

VALORACIÓN DE CUIDADOS PERDIDOS EN PACIENTES COVID – 19, EN UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA



Autor: Paula María González Hernández

Tutora: Natalia Rodríguez Novo

Grado en Enfermería

Facultad de Ciencias de la Salud: Sección Enfermería

Sede Tenerife

Universidad de La Laguna

Junio 2022

RESUMEN

La seguridad del paciente es un aspecto prioritario en la atención sanitaria, debido al importante incremento de los gastos y de la morbimortalidad, cuando se producen errores en la atención sanitaria. La enfermera es la responsable del cuidado del paciente y muchas veces, debido a diversos factores como los recursos laborales, materiales y la relación y comunicación con el resto del equipo, se producen los llamados cuidados perdidos, que se encuentran dentro de los errores de omisión y no han sido tan estudiados como los errores de comisión.

La pandemia producida por el virus SARS – CoV – 2, ha supuesto un importante impacto económico en muchos sistemas sanitarios de todo el mundo. Ante una escasez de enfermeras para cubrir la demanda de las unidades de críticos, muchas tuvieron que ser reubicadas desde sus antiguos servicios a Unidades de Cuidados Intensivos, sin formación previa, lo que, según estudios, ha propiciado la pérdida de cuidados y, por tanto, un empeoramiento de la calidad asistencial.

Este estudio tiene como objetivo, identificar la pérdida de cuidados en los pacientes COVID – 19 de la UCI del Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria, mediante el cuestionario MISSCARE Survey en su versión validada en español OMICE. Se proporcionará un código QR para que las enfermeras y TCAES del servicio puedan auto cumplimentar la encuesta. Los datos serán analizados por un estadístico por medio del programa SPSS, obteniendo así frecuencias absolutas y relativas, medidas de tendencia central y dispersión.

Palabras clave: cuidado perdido de enfermería, enfermera, unidad cuidados intensivos (UCI), COVID – 19.

ABSTRACT

Patient safety is a priority in health care, due to the significant increase in costs and morbidity and mortality when errors occur in health care. The nurse is responsible for patient care and often, due to various factors such as labour resources, materials and the relationship and communication with the rest of the team, the so-called lost care occurs, which are among the errors of omission and have not been studied as much as errors of commission.

The SARS - CoV - 2 pandemic has had a major economic impact on many healthcare systems around the world. Faced with a shortage of nurses to meet the demand in critical care units, many had to be relocated from their former services to Intensive Care Units without prior training, which, according to studies, has led to a loss of care and, therefore, a worsening of the quality of care.

The aim of this study is to identify the loss of care in COVID - 19 patients in the ICU of the Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria, using the MISSCARE Survey questionnaire in its validated version in Spanish OMICE. A QR code will be provided so that the nurses and TCAES of the service can self-complete the survey. The data will be analysed by a statistician using the SPSS programme, obtaining absolute and relative frequencies, measures of central tendency and dispersion.

Key words: missed nursing care (MNC), nurse, intensive care unit (ICU), COVID – 19.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 MARCO TEÓRICO.....	2
1.1.1 Definición de enfermería.....	2
1.1.2 Unidad de Cuidados Intensivos.....	3
1.1.3 Pandemia por el virus SARS – CoV – 2.....	5
1.1.4 Cuidados perdidos	7
1.2 ANTECEDENTES	8
1.2.1 Evolución de la enfermería como profesión a lo largo del tiempo... 8	
1.2.2 Influencia de los cuidados de enfermería en la seguridad del paciente y su relación con los cuidados perdidos	11
1.2.3 Factores asociados a los cuidados perdidos de enfermería y la pandemia COVID – 19	14
2. JUSTIFICACIÓN.....	17
2.1 Objetivos.....	17
3. METODOLOGÍA	19
3.1 Diseño	19
3.2 Población y muestra	19
3.2.1 Criterios de inclusión.....	19
3.2.2 Criterios de exclusión	19
3.3 Instrumento de medida	20
3.4 Variables de estudio.....	20
3.5 Método de recogida de la información	25
3.5.1 Análisis estadístico	25
3.5.2 Procesamiento de datos.....	26
3.6 Consideraciones éticas	26
3.7 Logística	27

3.9 Presupuesto	27
4. BIBLIOGRAFÍA	29
5. ANEXOS	34
ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO	34
ANEXO 2. CUESTIONARIO OMICE	35
ANEXO 3. PERMISO A LA GERENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA.....	44
ANEXO 4. INSTRUCCIONES PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO... 	45

1. INTRODUCCIÓN

Los cuidados perdidos son definidos como “*aquel aspecto del cuidado que siendo necesario es omitido de forma total o parcial o diferido en el tiempo*”¹. Estos se engloban dentro de los errores de omisión y hasta hace relativamente poco no irrumpieron en la literatura científica a pesar de que fuera algo común en la atención sanitaria¹.

Para la OMS, la seguridad del paciente es una prioridad de la atención pues los errores en la asistencia no solo suponen un aumento en los costes para los sistemas de salud, sino también provocan un efecto adverso en el paciente que puede empeorar su calidad de vida o alargar la estancia hospitalaria, con los inconvenientes que esto conlleva para los usuarios².

La figura de la enfermera constituye una pieza fundamental en la seguridad del paciente, dado que es la responsable de los cuidados del mismo. No obstante, diversos factores como la carga laboral, el entorno de trabajo, la disponibilidad de material o la propia comunicación entre el equipo de salud, propician que ciertos cuidados sean omitidos o retrasados, lo que influye en los resultados en salud de los pacientes³. Además, estudios aseguran que los hospitales con menor ratio enfermera – paciente tienen mayores tasas de mortalidad y peores resultados en salud⁴.

La pandemia COVID – 19, ha supuesto un fuerte impacto en los sistemas sanitarios de todo el mundo, algunos ya muy presionados económicamente⁵. La falta de enfermeras ya era un problema anterior que se agravó con la pandemia. Para poder atender a todos estos pacientes con una patología desconocida y que en la mayoría de los casos cursaban con clínica grave, muchas enfermeras tuvieron que ser reubicadas de sus anteriores servicios a otros nuevos como las unidades de críticos. Este cambio de enfermeras a unidades de cuidados especializados de forma abrupta y sin formación previa favoreció que muchos cuidados fueran omitidos o retrasados⁵. Además, la falta de equipos de protección individual (EPI) y el miedo a contraer una enfermedad desconocida contribuyeron aún más a que ciertos cuidados no se realizasen con el consiguiente impacto negativo que esto tiene para el paciente⁶.

1.1 MARCO TEÓRICO

1.1.1 Definición de enfermería

La enfermería, hoy día, ha sido definida por múltiples organismos, instituciones y teóricas enfermeras según su forma de entender la misma. La Organización Mundial de la Salud (OMS) enuncia que la enfermería *“abarca el cuidado autónomo y colaborativo de personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos y en todos los entornos⁷.”*

Para Dorothea Orem, teórica enfermera precursora de la Teoría de Enfermería del déficit de autocuidado, el objetivo de la enfermería radica en *“ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad⁸”.*

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) establece a la enfermería como *“parte integral del sistema de atención de salud, abarca la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados que se prestan a quienes padecen enfermedades físicas, enfermedades mentales, y a las personas discapacitadas de todas las edades, en todos los entornos de atención de salud y en otros ámbitos de la comunidad⁹”.*

Como se expresa anteriormente en todas las definiciones, el eje central de la enfermería es el cuidado de las personas tanto sanas como enfermas en todas sus esferas. Un estudio de análisis conceptual expresó que la competencia enfermera integra habilidades y conocimientos adquiridos, que se incorporan y adaptan a las diferentes circunstancias de la persona¹⁰.

A través de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias establece en su Título I, del Ejercicio de las Profesiones Sanitarias, Artículo 7, diplomados sanitarios a las enfermeras en el que se les otorga el poder de dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la prevención de enfermedades y discapacidades¹¹.

Actualmente, según el Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, existen siete especialidades de enfermería: enfermería obstétrico – ginecológica (matrona), enfermería de salud mental, enfermería geriátrica, enfermería del trabajo, enfermería de cuidados

médico – quirúrgicos, enfermería familiar y comunitaria y enfermería pediátrica. Para obtener el título de especialista y ejercer en todo el territorio nacional es necesario la obtención del título de diplomado universitario o equivalente (actualmente grado de Enfermería), haber realizado de forma íntegra la formación de especialista y superar las evaluaciones establecidas, además de depositar los derechos de expedición del título¹².

1.1.2 Unidad de Cuidados Intensivos

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se define como *“una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes que, siendo susceptibles de recuperación, requieren soporte respiratorio o que precisan soporte respiratorio básico junto con soporte de, al menos, dos órganos o sistemas; así como todos los pacientes complejos que requieran soporte por fallo multiorgánico, la UCI puede atender a pacientes que requieren un menor nivel de cuidados¹³.”*

El Ministerio de Sanidad elaboró en el año 2010 el documento “Unidad de Cuidados Intensivos: estándares y recomendaciones” según informes y estudios en el que recomienda unos requisitos mínimos para asegurar la calidad de los cuidados. Entre ellos se encuentran¹³:

- Equipo multidisciplinar que integre:
 - Supervisor médico
 - Médico adjunto responsable UCI presencial 24 horas
 - Supervisor de enfermería que coordine al resto de profesionales
 - Médicos intensivistas
 - Enfermeras
 - Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería
 - Celadores

Además, el servicio debe procurar:

- Ratio enfermera – paciente, según complejidad
- Sistema de intercambio de información entre los profesionales, formalizado
- Evolución y registro diario de los pacientes
- Protocolización de la actividad médica y de enfermería

- Manual de organización y funcionamiento en el que se refleje el organigrama, cartera de servicios, disposición física de la unidad y normas

En cuanto a los recursos físicos, la UCI debe estar ubicada en una zona diferenciada del hospital, con acceso rápido a otros servicios como urgencias o el bloque quirúrgico¹³.

En Canarias, la Orden de 15 de junio de 2000, por la que se establecen las condiciones mínimas que deben cumplir los centros hospitalarios de la Comunidad Autónoma de Canarias, establece que la Unidad de Medicina Intensiva debe contar con un especialista en medicina intensiva las 24 horas. En cuanto a los boxes, debe contar con dos tomas de oxígeno, dos de vacío, aire medicinal y monitor de parámetros hemodinámicos. Además, su estructura debe permitir visualizar a todos los pacientes y el acceso inmediato¹⁴.

La Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria, se encuentra en la planta cuarta del bloque central. Está formada por 30 boxes separados en 3 módulos, cada uno con 10 camas. Inicialmente, cada módulo estaba destinado a un tipo de patologías: neurotrauma, polivalente y coronarias¹⁵. Actualmente esta clasificación no se realiza debido a la pandemia COVID – 19. Cada box cuenta con el mismo material ubicado en el mismo sitio, disponiendo en cada uno un lado de infusión y otro de monitorización.

En cuanto al personal de la unidad, en cada turno debe haber 5 enfermeras y 3 técnicos auxiliares en cuidados de enfermería. La ratio enfermera – paciente depende de la complejidad de estos, siendo normalmente de 1:2 o 1:1¹⁵.

Como se mencionó anteriormente, en este tipo de unidad ingresan pacientes graves, normalmente pluripatológicos, en las que es necesario cubrir en ocasiones la función de más de un órgano vital, ya sea la función renal, cardíaca o pulmonar. Por ello, en este tipo de unidades la función de la enfermera es vital para los pacientes, dado que son las encargadas de administrar drogas vasoactivas, manejar la ventilación mecánica o técnicas depurativas.

Asimismo, la enfermera también debe conocer las distintas patologías y complicaciones que puedan tener lugar, para poder anticiparse en caso de complicaciones en el paciente. Por tanto, en las UCI, el personal de enfermería debe estar correctamente formado para poder cuidar de forma óptima estos pacientes¹⁶.

No obstante, la formación de las enfermeras en la UCI no es el único factor que predispone unos óptimos cuidados, sino también la ratio enfermera – paciente, pues muchos estudios evidencian la asociación entre morbi – mortalidad en unidades de críticos y el déficit de enfermeras en las plantillas¹⁷.

1.1.3 Pandemia por el virus SARS – CoV – 2

El SARS – CoV – 2 es un virus de ARN monocatenario, que produce la enfermedad COVID – 19¹⁸. Pertenece a la familia de los coronavirus junto al SARS – CoV y el MERS – CoV, responsables de infecciones respiratorias agudas. Los síntomas más comunes que produce son fiebre, tos, cansancio y pérdida del gusto o el olfato. Otros menos comunes son dolor de garganta, dolor de cabeza, mialgias, diarrea, erupción cutánea o irritación ocular. Pese a que la mayoría de las personas que se infecten desarrollarán una clínica leve / moderada, algunas pueden presentar formas más graves de la enfermedad como neumonía -manifestada por fiebre, tos, disnea y opacidades pulmonares bilaterales en radiología de tórax- que en algunos casos evolucionan a síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) y fallo multiorgánico¹⁹²⁰.

La transmisión del virus se produce de forma aérea, de persona a persona mediante gotas de Flügge y tocando superficies contaminadas y a su vez a los ojos, nariz y boca. Además, se ha demostrado que se mantiene en suspensión durante varios minutos u horas en espacios cerrados o mal ventilados. Una vez que la persona se contagia, tardará alrededor de dos días en presentar síntomas -pico máximo de la infección- y durante los siete días posteriores esta irá disminuyendo²¹.

Como todos los virus, este también ha sufrido diversas mutaciones genéticas para propagarse y maximizar la replicación de su genoma. Dada la gran cantidad de mutaciones que puede sufrir un virus, estas se clasifican en²²:

- **Variant of concern (VOC):** corresponden a las variantes de mayor interés para la salud pública. Estas pueden tener un mayor impacto debido a múltiples factores como mayor transmisibilidad, gravedad de infección, disminución de la efectividad de vacunas, etc.
- **Variant of interest (VOI):** constituyen las variantes de menor interés para la salud pública debido a menor capacidad de infección, transmisión y escape a la respuesta inmunitaria.

Durante los años de pandemia, la secuencia del virus ha sufrido mutaciones debido a ciertas características virales como la gravedad de la enfermedad, la transmisibilidad, la resistencia a fármacos y antigenicidad²³. Las principales variantes del SARS – CoV – 2 han sido las variantes Alfa, Beta, Gamma, Delta y Ómicron. La variante Delta era predominante en España, cursando una mayor gravedad clínica y una pequeña disminución de la eficacia vacunal²². En cuanto a la variante Ómicron, diversos estudios han encontrado una menor tasa de hospitalización de los pacientes infectados, pero sí una mayor infectividad²⁴.

Actualmente las principales vacunas contra el COVID – 19 son la Pfizer – BioNTech, Moderna y Janssen de Johnson & Johnson, todas de ARN mensajero (ARNm)²⁵. Este tipo de vacuna es novedosa pues las vacunas convencionales estaban compuestas de virus atenuados o inactivados, que eran inyectados en nuestro organismo para desarrollar una respuesta inmunitaria; mientras que las vacunas de ARNm consisten en la creación de dicho ARNm, para que enseñe a las células de nuestro organismo a crear una proteína o una porción de la misma que desencadene la respuesta inmunitaria²⁶.

Asimismo, cada una de las principales vacunas se encuentra recomendada para una población en concreto y en un esquema de vacunación diferente²⁶:

- **Pfizer – BioNTech**: recomendada a personas > 5 años en un esquema de dos dosis aplicadas con un intervalo de tres semanas. Tras 5 meses desde la última dosis del esquema principal, los mayores de 12 años podrán recibir una dosis de refuerzo.
- **Moderna**: recomendada a personas > 18 años en un esquema de dos dosis aplicadas con un intervalo de cuatro a ocho semanas. Se recomienda, al menos 5 meses después de la última dosis del esquema principal, administrar un refuerzo.
- **Janssen de Johnson & Johnson**: recomendada a personas > 18 años en un esquema principal de una dosis. A los mayores de 18 años se les podrá administrar una dosis de refuerzo de Pfizer – BioNTech o Moderna al menos 2 meses después de la dosis única.

Estas vacunas de ARN proporcionan frente a la nueva variante Ómicron una protección del 55,2% para Pfizer y de un 36,7% para Moderna -tras un mes después de la vacunación primaria-. No obstante, muchos países como Sudáfrica, Canadá y Reino Unido han reportado casos más leves de la enfermedad, con una menor tasa de ingresos hospitalarios y mortalidad²⁷.

1.1.4 Cuidados perdidos

Los cuidados de enfermería perdidos, en inglés *missed nursing care* (MNC), son definidos como “*aquel aspecto del cuidado que siendo necesario es omitido de forma total o parcial o diferido en el tiempo*”. Estos forman parte de lo que se conoce como error de omisión, que son aquellas tareas o cuidados que no se realizan (por ejemplo, no realizar una cura) y son más difíciles de reconocer que los errores de comisión (por ejemplo, administrar un medicamento incorrecto). Estos representan un problema mayor, pues se ha documentado que existen casos en los que se produce más daño por no hacerlo que por hacerlo de forma incorrecta²⁸.

Beatrice J. Kalisch, autora de referencia en los cuidados perdidos, fue la primera en identificar este fenómeno en 2006, al realizar un estudio cualitativo sobre los MNC en un grupo de 25 enfermeras y auxiliares en dos hospitales. Se definieron nueve elementos del cuidado de enfermería omitidos con regularidad y siete temas relacionados con las razones del personal para omitir estos cuidados. Gracias a esa investigación, se identificó la clara necesidad de delimitar más el concepto y las razones por las que este se produce.

Entre los factores que Kalisch identificó, que propician los cuidados perdidos, se encuentran²⁹ (figura 1):

1. **Recursos laborales**

Hacen referencia al número de enfermeras y auxiliares disponibles en relación con la cantidad de pacientes y sus demandas de cuidado.

2. **Recursos materiales**

Disponibilidad de material, medicamentos y suministros necesarios para que las enfermeras puedan llevar a cabo los cuidados.

3. **Diversos factores de relación y comunicación**

Se centran en la comunicación, no solo entre el equipo de enfermería sino con el resto del equipo multidisciplinar (médicos, auxiliares...) y la calidad de la comunicación entre estos.

Figura 1. Factores que propician los cuidados perdidos



Fuente: elaboración propia²⁸.

1.2 ANTECEDENTES

1.2.1 Evolución de la enfermería como profesión a lo largo del tiempo

La historia de la Enfermería comienza con la historia de los cuidados, pues estos son el elemento básico de las relaciones humanas y de su supervivencia. Al principio de los tiempos se realizaban de forma intuitiva y no se tenía preparación ni retribución. Era una actividad instintiva y realizada de forma casi exclusiva por las mujeres³⁰.

Cada sociedad y cultura tenía una concepción diferente sobre la salud y la enfermedad, pero siempre, cuando uno de sus miembros requería de cuidados eran proporcionados por miembros de su mismo grupo, que iban adquiriendo experiencia y generando conocimientos que se transmitían de generación en generación.

Durante miles de años la figura de la mujer era la de cuidadora, cuyas principales tareas eran el cuidado del hogar y el cuidado de los enfermos. El cristianismo tuvo una gran influencia en arraigar el concepto del cuidado y la atención de salud motivado por la caridad y la ayuda al prójimo. Las primeras órdenes de mujeres cuidadoras estuvieron formadas por monjas y diaconisas, gracias a un mayor estatus de la mujer romana y la visión de la igualdad ante Dios de hombres y mujeres.

El papel de estas primeras enfermeras era poseer una profunda motivación religiosa, sacrificio por los demás, humildad y desprendimiento de lo material, ayudando a los demás a través de los cuidados a enfrentarse a la enfermedad y la muerte con una escasa valoración social y cultural. Una figura muy reconocida de esta época romana fue Marcela, considerada matrona de la enfermería primitiva que fundó en el palacio de Aventino el primer hospital gratuito de Roma³⁰.

No obstante, no fue hasta la llegada de Florence Nightingale en el siglo XIX, que se produce una separación entre la enfermería basada en la caridad y la ayuda al prójimo de forma desinteresada y sin evidencia, a la enfermería moderna cuyas bases son la evidencia científica y el empoderamiento de las mujeres en la profesión³¹.

En un contexto histórico de la época Victoriana (1837 – 1901), la Revolución Industrial estaba transformando el mundo mediante avances científico – técnicos que constituyen las bases de lo que actualmente es nuestra vida moderna.

