

Pérdida de Cuidados, relacionada con los turnos de trabajo en Unidades de Pacientes Críticos.

Autor: Ángel Miguel Páez Fariña.

Tutora: Natalia Rodríguez Novo

Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de La Laguna

Sección Enfermería

Curso 2019-2020

Convocatoria: Junio de 2020

RESUMEN:

La profesión de enfermería conlleva el tener que trabajar bajo un sistema de turnicidad, debido a la necesidad de prestar asistencia continuada durante las 24 horas del día.

La turnicidad tiene repercusión sobre los profesionales sanitarios influyendo directamente en la calidad de los cuidados prestados. Estos turnos forman parte de las condiciones laborales y tienen una repercusión directa y primordial sobre los pacientes. La población sanitaria, y en concreto los profesionales de enfermería, son uno de los colectivos afectados por el trabajo a turnos, aspecto que puede tener repercusión en la calidad asistencial.

Por consiguiente, este proyecto pretende identificar la relación de la turnicidad con la pérdida de cuidados en la Unidad de Cuidados Intensivos, atendiendo a dos hospitales de referencia, el hospital Universitario de Canarias y el hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.

La información sobre las posibles diferencias en cuanto a la turnicidad y la calidad asistencial será tomada de la opinión de enfermeras presentes en Unidades de Cuidados Intensivos.

Palabras clave: Turnicidad, Calidad asistencial, Pérdida de cuidados, unidad de cuidados intensivos.

ABSTRACT:

The nursing profession entails having to work under a system of turnicity, due to the need to provide continuous assistance 24 hours per day.

Turnicity has an impact on healthcare professionals, directly influencing the quality of care provided. These shifts are part of working conditions and have a direct and primary impact on patients. The health professionals, and specifically nursing professionals, is one of the groups affected by shift work, an aspect that may have an impact on the quality of care.

Consequently, this project aims to identify the relationship of turnicity with loss of care in the intensive care unit, serving two reference hospitals, the hospital Universitario de Canarias and the hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.

The information on the possible differences in terms of turnality and quality of care will be taken from the opinion of nurses present in intensive care units.

Key words: Turnicity, Quality of care, intensive care unit.

ÍNDICE:

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Antecedentes	2
1.1.1. <i>Evolución e historia de los cuidados.</i>	
1.1.2. <i>Cuidados intensivos: Formalización y evolución:</i>	
1.1.3. <i>Origen de las unidades de cuidados críticos en España:</i>	
1.1.4. <i>Autores de interés relacionados con la pérdida de cuidados y calidad asistencial.</i>	
1.2. Marco teórico	6
2. JUSTIFICACIÓN	17
2.1. Pregunta de investigación	18
2.2. Objetivos	18
3. METODOLOGÍA	18
3.1. Diseño	18
3.2. Población y muestra	18
3.3. Criterios de inclusión	19
3.4. Criterios de exclusión	19
3.5. Instrumentos de medida	19
3.6. Variables de estudio	19
3.7. Método de recogida de información	20
3.8. Consideraciones éticas	20
3.9. Logística	21
3.9.1. <i>Cronograma.</i>	
3.9.2. <i>Estimación presupuestaria</i>	
4. BIBLIOGRAFÍA	22
5. ANEXOS	28

1. INTRODUCCIÓN:

Las unidades de cuidados críticos son dependencias hospitalarias destinadas a proporcionar vigilancia y cuidado permanente a pacientes críticos inestables. Habitualmente cuentan con numeroso personal y tecnología de alta complejidad¹. El paciente en estado de salud crítico, es aquel en el cual sus funciones vitales se encuentran gravemente alteradas y que se encuentra en un peligro de muerte inminente². El enfermero cuida en la unidad durante las 24h del día, puesto que estos pacientes tienen una dependencia total de cuidados¹. Éstos pacientes se caracterizan por presentar problemas de salud, reales o potenciales, que ponen en peligro su vida y requieren cuidados integrales, vigilancia y tratamiento. Por tanto, tal y como se ha definido anteriormente, estos pacientes requieren una atención y vigilancia continuada, organizando los cuidados en función de su necesidad, en el momento oportuno y en las condiciones más apropiadas.

