempos relacionados con las actividades de enfermería y la eficacia de dos instrumentos, a saber: Nursing Activities Score (NAS), que genera una puntuación de hasta 178,6 puntos y refleja la carga de trabajo de enfermería; y el Instrument for Pediatric Patient Classification (ICPP), que identifica el grado de dependencia de los cuidados y las horas de asistencia demandadas. El estudio concluyó que había un desajuste entre el tiempo de enfermería necesario para atender a los pacientes quirúrgicos pediátricos y el número de personal disponible⁴.

Se parte de la premisa sólida y estandarizada³ de que el uso de SCP pediátricas válidas y fiables es fundamental para el manejo asistencial de estos pacientes, así como para orientar el dimensionamiento del personal de enfermería en este segmento de la producción asistencial^{4,6,8-10}. Sin embargo, el uso estratégico y estandarizado de la clasificación de pacientes y el dimensionamiento del personal de enfermería en las unidades pediátricas aún no está totalmente consolidado, lo que señala la necesidad de realizar estudios sobre esta cuestión. Además, se considera que la implantación de un SCP o de cualquier otro medio de medición de la carga de trabajo de enfermería merece la debida adaptación organizativa.

Teniendo en cuenta lo anterior, este estudio pretendía responder a las siguientes preguntas: ¿cómo fue el proceso de implantación de un Sistema de Clasificación de Pacientes Pediátricos? Tras su correcta implantación, ¿cuál es el dimensionamiento del personal de enfermería en una unidad de hospitalización pediátrica? En este sentido, el objetivo fue describir la implantación del Sistema de Clasificación de Pacientes y el dimensionamiento del personal de enfermería en una unidad de hospitalización pediátrica.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal retrospectivo en la unidad de internación pediátrica de un hospital universitario público de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. La unidad estudiada es una referencia en el estado para el tratamiento de enfermedades crónicas, raras e infecciosas. Consta de 14 camas para pacientes de 28 días a 16 años. El desarrollo del estudio se llevó a cabo a través de cuatro etapas, debidamente descritas a continuación:

1ª Etapa: implantación del ICPP⁹ para la clasificación de pacientes pediátricos por iniciativa propia de las enfermeras de la unidad a mediados de 2015. En esta ocasión, se definió que un SCP⁸ validado sería la referencia para las clasificaciones pediátricas. Se llevó a cabo la formación por parte de las propias enfermeras de la unidad y la normalización en cuanto a la comprensión colectiva sobre las clasificaciones y en cuanto a las entradas diarias de la documentación digital de las clasificaciones, que se hizo efectiva en 2018. Este proceso se describe en los resultados mediante un diagrama de flujo ilustrativo y fue la base para la obtención de datos empíricos en la investigación.

2ª Etapa: encuesta documental en soporte digital, mediante hoja de cálculo Microsoft Office Excel® de los datos de clasificación de todos los pacientes ingresados en la unidad (n=608) en 2019 que fueron evaluados en base al SCP pediátrica al menos una vez durante la hospitalización. Estos datos fueron obtenidos a través de la aplicación diaria de la ICPP⁹ validada en Brasil, que fue previa y adecuadamente implementada en el hospital estudiado de acuerdo con la primera etapa.

El ICPP⁹ se compone de tres dominios (familia, paciente y procedimientos terapéuticos) que se despliegan en 11 indicadores evaluativos, a saber: **Ámbito de la familia:** participación del acompañante; red de apoyo y apoyo familiar; **Ámbito del paciente:** actividad; oxigenación; movilidad y deambulación; alimentación e hidratación; eliminaciones; higiene y cuidado corporal; **Ámbito de los procedimientos terapéuticos:** intervalo de medición de los controles; terapia farmacológica; e integridad cutáneo mucosa. Cada indicador se escala en cuatro niveles/puntos. Con la evaluación, el paciente pediátrico recibe una puntuación que oscila entre 11 y 44 puntos y que define el grado de dependencia de los cuidados en: Pacientes de cuidados mínimos (puntuación entre 11 y 17 puntos); pacientes de cuidados intermedios (puntuación entre 18 y 23 puntos); pacientes de alta dependencia (puntuación entre 24 y 30 puntos); pacientes de cuidados semi intensivos (puntuación entre 31 y 36 puntos); y pacientes de cuidados intensivos (puntuación entre 37 y 44 puntos)⁹. Es prudente destacar que, en la dinámica diaria de clasificación de los pacientes pediátricos menores de seis años, se atribuye como mínimo la clasificación de cuidados intermedios, independientemente de la presencia del acompañante³.