Florence Nightingale fue una mujer atípica a su época. Estudió una de sus grandes pasiones, las matemáticas, con diferentes personajes importantes -algo inusual en las mujeres de aquella época-. No obstante, la falta de aplicación de estas y la necesidad de hacer algo mayor en su vida, la llevó a formarse en enfermería, a pesar de que sus padres estaban en contra, por su clase y su educación. En aquella época, la Enfermería no era valorada y era considerada como ayudante del médico. Sin embargo, Florence Nightingale se formó durante 3 meses en el hospital, orfanato y escuela del pastor Theodor Fliedner, en 1836, como enfermera y durante los siguientes años continuó formándose por otros países del mundo.

No fue hasta La Guerra de Crimea (1853 – 1856) que Florence Nightingale marcó un antes y un después en la Enfermería. Ella llegó, junto a otras 38 enfermeras voluntarias, para comprobar las condiciones de insalubridad en las que se encontraban los militares británicos, pues muchos se encontraban postrados en el suelo. Inmediatamente, Nightingale solicitó la construcción de un hospital de guerra en el que impuso estrictas normas de higiene, como el lavado de manos. Gracias a estas medidas, se dio a conocer a la prensa británica y europea como “La Dama de la Lámpara”, por las visitas a los enfermos hospitalizados. Gracias a sus estrictas medidas de higiene y aseo, consiguió reducir la mortalidad del ejército británico del 42 al 2% y fue nombrada miembro de la Real Sociedad de Estadística en 1858 por sus aportes y registros de la Guerra de Crimea³².

En 1860 fundó la Escuela de Entrenamiento y Hogar Nightingale en el hospital de St. Thomas, en Londres, la cual se basaba en dos principios: 1. Las enfermeras debían adquirir práctica y experiencia en los hospitales y 2. Debían vivir en un hogar adecuado para formar una vida moral y disciplinada. Su objetivo era transformar la mala imagen de la enfermería del pasado a ser una profesión respetable³³.

A partir de este momento, se asientan las bases para una futura profesionalización de la Enfermería, con una base técnica y cuerpo propio como es actualmente. Para ello ha sido necesario el surgimiento de teóricas enfermeras tan reconocidas como Virginia Henderson o Dorothea Orem³⁴. A lo largo de los años 80, la enfermería comienza a construir las bases de disciplina y cuerpo propio de conocimientos, con la responsabilidad que eso conlleva en la atención de salud de la población³⁵.

En nuestro país, la enfermería ha sufrido una profunda evolución, pues en algo más de 50 años la Enfermería española ha pasado de tener las funciones de Ayudante Técnico Sanitario (ATS), a formar parte de la comunidad universitaria y poder doctorarse.

En un principio, el título de enfermería no estaba formalizado como tal, sino que fue incorporado junto a matrona y practicante con el Real Decreto 4 de diciembre 1953, en ATS, donde se regulaba su formación y sus escuelas. Además, durante los años 60 surgieron una serie de especialidades para estos nuevos ATS.

No fue hasta el Decreto 2128/1977 de 23 de junio, que estos ATS se incorporarían a la comunidad universitaria bajo la denominación de Diplomado Universitario en Enfermería. En 1987, con el Real Decreto 992/1987, se contemplaron siete especialidades de enfermería: obstétrico – ginecológica (matrona), familiar y comunitaria, pediátrica, enfermería en salud mental, geriátrica, enfermería del trabajo y de cuidados médico – quirúrgicos.

Gracias a la incorporación de España a la Comunidad Económica Europea en 1986, España accedió al Espacio Europeo de Educación Superior, donde se implementó el Plan Bolonia, que ampliaba la formación enfermera hasta los cuatro años bajo la denominación de Grado Universitario en Enfermería (figura 2) y permitió a las enfermeras acceder a los máster y doctorados, tal y como se produce actualmente³⁶.

Figura 2. Evolución legal de la Enfermería en España



Fuente: elaboración propia³⁵

1.2.2 Influencia de los cuidados de enfermería en la seguridad del paciente y su relación con los cuidados perdidos

La seguridad del paciente es definida por la OMS como “*una disciplina de la atención de la salud que surgió con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención de la salud y el consiguiente aumento de los daños a los pacientes en los centros sanitarios*”².

Los sistemas de salud actuales son cada vez más complejos y esto hace que sean más propensos a cometer errores, por ello, la seguridad del paciente tiene como objetivo reducir riesgos, errores y daños a los pacientes durante el proceso de la atención sanitaria².

A pesar de que el error es inherente al ser humano, no es solo este factor el que propicia un error en la asistencia, sino además elementos del propio paciente, de los procedimientos que se vayan a llevar a cabo, la estructura, el material, el equipamiento o la organización. No obstante, existe una cultura punitiva ante el error, en vez de analizar los factores que favorecieron que se produjera.

Existen dos líneas de pensamiento relacionadas con la seguridad asistencial. Estas son³⁷:

1. **La teoría del error de Reason:** afirma que el ser humano es propenso a cometer errores y esto no puede ser eliminado. Los esfuerzos deben dirigirse a que el error sea más difícil de cometerse en vez de castigar a las personas por cometerlos.

2. **La cultura de la seguridad:** se centra en no castigar a quien comete un error sino utilizarlo para aprender de él y los factores por los que pudo ser cometido.

La seguridad del paciente tiene como principal antecedente el informe “*To Err is human*” del Instituto de Medicina de los Estados Unidos publicado en 1999, en el que se revisaron 30.000 historias de pacientes y encontraron un 3,7% de eventos adversos en la atención de los cuales consideraron que el 58% eran evitables y un 13,6% resultaron fatales. Estos datos se extrapolaron a los 33,6 millones de hospitalizaciones anuales en el año en el que se realizó el estudio y se concluyó que se podían producir entre 44.000 y 98.000 muertes al año por eventos adversos de la atención de salud³⁷.

A partir de este momento, muchos otros estudios acerca de la seguridad del paciente fueron publicados. Por ello, la Organización Mundial de la Salud publicó en 2004 la “Alianza por la seguridad del paciente”, promoviendo acciones, herramientas y recomendaciones para mejorar la seguridad en todo el mundo³⁸.

En nuestro país, se realizó en 2006 el estudio ENEAS (Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización) en el que, de forma parecida al informe estadounidense, se revisaron 5624 historias de pacientes de distintos hospitales de España y se observaron un 8,4% de eventos adversos en la atención, de los cuales un 42,8% eran evitables y un 4,4% resultaron en la muerte del paciente. Estos datos fueron extrapolados a los 4,6 millones de hospitalizaciones que se produjeron en el año 2006 y se encontró que 7.388 muertes pudieron ser evitadas³⁷.

En 2005 el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) creó la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud (SNS) en colaboración con las Comunidades Autónomas para promover y mejorar la cultura de la seguridad en el sistema sanitario, incorporar la gestión del riesgo, formar a los pacientes y a los profesionales e implementar prácticas seguras. Este fue actualizado en el periodo 2015 – 2020 y cuenta con 6 líneas estratégicas³⁸:

- Cultura de seguridad, factores humanos, organizativos y formación
- Prácticas clínicas seguras
- Gestión del riesgo y sistemas de notificación y aprendizaje de los incidentes
- La participación de los pacientes y ciudadanos por su seguridad
- Investigación en seguridad del paciente
- Participación internacional

No obstante, los errores que afectan a la seguridad del paciente no se manifiestan de una sola forma. El error es definido como “*el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto*”³⁹. Este se puede manifestar,

mediante error de comisión, que consiste en hacer algo de forma errónea y el error de omisión, que consiste en no llevar a cabo la tarea prevista. En el ámbito de la enfermería, un error de comisión podría ser, por ejemplo, administrar un fármaco incorrecto y un error de omisión el no realizar una cura³⁹.

Los errores de omisión en enfermería son un fenómeno estudiado relativamente reciente, esto podría ser debido a que son más difíciles de reconocer que los errores de comisión -y por ello representan un problema mayor-. Estos errores se definen como “cuidados de enfermería perdidos”, que se definen como *“cualquier aspecto de la atención que requiera el paciente que se omite o retrasa significativamente”*³⁹.

Beatrice J. Kalisch es autora de referencia en los “missed nursing care” (cuidados de enfermería perdidos), cuando publicó un estudio cualitativo sobre los cuidados de enfermería perdidos sobre un grupo de 25 enfermeras y auxiliares de enfermería en dos hospitales. Se definieron 9 elementos de los cuidados de enfermería perdidos con regularidad, entre los que se encuentran: deambulación, retrasos o ausencia de alimentación, educación al paciente, apoyo emocional, higiene, registro de entradas y salida y vigilancia. Además, también se añadieron 7 temas relativos al personal de enfermería por el cual estos cuidados eran perdidos: poco personal, mala gestión del personal existente, tiempo necesario para las intervenciones de enfermería, relaciones en el equipo de trabajo, delegación ineficaz, hábito y negación.

En su estudio, Kalisch aborda que, las enfermeras son plenamente conscientes de que existen cuidados que no se llevan a cabo, pero no se reconoce abiertamente, ya sea por miedo a las repercusiones, culpabilidad o impotencia entre otros²⁹.

Esta herramienta ha sido validada en diferentes países como Turquía, Portugal, Islandia¹, Italia⁴⁰ y en España por el Dr. Óscar Rey Luque, en su tesis doctoral⁴¹.

La evidencia científica afirma que, la omisión de cuidados durante la atención sanitaria conlleva a resultados negativos en el paciente como una mayor tasa de mortalidad, infecciones, UPP, prolongación de estancias, caídas o eventos adversos. Asimismo, la evidencia relaciona una mayor tasa de atención enfermera con la reducción de la mortalidad y de los eventos adversos³. Por tanto, se puede suponer que para que existan unos cuidados de enfermería íntegros, es importante que los factores como el equipo multidisciplinar, la ratio enfermera – paciente, el material y los recursos se encuentren en armonía.

1.2.3 Factores asociados a los cuidados perdidos de enfermería y la pandemia COVID – 19

En diciembre de 2019 se registró en la ciudad de Wuhan (China) 27 casos de un brote de neumonía de causa desconocida de los cuales siete eran graves. El cuadro clínico de síntomas que caracterizaba esta neumonía atípica incluía fiebre, dificultad para respirar y lesiones infiltrativas en ambos pulmones. Esta enfermedad se propagó con rapidez y el 9 de enero de 2020 se hizo público que se trataba de un nuevo virus que pertenecía a la familia de coronavirus: el SARS – CoV – 2⁴².