Las unidades de cuidados intensivos deben asegurar la calidad y seguridad de los cuidados. Requieren un equipo cualificado multidisciplinar en cantidad suficiente procurando un cuidado integral. El equipo lo forman médicos, residentes en medicina, enfermeras, auxiliares de enfermería, celadores (en los hospitales que exista esta figura), y puntualmente también fisioterapeutas, nutricionistas, técnicos de rayos y personal de otras unidades. Estas unidades funcionan con personal a turnos para cubrir la atención a los pacientes durante 24h.

Según la Ley de Ordenación de las Profesionales Sanitarias (LOPS), en el artículo 7, dice: “corresponde a los Diplomados Universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades”³. Por tanto, el enfermero es el responsable de planificar el cuidado integral de los el equipo de salud.

El personal que trabaja en estas unidades debe tener unas características especiales, ya que son personas que se encuentran permanentemente sometidos a tensión y angustia. Debe hacer una rotación programada con turnos que cumplan criterios legales. Según la “Instrucción núm. 8/2019 del Director del Servicio Canario de la Salud, se implanta el 1 de mayo de 2019 la jornada de 35 h semanales. En el punto segundo de esta instrucción se desarrolla el apartado de Jornada ordinaria y turnos de trabajo.

Debido a que el trabajo de enfermería intensivista cumple los requisitos de trabajo continuado durante las 24 horas y a la imposibilidad de la detención de la prestación de la atención, surge la necesidad de formar distintas rotaciones de turnos laborales para cumplir en todo momento con la prestación de cuidados indispensables⁴.

En este tipo de unidades aparecen y predominan dos tipos de turnos. Turnos rotatorios de 7 horas diurnos y 10 horas nocturnas, y por otro lado, turnos de 12 horas. Cabe destacar que el turno de 12 horas es bastante más popular y según estudios, parece mayormente aceptado por los profesionales frente al de 7h. La gran parte de los autores describen que los turnos de 12 horas (a diferencia de los de 7 horas durante el día y 10 horas nocturnas), son beneficiosos tanto para los profesionales como para los pacientes^{4,5}.

Según refieren Navarro et al, en la Guía práctica de enfermería en el paciente crítico, “Al tratarse de turnos más largos los profesionales pueden comunicarse mejor con el paciente y anticiparse a sus necesidades”¹.

Además de la importancia de la pérdida de los cuidados, otros factores a tener en cuenta en la valoración de la calidad del servicio prestado debido a la diferencia de los turnos son: los posibles errores o efectos adversos, debido al cansancio o “síndrome de Burnout” que se puedan producir por la diferencia de los distintos rotatorios. Es importante nombrar estos factores ya que directamente intervienen en la seguridad del paciente⁵.

1.1. Antecedentes:

1.1.1. Evolución e historia de los cuidados.

La evolución de la profesión de enfermería en España se produjo en concordancia con los cambios producidos también a nivel mundial, siguiendo las mismas etapas que en el resto de países.

Las cuatro etapas del cuidado enfermero descritas por Collieré son las siguientes:⁶.

-“*Etapa doméstica del cuidado*”: Etapa que transcurre desde las primeras civilizaciones hasta la parte final del Imperio Romano. Se caracteriza por ser una etapa en la que la acción de cuidador se centra en la mujer.

-*“Etapa vocacional del cuidado”*: El concepto de enfermedad-salud toma un valor religioso debido al origen del pensamiento cristiano. Transcurre hasta el final de la Edad Moderna.

-*“Etapa técnica del cuidado”*: Transcurre a lo largo del siglo XIX y parte del siglo XX. Se caracteriza por la lucha contra la enfermedad. En este momento las personas encargadas de prestar cuidados tienen un papel de ayudante o auxiliar del médico.

-*“Etapa profesional del cuidado”*: Etapa actual que se origina en las décadas finales del siglo XX. La enfermería se consolida como disciplina y como profesión, siendo el eje central el cuidado de la salud de la población. A partir de este punto toma importancia el valor formativo y de crecimiento profesional^{6,7}.

A partir de los años 50 del Siglo XX, la profesión de enfermería es considerada como un trabajo principalmente técnico. Los hospitales se desarrollan a un nivel vertiginoso y se empiezan a realizar funciones diferentes a las que se venían ejerciendo anteriormente⁸.

