

RELEVANCIA DE LA PROPORCIÓN ENFERMERO – PACIENTE EN UNA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

MAIRA VALENTINA RIVAS BAQUERO
PASANTE

UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ENFERMERÍA
GIRARDOT
2023

RELEVANCIA DE LA PROPORCIÓN ENFERMERO – PACIENTE EN UNA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

MAIRA VALENTINA RIVAS BAQUERO
PASANTE

Proyecto de pasantía para optar a título de Enfermera Profesional

ASESORAS INTERNAS
VERÓNICA MARÍA CUARTAS CASTRO
DOCENTE PROGRAMA DE ENFERMERÍA

CARLOTA CASTRO QUINTANA
DOCENTE PROGRAMA DE ENFERMERIA

UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ENFERMERÍA
GIRARDOT
2023

Nota de aceptación:

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Girardot (Julio 2024)

AGRADECIMIENTO

Mis más sinceros agradecimientos;

A Dios y a mi familia por ser mi motor más grande, por su apoyo incondicional, por permitirme y ayudarme a cumplir mis sueños.

A la docente y asesora externa Verónica María Cuartas Castro por su orientación, por compartir sus conocimientos y tomar de su tiempo para guiarme en este proceso.

A la docente Carlota Castro Quintana asesora interna, por permitirme la integración a su semillero, guiarme y por su nobleza.

A la Universidad de Cundinamarca por permitir a sus estudiantes estos escenarios para el desarrollo y fortalecimiento de las habilidades personales y profesionales.

TABLA DE CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN	15
2.	JUSTIFICACIÓN	17
3.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
4.	OBJETIVOS	21
4.1	OBJETIVO GENERAL.....	21
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
5.	PROPÓSITO	22
6.	MARCOS DE REFERENCIA.....	23
6.1	MARCO TEÓRICO.....	23
6.1.1	Requisitos universales del autocuidado.....	23
6.1.2	Requisitos de autocuidado del desarrollo	23
6.1.3	Requisitos de autocuidado de la desviación de la salud	23
6.1.4	Sistema de Enfermería Total	24
6.1.5	Sistema de Enfermería Parcial	24
6.1.6	Sistema de Enfermería de Apoyo Educativo.....	24
6.1.7	Patrón de Percepción y Manejo de la Salud	25
6.1.8	Patrón de Nutrición e Hidratación	25
6.1.9	Patrón de Eliminación.....	25
6.1.10	Patrón de Actividad y Ejercicio	25
6.1.11	Patrón de Sueño y Reposo.....	25
6.1.12	Patrón Cognitivo y Perceptual	26
6.1.13	Patrón de Autoimagen y Concepto de Sí Mismo.....	26
6.1.14	Patrón de Rol y Relaciones	26
6.1.15	Patrón de Estrés y Tolerancia al Estrés	26
6.1.16	Patrón Sexual y Reproductivo	26
6.1.17	Patrón de Adaptación y Tolerancia a la Enfermedad	26
6.2	MARCO CONCEPTUAL.....	27
6.2.1	Tiss-28	27
6.2.2	Investigación	28
6.2.3	Unidad de cuidados intensivos	28
6.2.4	Cuidado.....	28
6.2.5	Satisfacción.....	29
6.2.6	Jornada laboral.....	29

6.2.7	Enfermería.....	29
6.2.8	Enfermero	29
6.2.9	Salud.....	30
6.3	MARCO LEGAL	30
6.3.1	Ley 911 del 2004, artículo 7.....	31
6.3.2	Ley 266 de 1996 Parágrafo del artículo 19	31
6.3.3	Ley 1581 de 2012.....	31
6.3.4	Política Nacional de Humanización en Salud.....	31
6.3.5	Resolución 3100 del 2019	32
6.4	MARCO ÉTICO.....	32
7.	METODOLOGÍA.....	34
7.1	FASE 1 BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA.....	34
7.2	FASE 2 DOCUMENTACIÓN	35
7.3	FASE 3 APLICACIÓN DE LA ESCALA TISS-28	35
7.4	FASE 4 TABULACIÓN Y ANÁLISIS.....	36
8.	RESULTADOS	37
9.	ANÁLISIS	39
10.	RECURSOS MATERIALES.....	40
11.	TALENTO HUMANO	41
12.	CONCLUSIONES.....	42
13.	RECOMENDACIONES.....	43
14.	BIBLIOGRAFÍA.....	44
15.	ANEXOS	46
15.1.1	Anexo 1: Escala TISS-28 usada en el hospital.....	46
15.1.2	Anexo 2. Escala TISS-28 usada en el hospital.....	47
15.1.3	Anexo 3. Clasificación de la intervención terapéutica según el resultado de la escala TISS-28.....	50
15.1.4	Anexo 4. Condensado de la escala TISS-28.....	50

1. INTRODUCCIÓN

La enfermería es una disciplina profesional que abarca cuidados autónomos y en colaboración que se ofrecen a las personas, familias y grupos poblacionales, enfermos o sanos; estos cuidados incluyen la promoción de la salud, la Prevención de la enfermedad y los cuidados de las personas en condición de discapacidad e incluso moribundas.¹

Enfermería en el servicio de cuidados intensivos es descrita por algunos profesionales como la atención directa, personalizada, compleja que afronta una mayor dependencia y monitoreo integral.²

Es así como el presente documento nace de la importancia y necesidad de identificar una adecuada proporción enfermero-paciente o también conocida como ratio enfermero-paciente en dos unidades cuidados intensivos de un hospital de segundo nivel, teniendo en cuenta que este es un indicador esencial en el ámbito del cuidado de enfermería que describe la relación entre el número de enfermeros disponibles y el número de pacientes a los que se atienden dentro de la jornada laboral.³

De igual forma este documento pretende aportar a la dimensión y posibles soluciones de esta práctica común dentro de la atención en salud, adicionalmente identificar algunos aspectos los cuales poco se tienen en cuenta a la hora de brindar cuidado en salud como lo son la carga laboral y condiciones laborales de los enfermeros en Colombia, desde la anterior premisa es importante destacar que

¹ DE ARCO-CANOLES, Oneys del Carmen; SUAREZ-CALLE, Zuleima Karina. Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. *Universidad y salud*, 2018, vol. 20, no 2, p. 171-182

² GALLEGO, Miladys; LEAL, Milena; RAMOS, Ximena. Elementos teóricos del cuidado de enfermería en UCI. *Revista Repertorio de Medicina y Cirugía*, 2009, vol. 18, no 2, p. 76-81.

³ FERNÁNDEZ PINZÓN, Yuly Andrea; VANEGAS VARGAS, Carolina; VARGAS, Jeimy Leonela. La razón (ratio) enfermera-paciente: relación con los resultados en los pacientes y esfuerzos por establecerlo por la ley. *Carrera de Enfermería*, 2009.

actualmente el país no cuenta con ninguna normativa que reglamente el número de enfermeros por pacientes en una jornada laboral para unidades de cuidados intensivos o cualquier otro servicio. Sin embargo, si se cuenta con algunas escalas e investigaciones que demuestran la necesidad de cumplir con estos criterios y comprueban la disminución de eventos adversos en el arte de cuidado de enfermería.