3ª etapa: dimensionamiento de los profesionales de enfermería de la unidad. Este paso se realizó tras compilar los datos de clasificación de los pacientes del segundo paso y la media trimestral (teniendo como base de cálculo entre 90 y 92 días) de cada nivel de complejidad de los pacientes verificada mediante el uso del ICPP pediátrico a lo largo del año base. Además, se calculó la media diaria de cada categoría del ICPP, basada en 365 días.

El cálculo de la carga de trabajo del personal de enfermería estuvo representado, en este estudio, tanto por el nivel de dependencia de los cuidados de la clientela pediátrica

medido por el ICPP9 como, principalmente, por el volumen de tiempo (en horas) necesario para atender esta demanda. Así, de acuerdo con los parámetros previstos en la Resolución del Consejo Federal de Enfermería (COFEN) N.º 543/2017, el personal de enfermería (QP) dimensionado en la unidad se obtuvo en base a la ecuación, a saber: $QP = THE \times KM^3$, donde THE = Horas totales de enfermería y KM = Constante marina.

La carga de trabajo semanal del equipo de enfermería predominante en la unidad estudiada era de 36 horas semanales. Como el hospital del estudio no disponía de una medición sistematizada del absentismo de enfermería, se utilizó el Índice de Seguridad Técnica (IST) mínimo (15%). Así pues, teniendo en cuenta estos valores y los siete días de trabajo ininterrumpido de la semana, se utilizó el valor KM de referencia de 0,22363. El ajuste cualitativo (porcentaje de enfermeros y técnicos/asistentes de enfermería) de la plantilla dimensionada se definió considerando la categoría de nivel de dependencia asistencial que demandaba el mayor volumen de horas de enfermería en la compilación anual, teniendo en cuenta los parámetros brasileños vigentes³.

Los datos de la segunda y tercera etapas se analizaron mediante estadísticas descriptivas. Para comparar el marco acotado con el marco disponible/real en la unidad de pediatría, se consultaron los calendarios laborales correspondientes al mismo periodo de recogida de ICPP. La opción de no analizar datos completos de 2020, sino de 2019 fue intencionada debido al contexto de la pandemia de COVID-19, que alteró enormemente la dinámica de trabajo en el hospital, incluyendo la reubicación del personal de enfermería.

4ª Etapa: con el personal de enfermería pediátrica dimensionado, se esquematizó un ejemplo de asignación/distribución de trabajadores por categoría profesional en turnos de trabajo, considerando la dinámica del sector investigado: dos turnos de día (mañana y tarde) y tres turnos de noche. Para ello, ejemplificamos la distribución de la proporción de pacientes por trabajador de enfermería en cada turno, con el fin de comprobar la (in) compatibilidad de esta proporción con la normativa vigente³. En este ejercicio, se consideró una ocupación del 100% en la unidad y la supresión del 15% (Índice de Seguridad Técnica) del total de profesionales distribuidos por categoría, previendo que estos trabajadores (debidamente rotados) no computarían en el baremo, pues tendrían la función de suplir las ausencias del sector. En otras palabras, representan a los trabajadores de vacaciones, de baja o incluso de absentismo.

El estudio respetó los requisitos éticos pertinentes y fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación (CAEE 07626019.5.0000.5541) con el número de dictamen 3.603.794.

RESULTADOS

En la figura 1 se describe el proceso de aplicación del Instrumento de Clasificación de Pacientes Pediátricos (ICPP), desde los procesos iniciales hasta la posibilidad de obtener datos sobre el nivel de dependencia de la clientela pediátrica.