Con el transcurso de los años, el aspecto vocacional pierde importancia y se va reconociendo que esta profesión puede estar organizada y gestionada⁷.

Las transformaciones producidas en el sistema sanitario en el siglo XX, fueron piezas fundamentales en la unificación de los estudios de enfermeras, practicantes y matronas, en una única figura profesional⁷.

En 1973, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) definió un Código Deontológico para el ejercicio profesional, que sirve de guía para la resolución de los problemas éticos que puedan surgir en el desarrollo de la actividad profesional.

A partir de este Código, el Consejo General de Enfermería Español publicó en 1989 su propio Código Deontológico^{7,8,9}.

1.1.2. *Cuidados intensivos: Formalización y evolución:*

-Origen de las unidades de cuidados críticos:

En cuanto a la formación u origen de la unidad de cuidados intensivos (UCI), se discute. Lo que si puede confirmarse es que el proyecto o idea inicial desarrollada por

Florence Nightingale durante la guerra de Crimea, fue evolucionando hasta dar lugar a las primeras unidades de cuidados intensivos, tal y como se conocen hoy en día¹⁰.

A Florence se la considera madre de la terapia intensiva, por ser la primera en organizar a los pacientes según su gravedad y agrupar a los que necesitaban cuidados intensivistas⁹.

Según el Caballero López¹¹, la historia de la terapia intensiva se puede dividir en tres etapas:

-Una primera etapa que va desde el inicio de las primeras civilizaciones hasta los años 40 del siglo XIX. Esta etapa se caracteriza por el escaso desarrollo de las ciencias médicas y Salud Pública, con predominio de conflictos bélicos y numerosas epidemias. En este momento la esperanza de vida de la población mundial era muy baja.

-Posteriormente y con el descubrimiento de la anestesia quirúrgica, en 1840 y el creciente desarrollo de la cirugía, da comienzo una segunda etapa marcada por la creación de la primera sala de cuidados intensivos en la ciudad de Baltimore, EEUU, acuñada por primera vez con el término de "Intensive Care Medicine" (ICU).

-La tercera etapa transcurre desde aproximadamente 1952 hasta el día de hoy. Surgió de la necesidad de ventilar prolongadamente a los afectados de la epidemia de poliomielitis, surgida en Dinamarca, que afectó a países del Norte de Europa y Norteamérica.

Inicialmente, con el uso de bolsas auto inflables de uso manual, se aseguraba la ventilación a largo plazo de estos enfermos, más tarde, los primeros respiradores mecánicos surgieron permitiendo aún más la estancia de pacientes de larga estancia de ingreso. Este hecho tuvo tan buen resultado que se extiende al resto de países desarrollados de la época¹¹.

La década de los 50 fue de gran importancia para el avance de los cuidados intensivos mundialmente. El progreso tecnológico y científico de los años, sumado al avance de la medicina, proporcionaron una expansión de estas unidades por todo el mundo¹¹.

Posteriormente, la aparición de las especialidades médicas junto a la evolución de la farmacología, se condicionó la creación de unidades específicas para los pacientes críticos con más frecuencia¹¹.

En la actualidad, gracias al avance en la ventilación asistida, la monitorización continua de las funciones vitales y el perfeccionamiento del aparataje y técnicas han contribuido al gran desarrollo de la tecnología y evolución de los cuidados¹¹.

1.1.3. Origen de las unidades de cuidados críticos en España:

En España las primeras unidades de cuidados intensivos datan de los años 70. La continua necesidad de asistir específicamente y de manera continua a los enfermos de carácter crítico, derivó en la especialidad de Medicina Intensiva reconocida legalmente en 1978.

En 1974 nace la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMIUC), posteriormente nombrada como Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC)¹⁰.

1.1.4. Autores de interés relacionados con la pérdida de cuidados y calidad asistencial.

Varios autores realizan estudios valorando cómo distintos factores, entre ellos la turnicidad, afectan a la calidad de los cuidados prestados, poniendo en todo momento como eje fundamental la garantía de la seguridad del paciente. En la tabla 1 se exponen algunos investigadores de interés.

Tabla 1.-Investigadores e investigaciones relacionadas con la pérdida de cuidados y seguridad de los pacientes hospitalizados.