2. JUSTIFICACIÓN

La importancia de establecer una proporción enfermero-paciente adecuada radica en la influencia directa de la seguridad y eficacia de la atención en salud.⁴ Una ratio bajo sugiere que hay más enfermeros disponibles para atender a un grupo de pacientes, lo que puede facilitar una atención más personalizada, una supervisión más estrecha y una respuesta más rápida a las necesidades de los pacientes. Una buena relación cualitativa y cuantitativa de personal de enfermería disminuye las tasas de mortalidad y de morbilidad, la estancia media y los reingresos,⁵ a su vez mejora la atención al usuario brindando humanización y calidad⁵, estas anteriores van muy de la mano con la satisfacción de los mismos pacientes sobre el cuidado y la atención prestada. Por otro lado, la seguridad del paciente también es considerada de suma importancia, la cual está establecida en Colombia por el sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención como el propósito de prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y eliminar los posibles eventos adversos en Salud⁶.

La profesión de enfermería sugiere un cuidado especializado por lo que es indispensable definir la capacidad de este personal de trabajar en situaciones de mayor tensión, valorar adecuada y rápidamente a los lesionados, tomar decisiones rápidas y firmes, tener habilidades para la comunicación, y para realizar intervención en situaciones de crisis garantizando el rendimiento y la eficacia⁷, es entonces de gran importancia identificar que una ratio alto puede resultar en una carga de trabajo

⁴ JARAMILLO FORERO, Francy Janneth. *Razón enfermero-paciente y razón auxiliar de enfermería-paciente y su relación con los indicadores de calidad sensibles a enfermería en una unidad de cuidado intensivo adulto en una IPS de Bogotá*. 2013. Tesis Doctoral.

⁵ SÁNCHEZ BOLÍVAR, Mayra Alejandra, et al. *Identificación de estrategias para la humanización y calidad en la prestación de los servicios de salud en Bogotá Colombia*. 2017.

⁶ PARRA, Dora Ines; CAMARGO-FIGUERA, Fabio Alberto; GÓMEZ, Rocío Rey. *Eventos adversos derivados del cuidado de enfermería: flebitis, úlceras por presión y caídas*. *Enfermería global*, 2012, vol. 11, no 4.

⁷ MEJÍA SOLANO, Paola Maddeleyne; MURGA LUIS, Sany Noemi. *Sobrecarga laboral y calidad de cuidado del profesional de enfermería desde la perspectiva del usuario*. 2019.

intensa para los enfermeros⁸, afectando negativamente la calidad de la atención y la autonomía del profesional a la hora de realizar actividades cotidianas como la toma de decisiones e incrementando la fatiga laboral, lo que se reconoce como deterioro de la salud física, mental y/o psicoafectiva de los profesionales tras realizar una actividad durante un periodo determinado de tiempo⁷, lo que a su vez provoca posibles deserciones (reconocidas como el retiro o abandono voluntario de su lugar de trabajo) y esto conlleva a un aumento de rotación del personal.

En este contexto, es esencial comprender cómo la ratio enfermero-paciente puede variar según la unidad de atención ya sea Hospitalización o Unidad de cuidados intensivos¹, la complejidad de las condiciones de los pacientes y el número de usuarios a cargo del equipo de los profesionales.

Por otro lado, se considera de gran importancia el aporte que se le brinda a la institución el realizar este proyecto puesto que la favorece en el proceso de acreditación de los programas, el cual exige compromiso con la calidad de la atención brindada, además sugiere ser de gran respaldo a los cambios que hoy en día enfrenta la entidad, siendo un referente frente a la sociedad de un organismo que está comprometido tanto con su personal como con sus pacientes.

Es así, como esta proporción se presenta como un componente clave para lograr un equilibrio adecuado entre la disponibilidad de talento humano, la demanda de pacientes y la calidad de la atención que se presta, proporcionando equidad en la salud de quienes conforman la institución ya sean personal interno o cliente externo.

⁸ CRIADO, C. Bravo. Cómo calcular la ratio enfermera-paciente. *Rev Esp Pediatr [Internet]*, 2016, vol. 72, no 1, p. 83-7.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El arte del cuidado es multidimensional y sugiere una permanente construcción, pero ha sido invisibilizada, debido a la sobrecarga laboral, la escasa infraestructura institucional, la falta de recursos materiales para la atención y la cantidad de personas que se deben atender en un servicio⁸.

El desempeño del personal de enfermería durante su jornada laboral en Colombia decae considerablemente por aspectos como las actividades diarias, habilidades del personal y optimización del tiempo ⁹, esto producido por la escasa demanda de talento humano y aumento de usuarios, según la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos) en Colombia, por cada 1.000 personas hay solo dos médicos y un enfermero o enfermera; quedando en el último lugar de la tabla de los países de la ya mencionada organización¹⁰.

Por consecuencia el personal de enfermería se ve en la necesidad de cumplir con cada paciente pasando a un segundo plano la humanización y cuidado de calidad que caracteriza a enfermería, limitando su autonomía y su capacidad de acción¹¹, lo que evidentemente se identifica como una problemática que puede afectar tanto a la salud y el bienestar de los profesionales de enfermería como la de los usuarios, teniendo en cuenta que la falta de humanización y capacidad acción a la hora de realizar procesos de la atención en los pacientes sugiere un riesgo para la presencia de eventos adversos.⁷

Para analizar la relación enfermero-paciente, el proceso requiere de un gran compromiso teniendo en cuenta que durante la recopilación de información se

⁹ DEL VALLE SOLÓRZANO, Karen Sofía. La sobrecarga laboral del personal de enfermería que influye en la atención a pacientes. *Revista San Gregorio*, 2021, vol. 1, no 47, p. 165-179.

¹⁰ RAMÍREZ ZÚÑIGA, Jesús Andrés. Ratio profesional de enfermería: paciente en unidad de cuidados intensivos adultos (UCIA) de IPS privadas y sus implicaciones en la responsabilidad civil. 2019.

¹¹ DE ARCO-CANOLES, Oneys del Carmen; SUAREZ-CALLE, Zuleima Karina. Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. *Universidad y salud*, 2018, vol. 20, no 2, p. 171-182.

identifica que actualmente en Colombia la normativa sugiere algunos parámetros para la atención de pacientes, sin embargo, no reglamenta como tal la cantidad de pacientes atendidos por enfermeros en un turno. Es así como dentro de la recopilación de información se encuentra que; una elevada razón enfermera-paciente tiene una influencia negativa en la calidad de la prestación de los servicios de salud, esto se traduce muchas veces en insatisfacción laboral, reducción de oportunidades para brindar un cuidado óptimo y oportuno, hecho que lleva al personal de enfermería a enfrentarse a situaciones indeseables dentro del servicio, como presencia de infecciones nosocomiales, aumento de la morbilidad, eventos adversos dentro del quehacer diario y diversas complicaciones que aumentan la estadía del paciente dentro de los diferentes servicios hospitalarios¹.

Si bien analizamos esta es una problemática que no solo abarca nuestro país, sino que se identifica globalmente, de aquí, radica la importancia de realizar documentaciones o investigaciones relacionadas con el tema aportando de alguna manera a una posible solución al sistema de salud, es así como se pretende identificar las actividades que realiza diariamente el personal de enfermería, para detectar cuál es la relación enfermero paciente ideal dentro de la jornada laboral.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

- Definir la relación enfermero-paciente con el fin de brindar una atención segura, humanizada y con calidad en las unidades de cuidados intensivos de un hospital de segundo nivel.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aplicar la herramienta de medición de la relación enfermera paciente en una Unidades de Cuidados Intensivo.
- Tabular la información obtenida de la aplicación de la herramienta de medición de la relación enfermera paciente.
- Sustentar desde el cálculo la propuesta de relación enfermera-paciente en el servicio de cuidados intensivos.