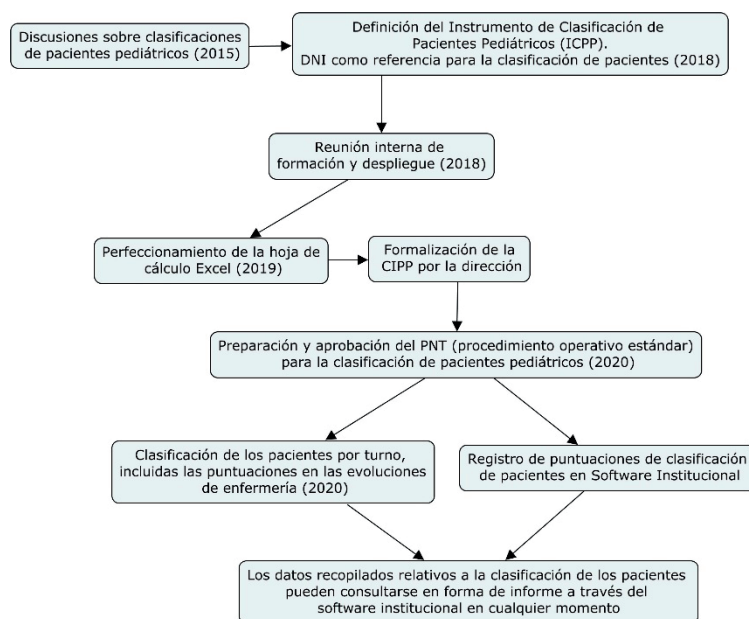


Figura 1 - Flujo de actividades para la implantación del Sistema de Clasificación Diaria de Pacientes en una unidad de hospitalización pediátrica de 2015 a 2020. Cuiabá, MT, Brasil, 2020

Fuente: autores (2021).

Se analizaron 4.639 clasificaciones diarias de pacientes (n=608) ingresados en 2019. El cuadro 1 muestra la frecuencia del nivel de complejidad de los cuidados de enfermería por trimestre, haciendo hincapié en la demanda de cuidados intermedios en todos los periodos.

Tabla 1 - Distribución de las clasificaciones de los pacientes según el nivel de complejidad de los cuidados de enfermería en la unidad de hospitalización pediátrica, por trimestre. Cuiabá, MT, Brasil, 2019

Período	*CM n(%)	*CI n(%)	*CAD n(%)	*CSI n(%)	*CIT n(%)	Total n(%)
1º Trimestre	283(24,1)	799(68,05)	69(5,9)	18(1,5)	5(0,42)	1174(100)
2º Trimestre	315(25,5)	689(55,74)	212(17,15)	18(1,4)	2(0,16)	1236(100)
3º Trimestre	129(10,3)	639(51,44)	444(35,76)	27(2,1)	3(0,24)	1242(100)
4º Trimestre	131(13,2)	514(52,07)	324(32,83)	18(1,8)	-	987(100)
Año Completo	858(18,49)	2641(56,94)	1049(22,61)	81(1,75)	10(0,21)	4.639

(N= 4.639)

*CM: Cuidados Mínimos; *CI: Cuidados Intermedios; *CAD: Cuidados de Alta Dependencia; *CSI: Cuidados Semi Intensivos; *CIT: Cuidados Intensivos.

Fuente: autor (2019).

La Tabla 2 ilustra las medias diarias de pacientes y las respectivas horas de enfermería

demandadas para cada nivel de complejidad asistencial, así como la media anual y el total de horas de enfermería (THE).

Tabla 2 - Distribución de las medias diarias de pacientes ingresados y de las horas de enfermería necesarias por nivel de complejidad asistencial en la unidad de pediatría por trimestre. Cuiabá, MT, Brasil, 2019

Período	Media de pacientes (horas de enfermería necesarias)					
	CM	CI	CAD	CSI	CIT	THE
1.º Trimestre	3,14(12,56)	8,87(53,22)	0,76(7,6)	0,2(2)	0,05(0,9)	76,28
2.º Trimestre	3,46(13,84)	7,57(45,42)	2,32(23,2)	0,19(1,9)	0,02(0,36)	84,72
3.º Trimestre	1,40(5,6)	6,94(41,64)	4,82(48,2)	0,29(2,9)	0,03(0,54)	98,88
4.º Trimestre	1,42(5,68)	5,58(33,48)	3,52(35,2)	0,19(1,9)	-	76,26
Año Completo	2,35 (9,4)	7,23 (43,38)	2,87 (28,7)	0,22 (2,2)	0,02 (0,36)	84,04

CM: Cuidado Mínimo; CI: Cuidado Intermedio; CAD: Cuidado de Alta Dependencia; CSI: Cuidado Semi Intensivo; CIT: Cuidado Intensivo; THE: Total de Horas de Enfermería.