AUTOR	AÑO	ESTUDIO/resumen	CONCLUSIONES
José Manuel Meijome Sánchez. ¹²	2016	El camino de los cuidados perdidos/ <i>“El hecho de que algunos cuidados no son realizados o son diferidos ha irrumpido con fuerza en la bibliografía científica enfermera en la última década, varias herramientas y múltiples estudios señalan su importancia clave en el entorno hospitalario, pero queda un importante recorrido que realizar en la atención primaria de salud.”</i>	<i>“Un camino se abre ante nosotros, el de descubrir las cosas que deberían ser hechas y no lo son y el precio que ello significa para los usuarios y la comunidad, que confían en nosotros como profesionales del sistema sanitario. Como tales debemos recorrerlo echando mano de las herramientas que la investigación proporciona, dado que estamos preparados para ello”.</i>

<p>-María Cecilia Toffoletto. -Ximena Ramirez Ruiz.¹³</p>	<p>2013</p>	<p>Mejorando la seguridad de los pacientes: estudio de los incidentes en los cuidados de enfermería/ El estudio identificó y analizó, a través de la metodología análisis causa-raíz, seis casos de incidentes relacionados a los cuidados de enfermería al paciente crítico con el propósito de comprobar empíricamente cómo y por qué ocurren los incidentes, además de dar a conocer los beneficios de la utilización del análisis causa raíz como una herramienta para garantizar la seguridad del paciente.</p>	<p><i>“Se concluye que la utilización del análisis causa-raíz permite la identificación de estos puntos vulnerables y, por medio de estrategias y recomendaciones, posibilita la gestión pro activa en la prevención de fallas en el sistema.”</i></p>
<p>Oscar Rey Luque.¹⁴</p>	<p>2017</p>	<p>Validación del instrumento misscare al español (España) como herramienta de monitorización de la calidad y la seguridad de los cuidados en pacientes hospitalizados/ <i>“El objetivo de este estudio fue validar el uso del instrumento MISSCARE Survey al contexto español (España), como herramienta para cuantificar la calidad y seguridad de los cuidados enfermeras que se prestan en los centros hospitalarios”.</i></p>	<p><i>“Queda validado el instrumento, pudiendo identificar motivos de omisión de cuidados y su relación con elementos laborales.”</i></p>

Fuente: Elaboración propia.

1.2. Marco teórico:

Para el desarrollo de este trabajo, es necesario consultar diferentes conceptos y generalidades que ayuden a entender la complejidad de la atención al paciente crítico. Algunos de los más utilizados, se exponen a continuación.

1.2.1. Características de pacientes críticos:

Tradicionalmente se ha considerado que, en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), deben ingresar los pacientes con procesos agudos, graves, y potencialmente recuperables.

El paciente admitido en el nivel intensivo de asistencia precisa tratamiento activo. Necesitará de las tareas y técnicas para conseguir mantener su estabilización.

Estos pacientes requieren de atención médica y cuidados de enfermería constantemente y consumen una elevada cantidad de recursos.

Los criterios de ingreso son categorías que no pueden suplantar al proceso juicioso de toma de decisiones. Este no solo tiene en cuenta hechos clínicos (diagnóstico, alteración funcional o paramétrica, edad, reserva fisiológica), sino otros más valorativos pero no menos importantes, sobre todo si proceden del paciente (sus valores, calidad de vida subjetiva, preferencias basadas en una correcta información, instrucciones previas), aunque también del intensivista (pronóstico considerando las comorbilidades, oportunidad, disponibilidad, etc.)².

1.2.2. Criterios de ingreso:

Para establecer unos criterios de ingreso, es necesario categorizar los niveles de cuidados. Se ha adoptado en España un sistema muy similar a la clasificación del “Department of Health” del Reino Unido (Tabla 2), que tiene la virtud de atenerse a las necesidades asistenciales del paciente, en lugar de al recurso específico donde está ingresado^{15, 16}.

Tabla 2- Niveles de categorización de cuidados para el ingreso en UVI.