Los primeros coronavirus fueron descritos en la década de 1960. Estos se clasifican en cuatro géneros: alfa, beta, gamma y delta. Actualmente, son siete variedades pertenecientes a los alfacoronavirus y betacoronavirus, que causan infección en humanos.

En las últimas décadas, han sido tres los brotes de coronavirus que han provocado tres pandemias importantes^{43 44}:

1. SARS (2002 – 2003)

Tiene su origen, al igual que la actual pandemia por SARS – CoV – 2, en China, en esta ocasión en la ciudad de Foshan. El cuadro clínico consistía en una “neumonía atípica”, que afectó a más de 8000 personas en 37 países y dejó 916 muertes.

2. MERS (2012 – 2019)

Este coronavirus fue el causante del Síndrome Respiratorio de Oriente Medio detectado por vez primera en Arabia Saudí, que cursaba con neumonía severa asociada a fallo renal. Para 2014 se detectaron 707 casos y 252 muertes, no obstante, continuaron reportándose casos hasta 2019.

3. SARS – CoV – 2

En diciembre de 2019 se reportaron una serie de casos de una neumonía de origen viral en la ciudad china de Wuhan, tras haber visitado un conocido mercado de animales exóticos. La enfermedad que causaba este nuevo tipo de coronavirus se denominó COVID – 19 y su cuadro clínico estaba formado por fiebre, dificultad para respirar y lesiones infiltrativas en ambos pulmones.

Su rápida expansión produjo la declaración de pandemia por la OMS el 11 de marzo de 2020⁴². A día de hoy, se han reportado más de 425 millones de casos y más de 5 millones de fallecidos a nivel mundial⁴⁵.

Tras la declaración de pandemia por la OMS el 11 de marzo de 2020, el 14 de marzo del mismo año fue declarado el Estado de Alarma en España mediante el Real Decreto 463/2020 de 14 de marzo, para la gestión de la situación sanitaria ocasionada por el COVID – 19. Mediante este Decreto, el gobierno español pudo decretar un confinamiento domiciliario a la población española durante 15 días, manteniendo abiertas solo aquellas áreas económicas consideradas esenciales. Este confinamiento tenía como objetivo alcanzar el pico de contagios y posteriormente “aplanar” la curva para comenzar a desescalar⁴⁶.

En cuanto a los hospitales españoles, el personal sanitario se enfrentó a diversos estresores laborales como jornadas de trabajo intensas, sobrecarga asistencial, medidas de seguridad estricta, escasez de equipos de protección individual, realización de tareas para las que no estaban habituados, aislamiento social, etc. Todos estos factores pusieron en riesgo tanto la salud física como mental del personal sanitario, en un ya muy presionado sistema de salud⁴⁷.

Los problemas psicológicos que propició la pandemia, pudieron perjudicar el rendimiento del personal de enfermería y en la capacidad de llevar a cabo sus cuidados, no solo por el miedo a contraer el virus y la falta de medios de equipos de protección individual, sino también por la grave escasez de enfermeras. Esta mayor demanda de cuidados y la disminución de recursos, empujó al personal de enfermería a dar prioridad a una serie de cuidados (como el estado de oxigenación, ventilación, administración de medicación...), dejando otros a un lado como menos importantes (higiene personal, vigilancia de enfermería, comunicación e interacción con el paciente...)⁶.

Los cuidados de enfermería perdidos se asocian con mayores resultados negativos para los pacientes y constituyen una amenaza tanto para la seguridad como la atención del paciente. En la situación de pandemia, los pacientes COVID – 19 requerían un tipo de atención nueva y específica, por lo que se necesitaron nuevos enfoques. Esto supuso el desconocimiento, en muchas ocasiones, del personal de enfermería en su forma de actuar y una mayor cantidad de cuidados perdidos, que se asocia a mayores tasas de morbilidad y reingresos. No solo eso, para satisfacer la demanda de pacientes con COVID – 19, una gran cantidad de enfermeras fueron reubicadas de sus servicios normales

cambiando de especialidad, lo que propició una priorización de cuidados, volviendo de nuevo al error de omisión, por lo que supone un perjuicio para los pacientes^{5 48}.

2. JUSTIFICACIÓN

Durante la pandemia COVID – 19, se ha demostrado la importancia de la figura de la enfermera para el cuidado de los pacientes y su recuperación. Además, las Unidades de Cuidados Intensivos han sido las protagonistas de la pandemia pues, como se mencionó anteriormente, los pacientes graves con COVID – 19 se trataban en estas unidades.

La falta de enfermeras ante un sistema de salud presionado económicamente, la novedad en el abordaje de estos pacientes, la falta de recursos materiales (sobre todo mascarillas y equipos de protección individual) y la incertidumbre y el miedo ante un virus desconocido, son factores importantes que pueden propiciar la pérdida de cuidados.

Datos de la OMS afirman que, 1 de cada 10 pacientes de países industrializados sufren eventos adversos, mientras reciben cuidados de salud, lo que supone un importante aumento en los costes².

La calidad y seguridad del paciente es importante para los sistemas de salud, no solo a nivel ético, sino también a nivel financiero.

Enfermería juega un papel fundamental en la calidad y seguridad del paciente, ya que es el principal proveedor de cuidados.

El cuidado perdido de enfermería o “*missed nursing care*”, se define como “*cualquier aspecto de la atención que requiera el paciente que se omite o retrasa significativamente*”³.

Muchos estudios demuestran que una mayor tasa de cuidados de enfermería disminuye la mortalidad y los eventos adversos en los pacientes. Es por ello que, una omisión de cuidados de enfermería repercute negativamente en la salud del paciente.

Este proyecto pretende, valorar si se produce pérdida de cuidados en los pacientes COVID – 19, en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nuestra Señora de La Candelaria.

2.1 Objetivos

Este proyecto tiene como objetivo general:

- Identificar la pérdida de cuidados en la Unidad de Cuidados Intensivos del HUNSC, en relación con la opinión de los profesionales de enfermería

En cuanto a los objetivos específicos:

- Especificar cuáles son los cuidados más omitidos en la Unidad de Cuidados Intensivos, referidos por los profesionales
- Determinar los factores que causan esta pérdida de cuidados
- Analizar el impacto de estos cuidados perdidos, en los pacientes
- Identificar la pérdida de cuidados en pacientes COVID – 19

3. METODOLOGÍA

3.1 Diseño

Se realizará un estudio descriptivo y transversal, en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria (HUNSC).

3.2 Población y muestra

La población de estudio serán las enfermeras y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria. En cuanto a la muestra, serán todas aquellas enfermeras y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería que cumplan con los criterios de inclusión del estudio.

Para participar en el estudio, se solicitará un consentimiento informado que debe ser rellenado por el participante y entregado a la supervisión de la unidad (**Anexo 1**).

3.2.1 Criterios de inclusión

Se tomarán como criterios de inclusión:

- Enfermeras que hayan trabajado en el servicio con pacientes COVID – 19, durante un periodo mínimo de 6 meses, desde que comenzó la pandemia en 2020
- Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAES) que hayan trabajado en el servicio con pacientes COVID – 19, durante un periodo mínimo de 6 meses, desde que comenzó la pandemia en 2020
- Enfermeras y TCAES que hayan trabajado en la Unidad de Cuidados Intensivos durante un periodo mínimo de 1 año, previamente a la pandemia
- Enfermeras y TCAES que hayan rellenado el consentimiento informado expresando de esa forma que quieren participar en el proyecto

3.2.2 Criterios de exclusión

Se tomarán como criterios de exclusión:

- Enfermeras que, a pesar de haber trabajado en la UCI durante el periodo de pandemia, no hayan trabajado con pacientes COVID – 19
- TCAES que, a pesar de haber trabajado en la UCI durante el periodo de pandemia, no hayan trabajado con pacientes COVID – 19

3.3 Instrumento de medida

El instrumento de medida que se utilizará, será la herramienta validada MISSCARE Survey, para valorar la percepción de los cuidados omitidos y sus posibles causas, en su versión en español OMICE (Cuestionario sobre la percepción de la Omisión de los Cuidados Enfermeros) (**Anexo 2**), versión validada al español por el Dr. Rey Luque.

La herramienta OMICE se divide en tres partes bien diferenciadas. La primera consta de 24 ítems donde se preguntan cuestiones relacionadas con las características demográficas como la formación, condiciones laborales y satisfacción con el puesto de trabajo. La segunda parte (Sección A) contiene 28 cuestiones, en las que se pregunta acerca de elementos del cuidado omitidos que el profesional debe marcar desde “siempre (se omite)” hasta “nunca (se omite)”. Por último, la tercera parte del cuestionario (Sección B) abarca los motivos por los que se omiten los cuidados en 19 cuestiones en las que el profesional debe marcar desde “motivo muy importante” hasta “no es un motivo para la omisión de cuidados”.

Para poder cumplir con los criterios de inclusión y exclusión del estudio se añadirá la siguiente pregunta obligatoria antes de empezar el cuestionario: ¿ha trabajado con pacientes COVID - 19 durante un período mínimo de 6 meses? En función de si la respuesta es afirmativa o negativa, se incluirá o desechará el cuestionario del participante.

3.4 Variables de estudio

Este proyecto de investigación tendrá en cuenta las siguientes variables de estudio, agrupadas de forma:

3.4.1 Perfil de los encuestados

- Pregunta filtro: ¿ha trabajado en los últimos 6 meses con pacientes COVID – 19?
— Variable cualitativa de respuesta dicotómica (sí / no)

3.4.2 Características demográficas

- Nombre del hospital donde trabaja
 - Variable cualitativa de respuesta abierta
- Carácter administrativo del hospital
 - Variable cualitativa de respuesta politómica (público, privado, concertado, otra...)
- Nombre de la unidad donde trabaja
 - Variable cualitativa de respuesta abierta
- Tipo de unidad
 - Variable cualitativa de respuesta politómica (especialidades médicas, quirúrgicas, médico – quirúrgicas, geriatría, cuidados paliativos, urgencias, otra...)
- Paso la mayor parte de mi jornada laboral en la misma unidad
 - Variable cualitativa de respuesta dicotómica (sí / no)
- Educación
 - Variable cualitativa de respuesta politómica (educación primaria o equivalente, secundaria, título técnico de grado medio, de grado superior, universitario, máster, doctorado)
- Título de mayor cualificación (enfermeras)
 - Variable cualitativa de respuesta politómica (diplomado, graduado, máster o postgrado en enfermería, máster o grado en una rama distinta a enfermería, doctor)
- Especialidad de enfermería
 - Variable cualitativa de respuesta dicotómica (sí / no)
- Indicar especialidad (en caso de respuesta afirmativa)
 - Variable cualitativa de respuesta abierta
- Título de mayor cualificación (TCAE)
 - Variable cualitativa de respuesta politómica (título técnico grado medio, grado superior, grado en enfermería, máster o posgrado en enfermería, máster o grado en una rama distinta a enfermería)
- Sexo
 - Variable cualitativa dicotómica (hombre / mujer)
- Edad
 - Variable cuantitativa expresada en años
- Nombre del puesto
 - Variable cualitativa de respuesta politómica (enfermero, auxiliar, coordinador de unidad o turno, supervisor de enfermería, otra...)