Fuente: autor (2019).

El Cuadro 1 muestra la comparación entre el personal real (disponible) y el dimensionado en la unidad. El estudio mostró un exceso de personal de nivel medio y la adecuación de las enfermeras a la unidad pediátrica. También ejemplifica la dotación de personal dimensionada en un periodo "a escala completa" (sin ausencias), en turnos, contabilizando en este cuantitativo la resta del 15% de enfermeros y técnicos/auxiliares de enfermería. A partir de ahí, se puede predecir a cuántos pacientes asistiría cada trabajador en su turno como, por ejemplo, el 100% de ocupación de las 14 camas.

Cuadro 1 - Dimensionamiento y asignación del personal de enfermería en la unidad de hospitalización pediátrica. Cuiabá, MT, Brasil, 2019

Dimensionamiento del personal de Enfermería	Cuadro Real			Cuadro Dimensionado			Déficit / Excedente		
	*ENF	*TE/AE	TOTAL	ENF	TE/AE	TOTAL	ENF	TE/AE	Total
Unidad de Hospitalización									
Clínica Pediátrica	6	23	29	6	13	19	-	+10	+10
Ejemplo de asignación de personal en la unidad de hospitalización pediátrica por turnos a escala completa basado en el dimensionamiento del personal y la eliminación del Índice Técnico de Seguridad en la distribución de los profesionales.									
Turno	*ENF	*TE/AE	Proporción de pacientes/profesional de nivel medio			Proporción de pacientes/personal de enfermería			
Mañana	1	3	4,6			3,5			
Tarde	1	2	7			4,6			

Noche 1	1	2	7	4,6
Noche 2	1	2	7	4,6
Noche 3	1	2	7	4,6
Índice de Seguridad Técnica (Cobertura de ausencias previstas y no previstas)	1	2	-	-

*ENF: Enfermero. *TE: Técnico de Enfermería y *AE: Auxiliar de Enfermería.

Fuente: autora (2019).

DISCUSIÓN

El proceso de implantación del ICPP en la unidad de hospitalización pediátrica tuvo como punto de partida el interés común de las enfermeras por implantar una herramienta de gestión, con el fin de dar respuesta a las demandas y especificidades de esta clientela. Esto es loable, ya que el SCP permite la medición de la carga de trabajo y el dimensionamiento del equipo de enfermería, como se informó en un estudio realizado en una clínica médica de un hospital universitario¹¹ y, además, el interés colectivo de las enfermeras de la unidad pediátrica sobre el tema les da el compromiso con la calidad de la atención.

La opción por el PCS utilizando el ICPP se debió a que es el más adecuado a la clientela en cuestión, entre los instrumentos recomendados por la Resolución n.º 543/2017 del COFEN³, además de la cuestión de la inclusión de la familia en su clasificación⁹. Estudio realizado en un Hospital General de la Zona Sur de la ciudad de São Paulo identificó que 93% de los enfermeros participantes están de acuerdo con la necesidad de clasificar y evaluar al paciente pediátrico⁴. Sin embargo, se sabe que dar fe de la importancia de un proceso o instrumento de trabajo no garantiza su cumplimiento.

El proceso de implantación del ICPP en la unidad de pediatría fue algo largo, quizá por tratarse de una institución pública, que suele asociarse a la lentitud de la gestión. Sin embargo, se cree que el carácter compartido y sistémico de la aplicación es más importante que el propio tiempo para su incorporación a la rutina laboral.

La adecuación, pertinencia y exactitud de los SCP son extremadamente importantes, ya que se sabe que las instituciones atienden a pacientes con características peculiares que a veces pueden diferir de las comúnmente esperadas para la clientela en términos de rango de edad, perfil socioeconómico, gravedad y/o procedimientos diagnóstico-terapéuticos. Esto refuerza la necesidad de cumplir estrictamente con los procesos de validación recomendados para la construcción y/o adaptación de nuevos SCP, lo que ha ocurrido recientemente en el contexto del ICPP, que fue adaptado para su uso con pacientes neonatales⁸, que se sabe que presentan diferencias en comparación con los pacientes pediátricos.