NIVEL	CRITERIOS DE NIVEL DE CUIDADOS	EJEMPLOS
2	Pacientes que requiere monitorización o soporte de un órgano o sistema (paciente que requiere asistencia respiratoria avanzada como único sistema orgánico pueden satisfacer normalmente criterios para un nivel 3)	Respiratorio: Requerir una concentración > 50% de oxígeno inhalado
		Ventilación no invasiva o con presión positiva (presión positiva respiratoria continua)
Fisioterapia o aspiración al menos cada 2 horas		
Cardiovascular: Inestabilidad, requiriendo monitorización ECG continua y presión intra-arterial		
Inestabilidad hemodinámica debido a hipovolemia, hemorragia o sepsis		
Infusión de fármacos vasoactivos y monitorización.		
Sistema Nervioso Central: depresión que compromete la respiración y los reflejos protectores		
Monitorización neurológica intensiva		
2	Paciente que precisa optimización preoperatoria prolongada, debido a la naturaleza del procedimiento o a la condición del paciente. Pueden incluirse en este grupo pacientes con necesidades < 24 horas, como ventilación postoperatoria de rutina que no tienen otra disfunción orgánica y se encuentran bien (pacientes procedentes de cirugía cardiaca - “fast track” -)	Otros: deterioro agudo de la función renal, balance electrolítico o metabólica
		Procedimientos: Cirugía mayor programada, cirugía de urgencias en pacientes inestables o con alto riesgo; mayor riesgo de complicaciones, intervención o vigilancia posquirúrgica Paciente: cirugía intermedia en pacientes > 70 años o ASA III o IV (enfermedad sistémica grave con imitación funcional o peor)

	Paciente que precisa un mayor nivel de observación y monitorización	Observación y monitorización que no pueden ser provistas en un nivel 1 o 0, de acuerdo con criterios clínicos y los recursos en hospitalización
	Paciente procedente de un nivel superior de cuidados	Paciente que no cumple criterios para un nivel 3, para que no están suficientemente bien como clasificarlos en niveles 1 o 0
	Paciente con anomalías fisiológicas importantes no corregidas. Están anomalías fisiológicas, si no se corrigen es probable que indiquen que el paciente precisa un nivel 2 de cuidados o superior. Paciente con menores grados de anomalías pueden requerir también un nivel 2 o 3	Frecuencia respiratoria > 40 r.p.m. o de 30 r.p.m. por más de 2 horas
		Frecuencia cardiaca > 120 lpm.
		Temperatura < 35° durante más de 1 hora
		Hipotensión (por ejemplo TAS < 80 mmHg durante > 1 hora)
		Glasgow Coma Score < 10 y en riesgo de deterioro ayudo
3	Paciente que precisa monitorización y soporte respiratorio avanzado. Excluido de este grupo puede estar el paciente que necesita soporte a corto plazo (ejemplo: Ventilación postoperatoria de rutina < 24 horas, en paciente que, por otra parte, están bien y sin otra disfunción orgánica -cirugía cardiaca "fast track"). Si la necesidad de soporte respiratorio excede 24 horas o se desarrolla otra disfunción orgánica significativa se considerarán nivel 3 de asistencia	Insuficiencia respiratoria de cualquier causa que requiere soporte ventilatorio mediante ventilación invasiva con presión positiva
		Presión positiva variable / de doble nivel, mediante cualquier forma de tubo endotraqueal
		Soporte respiratorio extracorpóreo
	Paciente que requiere soporte de dos o más sistemas orgánicos, uno de los cuales puede ser soporte respiratorio básico o avanzado	Ventilación obligatoria asistida o sincronizada / ventilación mecánica controlada e infusión intravenosa continua de fármacos vasoactivos
		Ventilación obligatoria asistida o sincronizada / ventilación mecánica controlada y hemofiltración
		Paciente de alto riesgo procedentes de cirugía mayor, que probablemente requieran soporte respiratorio avanzado y soporte / monitorización de otros órganos o sistemas
		Infusión intravenosa continua para controlar convulsiones y monitorización respiratoria / de las vías aéreas
	Paciente con deterioro crónico de uno o más órganos, que provoca una restricción de las actividades diarias (comorbilidad) y que requiere soporte para un fallo agudo y reversible de otro órgano o sistema	Cardiopatía isquémica grave y hemorragia postoperatoria importante
		Bronconeumopatía crónica obstructiva en tratamiento con oxígeno domiciliario y sepsis vinculada a la inmunosupresión
		Angina con esfuerzos moderados y bronconeumopatía con presión positiva respiratoria continua

Fuente: Goldhill D. Levels of critical care for adult patients. Intensive Care Society, 2002¹⁵.