5. PROPÓSITO

Evaluar la razón enfermera paciente por medio de la escala TISS-28 (Herramienta útil para medir la intensidad del tratamiento cuantificado de las intervenciones terapéuticas de enfermería realizadas en los pacientes críticamente enfermos en relación con la severidad de su enfermedad, a la vez sirve para vigilar la carga de trabajo y determinar la relación enfermero-paciente durante las 24 horas¹²) en un hospital de segundo nivel en el servicio de UCI.

¹² BERMÚDEZ, Alicia Escobar, et al. Relación enfermera (o)/paciente según TISS 28. Aplicación clínica en cuidado intensivo. *RFS Revista Facultad de Salud*, 2012, vol. 4, no 2, p. 55-65.

6. MARCOS DE REFERENCIA

6.1 MARCO TEÓRICO

El hospital cuenta con un modelo de atención de enfermería basado en las teorías de los patrones funcionales de Maryori Gordon y el auto cuidado de Dorotea Orem, que ofrece una guía valiosa para los profesionales de enfermería en la planificación y ejecución de cuidados personalizados.

La teoría del autocuidado de Dorothea Orem, desarrollada en la década de 1970, se basa en la premisa de que los seres humanos tienen una capacidad innata para el autocuidado y que este autocuidado es fundamental para mantener la salud y el bienestar. La teoría se estructura en tres conceptos principales: el autocuidado que es definida como la práctica que realizan las personas para mantener la salud y el bienestar, además según Dorotea es una necesidad universal y una capacidad inherente de todos los seres humanos, está a su vez se subdivide en;

6.1.1 Requisitos universales del autocuidado

Asociados a los procesos de la vida, el mantenimiento y funcionamiento humano, donde se incluyen la conservación del aire, agua, alimentos, eliminación, la actividad y el descanso, soledad e interacción social, la prevención de riesgos y promoción de la actividad humana.

6.1.2 Requisitos de autocuidado del desarrollo

Surgen como el resultado de los procesos de desarrollo o estados que afectan el desarrollo humano.

6.1.3 Requisitos de autocuidado de la desviación de la salud

Se derivan de condiciones médicas, diagnósticos o tratamientos que sugieren realizar cambios en el estilo de vida. Como segundo concepto están las deficiencias de autocuidado se consideran cuando las personas no pueden realizar actividades de autocuidado debido a limitaciones físicas, psicológicas o sociales y por esta condición es necesario el cuidado de otros, el último concepto es el sistema de enfermería a través de la cual se proporciona asistencia en el autocuidado, en este orden Dorotea describe 3 sistemas;

6.1.4 Sistema de Enfermería Total

El personal de enfermería asume completamente las responsabilidades de autocuidado del paciente.

6.1.5 Sistema de Enfermería Parcial

El personal de enfermería asume solo algunas responsabilidades de autocuidado del paciente, mientras que el paciente realiza las demás actividades.

6.1.6 Sistema de Enfermería de Apoyo Educativo

El personal de enfermería proporciona educación y apoyo al paciente para que pueda realizar actividades de autocuidado de manera independiente.

Estos conceptos forman la base para comprender cómo y por qué los individuos necesitan asistencia en el cuidado de su salud¹³.

Marjory Gordon desarrolló el modelo de patrones funcionales de salud en 1987 como una estructura para la valoración de la salud que permite a los profesionales de la enfermería evaluar al paciente en un contexto holístico. Basándose en la idea

¹³ PRADO SOLAR, Liana Alicia, et al. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista médica electrónica*, 2014, vol. 36, no 6, p. 835-845.

de que la salud y el bienestar se pueden entender mejor evaluando una serie de patrones divididos en 11 categorías que abarcan diferentes aspectos relacionados con la vida del individuo. Cada patrón refleja un aspecto específico de la salud y el bienestar del paciente como el funcionamiento físico, psicológico y social, permitiendo diseñar intervenciones más efectivas:

6.1.7 Patrón de Percepción y Manejo de la Salud

Este patrón evalúa cómo el individuo percibe su salud y que manejo le da está, esto incluye la valoración de los hábitos de salud, el conocimiento sobre las prácticas saludables y la utilización de servicios de salud.

6.1.8 Patrón de Nutrición e Hidratación

Este patrón examina la cantidad y calidad de la ingesta de alimentos y líquidos, preferencias alimentarias, síntomas gastrointestinales, estado del peso corporal y la hidratación.

6.1.9 Patrón de Eliminación

Este patrón aborda los procesos de eliminación del cuerpo, incluyendo la frecuencia y el carácter de las evacuaciones intestinales y la micción.

6.1.10 Patrón de Actividad y Ejercicio

Evalúa la capacidad del individuo para realizar actividades físicas, capacidad funcional, y cualquier limitación en la movilidad.

6.1.11 Patrón de Sueño y Reposo

Este patrón se centra en los hábitos de sueño y descanso del individuo, evaluando la calidad y cantidad de sueño y su impacto en el bienestar general.

6.1.12 Patrón Cognitivo y Perceptual

Este patrón analiza el funcionamiento cognitivo y perceptual del individuo, incluyendo la memoria, la atención, la percepción sensorial y la toma de decisiones.

6.1.13 Patrón de Autoimagen y Concepto de Sí Mismo

Este patrón explora la percepción del individuo sobre sí mismo, su autoestima y su imagen corporal, así como el impacto en su salud mental y emocional.

6.1.14 Patrón de Rol y Relaciones

Evalúa el papel social del individuo y sus relaciones con los demás, incluyendo la dinámica familiar, el entorno social, el rol ocupacional y el impacto de estas relaciones en su salud.

6.1.15 Patrón de Estrés y Tolerancia al Estrés

Este patrón examina cómo el individuo maneja el estrés y sus mecanismos de afrontamiento frente a las demandas de la vida y nivel de apoyo social.

6.1.16 Patrón Sexual y Reproductivo

Evalúa los aspectos relacionados con la función sexual y reproductiva del individuo, incluyendo la salud sexual, la planificación familiar y la función reproductiva.

6.1.17 Patrón de Adaptación y Tolerancia a la Enfermedad

Se centra en cómo el individuo se adapta a la enfermedad o a condiciones crónicas, y cómo maneja las limitaciones impuestas por su estado de salud para mantener una calidad de vida¹⁴.

¹⁴ CASTELLS, Manuel. Patrones funcionales: una experiencia en el camino de la construcción del conocimiento. *Cuerpo editorial*, 2018, vol. 6, p. 97-102.

6.2 MARCO CONCEPTUAL

6.2.1 Tiss-28

La escala Tiss-28 (Therapeutic Intervention Scoring System-28) es una herramienta que sintetiza la suma de las intervenciones que realiza el profesional de enfermería en las UCI, además cuantifica la gravedad del paciente, dando como resultado la clasificación del tipo de paciente según grados y define la relación enfermero paciente en un periodo de 24 horas, consta de 7 ítems principales y cada ítem con sus actividades correspondientes los cuales en total suman 28, siendo de mayor puntuación la actividad más compleja, mientras la de menor puntuación son la actividades más sencillas.