Un estudio reciente validó el ICPP para pacientes pediátricos más complejos ingresados en unidades de cuidados semi intensivos, lo que concuerda con la necesidad de una implementación estratégica de este instrumento para medir la carga de trabajo de enfermería pediátrica y apoyar el dimensionamiento del personal en espacios más allá de las unidades no críticas¹². A su vez, el estudio griego validó el NAS y el Therapeutic Intervention Scoring System For Critically Children (TISS-C) para el ámbito de los cuidados intensivos pediátricos¹³. Así, a partir de la experiencia de implantación relatada y de la literatura relacionada, inferimos que el proceso de apropiación del SCP y de otros medios de medición de la carga de trabajo en enfermería pediátrica es considerablemente positivo

y de interés generalizado, pero merece cautela en cuanto a los medios más adecuados, estandarizados y compartidos a emplear en la dinámica de trabajo.

Tras un año de implantación y aplicación sistemática de la ICPP en la unidad de pediatría, se constató que fueron necesarias 84,04 horas de cuidados de enfermería durante el año, con una gran amplitud entre el máximo (98,88) y el mínimo (76,26) de horas en los trimestres de encuesta. Esta amplitud refuerza la necesidad de obtener una serie histórica fiable de clasificación de los pacientes para el proceso de dimensionamiento del personal². Por tanto, si se hubiera dimensionado la unidad en función de la carga máxima de trabajo constatada, que fue en el tercer trimestre, la plantilla sería de 22 trabajadores y no de 19 como se constató. Como contrapunto a esta cuestión, si la plantilla de enfermería se hubiera dimensionado en función de la carga de trabajo mínima verificada en el cuarto trimestre, la plantilla estaría compuesta por sólo 17 profesionales de enfermería.

La unidad de pediatría presentó un perfil concentrado de pacientes de cuidados intermedios sumado a la normativa vigente, Resolución N.º 543/2017 del COFEN³, que clasifica a los menores de seis años como pacientes de cuidados intermedios, aunque sean clasificados como cuidados mínimos, dadas las competencias cualicuantitativas del cuidado de enfermería. Este hallazgo converge con los resultados de estudios realizados en otros hospitales universitarios brasileños localizados en los estados de São Paulo⁴ y Paraná⁶. Se sabe que los pacientes definidos en este nivel de complejidad son aquellos estables desde el punto de vista clínico y de enfermería con dependencia parcial de estos profesionales para satisfacer las necesidades humanas básicas³. A pesar de esta definición, es prudente replantearse el tipo de pacientes atendidos en las unidades pediátricas, que naturalmente tienen demandas asistenciales que van más allá de las de orden orgánico-funcional. Un hecho que refuerza esta alusión es la nueva adaptación de la ICPP para el área neonatal, que ya no incluye la categoría de cuidados mínimos o intermedios en su estratificación⁸.

Cabe destacar que el hospital estudiado no cuenta con UCI pediátrica, pero eventualmente los niños evolucionan a cuidados intensivos y/o semi intensivos debido al empeoramiento clínico, quedando bajo el cuidado del equipo de enfermería hasta su traslado a cuidados intensivos en otra institución. Esta afirmación se basa en el hecho de que, a pesar de la baja frecuencia, los pacientes clasificados en estos niveles de complejidad se encontraron en el sector, que carece de recursos humanos, materiales y densidad tecnológica adecuados para la atención crítica.

La unidad de pediatría contaba con un número de seis enfermeras que se ajustaba a lo previsto por el dimensionamiento del personal. Según el ejemplo de asignación realizado con los datos del cuadro de personal acotado, sería posible prever una enfermera por turno de trabajo en el sector, y además contar con otra enfermera para cubrir ausencias previstas e imprevistas. En la práctica clínica, se acuerda que considerando el número de camas de la unidad (14) y el perfil prevalente de los pacientes de cuidados intermedios, una enfermera por turno parece razonable para la viabilidad de la gestión de los cuidados, ilustrada, por ejemplo, por la Sistematización de los Cuidados de Enfermería y/o la gestión de los protocolos de seguridad y calidad de los cuidados. Esto se debe a que el número de pacientes podría dividirse entre los turnos, por ejemplo, cuatro pacientes para las enfermeras de los periodos diurnos y seis para los nocturnos, o seis pacientes por la mañana, cuatro por la tarde y cuatro por la noche, etc.