1.2.3. LOPS y legislación de la función enfermera, específicamente en UVI.

Según el artículo 4º de la LOPS, Ley de Ordenación de las profesiones sanitarias¹⁷, se establece como principios generales, que el ejercicio profesional "requerirá la posesión del correspondiente título oficial", de forma que la competencia

profesional se encuentra, en primer lugar, ligada al título, de lo que se infiere: que quien no posea el título no puede ejercer la profesión; y que el ejercicio profesional va ligado a los conocimientos adquiridos en la formación de esa titulación.

En el artículo 7º, se establece que a las enfermeras les corresponde “la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades”.¹⁷

Hay que aclarar que se puede confundir la ordenación profesional con las funciones que en un puesto de trabajo tiene asignado un profesional. Cuando en el ámbito laboral se asigna una función a un profesional, por medio de normativa laboral, se dice que “esa función es competencia (o no es competencia), amparándose en ocasiones en resoluciones judiciales.

La ordenación profesional es un concepto distinto. El enfermero puede estar capacitado por su formación para realizar una función y ésta puede estar asignada a otro profesional, normalmente, dentro de una optimización de los recursos. Y en este ámbito laboral puede existir el derecho a reclamar que esa función la realice un personal de distinta titulación, aunque el enfermero esté capacitado para realizarla.

La LOPS refleja en el artículo 4º, apartado 6, la formación continuada y la acreditación de su competencia profesional, la competencia profesional queda afectada por aquella formación acreditada, y en el artículo 8º se dice que los centros sanitarios han de revisar el cumplimiento de los requisitos que reúnen los profesionales para ejercer la profesión, y “entre ellos la titulación y demás diplomas, certificados o credenciales profesionales de los mismos, en orden a determinar la continuidad de la habilitación para seguir prestando servicios de atención al paciente”¹⁷.

1.2.4. Funciones del trabajo en UVI por parte de enfermería:

Las funciones básicas de Enfermería son, a nivel general: Gestión, asistencial, docencia e investigadora¹⁸.

En la UVI concretamente, las funciones ejercidas son:

–*Función de gestión: permite “gestionar los recursos asistenciales (materiales, humanos y financieros) con criterios de eficiencia y calidad”.*

– *Función asistencial*: se da en todos los profesionales enfermeras de cuidados críticos y que proporcionan el cuidado oportuno, integral e individualizado, a través de la aplicación de la metodología enfermera.

–*Función de docencia*: se divide en dos partes: educación al paciente y educación al equipo. La formación de los futuros profesionales de Enfermería debe ser también un objetivo para la Enfermería de cuidados críticos, ya que por esa formación pasa la calidad y excelencia aquéllos que desarrollarán en un tiempo su labor en dichas unidades.

–*Función de investigación*: como elemento fundamental de la ciencia enfermera que permite generar conocimiento para aplicar en la práctica y tomar nuevos problemas que surjan de esa práctica para investigar y ofrecer nuevas soluciones.

1.2.5. Calidad asistencial.

Las definiciones de calidad asistencial son muy diversas, lo que hace muy complicado sistematizar. Dependiendo de la estructura disciplinar, la calidad asistencial se puede entender de distintos modos, utilizando distintos términos, clasificaciones y modelos, tal como se expone en la tabla 3:

Tabla 3.- Definición de calidad asistencial según distintos autores:

Donabedian (1980)	Calidad asistencial es el modelo de asistencia esperado para maximizar el nivel de bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de beneficios y pérdidas esperadas en todas las fases del proceso asistencial
Ministerio de Sanidad (Reino Unido) (1997)	Calidad asistencial es: hacer las cosas adecuadas (qué) a las personas adecuadas (a quién) en el momento preciso (cuándo) y hacer las cosas bien la primera vez
(Instituto de Medicina)(IOM)(2001)	Calidad asistencial es el grado por el que los servicios asistenciales incrementan la posibilidad de resultados de salud deseados para individuos y poblaciones, en concordancia con el conocimiento profesional actual
OMS (2000)	Calidad asistencial es el nivel de realización de objetivos intrínsecos para mejorar la salud por los sistemas sanitarios y de receptividad a las expectativas legítimas de la población
Consejo de Europa (1998)	Calidad asistencial es el grado por el que el tratamiento dispensado aumenta las posibilidades del paciente de alcanzar los resultados deseados y reduce las posibilidades de resultados indeseados, considerando el estado de conocimiento actual.