- Actividades básicas. Subtotal = 16
- Actividades específicas. Subtotal = 13
- Apoyo cardiovascular. Subtotal = 29
- Soporte ventilatorio. Subtotal = 9
- Soporte renal. Subtotal = 8
- Soporte neurológico. Subtotal = 4

Puntaje Total = 79 ³

(Anexo 1)

Según lo anterior la clasificación en grados de la escala Tiss-28 será de acuerdo a el puntaje obtenido y posteriormente dará una relación enfermero-paciente de la siguiente manera;

Grado I, observación 1:4

Grado II, vigilancia activa 1: 4

Grado III, vigilancia intensiva 1:2

Grado IV, terapéutica intensiva 1:2 o 2:1¹⁵

¹⁵CARDONA CELY, Juan Vicente, et al. *Diseño de un instructivo para la implementación de la escala TISS 28 en la Unidad de Cuidados Especiales de una clínica de tercer nivel de Chía*. 2020. Tesis de Licenciatura. Universidad de La Sabana.

6.2.2 Investigación

La investigación se asume como un proceso social que busca dar respuestas a problemas del conocimiento, los cuales pueden surgir de la actitud reflexiva y crítica de los sujetos con relación a la praxis o a la teoría existente, Es considerada proceso. En cuanto ésta se realiza en forma continua y coherente en los diferentes pasos o momentos y apropia o crea un método para la producción de conocimiento. Es social y está determinada por las características del contexto y es orientada por sujetos sociales que en acciones individuales o colectivas intentan dar respuestas a interrogantes planteados en el campo del saber y del hacer.¹⁶

6.2.3 Unidad de cuidados intensivos

La Unidad de cuidados intensivos (UCI) está equipada con tecnología avanzada y personal altamente capacitado para proporcionar un apoyo vital y una atención integral a los pacientes críticamente enfermos.

La Unidad de Cuidados Intensivos es un servicio central dentro de una institución hospitalaria que se dedica a prestar asistencia a los pacientes en situación crítica, potencialmente mortal o que requieren supervisión constante con patología de cualquier tipo (politraumatizados, post-quirúrgicos, patología respiratoria, coronarios, metabólica, etc.) la cual está equipada con tecnología avanzada y personal altamente calificado¹⁷

6.2.4 Cuidado

Es la atención y apoyo necesarios a lo largo de la vida de todas las personas, desde la infancia hasta la vejez, así como momentos de enfermedad o dependencia. También implica cuidar tanto de la salud física como mental, promover un estilo de

¹⁶ Revista Científica de la Universidad Autónoma de Manizales. Concepto de investigación.

¹⁷ VERA CARRASCO, Oscar. Origen y desarrollo histórico de la medicina crítica y unidades de cuidados intensivos en Bolivia. *Revista Médica La Paz*, 2015, vol. 21, no 2, p. 77-90.

vida saludable, facilitar la conciliación entre vida laboral y personal, fomentar relaciones sociales y cuidar del entorno y el medioambiente¹⁸.

6.2.5 Satisfacción

La satisfacción en salud hace referencia a la evaluación subjetiva de la experiencia y percepción de los servicios de atención médica que una persona ha recibido. Por tanto, refleja la diferencia entre el cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que tiene un paciente con respecto al servicio o atención recibida.

Además, este concepto abarca varios aspectos, entre los que se encuentran la calidad asistencial en el tratamiento de los pacientes, la accesibilidad de los servicios y el trato aportado durante la atención¹⁹.

6.2.6 Jornada laboral

Periodo de tiempo durante el cual se trabaja o se desarrolla alguna actividad. Ese horario de trabajo a cumplir es acordado por las partes al firmar el contrato de trabajo²⁰.

6.2.7 Enfermería

La enfermería es una disciplina profesional que abarca cuidados autónomos y en colaboración que se ofrecen a las personas, familias y grupos poblacionales, enfermos o sanos; estos cuidados incluyen la promoción de la salud, la Prevención de la enfermedad y los cuidados de las personas en condición de discapacidad e incluso moribundas¹.

6.2.8 Enfermero

Es el encargado de asistir a los médicos en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes, está capacitado para cumplir sus funciones, trabajando en estrecha

¹⁸ Organización Panamericana de la Salud. Semana del Bienestar: OPS pide abordar los cuidados como un derecho humano y una responsabilidad social.

¹⁹ UNIR. La satisfacción del paciente: qué implica, cómo se mide y claves de mejora.

²⁰ Ministerio de Justicia y Derecho. Jornada Laboral.

colaboración con médicos, terapeutas y otro personal clínico, y ponen en su conocimiento los cambios y novedades. Eso significa que los enfermeros son el asistente médico ideal, es decir, tienen que pensar y planear cómo cubrir todas las necesidades en especial la de atención a las personas, incluyendo sus necesidades emocionales, y tener en cuenta los problemas sociales o personales que puedan tener²¹.

6.2.9 Salud

La salud es una condición fundamental para el desarrollo y la vida de los seres humanos. Es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente como la ausencia de enfermedad o afecciones físicas, lo que implica una funcionalidad adecuada del organismo. Esto comprende la capacidad de realizar actividades cotidianas sin limitaciones físicas, la resistencia a las enfermedades y la capacidad de recuperación frente a los traumas físicos, entre otros factores²².

6.3 MARCO LEGAL

La profesión de enfermería en Colombia está regida por la ley 266 de 1996 por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones, direccionando el cuidado en enfermería con el fin de brindar ayuda eficiente y efectiva a los grupos comunitarios, familias y personas, fundamentada en estándares científicos, éticos, humanos, sociales y sobre todo en valores²³. Además, la ley 911 del 2004 por la cual se dictan disposiciones en materia de la responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones, declara los derechos y responsabilidades del personal profesional de

²¹ EUROINNOVA. Que es enfermero.

²² Clínica Universidad de Navarra. Salud.

²³ DE SALUD PÚBLICA, Subsecretaría, et al. LEY 266 DE 1996 (ENERO 25). 1996.

enfermería²⁴.

6.3.1 Ley 911 del 2004, artículo 7

El profesional de enfermería solamente podrá responder por el cuidado directo de enfermería o por la administración del cuidado de enfermería, cuando la relación de número de personas asignadas para que sean cuidadas por el profesional de enfermería, con la participación del personal auxiliar, tenga en cuenta la complejidad de la situación de salud de las personas y sea tal que disminuya posibles riesgos, permita cumplir con los estándares de calidad y la oportunidad del cuidado

6.3.2 Ley 266 de 1996 Parágrafo del artículo 19

Las disposiciones para el cálculo de personal de enfermería estarán basadas en normas nacionales e internacionales que tengan en cuenta el estado de salud de los usuarios, que demanden mayor o menor tiempo de atención de enfermería.²⁵

6.3.3 Ley 1581 de 2012

Reconoce y protege el derecho que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bases de datos o archivos que sean susceptibles de tratamiento por entidades de naturaleza pública o privada.²⁶

6.3.4 Política Nacional de Humanización en Salud

Entretejemos Esfuerzos en la Construcción de la Cultura de Humanización para el

²⁴ CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 911 de 2004. 2004.

²⁵ DE SALUD PÚBLICA, Subsecretaría, et al. LEY 266 DE 1996 (ENERO 25). 1996.