- Situación laboral
 - Variable cualitativa de respuesta politómica (temporal, fijo, eventual, interino, con plaza, funcionario, otra...)
- Horas realizadas a la semana
 - Variable cuantitativa de respuesta politómica (< 35 horas semanales, entre 35 – 38 horas semanales, entre 38 y 40 horas semanales, > 40 horas semanales)
- Horario de trabajo
 - Variable cualitativa de respuesta politómica (mañanas, tardes, noches, turno rotario de mañanas / tardes o noches, turno rotatorio de diurnos / nocturnos)
- Horas trabajadas por turno
 - Variable cuantitativa de respuesta politómica (turno de 7 horas, 8 horas, 10 horas, 12 horas, otra...)
- Experiencia laboral
 - Variable cuantitativa de respuesta politómica (6 meses o menos, entre 6 meses y 2 años, entre 2 y 5 años, entre 5 y 10 años, más de 10 años...)
- Horas extras trabajadas en los últimos 3 meses
 - Variable cuantitativa de respuesta politómica (ninguna, 1 – 12 horas, más de 12 horas)
- Turnos faltados
 - Variable cuantitativa de respuesta politómica (ninguno, 1 día o turno, 2 – 3 días o turnos, 4 – 6 días o turnos, > 6 horas o turnos)
- Previsión de abandono del puesto
 - Variable cualitativa de respuesta politómica (en los próximos 6 meses, en el próximo año, no tengo previsto dejarlo, dependerá del tipo de contrato)
- Frecuencia en la que opina que la dotación de personal en la unidad es adecuada
 - Variable cuantitativa de respuesta politómica (100% del tiempo, 75% del tiempo, 50% del tiempo, 25% del tiempo, 0% del tiempo)
- Carga laboral
 - Variable cuantitativa de respuesta politómica (100% del tiempo, 75% del tiempo, 50% del tiempo, 25% del tiempo, 0% del tiempo)
- Pacientes atendidos en el último turno
 - Variable cuantitativa de respuesta abierta
- Ingresos recibidos en el último turno
 - Variable cuantitativa de respuesta abierta
- Altas atendidas en el último turno

- Variable cuantitativa de respuesta abierta
- Grado de satisfacción con el puesto
 - Variable cualitativa ordinal (muy satisfecho, satisfecho, ni satisfecho ni insatisfecho, insatisfecho, muy insatisfecho)
- Labor desempeñada y trabajo en equipo
 - Variable cualitativa ordinal (muy satisfecho, satisfecho, ni satisfecho ni insatisfecho, insatisfecho, muy insatisfecho)
- Grado de satisfacción respecto al trabajo en equipo de la unidad
 - Variable cualitativa ordinal (muy satisfecho, satisfecho, ni satisfecho ni insatisfecho, insatisfecho, muy insatisfecho)

3.4.3 **Sección A: Omisión de cuidados enfermeros**

- Hacer caminar o deambular a los pacientes tres veces al día o según indicación
- Cambios posturales a los pacientes cada 2 horas o según indicación
- Dar de comer a los pacientes cuando la comida está todavía caliente
- Preparar y ofrecer la comida a los pacientes que comen solos
- Administrar medicación en un plazo de 30 minutos antes o después de la hora programada
- Evaluar las constantes vitales según indicación
- Supervisar y controlar las ingestas / excreciones
- Complimentar toda la documentación con los datos necesarios
- Dar educación sanitaria y proporcionar al paciente información sobre su enfermedad, pruebas y estudios diagnósticos
- Apoyar emocionalmente al paciente
- Apoyar emocionalmente a los familiares
- Higiene / baño / cuidados de la piel de los pacientes
- Cuidado bucal de los pacientes
- Lavado de manos del profesional encargado del cuidado
- Planificación y coordinación familiares y/u otros niveles asistenciales del alta del paciente
- Control de la glucemia capilar conforme a la prescripción
- Evaluación de pacientes en cada turno
- Reevaluación según el estado de los pacientes
- Evaluación y cuidados de las vías venosas periféricas conforme a las directrices del servicio u hospital

- Evaluación y cuidados de las vías venosas centrales conforme a las directrices del servicio u hospital
- Responder a la llamada de los pacientes o timbres en los primeros 5 minutos desde su activación
- Administrar medicación prescrita a demanda del paciente (según precise) en los primeros 15 minutos desde que la solicita
- Evaluar el efecto o la efectividad de los medicamentos administrados
- Asistir a reuniones interdisciplinarias de equipo, relacionados con el cuidado de los pacientes, cuando se celebren
- Asistencia a las necesidades de eliminación de los pacientes dentro de los 5 minutos desde su solicitud
- Cuidado de la piel y de las heridas
- Cuidados relacionados con el patrón sueño – descanso (respeto de horarios)
- Cuidados relacionados con el patrón respiratorio (por ejemplo, manejo de secreciones administración de aerosoles, fisioterapia respiratoria)

Todas son variables cualitativas ordinales (siempre se omite, frecuentemente se omite, ocasionalmente se omite, raramente se omite, nunca se omite).

3.4.4 Sección B: motivos por los que se omiten los cuidados enfermeros

- Dotación inadecuada de enfermeros
- Situaciones de urgencia con determinados pacientes (por ejemplo, cuando empeora el estado de un paciente)
- Aumento inesperado del número de pacientes o de las situaciones de urgencia en la unidad
- Dotación inadecuada de personal auxiliar y/o administrativo (por ejemplo, auxiliares de enfermería, técnicos, secretarios/as de la unidad, etc.)
- Asignación descompensada de pacientes
- Medicamentos no disponibles cuando se requieren
- Inadecuado cambio de turno con el equipo anterior o con el equipo de la unidad que remite o traslada al paciente
- No se proporciona la atención requerida en otros departamentos (por ejemplo, no se ha hecho andar al paciente en la sesión de fisioterapia)
- Los suministros / equipos no están disponibles cuando se necesitan
- Los suministros / equipos no funcionan correctamente cuando se necesitan
- Falta de apoyo o respaldo entre los miembros del equipo

- Tensión o problemas de comunicación con otros departamentos DE APOYO
- Tensión o problemas de comunicación en el EQUIPO DE ENFERMERÍA
- Tensión o problemas de comunicación con el PERSONAL MÉDICO
- El auxiliar de enfermería no comunica que no se ha proporcionado el cuidado
- El profesional responsable del cuidado estaba fuera de la unidad
- Elevada carga de trabajo por ingresos y altas hospitalarias
- Problemas de funcionamiento o lentitud de los sistemas informáticos
- Excesiva carga en labores administrativas

Todas son variables cualitativas ordinales (motivo muy importante, motivo importante, motivo poco importante, no es un motivo para la omisión de cuidados).

3.5 Método de recogida de la información

Para llevar a cabo este proyecto de investigación, se utilizará una herramienta validada para conocer el grado omisión de cuidados de enfermería en los pacientes COVID – 19 de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria.

Previamente se solicitará permiso a la gerencia del Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria (**Anexo 3**) y una vez se cuente con las autorizaciones, se solicitará colaboración a los supervisores de enfermería de la unidad para que comuniquen al personal el tipo de estudio que se llevará a cabo. Para evitar realizar reuniones en horario laboral, se les entregará a los trabajadores un folleto informativo en el que se detallarán los objetivos del proyecto y se proporcionará un medio de contacto para resolver las dudas que puedan surgir.

Posteriormente, se le proporcionará varias copias de un código QR (**Anexo 4**), para que sean colocados en los controles de enfermería de cada módulo de la UCI para facilitar el acceso al cuestionario. Además, se les proporcionará a las enfermeras y auxiliares de enfermería una contraseña para que puedan realizar el cuestionario en formato electrónico en la plataforma *Google Forms* y puedan enviar la encuesta.

3.5.1 Análisis estadístico

Para analizar las preguntas de la encuesta, se utilizarán frecuencias absolutas y relativas, medidas de tendencia central y dispersión.

En cuanto a la Sección A, que evalúa la omisión de cuidados de enfermería, se estudiará como una escala de tipo Likert, donde se tomará como cuidado de enfermería perdido la respuesta “siempre / frecuentemente / ocasionalmente se omite” y como cuidado no perdido las respuestas “raramente / nunca se omite”.

Con respecto a la Sección B, motivos por los que se omiten los cuidados enfermeros, también se estudiarán las respuestas como una escala de tipo Likert, en la que los ítems se puntúan del 1 – 4: “motivo muy importante, motivo importante, motivo poco importante, no es un motivo para la omisión de cuidados.”

3.5.2 Procesamiento de datos

Para el análisis de los datos, se contratará un estadístico que utilizará el programa estadístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) para el sistema operativo IOS, con el que se obtendrán frecuencias absolutas y relativas, medidas de tendencia central y dispersión y se elaborarán diagramas de barras para el posterior análisis de los datos obtenidos.

3.6 Consideraciones éticas

Para poder llevar a cabo el proyecto se comunicará con la Gerencia del Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria acerca del objetivo del estudio y la unidad donde será llevado a cabo para obtener los permisos pertinentes.

En cuanto a los aspectos éticos, se mantendrá en todo momento la confidencialidad de los participantes del estudio y se preservarán los datos individuales que se obtengan, de acuerdo con la Ley Orgánica de Protección de Datos 15/1999, de 13 de diciembre).