En contraste con lo anterior, confiar en "sólo" un profesional superior para cubrir las ausencias puede no ser lo ideal, ya que el absentismo entre las enfermeras se cita en la literatura como un grave problema que debe ser abordado por el liderazgo⁵. En este contexto, si se considera el equipo de enfermería como un todo, un estudio realizado en un hospital público de la región Sur de Brasil demostró que la tasa de absentismo es tres veces superior en enfermería cuando se compara con otras categorías profesionales del área sanitaria¹⁴.

Otro problema que se escapa de los datos y de las interpretaciones expresadas es el hecho de que en la dinámica de trabajo hospitalaria, las enfermeras muchas veces

tienen sus actividades burocratizadas, incluso asumiendo demandas que podrían ser realizadas por trabajadores de otras áreas, además de ser frecuentemente interrumpidas durante la jornada de trabajo¹⁵, lo que excede la carga de trabajo medida por el ICPP y, consecuentemente, la dotación de personal planificada. Esto refuerza la necesidad no sólo de dotarse de personal en cantidad y categoría, sino también de racionalizar, cualificar y agilizar los procesos de trabajo para añadir mejoras sin por ello exigir retrabajo y/o burocratización.

A pesar del excedente de trabajadores de nivel medio (+10), es prudente señalar que en periodos con una tasa de ocupación del 100%, la ratio profesional/paciente puede variar en niveles de sobrecarga, dependiendo del número de personal presente con reflejos en la sobrecarga de trabajo, acumulación de funciones y falta de profesionales en los hospitales¹⁶.

Se pudo predecir que, basándose en el marco acotado, sería factible asignar un profesional de enfermería de nivel medio (responsable de la mayor parte de la demanda de cuidados directos de los pacientes con menor gravedad) para siete pacientes con cuidados predominantemente intermedios, así como un trabajador de enfermería por cada 4,66 pacientes, considerando la totalidad del equipo. Esto, a su vez, está en desacuerdo con la normativa brasileña vigente que recomienda un trabajador de enfermería por cada cuatro pacientes en los diferentes turnos de trabajo en caso de clientela con prevalencia de cuidados intermedios³.

A pesar de lo anterior, es razonable deducir que, considerando una sola enfermera por cada turno de trabajo, su participación en la ejecución de los cuidados directos sería poco representativa en comparación con el equipo de nivel medio. Con base en la proporción recomendada por los parámetros vigentes para el dimensionamiento del personal de enfermería en Brasil¹³, se observa que el excedente de técnicos de enfermería debe ser visto con cautela y posiblemente merezca revisión en su interpretación. Por lo tanto, para cumplir la proporción de un trabajador por cada cuatro pacientes, sería necesario añadir al menos un técnico/auxiliar de enfermería más en cada turno de trabajo, lo que seguiría dando lugar a un excedente de personal de nivel medio, sin embargo, inferior al encontrado.

Un estudio realizado en un hospital del interior del estado de São Paulo estimó el IST en cerca de 42% para las enfermeras y 38% para los técnicos de enfermería¹⁷, es decir, muy superior al mínimo de 15% recomendado por la Resolución en vigor y que, tal vez, sea otra perspectiva para interpretar con cautela y razonabilidad el excedente verificado.

En vista de lo anterior, se cree que la principal limitación del estudio se debe al hecho de que se utilizó un IST mínimo para el proceso de dimensionamiento del personal de enfermería pediátrica, pero fue producto de las condiciones o la falta de control del absentismo en el hospital encuestado. Sin embargo, se considera que la investigación trae contribuciones concretas para la gestión de la enfermería pediátrica, en especial, por haber recolectado los datos a lo largo de un período prolongado; presentar el dimensionamiento de forma procedimental, centrada no sólo en las ecuaciones y parámetros necesarios, así como en la propia incorporación del ICPP en la rutina de la unidad; y, principalmente, por demostrar claramente que los resultados del dimensionamiento necesitan apreciación cuidadosa y bien contextualizada por parte de los tomadores de decisión. En este ámbito, el estudio destaca su contribución social bajo la perspectiva de que la previsión y dotación de personal de enfermería adecuado es un emblema de atención cualificada y segura.