²⁶ BAQUERO GIRALDO, Hernando Alfonso. Ley 1581 de 2012 protección de datos personales en Colombia. 2015.

Goce Efectivo del Derecho a la Salud y la Dignidad Humana; Reconoce al cuidado integral y humanizado, con especial consideración de los grupos poblaciones más vulnerables que son objeto de una mayor marginación, exclusión y discriminación,²⁷ el aporte a este documento se centra en la sustentación del goce efectivo del derecho a la salud, la protección de la vida y de la dignidad de las personas basadas en la humanización de los servicios brindados a los pacientes.

6.3.5 Resolución 3100 del 2019

Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de los servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el manual de inscripciones de prestadores y habilitación de servicios de salud.²⁸

6.4 MARCO ÉTICO

Por medio del cual se establecen los principios y normas que guían la conducta profesional y asegura que la investigación se realice de manera que respeten la dignidad, los derechos y el bienestar de las personas. El código deontológico es un conjunto de normas y principios específicos que orientan la práctica profesional en situaciones concretas. Estos principios éticos se rigen en;

Dignidad humana: descrita como toda acción profesional de respetar los derechos y autonomía de individuo, en este contexto se asegura que los pacientes sean tratados con respeto independientemente de su condición de salud.

Confidencialidad: se refiere a el manejo de la información de manera confidencial

²⁷ HUMANA, Y. LA DIGNIDAD. PROPUESTA DE POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN DE LA SALUD.

²⁸ DE SALUD, Subsecretaría de Servicios, et al. RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 (NOVIEMBRE 25). 2019.

protegiendo la privacidad del paciente, garantizando que los registros sean seguros.

Competencia profesional: netamente relacionado con el profesional el cual debe cumplir con las funciones para las cuales está capacitado.

Integridad y honestidad: se refiere a la transparencia del actuar como profesional evitando cualquier forma de fraude.

Responsabilidad y rendición de cuentas: cada profesional debe asumir las responsabilidades de sus acciones o decisiones, y estar dispuestos a someterse a revisiones y auditorías cuando sea necesario.

Equidad y justicia: Se debe garantizar que todos los pacientes tengan acceso a los servicios de manera equitativa sin ninguna discriminación.

Lo anterior asegura que los profesionales actúen con integridad y competencia, protegiendo así el bienestar y los derechos de las personas con las que trabajan. La implementación efectiva y la evaluación continua del código deontológico son esenciales para mantener altos estándares de práctica y para fomentar la confianza en la profesión, adaptándolo según el contexto específico de la investigación, manteniendo siempre el enfoque en la ética y el bienestar de las personas involucradas²⁹.

²⁹ Copyright © 2021 by ICN – Consejo Internacional de Enfermeras, 3, place Jean-Marteau, 1201 Ginebra, Suiza

7. METODOLOGÍA

El presente es un ejercicio de investigación desarrollado en dos grandes periodos, el primero se basa en la revisión bibliografía correspondiente a la razón enfermero – paciente, y el segundo periodo de carácter cuantitativo de tipo descriptivo y corte transversal donde se hace uso y/ o aplicación de la escala Tiss-28 realizada en 2 jornadas durante 2 semanas aleatorias, específicamente le día 29 de noviembre del año 2023 y el día 05 de diciembre del año 2023 a los pacientes de las unidades de cuidados intensivos de 4to y 5to piso de un Hospital de segundo nivel.

Las UCI de este Hospital cuentan cada una con 9 cubículos unipersonales para un total de 18 cubículos en los dos pisos, en el contexto anterior la población corresponde a 36 pacientes, sin embargo, la muestra fue de 31 pacientes es decir el 86.1% de la población. El diligenciamiento y medición de la escala se realizó mediante observación directa por parte de una pasante de la universidad de Cundinamarca en compañía y apoyo de enfermeros profesionales y auxiliares de enfermería encargados de cada paciente y de fuentes secundarias como lo son historia clínica virtual.

Criterios de inclusión; pacientes internados en el servicio de UCI durante el periodo de recolección de información. Criterios de exclusión; pacientes hospitalizados en otro servicio diferente a UCI. A continuación, se describen las fases de recolección de la metodología:

7.1 FASE 1 BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Se realizo una búsqueda activa en las bases de datos de Google académico, Scielo, Pubmed, Redalyc, Dialnet, repositorio de la Universidad Nacional, repositorio Universidad de la Sabana. De donde se extrae información relevante que aporta a

la construcción del documento, haciendo uso de las ecuaciones de búsqueda; Ratio enfermero -paciente, relación enfermero -paciente, cuidado, humanización, UCI y escala Tiss-28, filtrando en un periodo de tiempo de 13 años (2008 al 2021) , obteniendo un total de 15 artículos y tesis. Durante la búsqueda bibliográfica se encontraron instrumentos para la medición de número de enfermeras por paciente de acuerdo a la complejidad de los mismos, escalas como TISS, NEMS, SAF, NISS, Omega, NCR y Crew System, basadas en medidas indirectas: miden variables que permiten la estimación del tiempo de indicadores de cuidado, por el contrario están las basadas en medidas directas: miden el tiempo consumido en el cuidado de los pacientes (GRASP, TOSS y NAS), todas aquellas usadas en la actualidad en UCI, sin embargo para nuestra documentación se decide hacer uso de escala Tiss-28 (Therapeutic Intervention Scoring System-28) la cual consta de 7 elementos y 28 criterios, y posee un puntaje individual según su nivel de complejidad.

7.2 FASE 2 DOCUMENTACIÓN

Documentación de la escala seleccionada para su aplicación en las UCI identificando cómo se implementa, que parámetros debe cumplir, como se evalúa y especialmente que resultados se esperan obtener de ella.

La elección de la escala Tiss-28 se realizó teniendo en cuenta su amplitud de evaluación incluyendo intervenciones terapéuticas y el uso de recursos, permitiendo una evaluación más integral de la carga asistencial y las necesidades de los pacientes, su facilidad de implementación, reconocimiento internacional, sensibilidad a cambios y su capacidad para proporcionar información valiosa para la planificación de recursos.

7.3 FASE 3 APLICACIÓN DE LA ESCALA TISS-28

Esta es bien denominada la aplicación en donde es usada la escala Tiss-28, transfiriendo la ya mencionada escala a un Forms de la institución, efectuando el

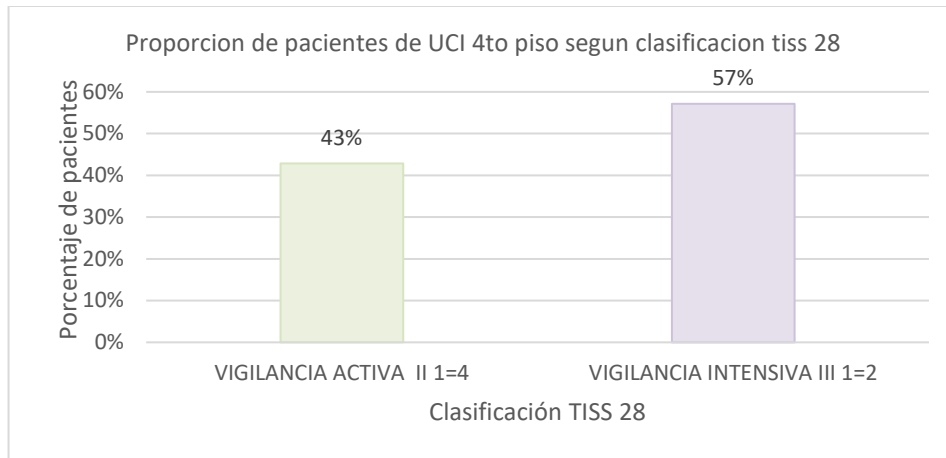
procesamiento electrónico de toda la información, se realizan pruebas para verificar el correcto funcionamiento de esta plataforma y que la información que se registra en ella arroje los resultados esperados, una vez verificado su correcto funcionamiento se realiza la aplicación del instrumento de recopilación de datos (escala Tiss-28) el diligenciamiento de este instrumento se ejecuta durante la prestación de atención de enfermería a los pacientes de la Unidad de Cuidado Intensivo de Adultos de un hospital en los pisos 4to y 5to. La recolección de los datos se realiza por medio de observación directa, fuentes secundarias como expedientes clínicos y preguntas directas al personal a cargo, (enfermeros profesionales y auxiliares de enfermería) obteniendo un total de 31 instrumentos.