3.7 Logística

Para la realización de este proyecto se ha elaborado un cronograma que se encuentra a continuación:

	SEMANAS																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Búsqueda bibliográfica	■	■	■	■	■	■	■	■																
Objetivos y justificación								■																
Adaptación de cuestionario a formato electrónico									■															
Diseño de permisos										■														
Información a los participantes											■	■												
Realización del cuestionario por parte de los profesionales														■	■	■	■	■						
Recogida de datos																			■					
Análisis de los datos																				■	■			
Redacción de resultados																						■	■	
Conclusiones																								■

3.9 Presupuesto

Para llevar a cabo el proyecto de investigación serán necesario tanto recursos materiales como humanos que se encuentran desglosados en la siguiente tabla:

	Concepto	Precio (euros)
Recursos materiales	Impresora + tóner	184 euros
	Folios	5 euros
	Ordenador	1245 euros
	Programa SPSS (1 mes suscripción)	95 euros
	Material de oficina (bolígrafos, etc.)	15 euros
	Otros	100 euros
Recursos humanos	Estadístico	315 euros
	Total presupuesto: 1959 euros	

Para el cálculo del presupuesto se han tomado como referencia los precios de los recursos materiales de la página amazon.com. También se han incluido 100 euros como

gastos variables para cubrir los distintos desplazamientos o cualquier otro gasto que pueda surgir durante la realización del mismo.

4. BIBLIOGRAFÍA

1. Meijome Sánchez JM. El camino de los cuidados perdidos. RqR Enfermería Comunitaria (Revista SEAPA) [Internet]. 2016 [citado 22 marzo 2022]; 4 (2): 6 – 12. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5501372>
2. Seguridad del paciente [Internet]. Who.int. 2022 [citado 22 marzo 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
3. Hernández Valles JH, Moreno Monsiváis MG, Interrial Guzmán MG, Vázquez Arreola L. Cuidado de enfermería perdido en pacientes con riesgo o con úlceras por presión. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2016 [citado 22 marzo 2022]; 24: 1 – 8. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/BDBxH8NzyFf4J8qtF4WhNG/?format=pdf&lang=es>
4. Ayuso Fernández MA, Gómez Rosado JC, Barrientos Trigo S, Rodríguez Gómez S, Porcel Gálvez AM. Impacto de la ratio paciente – enfermera en los resultados de salud en los hospitales públicos del Servicio Andaluz de Salud. Estudio ecológico. Enferm Clin [Internet]. 2021 [citado 22 de marzo 2022]; 31 (6): 344 – 354. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-impacto-ratio-paciente-enfermera-resultados-salud-S1130862120305544>
5. Obregón Gutiérrez N, Puig Calsina S, Bonfill Abella A, Forrellat González L, Subirana Casacuberta M. Cuidados perdidos y calidad de los cuidados durante la pandemia por COVID – 19: factores y estrategias influyentes. Enferm Clin [Internet]. 2022 [citado 22 marzo 2022]; 32 (1): 4 – 11. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-cuidados-perdidos-calidad-cuidados-durante-S1130862121001091>
6. Labrague LJ, De los Santos JAA, Fronda DC. Factors associated with missed nursing care and nurse-assessed quality of care during the COVID – 19 pandemic. J Nurs Manag [Internet]. 2022 [citado 22 marzo 2022]; 30 (1): 62 – 70. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34590383/>
7. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 24 marzo 2022] Enfermería. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermeria>
8. Navarro Peña Y, Castro Salas M. Modelo de dorothea orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Enferm glob [Internet]. 2010 [citado 17 marzo 2022]; (19). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004&lng=es
9. Consejo Internacional de Enfermería [Internet]. CIE; 2002 [consultado 16 marzo 2022]. Definición de enfermería. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/definiciones>
10. Fukada M. Nursing Competency: Definition, Structure and Development. Yonago Acta Med [Internet]. 2018 [citado 25 marzo 2022]; 61 (1): 1-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5871720/>
11. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado, número 280, (publicado 22 de noviembre de 2003).
12. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. Boletín Oficial del estado, número 108, (publicado 7 de mayo de 2005).

13. Ministerio de Sanidad y política social. www.msps.es [Internet]. Unidad de Cuidados Intensivos: estándares y recomendaciones. 2010 [citado 21 marzo 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>
14. Orden de 15 de junio de 2000 por la que se establecen las condiciones mínimas que deben cumplir los centros hospitalarios de la Comunidad Autónoma de Canarias. Boletín Oficial de Canarias, número 107, (publicado 16 agosto de 2000).
15. Bonilla JC, Alberto Rodríguez I, González Toledo JP, Sosa Hernández JA, Felipe Vargas J. Guía de funcionamiento: sistemática de funcionamiento por turnos de trabajo. 2017.
16. Mateos Dávila A. La Enfermera de UCI: pieza clave para el éxito de las técnicas depurativas continuas. Enferm Intensiva [Internet]. 2012 [citado 24 marzo 2022]; 23 (1): 1 – 3. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-la-enfermera-uci-pieza-clave-S1130239911000903>
17. Cruz Lendínez Alfonso J, Grande Gascón ML, García Fernández FP, Hueso Montoro C, García Ramiro PA, Ruiz López M. Distribución de enfermeras por Unidades de pacientes agudos y Unidades de Cuidados Intensivos en España. Index Enferm [Internet]. 2019 [25 marzo 2022]; 28 (3): 147 – 151. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962019000200012&lng=es
18. Bedoya Sommerkamp M, Medina Ranilla J, Chau Rodríguez V, Li Soldevilla R, Vera Albújar A, García PJ. Variantes del SARS-CoV-2: epidemiología, fisiopatología y la importancia de las vacunas. Rev Peru Med Exp Salud Pública [Internet]. 2021 [consultado 25 marzo 2022]; 38 (3): 442 – 551. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342021000300442&script=sci_arttext
19. Coronavirus [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2022; Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab_3
20. López-Reyes R, Oscullo G, Jiménez D, Cano I, García-Ortega A. Riesgo trombótico y COVID-19: revisión de la evidencia actual para una mejor aproximación diagnóstica y terapéutica. Arch Bronconeumol [Internet]. 2021 [consultado 27 marzo 2022]; 57: 55 – 64. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7457904/>
21. Dabanch J. EMERGENCIA DE SARS-COV-2. ASPECTOS BÁSICOS SOBRE SU ORIGEN, EPIDEMIOLOGÍA, ESTRUCTURA Y PATOGENIA PARA CLÍNICOS.RMCLC [Internet]. 2021[citado 27 marzo 2022]; 32 (1):14-19. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-emergencia-de-sars-cov-2-aspectos-basicos-S0716864020300924>
22. Gómez Marco JJ, Álvarez Pasquín MJ, Martín Martín S, Javierre Miranda AP. Papel protector de las actuales vacunas para las variantes del virus SARS – CoV – 2 y la COVID persistente [Internet]. 2019 [citado 2 mayo 2022]; 29 (1): 16 – 25. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35095266/>
23. Chen Y, Liu Q, Zhou L, Zhou Y, Yan H, Lan K. Emerging SARS – CoV – 2 variants: why, how, and what's next? Cell Insight [Internet]. 2022 [citado 4 mayo 2022]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2772892722000268>
24. Bager P, Wohlfahrt J, Bhatt S, Stegger M, Legarth R, Holten Moller C, et al. Risk of hospitalization associated with infection with SARS – CoV – 2 omicron variant versus delta variant in Denmark: an

- observational cohort study. *The Lancet Infectious Diseases* [Internet]. 2022 [consultado 12 mayo 2022]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1473309922001542>
25. Mantenga sus vacunas contra el COVID – 19 al día [Internet]. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Actualizado 10 marzo 2022 [citado 22 marzo 2022]. Disponible en: https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/stay-up-to-date.html?CDC_AA_refVal=https%3A%252F%252Fwww.cdc.gov%252Fcoronavirus%252F2019-ncov%252Fvaccines%252Fdifferent-vaccines.html
 26. Vacunas de ARNm [Internet]. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Actualizado 4 enero 2022 [citado 22 marzo 2022]. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/different-vaccines/mRNA.html>
 27. Sánchez Varela N, Cinza Sanjurjo S, Portela Romero M. Reinfeción por variante Ómicron en pacientes previamente infectados con la variante Delta del coronavirus SARS – CoV – 2: una realidad cada vez más frecuente en Atención Primaria. *SERMERGEN* [Internet]. 2022 [consultado 3 mayo 2022]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359322000120>
 28. Zárate Grajales RA, Mejías M. Cuidado perdido de enfermería. Estado del arte para la gestión de los servicios de salud. *Enferm Univ* [Internet]. 2019 [consultado 29 marzo 2022]; 16 (4): 436 – 451. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632019000400436
 29. Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. *J Adv Nurs* [Internet]. 2009 [citado 30 marzo 2022]; 65 (7): 1509 – 1517. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19456994/>
 30. Matesanz Santiago MA. Pasado, presente y futuro de la Enfermería: una aptitud constante. *Rev Adm Sanit* [Internet]. 2009 [citado 5 abril 2022]; 7 (2): 243 – 260. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-pasado-presente-futuro-enfermeria-una-13139761>
 31. Young P, Amarillo HA, Emery JDC. Florence Nightingale y la Enfermería en el Hospital Británico. *Rev Argnt Coloproct* [Internet]. 2014 [consultado 4 abril 2022]; 25 (1): 34 – 40. Disponible en: <https://www.sacp.org.ar/revista/14-numeros-anteriores/volumen-25-numero-1/70-florence-nightingale-y-la-enfermeria-en-el-hospital-britanico>
 32. Álvarez JP, Guevara M, Orellana C. Florence Nightingale, la enfermería y la estadística otra mujer fantástica. *RMCLC* [Internet]. 2018 [consultado 29 marzo 2022]; 29 (3): 372 – 379. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-florence-niqthingale-la-enfermeria-y-S0716864018300683>
 33. Young P, Hortis De Smith V, Chambí MC, Finn BC. Florence Nightingale (1820-1910), a 101 años de su fallecimiento. *Rev med Chile* [Internet]. 2011 [consultado 29 marzo 2022]; 139 (6): 807-813. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000600017&lng=es
 34. Hernández Cortina A, Guardado de la Paz C. La Enfermería como disciplina profesional holística. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. 2004 [citado 25 marzo 2022]; 20 (2). Disponible en: <https://web-p-ebscohost-com.accedys2.btk.ull.es/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=58ddae52-6573-48f4-aa2b-825d6fb9784c%40redis>