Fuente: Improving healthcare quality in Europe Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. 2019¹⁹.

1.2.6. Valoración de la calidad clínica asistencial:

Los planes de valoración de calidad clínica incluyen, entre otros Guías de Práctica Clínica, indicadores de calidad y sistemas de información, estudios de pacientes, gobierno clínico y procesos de auditoría. Estos planes comprenden a menudo el desarrollo de nuevas estructuras organizativas, procedimientos, herramientas de medida o métodos. Estos planes deben ir enfocados siempre bajo la política y legislación en calidad asistencial²⁰.

1.2.7. Seguridad del paciente:

Para definir Seguridad en el paciente se podría decir que es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basados en la evidencia científica, que tienden a minimizar el riesgo a sufrir eventos negativos en el paciente²¹.

1.2.8. Cultura de seguridad como principal motor asistencial:

Una cultura de seguridad es esencialmente un sistema en el que la organización, los procesos y los procedimientos de trabajo están enfocados a mejorar la seguridad, y donde todos los profesionales están concienciados de manera constante y activa del riesgo de que se produzcan errores. En este tipo de cultura el profesional tiene presente su papel y contribuye a la seguridad del paciente en la institución. También es una cultura abierta, donde los profesionales son conscientes de que pueden y deben comunicar los errores, de que se aprende de los errores que ocurren y de que se ponen medidas para evitar que los errores vuelvan a suceder²².

1.2.9. Derechos y garantías del paciente

El hospital que disponga de UCI deberá observar y respetar los derechos del paciente recogidos en la legislación sanitaria vigente, relacionados con la información sobre las características generales de la UCI, información detallada de los cuidados ofrecidos por la unidad, Consentimiento informado (en los supuestos contemplados por la Ley) e instrucciones y recomendaciones para la estancia en la UCI^{22, 23}.

1.2.10. Garantía de los derechos del paciente^{22, 23}.

El hospital deberá disponer de la siguiente documentación y procedimientos, además de aquellos incluidos en los apartados anteriores:

- a) La cartera de servicios.
- b) El plan de acogida.
- c) El código ético.
- d) Las guías, vías o protocolos de práctica clínica y de cuidados.
- e) Los procedimientos escritos de ensayos clínicos.
- f) La historia clínica.
- g) Procedimiento sobre instrucciones previas.
- h) Los informes de alta médica y de enfermería.
- i) Los protocolos que garanticen la seguridad, confidencialidad y el acceso legal a los datos del paciente.
- j) El libro de reclamaciones y sugerencias.
- k) La póliza de seguros.

1.2.11. Turnos de trabajo en enfermería (como se organizan en hospitalización)

Para adaptarse a las exigencias de los turnos y según el real decreto REAL DECRETO 1561/1995²⁴, para la realización de trabajos continuos durante 24 horas, se pueden establecer trabajos a turnos para que tenga la condición de rotatorio, a efectos de cumplimiento de jornada. Para el establecimiento del trabajo nocturno, deberán tener en cuenta la rotación de los puestos.

También pueden establecer trabajos a turnos, aquellas empresas en las que la actividad se desarrolle incluso en domingos y festivos. Debido a que el trabajo de enfermería intensivista cumple los requisitos de trabajo continuado durante las 24 horas y a la imposibilidad de la detención de la prestación de cuidados, surge la necesidad de crear distintas rotaciones de turnos laborales para cumplir en todo momento con la prestación de cuidados^{3,4}.

1.2.12. Carga laboral:

Uno de los principales problemas que aparecen en las unidades de cuidados críticos es, una gran carga laboral. Los profesionales de enfermería juegan un papel muy importante en el cuidado del paciente crítico y debido a la escasez de recursos humanos muchas veces se pierde calidad en el proceso de prestación de cuidados.

1.2.13. Turnos en cuidados críticos²⁵.

Los turnos que generalmente realiza el personal de enfermería en estas unidades, son:

a) Turno fijo diurno: El que se realiza exclusivamente en horario diurno, entre las 8 y las 22 horas, con independencia del horario en que se preste, que puede ser:

-Horario exclusivamente de mañana, entre las 8 y las 15 horas.