7.4 FASE 4 TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Aplicación de la escala en los servicios de UCI 4to y 5to piso de una institución de salud. Finalmente se realiza la respectiva tabulación por medio del aplicativo de Microsoft Excel en donde los datos arrojados son convertidos en gráficos y se realiza su posterior análisis, dando a conocer los resultados obtenidos presentando los hallazgos relevantes, dejando así un precedente de la investigación y los pasos a seguir con este mismo documento.

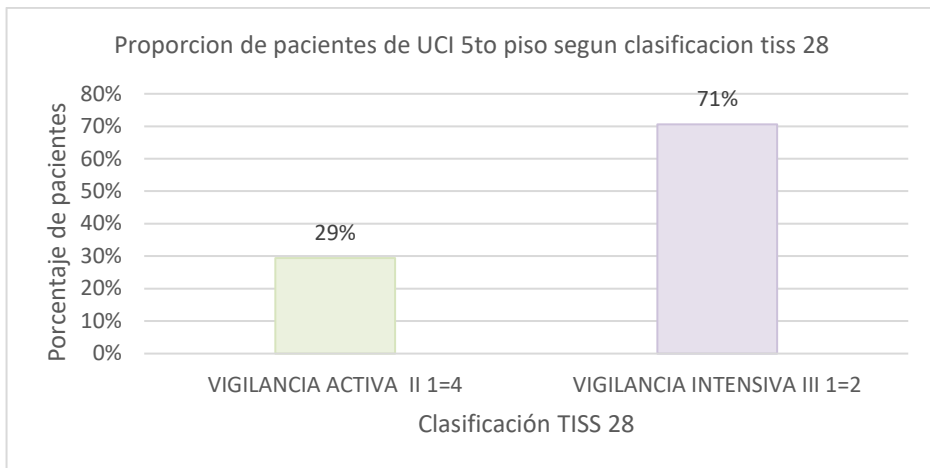
8. RESULTADOS

Se aplicaron un total de 31 escalas TISS-28 durante las 2 semanas aleatorias teniendo en cuenta que durante la aplicación de las listas algunas camas estaban libres; en el siguiente orden la muestra para el cuarto piso corresponde a 14 pacientes y para el quinto piso 17 pacientes.



Fuente: propia, elaborada por el autor. Julio 2024.

El promedio obtenido de la calificación de la escala TISS-28 aplicada a la Unidad de Cuidados intensivos del cuarto piso osciló entre 29 y 39 puntos es decir que de los 14 pacientes de la muestra, es decir el 8 (57%) se encuentra en el grado III vigilancia intensiva correspondiente a (1=2) es decir, que por cada 2 pacientes 1 enfermera para su cuidado, por otro lado encontramos que los restantes 6 pacientes es decir el (43%) obtuvieron una calificación entre 10 y 19 indicando que ese encuentran en la escala en un grado II correspondiente a una vigilancia activa (1=4), lo que sugiere que por cada 4 pacientes debe haber 1 enfermera para su atención.



Fuente: propia, elaborada por el autor. Julio 2024.

Los resultados obtenidos para el quinto piso corresponden a 12 pacientes (71%) una puntuación que oscila entre 29 y 39 puntos correspondiendo es la escala de TISS-28 como grado III siendo así (1=2) y 5 pacientes (29%) indicando que obtuvieron una calificación entre 10 y 19 es decir que se encuentran en grado II correspondiente a una vigilancia activa (1=4).

Ahora bien, si comparamos los dos servicios identificamos que en ambas UCI prevalece el grado III de cuidado o vigilancia intensiva con diferencias porcentuales, evidenciando que en la UCI de quinto piso hay más concurrencia de pacientes y esto a su vez sugiere una significativa necesidad de cuidado individualizado a los pacientes.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que la UCI de cuarto piso es general y la UCI de quinto piso es destinada para aislamientos.

9. ANÁLISIS

Se identifica con los datos cuantitativos arrojados por medio de la aplicación de la escala Tiss-28 de ambos pisos requieren atención especializada y un número adecuado de enfermeras para manejar la alta demanda de cuidados intensivos, evidenciando una mayor carga en el quinto piso indicando que la distribución actual del personal profesional de enfermería en las dos UCI del hospital esta fuera del contexto que indica la herramienta de medición pues indica que para pacientes con vigilancia intensiva se requieren una distribución 1:2 y pacientes con vigilancia activa 1:4 pero actualmente en el hospital existe una relación de 1:9 es decir que esta distribución no está estandarizada de acuerdo a las necesidades de los pacientes y mucho menos teniendo en cuenta las necesidades del personal.

10.RECURSOS MATERIALES

- Dispositivos electrónicos; computador, teléfono móvil, conexión wifi.
- Base de datos derivadas de la información recolectada por medio de listas de chequeo aplicadas en los servicios; UCI 4to piso, UCI 5to piso.
- Base de datos de artículos científicos en donde se evidencia la implementación de las escalas a utilizar.
- Base de datos de las historias clínicas e información proporcionada por la institución.
- Instrumento de aplicación creado por la institución

11.TALENTO HUMANO

Este proceso se llevará a cabo por estudiantes de enfermería de la universidad de Cundinamarca, quienes cuentan con habilidades y conocimientos diversas áreas que les permitirán desempeñarse eficazmente, teniendo en cuenta el manejo de algunos programas como; Microsoft Excel, Word, Forms, páginas Web, Bases de datos, redacción y manejo de la información.

Por otro lado, el personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos participó en el proceso como usuarios finales o colaboradores directos. Su experiencia y conocimientos prácticos en el campo de la enfermería serán fundamentales para garantizar la efectividad y relevancia del proceso en el contexto hospitalario.

12. CONCLUSIONES

La investigación realizada pone de relieve la crítica importancia de establecer y regular la relación enfermero-paciente en los servicios de salud colombianos, especialmente en las Unidades de Cuidados Intensivos. La evidencia obtenida muestra que el desequilibrio actual en esta relación afecta directamente la calidad de la atención brindada, limitando la capacidad de los profesionales de enfermería para ofrecer cuidados personalizados y efectivos. La implementación de normativas específicas que aseguren una proporción adecuada de enfermeros por paciente no solo mejoraría los resultados clínicos, sino que también promovería una atención más humana y cercana, beneficiando tanto a los pacientes como al personal de enfermería.