CONCLUSIÓN

El proceso de implantación de un SCP en una unidad de hospitalización pediátrica fue largo e incluyó actividades para estandarizar los procedimientos entre el personal de

enfermería, la definición estratégica de un instrumento para la clasificación de los pacientes y la informatización de los datos. En todas las fases, el trabajo en equipo y el apoyo de la dirección, incluido el tecnológico, fueron fundamentales.

Con la aplicación estandarizada del instrumento de clasificación de la clientela pediátrica, se verificó el predominio de pacientes dependientes de cuidados intermedios. Así, se observó, a través del dimensionamiento del personal, un excedente de trabajadores de nivel medio y un número adecuado de enfermeros en la unidad en comparación con el personal disponible. Sin embargo, este excedente debe evaluarse cuidadosamente como un hallazgo concluyente porque, teniendo en cuenta el perfil de los pacientes de cuidados intermedios en su mayoría y las recomendaciones vigentes, las proporciones de pacientes y trabajadores asignados en turnos pueden no ser adecuadas.

REFERENCIAS

1. Sociedade Brasileira dos Enfermeiros Pediatras (SBEP). Posição da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras sobre as competências essenciais do enfermeiro neonatologista e pediatra. *Rev Soc Bras Enferm Ped.* [Internet]. 2020 [cited 2021 May 20]; (2):116-33. Available from: <http://dx.doi.org/10.31508/1676-3793202000016>.
2. Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Lima AFC. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em Instituições de Saúde: Gerenciamento em enfermagem. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016. p. 116-27.
3. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 543/2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nos serviços locais em que são realizadas atividades de enfermagem. [Internet]. Brasília; 2017. [cited 2021 May 20] Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html.
4. Pontes JAR, Bohomol E. Estudo de dois sistemas de classificação de pacientes cirúrgicos pediátricos. *Enferm. Foco* [Internet]. 2020 [cited 2021 May 21]; 10(4). Available from: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n4.2174>.
5. Trettene A dos S, Fontes CMB, Razera APR, Prado PC, Bom GC, von Kostrisch LM. Sizing of nursing staff associated with self-care promotion in a pediatric semi-intensive care unit. *Rev. bras. ter. intensiva* [Internet]. 2017 [cited 2021 June 90]; 29(2): 171-9. Available from: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170027>.
6. Pedro DRC, Silva GKT da, Schran L da S, Faller TT, Oliveira JLC de, Tonini NS. Sizing of nursing staff of a pediatric clinic at a university hospital. *Rev. enferm. UFPI.* [Internet]. 2017 [cited 2021 June 9]; 6(3) :4-10. Available from: <https://doi.org/10.26694/reufpi.v6i3.5997>.
7. Lebet RN, Hasbani NR, Sisko MT, Agus MSD, Nadkarni VM, Wypij D, et al. Nurses' perceptions of workload burden in pediatric critical care. *Am j. crit. care.* [Internet]. 2021 [cited 2021 May 07]; 30(1):27-35. Available from: <https://doi.org/10.4037/ajcc2021725>.
8. Dini AP, Oliveira A de CV de, Almeida-Hamasaki BP de, Quinteiro NM, Carmona EV. Adaptation of an instrument to classify neonatal patients into care categories. *Rev. Esc. Enferm. USP* [Internet]. 2021 [cited 2021 May 17]; 55:e03674. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019033603674>.
9. Dini AP, Guirardello E de B. Pediatric patient classification system: improvement of an instrument. *Rev. Esc. Enferm. USP* [Internet]. 2014 [cited 2021 June]; 48(5) :786-92. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400005000003>.
10. Duarte TCR, Oliveira EM de, Júnior SLA de M. Protocolo de avaliação e classificação de pacientes pediátricos conforme o grau de demanda da equipe de enfermagem. *Rev. Enferm. Atual* [Internet]. 2019 [cited 2021 June 10]; 87(25). Available from: <https://doi.org/10.31011/reaid-2019-v.87-n.especial-art.174>.
11. Siqueira LDC, Santos MC dos, Calmon IT de S, Junior PCS. Dimensionamento de profissionais de enfermagem da clínica médica de um hospital universitário. *Enferm. Foco.* [Internet]. 2019 [cited 2021 May 20]; 10(4). Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2179/602>.