35. Martínez Martín ML. 30 años de evolución de la formación enfermera en España. Educ med [Internet]. 2007 [consultado 30 marzo 2022]; 10 (2): 93 – 96. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132007000300005&lng=es
36. Gómez Cantarino S, Gutiérrez de la Cruz S, Espina Jerez B, De Dios Aguado MM, Pina Queirós PJ, Alvez Rodríguez M. Desarrollo formativo de la enfermería española y sus especialidades: desde los albores del s. XX hasta la actualidad. Cultura de los Cuidados [Internet]. 2018 [consultado 31 marzo 2022]; 22 (52): 58 – 67. Disponible en: <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2018-n52-desarrollo-formativo-de-la-enfermeria-espanola-y-sus-especialidades-desde-el-s-xx-hasta-la-actualidad>
37. Rocco C, Garrido A. SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CULTURA DE SEGURIDAD. RMCLC [Internet]. 2017 [citado 31 marzo 2022]; 28 (5): 785 – 795. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017301268>
38. Estrategia Seguridad del Paciente 2015 – 2020 (actualizado) [Internet]. Seguridaddelpaciente.es [citado 22 marzo 2022]. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.es/es/informacion/publicaciones/2015/estrategia-seguridad-del-paciente-2015-2020/>
39. Marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente [Internet]. Bienestar.unal.edu. [citado 22 marzo 2022]. Disponible en: http://www.bienestar.unal.edu.co/fileadmin/user_upload/documentos/Marco_conceptual_de_la_clasificacion_internacional_para_la_seguridad_del_paciente.pdf
40. Sist L, Contini C, Bandini A, Bandini S, Massa L, Zanin R, et al. MISSCARE Survey – Italian Version: findings from an Italian validation study [Internet]. 2017 [citado 1 abril 2022]; 73 (1): 29 – 45. Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/28428643>
41. Rey Luque O. Validación del instrumento misscare al español (España) como herramienta de monitorización de la calidad y la seguridad de los cuidados en pacientes hospitalizados [Tesis doctoral]. España: Universidad de La Laguna; 2017. Disponible en: <https://portalciencia.ull.es/documentos/5e3170382999523690ffe7f8>
42. Ruiz Bravo A, Jiménez Valera M. SARS-CoV-2 y pandemia de síndrome respiratorio agudo (COVID-19). Ars Pharm [Internet]. 2020 [citado 1 abril 2022]; 61(2): 63 – 79. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942020000200001&lng=es.
43. Maroto Vela MC, Piédrola Angulo G. Los Coronavirus. Anales RANM [Internet]. 2020 [citado 2 abril 2022]; 136 (3): 235 – 238. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7507585>
44. Pulcha Ugarte R, Pizarro Lau M, Gastelo Acosta R, Maguiña Vargas, C. ¿Qué lecciones nos dejará el COVID – 19? Historia de los nuevos coronavirus. Rev Soc Peru Med Interna [Internet]. 2019 [citado 5 abril 2022]; 33 (2): 68 – 76. Disponible en: <http://revistamedicinainterna.net/index.php/spmi/article/view/523/610>
45. COVID-19 Data Explorer [Internet]. Our World in Data. 2022 [citado 25 marzo 2022]. Disponible en: <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?facet=none&Interval=Cumulative&Relative+to+Population=true&Color+by+test+positivity=false&country=USA~ITA~CAN~DEU~GBR~FRA~JPN&Metric=Confirmed+deaths>

46. Fernández Riquelme S. Primera Historia de la crisis del Coronavirus en España. La Razón histórica: revista hispanoamericana de historia de las ideas políticas y sociales [Internet]. 2020 [consultado 2 abril 2022]; 46: 12 – 22. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7369901>
47. Dosil Santamaría M, Ozamiz Etxebarria N, Redondo Rodríguez I, Alboniga Mayor JJ, Picaza Gorrotxategi M. Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. Rev Psiquiatr y Salud Ment [Internet]. 2021[consultado 2 abril 2022]; 14 (2): 106 – 112. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888989120300604>
48. Nymark C, von Vogelsang AC, Falk AC, Göransson KE. Patient safety, quality of care and missed nursing care at a cardiology department during the COVID-19 outbreak. Nurs Open [Internet]. 2022 [consultado 2 abril 2022]; 9 (1): 385 – 393. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34569190/>

5. ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

De participación en un estudio sobre los cuidados perdidos en la
Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Nuestra
Señora de la Candelaria

Nombre del investigador: Paula María González Hernández

Universidad de La Laguna

El propósito de este documento es el de obtener su consentimiento en la participación del estudio sobre la Valoración de los Cuidados Perdidos en los pacientes COVID – 19 en la Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria mediante la realización del cuestionario OMICE que monitoriza la calidad y seguridad de los cuidados en pacientes hospitalizados en español.

La participación en dicho estudio conlleva la realización de un cuestionario anónimo online. Se le informa que los datos personales aportados estarán bajo la custodia del investigador y protegidos por el Reglamento General de Protección de Datos. Los datos no se cederán a terceros, salvo en los casos que exista obligación legal. Se podrá dirigir vía correo electrónico para ejercer sus derechos sobre los mismos, siendo estos los de acceso, rectificación, supresión, oposición y portabilidad.

El investigador encargado de los datos adquiere el compromiso de confidencialidad y único uso de estos para actividad académica y elaboración de la investigación.

Con la firma de este documento, otorga el consentimiento para la participación en dicha investigación, dándose por informado en cuanto a las acciones a llevar a cabo, así como los derechos y deberes de acuerdo con el Reglamento General de Protección de Datos.

Nombre del participante:

Correo electrónico del participante:

En La Laguna, a ____ de _____ de 202__

Firma del participante:

ANEXO 2. CUESTIONARIO OMICE

OMISIÓN DE CUIDADOS ENFERMEROS
Encuesta sobre OMISIÓN DE *CUIDADOS ENFERMEROS*

OMICE

***Versión validada al Español (España) del instrumento
MISSCARE Survey (Cuidados Perdidos) de Beatrice J.
Kalisch © 2009 por Rey e IENFERCAN, 2017.***

OMISIÓN DE CUIDADOS ENFERMEROS
(Encuesta sobre OMISIÓN DE CUIDADOS ENFERMEROS-OMICE)
Versión validada al Español (España) del instrumento MISSCARE
Survey de Beatrice J. Kalisch por O. Rey e IENFERCAN.

1. **Nombre del Hospital** en el que trabaja: _____
2. **Carácter administrativo:**
 - 1) _____ Público
 - 2) _____ Privado
 - 3) _____ Concertado
 - 4) _____ Otros (indíquelo): _____
3. **Nombre de la unidad** en la que trabaja: _____
4. **Tipo de unidad teniendo en cuenta el tipo de pacientes que atiende:**
 - 1) _____ Especialidades médicas
 - 2) _____ Especialidades quirúrgicas
 - 3) _____ Especialidades tanto médicas como quirúrgicas
 - 4) _____ Unidad Geriátrica
 - 5) _____ Unidad de Cuidados Paliativos
 - 6) _____ Unidad de Urgencias
 - 7) _____ Otros (indíquelo): _____
5. Paso **la mayor parte de mi jornada laboral** en la misma unidad: ____ sí ____ no
6. **Nivel educativo máximo alcanzado:**
 - 1) _____ Educación primaria o equivalente
 - 2) _____ Educación secundaria
 - 3) _____ Título técnico de grado medio
 - 4) _____ Título técnico de grado superior
 - 5) _____ Título universitario grado/diplomado.
 - 6) _____ Máster
 - 7) _____ Doctorado
7. **Si usted es enfermero, ¿cuál es el título de mayor cualificación que ha obtenido?**
 - 1) _____ Diplomado en enfermería
 - 2) _____ Grado en enfermería
 - 3) _____ Máster o Postgrado en enfermería
 - 4) _____ Máster o grado **en una rama distinta a enfermería**
 - 5) _____ Doctor
8. **Si usted es enfermero, ¿tiene alguna especialidad de enfermería?** ____ no ____ sí
(indíquela): _____

Por favor, pase a la página 2 ➔

9. Si usted es auxiliar, ¿cuál es el título de mayor cualificación que ha obtenido?

- 1) Título Técnico grado medio
- 2) Título Técnico grado superior
- 3) Grado en Enfermería
- 4) Master o postgrado en enfermería
- 5) Máster o grado en una rama distinta a enfermería

10. Sexo: Mujer Hombre

11. Edad: años

12. Nombre del puesto/cargo:

- 1) Enfermero (Diplomado/Grado).
- 2) Auxiliar (Técnico en Cuidados de Enfermería).
- 3) Coordinador de unidad o turno.
- 4) Supervisor de enfermería
- 5) Otro (indíquelo): _____

13. Situación laboral:

- 1) Laboral: temporal fijo.
- 2) Estatutario: eventual interino con plaza.
- 3) Funcionario.
- 4) Otro (indíquelo): _____

14. Indique el número de horas que habitualmente trabaja a la semana (marque solo una):

- 1) menos de 35 horas semanales
- 2) entre 35 y 38 horas semanales
- 3) entre 38 y 40 horas semanales
- 4) más de 40 horas semanales

15. Horario de trabajo (marque la opción que mejor describa su horario de trabajo):

- 1) Mañanas (turnos de 7 a 12 horas)
- 2) Tardes (turnos de 7 a 12 horas)
- 3) Noches (turnos de 7 a 12 horas)
- 4) Turno rotatorio de mañanas, tardes o noches
- 5) Turno rotatorio de diurnos/nocturnos

16. ¿Cuántas horas trabaja habitualmente por turno?

- 1) Turno de 7 horas
- 2) Turno de 8 horas
- 3) Turno de 10 horas
- 4) Turno de 12 horas
- 5) Otro (indíquelo): _____

Por favor, pase a la página 3 →

17. **Experiencia laboral como enfermero y/o auxiliar:**

- 1) _____ 6 meses o menos
- 2) _____ Entre 6 meses y 2 años
- 3) _____ Entre 2 y 5 años
- 4) _____ Entre 5 y 10 años
- 5) _____ Más de 10 años

18. **Experiencia** en el puesto de trabajo que ocupa en la **actualidad:**

- 1) _____ 6 meses o menos
- 2) _____ Entre 6 meses y 2 años
- 3) _____ Entre 2 y 5 años
- 4) _____ Entre 5 y 10 años
- 5) _____ Más de 10 años

19. En los últimos **3 meses**, ¿cuántas horas **extras** ha trabajado?

- 1) _____ Ninguna
- 2) _____ 1-12 horas
- 3) _____ Más de 12 horas

20. En los últimos **3 meses**, ¿cuántos días o turnos de trabajo ha **faltado** debido a enfermedad, lesión o accidente?