13.RECOMENDACIONES

Evaluar la necesidad de personal adicional o de reestructuración de turnos para asegurar que el personal pueda manejar la alta demanda de cuidados en el Grado III, especialmente en el quinto piso.

Revisar las políticas de asignación de personal y considerar ajustes según la evolución de las necesidades de los pacientes y la carga de trabajo.

Continuar con la investigación de la relación enfermero-paciente realizando uso de la misma escala o de otras herramientas de medición de la relación enfermero-paciente, considerando que es muy importante tanto para los profesionales, los pacientes, la institución y en general el sistema de salud de Colombia.

14. BIBLIOGRAFÍA

DE ARCO-CANOLES, Oneys del Carmen; SUAREZ-CALLE, Zuleima Karina. Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. *Universidad y salud*, 2018, vol. 20, no 2, p. 171-182

GALLEGO, Miladys; LEAL, Milena; RAMOS, Ximena. Elementos teóricos del cuidado de enfermería en UCI. *Revista Repertorio de Medicina y Cirugía*, 2009, vol. 18, no 2, p. 76-81.

FERNÁNDEZ PINZÓN, Yuly Andrea; VANEGAS VARGAS, Carolina; VARGAS, Jeimy Leonela. La razón (ratio) enfermera-paciente: relación con los resultados en los pacientes y esfuerzos por establecerlo por la ley. *Carrera de Enfermería*, 2009.

JARAMILLO FORERO, Francy Janneth. *Razón enfermero-paciente y razón auxiliar de enfermería-paciente y su relación con los indicadores de calidad sensibles a enfermería en una unidad de cuidado intensivo adulto en una IPS de Bogotá*. 2013. Tesis Doctoral.

SÁNCHEZ BOLÍVAR, Mayra Alejandra, et al. Identificación de estrategias para la humanización y calidad en la prestación de los servicios de salud en Bogotá Colombia. 2017.

PARRA, Dora Ines; CAMARGO-FIGUERA, Fabio Alberto; GÓMEZ, Rocío Rey. Eventos adversos derivados del cuidado de enfermería: flebitis, úlceras por presión y caídas. *Enfermería global*, 2012, vol. 11, no 4.

MEJÍA SOLANO, Paola Maddeleyne; MURGA LUIS, Sany Noemi. Sobrecarga laboral y calidad de cuidado del profesional de enfermería desde la perspectiva del usuario. 2019.

CRIADO, C. Bravo. Cómo calcular la ratio enfermera-paciente. *Rev Esp Pediatr [Internet]*, 2016, vol. 72, no 1, p. 83-7.

DEL VALLE SOLÓRZANO, Karen Sofía. La sobrecarga laboral del personal de enfermería que influye en la atención a pacientes. *Revista San Gregorio*, 2021, vol. 1, no 47, p. 165-179.

RAMÍREZ ZÚÑIGA, Jesús Andrés. Ratio profesional de enfermería: paciente en unidad de cuidados intensivos adultos (UCIA) de IPS privadas y sus implicaciones en la responsabilidad civil. 2019.

DE ARCO-CANOLES, Oneys del Carmen; SUAREZ-CALLE, Zuleima Karina. Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. *Universidad y salud*, 2018, vol. 20, no 2, p. 171-182.

BERMÚDEZ, Alicia Escobar, et al. Relación enfermera (o)/paciente según TISS 28. Aplicación clínica en cuidado intensivo. *RFS Revista Facultad de Salud*, 2012, vol. 4, no 2, p. 55-65.

PRADO SOLAR, Liana Alicia, et al. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista médica electrónica*, 2014, vol. 36, no 6, p. 835-845.

CASTELLS, Manuel. Patrones funcionales: una experiencia en el camino de la construcción del conocimiento. *Cuerpo editorial*, 2018, vol. 6, p. 97-102.

Revista Científica de la Universidad Autónoma de Manizales. Concepto de investigación. VERA CARRASCO, Oscar. Origen y desarrollo histórico de la medicina crítica y unidades de

cuidados intensivos en Bolivia. *Revista Médica La Paz*, 2015, vol. 21, no 2, p. 77-90.

Organización Panamericana de la Salud. Semana del Bienestar: OPS pide abordar los cuidados como un derecho humano y una responsabilidad social.

UNIR. La satisfacción del paciente: qué implica, cómo se mide y claves de mejora. Ministerio de Justicia y Derecho. Jornada Laboral.

EUROINNOVA. Que es enfermero.

Clínica Universidad de Navarra. Salud.

DE SALUD PÚBLICA, Subsecretaría, et al. LEY 266 DE 1996 (ENERO 25). 1996.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 911 de 2004. 2004.

DE SALUD PÚBLICA, Subsecretaría, et al. LEY 266 DE 1996 (ENERO 25). 1996.

BAQUERO GIRALDO, Hernando Alfonso. Ley 1581 de 2012 protección de datos personales en colombia. 2015.

HUMANA, Y. LA DIGNIDAD. PROPUESTA DE POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN DE LA SALUD.

DE SALUD, Subsecretaría de Servicios, et al. RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 (NOVIEMBRE 25).

15. ANEXOS

15.1.1 Anexo 1: Escala TISS-28 usada en el hospital

Tabla 1. Sistema simplificado de calificación de la intervención terapéutica (TISS-28).

Items	Punto	Actividades
Actividades básicas	5	Vigilancia estándar. Signos vitales horarios, registro regular y cálculo de balance hídrico.
	1	Laboratorio. Investigaciones bioquímicas y microbiológicas.
	2	Medicación única. Intravenosa, intramuscular, subcutánea, y/u oral (p. ej. SNG).
	3	Medicación intravenosa múltiple. Más de un medicamento, dosis únicas o infusiones.
	1	Cambios rutinarios de ropa. Cuidado y prevención de úlceras de decúbito y cambios diarios de ropa.
	1	Cambios frecuentes de ropa. Al menos una vez por turno y/o cuidado extenso de herida.
	3	Cuidado de drenajes. Todos, excepto SNG.
Apoyo ventilatorio	5	Ventilación mecánica. Cualquier forma de ventilación mecánica/asistida con o sin PEEP, con o sin relajante muscular; respiración espontánea con PEEP.
	2	Apoyo ventilatorio suplementario. Respiración espontánea a través de una cánula endotraqueal sin PEEP; oxígeno suplementario por cualquier método, excepto si aplican parámetros de ventilación mecánica.
	1	Cuidado de vía aérea artificial. Cánula endotraqueal o traqueostomía.
	1	Tratamiento para mejorar la función pulmonar. Fisioterapia torácica, inspirometría incentiva, inhaloterapia, succión intratraqueal.
Apoyo cardiovascular	3	Un solo vasoactivo. Cualquier droga Vasoactiva.
	4	Múltiples vasoactivos. Más de un vasoactivo, independientemente del tipo y dosis.
	4	Reemplazo intravenoso de grandes pérdidas hídricas. Administración de líquidos > 3 L/m ² día, independientemente del tipo de líquido administrado.
	5	Catéter arterial periférico.
	8	Vigilancia de aurícula izquierda. Catéter arterial pulmonar con o sin medición de gasto cardiaco.
	2	Catéter venoso central.
3	Reanimación cardiopulmonar después de paro en las últimas 24 horas (no incluye el golpe precordial).	
Apoyo renal	3	Técnicas de sustitución de la función renal.
	2	Medición del gasto urinario (p. ej. con sonda vesical).
	3	Diuresis activa (p. ej. furosemida > 2.5 mg/kg día para sobrecarga).
Apoyo neurológico	4	Medición de la presión intracraneal.
Apoyo metabólico	4	Tratamiento de acidosis/alcalosis metabólica complicada.
	3	Nutrición parenteral.
	2	Nutrición enteral. A través de la SNG u otra ruta gastrointestinal (p. ejemplo. yeyunostomía).
Intervenciones específicas	3	Intervención específica única en la UCI. Intubación naso/orotraqueal, introducción de marcapasos, cardioversión, cirugía de emergencia en las últimas 24 horas.
	5	Intervenciones específicas múltiples en la UCI. Más de una de las descritas arriba.
	5	Intervenciones específicas fuera de la UCI.