12. Castro V del RA, Almeida AP. Classificação de pacientes pediátricos para o cuidado de enfermagem: validação de instrumento reestruturado. *Enferm. Foco*. [Internet]. 2021 [cited 2021 May 17]; 11(4). Available from: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n3.3106>.
13. Nieri A-S, Manousaki K, Kalafati M, Padilha KG, Stafseth SK, Katsoulas T, et al. Validation of the nursing workload scoring systems "Nursing Activities Score" (NAS), and "Therapeutic Intervention Scoring System for Critically Ill Children" (TISS-C) in a Greek Pediatric Intensive Care Unit. *Intensive crit. care nurs.* [Internet]. 2018 [cited 2021 May 17]; 48:3-9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.03.005>.
14. Brey C, Miranda FMD, Haeffner R, Castro IR dos S de, Sarquis LMM, Felli VE. The absenteeism among health workers in a public hospital at south region of brazil. *Rev.enferm.Cent.-Oeste Min.* [Internet]. 2017 [cited 2021 May 17]; 7:e1135. Available from: <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1135>.
15. Sasaki RL, Perroca MG. Interruptions and their effects on the dynamics of the nursing work. *Rev. Gaúch. Enferm.* [Internet]. 2017 [cited 2021 May 17]; 38(2):e67284. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.67284>.
16. Barbaquim VA, Dias EG, Darli R de C de MB, Robazzi ML do CC. Reflection on nursing working conditions: subsidy at 30 hours of work. *Rev Enferm Contemp.*[Internet]. 2019 [cited 2021 May 11]; 8(2):171-181. Available from: <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v8i2.2466>.
17. Trettene A dos S, Razera APR, Beluci ML, Prado PC, Mondini CC da SD, Spiri WC. Absenteeism and the technical safety index of a tertiary hospital nursing team. *Rev. Esc. Enferm. USP.* [Internet]. 2020 [cited 2021 May 13]; 54:e03585. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018036003585>.

PATIENT CLASSIFICATION AND NURSING STAFF DIMENSIONING IN A PEDIATRIC INPATIENT UNIT

ABSTRACT:

Objective: to describe the implementation of the Patient Classification System and the dimensioning of the nursing staff in a pediatric inpatient unit. **Method:** a descriptive, cross-sectional, and retrospective study, carried out at a university hospital in the Midwest of Brazil. After the implementation of the Pediatric Patient Classification System, we compiled data from the classifications of the level of care complexity (N=4,639) among patients (n=608) admitted from January to December 2019. Descriptive statistical analysis was employed, including proprietary methodology for staff sizing. **Results:** there was a prevalence of intermediate care patients. According to the staff dimensioning, there was a surplus (+10) of mid-level workers, and the projected number of nurses (six) was compatible with the available number. **Conclusion:** the strategic implementation/employment of the Patient Classification System was indispensable for the pediatric nursing staffing forecast, considering that the staffing surplus found should be appreciated with caution. **DESCRIPTORS:** Staffing Adjustment; Pediatric Nursing; Workload; Inpatient Care Units; Staff, Hospital.

*Artículo extraído de la tesis de máster/doctorado "CARGA DE TRABALHO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E RASTREADORES DE EVENTOS ADVERSOS NA ENFERMAGEM PEDIATRICA", HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MULLER, UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO, CUIABA, MT, BRASIL, 2021.

Recibido en: 29/11/2021

Aprobado en: 26/09/2022

Editor asociado: Dra. Tatiane Trigueiro

Autor correspondiente:

RUBIA MARCELA RODRIGUES MORAES

HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MULLER, UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO

RUA PROF. LUIS PHILIPPE PEREIRA LEITE S/N ALVORADA CUIABA MT

E-mail: rubia_mc@yahoo.com.br

Contribución de los autores:

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio - **Moraes RMR, Lara AC, Remedio EC, Gaiva MAM, Gentilini MM, Oliveira JLC de**; Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - **Moraes RMR, Gaiva MAM, Oliveira JLC de**; Responsable de todos los aspectos del estudio, asegurando las cuestiones de precisión o integridad de cualquier parte del estudio - **Moraes RMR, Oliveira JLC de**. Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

ISSN 2176-9133



Esta obra está bajo una Licencia [Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).