- 1) _____ Ninguno
- 2) _____ 1 día o turno
- 3) _____ 2-3 días o turnos
- 4) _____ 4-6 días o turnos
- 5) _____ Más de 6 días o turnos

21. ¿Tiene previsto **dejar su puesto actual**?

- 1) _____ En los próximos 6 meses
- 2) _____ En el próximo año
- 3) _____ No tengo previsto dejarlo
- 4) _____ Dependerá del tipo de contrato

22. ¿Con qué frecuencia opina que la dotación de **personal de la unidad donde trabaja es la adecuada**?

- 1) _____ El 100% del tiempo
- 2) _____ El 75% del tiempo
- 3) _____ El 50% del tiempo
- 4) _____ El 25% del tiempo
- 5) _____ El 0% del tiempo

Por favor, pase a la página 4 

23. ¿Con qué **frecuencia** opina que su carga personal de trabajo es **excesiva** en relación al tipo de paciente y la dotación de personal?

- 1) _____ El 100% del tiempo
- 2) _____ El 75% del tiempo
- 3) _____ El 50% del tiempo
- 4) _____ El 25% del tiempo
- 5) _____ El 0% del tiempo

24. **En el turno actual o en el último turno que trabajó, ¿cuántos pacientes ha atendido?** _____

24-a. ¿Cuántos **ingresos de pacientes** ha atendido (incluidos los traslados a la unidad)? _____

24-b. ¿Cuántas **altas de pacientes** ha atendido (incluidos los traslados a otra unidad)? _____

Por favor, **marque una respuesta para cada una de las preguntas.**

	Muy satisfecho	Satisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Insatisfecho	Muy insatisfecho
25. ¿Cuál es su grado de satisfacción con su puesto actual?					
26. Independientemente de su trabajo actual, ¿cuál es su grado de satisfacción como enfermero o auxiliar de enfermería?					
27. ¿Cuál es su grado de satisfacción con respecto al nivel de trabajo en equipo de esta unidad?					

Por favor, pase a la página 5 ➔

Sección A: Omisión de cuidados enfermeros

Es habitual que el personal de enfermería durante su tiempo de trabajo deba hacer frente a diversas solicitudes de cuidados de manera simultánea, lo cual supone cambios en sus prioridades y no siempre puede proporcionar la atención necesaria a los pacientes. En su opinión, ¿con qué frecuencia su equipo de enfermería, incluido usted, omite o no proporciona los siguientes cuidados, intervenciones o tareas relacionadas con el cuidado del paciente en su unidad? **Marque únicamente una casilla para cada uno de los 28 enunciados.**

	Siempre se omite	Frecuentemente se omite	Ocasionalmente se omite	Raramente se omite	Nunca se omite
1) Hacer caminar o deambular a los pacientes tres veces al día o según indicación					
2) Cambios posturales a los pacientes cada 2 horas o según indicación					
3) Dar de comer a los pacientes cuando la comida está todavía caliente					
4) Preparar y ofrecer la comida a los pacientes que comen solos					
5) Administrar medicación en un plazo de 30 minutos antes o después de la hora programada					
6) Evaluar las constantes vitales según indicación					
7) Supervisar y controlar las ingestas/excreciones					
8) Cumplimentar toda la documentación con los datos necesarios					
9) Dar educación sanitaria y proporcionar al paciente información sobre su enfermedad, pruebas y estudios diagnósticos					
10) Apoyar emocionalmente al paciente					
11) Apoyar emocionalmente a los familiares					
12) Higiene/ Baño/ Cuidados de la piel de los pacientes					
13) Cuidado bucal de los pacientes					
14) Lavado de manos del profesional encargado del cuidado					

Por favor, pase a la página 6 →

	Siempre se omite	Frecuentemente se omite	Ocasionalmente se omite	Raramente se omite	Nunca se omite
15) Planificación y coordinación con familiares y/u otros niveles asistenciales del alta del paciente					
16) Control de la glucemia capilar conforme a la prescripción					
17) Evaluación de pacientes en cada turno					
18) Reevaluación según el estado de los pacientes					
19) Evaluación y cuidados de las vías venosas periféricas conforme a las directrices del servicio u hospital					
20) Evaluación y cuidados de las vías venosas centrales conforme a las directrices del servicio u hospital					
21) Responder a la llamada de los pacientes o timbres en los primeros 5 minutos desde su activación					
22) Administrar medicación prescrita a demanda del paciente (según precise) en los primeros 15 minutos desde que la solicita					
23) Evaluar el efecto o la efectividad de los medicamentos administrados					
24) Asistir a reuniones interdisciplinarias de equipo relacionados con el cuidado de los pacientes, cuando se celebren					
25) Asistencia a las necesidades de eliminación de los pacientes dentro de los 5 minutos desde su solicitud					
26) Cuidado de la piel y de las heridas					
27) Cuidados relacionados con el patrón de sueño-descanso (respeto de horarios)					
28) Cuidados relacionados con el patrón respiratorio (por ejemplo, manejo de secreciones, administración de aerosoles, fisioterapia respiratoria)					

Por favor, pase a la página 7 →

Sección B: Motivos por los que se omiten los cuidados enfermeros

Teniendo en cuenta los cuidados enfermeros omitidos por el equipo en su unidad, como ha indicado en la primera sección de esta encuesta, señale el **grado de IMPORTANCIA** de los **MOTIVOS** por los que se han OMITIDO dichos cuidados, intervenciones o tareas de enfermería. *Marque únicamente una casilla para cada uno de los 19 enunciados.*

	Motivo muy importante	Motivo importante	Motivo poco importante	No es un motivo para la omisión de cuidados
1) Dotación inadecuada de enfermeros				
2) Situaciones de urgencia con determinados pacientes (por ejemplo, cuando empeora el estado de un paciente)				
3) Aumento inesperado del número de pacientes o de las situaciones de urgencia en la unidad				
4) Dotación inadecuada de personal auxiliar y/o administrativo (por ejemplo, auxiliares de enfermería, técnicos, secretarios/as de la unidad, etc.)				
5) Asignación descompensada de pacientes				
6) Medicamentos no disponibles cuando se requieren				
7) Inadecuado cambio de turno con el equipo anterior o con el equipo de la unidad que remite o traslada al paciente				
8) No se proporciona la atención requerida en otros departamentos (por ejemplo, no se ha hecho andar al paciente en la sesión de fisioterapia)				
9) Los suministros/equipos no están disponibles cuando se necesitan				
10) Los suministros/equipos no funcionan correctamente cuando se necesitan				
11) Falta de apoyo o respaldo entre los miembros del equipo				
12) Tensión o problemas de comunicación con otros departamentos DE APOYO				
13) Tensión o problemas de comunicación en el EQUIPO DE ENFERMERÍA				
14) Tensión o problemas de comunicación con el PERSONAL MÉDICO				

Por favor, pase a la página 8 ➔

8 de 8

	Motivo muy importante	Motivo importante	Motivo poco importante	No es un motivo para la omisión de cuidados
15) El auxiliar de enfermería no comunica que no se ha proporcionado el cuidado				
16) El profesional responsable del cuidado estaba fuera de la unidad				
17) Elevada carga de trabajo por ingresos y altas hospitalarias				
18) Problemas de funcionamiento o lentitud de los sistemas informáticos				
19) Excesiva carga en labores administrativas				

¡MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!

ANEXO 3. PERMISO A LA GERENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO **NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA**

SOLICITUD PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Doña Paula María González Hernández con DNI 00000000X en calidad de investigadora por la Universidad de La Laguna, solicita a la Unidad de Investigación del Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria y Gerencia de Atención Primaria la realización del proyecto "*Valoración de Cuidados Perdidos en los pacientes COVID – 19 de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria*".

La población de estudio serán los/as enfermeros/as y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos, quienes, de forma voluntaria, rellenarán la encuesta OMICE, herramienta validada en español para monitorizar la pérdida de cuidados.

El estudio se realizará tal y como se ha planteado, respetando la normativa legal aplicable para los ensayos clínicos, estudios y/o proyectos de investigación que se realicen en España y siguiendo las normas éticas nacionales e internacionales aceptadas (Declaración de Helsinki, normas de Buena Práctica Clínica, Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica).

Por lo expuesto, se solicita autorización a la Unidad de Investigación del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria y Gerencia de Atención Primaria la realización de dicho Proyecto de Investigación.

Para cualquier duda sobre dicho proyecto, pueden contactar a través de los siguientes medios:

Teléfono: 000000000

Correo electrónico: alu000000000@ull.edu.es

Quedando a la espera de su respuesta, reciban un cordial saludo.

Firma del investigador:



ANEXO 4. INSTRUCCIONES PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO

VALORACIÓN DE CUIDADOS PERDIDOS EN PACIENTES COVID – 19, EN UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA

Instrucciones del estudio

Estimado participante:

Por el presente documento le invitamos a participar en el estudio “**Valoración de cuidados perdidos en pacientes COVID – 19, en UCI del Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria**”. Para participar deberá rellenar el consentimiento informado que se encuentra en la supervisión de su unidad y entregarlo allí mismo.

El siguiente cuestionario consta de 3 apartados:

1. Datos sociodemográficos
2. Sección A: Omisión de cuidados enfermeros (con 28 cuestiones acerca del cuidado perdido)
3. Sección B: Motivos por los que se omiten los cuidados enfermeros (con 19 cuestiones acerca de los motivos por los que se producen cuidados perdidos)

Para poder acceder al cuestionario, deberá introducir la siguiente contraseña:
UCICANDELARIA

Podrá acceder al cuestionario escaneando el siguiente código QR:

En el caso de que exista cualquier duda, puede ponerse en contacto con el investigador mediante el siguiente correo electrónico: alu0000000000@ull.edu.es o el número de teléfono: 000 00 00 00

¡Muchas gracias por su participación!