15.1.2 Anexo 2. Escala TISS-28 usada en el hospital

26/7/24, 12:05 a.m. ESCALA DE TISS - 28/ RATIO ENFERMERA - PACIENTE

ESCALA DE TISS - 28/ RATIO ENFERMERA - PACIENTE

No todos los pacientes tienen la misma gravedad, tampoco son iguales las técnicas y tratamientos que se les aplican; es más, estas pueden variar a lo largo de la estancia del paciente. Con el fin de medir el esfuerzo terapéutico en los pacientes críticos y la carga asistencial de enfermería, se tiene una escala TISS (sistema **de clasificación de los cuidados de enfermería**).

Es una herramienta efectiva y práctica que permite medir y **cuantificar** la carga de trabajo de enfermería de una unidad o servicio. Esta evalúa diversas actividades enfermeras adjudicándoles una puntuación determinada a cada una de ellas en función del tiempo de enfermería que consumen. Esta escala evalúa distintas actividades enfermeras dándoles una puntuación determinada a cada una de ellas según el tiempo de enfermería que consumen. Así se puede calcular algunos de los costos en los servicios.

** Indicar que la pregunta es obligatoria **

1. NOMBRE DEL PACIENTE *

2. DOCUMENTO DE IDENTIDAD *

<https://docs.google.com/forms/d/198BD0UR8j-vtZ5vY9U-d8uL4yqJzJ84uV798Y6d4> 1/11

26/7/24, 12:05 a.m. ESCALA DE TISS - 28/ RATIO ENFERMERA - PACIENTE

3. Número de Cama *

4. EDAD *

5. SERVICIO *

Marca solo un óvalo.

Unidad de Cuidados Intensivos 5 piso

Unidad de Cuidado intensivo 4 piso

6. Profesional de enfermería

7. Auxiliar de enfermería

ACTIVIDADES BÁSICAS

8. Vigilancia estándar. Signos vitales horarios, registro regular y cálculo de balance hídrico. * 5 puntos

Marca solo un óvalo.

SI

NO

<https://docs.google.com/forms/d/198BD0UR8j-vtZ5vY9U-d8uL4yqJzJ84uV798Y6d4> 2/11

26/7/24, 12:05 a.m. ESCALA DE TISS - 28/ RATIO ENFERMERA - PACIENTE

9. Laboratorio. Investigaciones bioquímicas y microbiológicas. * 1 punto

Marca solo un óvalo.

SI

NO

10. Medicación única. Intravenosa, intramuscular, subcutánea, y/u oral (p. ej. * 2 puntos SNG).

Marca solo un óvalo.

SI

NO

11. Medicación intravenosa múltiple. Más de un medicamento, dosis únicas o * 3 puntos infusiones.

Marca solo un óvalo.

SI

NO

12. Cambios rutinarios de ropa. Cuidado y prevención de úlceras de decúbito y * 3 puntos cambios diarios de ropa.

Marca solo un óvalo.

<https://docs.google.com/forms/d/198BD0UR8j-vtZ5vY9U-d8uL4yqJzJ84uV798Y6d4> 3/11

26/7/24, 12:05 a.m. ESCALA DE TISS - 28/ RATIO ENFERMERA - PACIENTE

SI

NO

<https://docs.google.com/forms/d/198BD0UR8j-vtZ5vY9U-d8uL4yqJzJ84uV798Y6d4> 4/11

34. **Intervenciones específicas múltiples en la UCI. Más de una de las descritas arriba.**

* 5 puntos

Marca solo un óvalo.

SI

NO

35. **Intervenciones específicas fuera de la UCI. ***

5 puntos

Marca solo un óvalo.

SI

NO

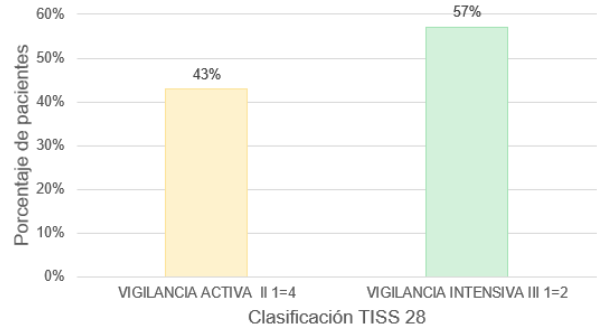
Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formulario

TOTAL	
35	VIGILANCIA INTENSIVA III 1=2
28	VIGILANCIA INTENSIVA III 1=2
26	VIGILANCIA INTENSIVA III 1=2
32	VIGILANCIA INTENSIVA III 1=2
20	VIGILANCIA INTENSIVA III 1=2
24	VIGILANCIA INTENSIVA III 1=2
22	VIGILANCIA INTENSIVA III 1=2
18	VIGILANCIA ACTIVA II 1=4
28	VIGILANCIA INTENSIVA III 1=2
18	VIGILANCIA ACTIVA II 1=4
15	VIGILANCIA ACTIVA II 1=4
17	VIGILANCIA ACTIVA II 1=4
17	VIGILANCIA ACTIVA II 1=4
18	VIGILANCIA ACTIVA II 1=4

Muestra paN° PTES	
VIGILANCIA ACTIVA II 1=4	43% 6
VIGILANCIA INTENSIVA III 1=2	57% 8

Proporcion de pacientes de UCI 4to piso segun clasificacion tiss 28



TOTAL	
24	VIGILANCIA INTENSIVA III 1=2
19	VIGILANCIA ACTIVA II 1=4
16	VIGILANCIA ACTIVA II 1=4
34	VIGILANCIA INTENSIVA III 1=2
38	VIGILANCIA INTENSIVA III 1=2
38	VIGILANCIA INTENSIVA III 1=2
29	VIGILANCIA INTENSIVA III 1=2
33	VIGILANCIA INTENSIVA III 1=2
31	VIGILANCIA INTENSIVA III 1=2
21	VIGILANCIA INTENSIVA III 1=2
15	VIGILANCIA ACTIVA II 1=4
34	VIGILANCIA INTENSIVA III 1=2
25	VIGILANCIA INTENSIVA III 1=2
33	VIGILANCIA INTENSIVA III 1=2
19	VIGILANCIA ACTIVA II 1=4
27	VIGILANCIA INTENSIVA III 1=2
16	VIGILANCIA ACTIVA II 1=4

Muestra pacientes		N° PTES
VIGILANCIA ACTIVA II 1=4	29%	5
VIGILANCIA INTENSIVA III 1=2	71%	12

Proporcion de pacientes de UCI 5to piso segun clasificacion tiss 28