-Horario exclusivamente de tarde, entre las 15 y las 22 horas.

-Horario de mañana y tarde en alternancia o variación cíclica.

-Horario mixto, con prestación de servicios en los tramos horarios de mañana y tarde durante la misma jornada diaria de trabajo.

La jornada ordinaria de trabajo para esta modalidad será de 35 horas semanales de trabajo efectivo, (1.533 horas anuales).

b) Turno fijo nocturno: Se realiza exclusivamente en horario nocturno, entre las 22 horas y las 8 horas del día siguiente. La jornada ordinaria de trabajo para esta modalidad será de 1.400 horas de trabajo efectivo en cómputo anual.

c) Turno mixto: El que se realiza combinando el turno fijo diurno y el nocturno, bien durante la misma jornada diaria de trabajo, bien en distintos días, con arreglo a un ritmo rotatorio que podrá ser de tipo continuo o discontinuo. La jornada ordinaria de trabajo para esta modalidad será individual y estará en función del número de horas efectivamente trabajadas durante el año en horario diurno y en horario nocturno.

1.2.14. Burnout-Cansancio:

Una de las consecuencias de los turnos de trabajo es la aparición del cansancio y el Burnout. Ambos influyen directamente en la calidad de los servicios prestados en la UVI y en la aparición de posibles errores²⁶.

El término Burnout se refiere a una situación que es cada vez más frecuente entre los profesionales que prestan sus servicios a través de una relación directa y mantenida con las personas, entre los que se encuentran todos los profesionales sanitarios.

Tal y como explica Friganovic y colaboradores²⁷, las enfermeras están expuestas frecuentemente a situaciones altamente estresantes en el trabajo, tales como la enfermedad o la muerte de los pacientes. Los síntomas del Burnout tienen un impacto negativo que afecta a los pacientes, al personal y al sistema de salud en general, ya que provoca una reducción de la capacidad de trabajo y la calidad de la atención. De la misma manera como revelan los resultados del artículo anterior nombrado, Vifladyt y colaboradores²⁸, también confirman los impactos negativos, los cuales reducen la atención de las enfermeras hacia los factores que pueden causar un evento desfavorable.

1.2.15. Errores:

Los errores más frecuentes que están ligados directamente a las acciones de enfermería, son²⁶:

-Las infecciones nosocomiales: Son todas aquellas infecciones que desarrollan las personas a las que se le han administrado cuidados en todos los niveles asistenciales²⁹.

-Las úlceras por presión (UPP): Las úlceras por presión son áreas de piel lesionada por permanecer durante un periodo de tiempo demasiado largo en la misma posición³⁰.

Normalmente aparecen en zonas de contacto donde el hueso se encuentra más cerca del contacto con la piel, produciendo una mayor presión en esos puntos con la superficie en la que se encuentra el paciente. Las zonas más afectadas son: tobillos, los talones y las caderas. Las úlceras por presión pueden causar infecciones graves, algunas de las cuales pueden poner la vida en peligro³⁰.

-Los errores de medicación: Son aquellos fallos que ocurren de manera no intencionada durante el proceso de medicación y que son de carácter potencial para producir daño al paciente. En España, según los datos del Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS), el 4% de los pacientes ingresados en hospitales experimentan eventos adversos relacionados con la medicación, que en un 34,8% de los casos son evitables.^{31, 32}.

El proceso de medicación se compone de cinco etapas: prescripción, transcripción, preparación dispensación y administración de la medicación. Los errores más frecuentes cometidos en cada una de ellas, se exponen en la Tabla 4.

Tabla 4.- Errores de medicación frecuentes dentro de cada etapa.

Prescripción	Dispensación	Transcripción	Preparación	Administración
<ul style="list-style-type: none"> • Dosis incorrecta • Frecuencia de administración incorrecta • Vía de administración incorrecta • Omisión (receta incompleta) 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamento deteriorado (vencido, mal conservado, mal rotulado) • Medicamento diferente al prescrito • Omisión • Forma farmacéutica incorrecta • Dosis incorrecta 	<ul style="list-style-type: none"> • Omisión • Transcripción diferente a la prescrita 	<ul style="list-style-type: none"> • Preparación defectuosa (dilución, diluyente o fraccionamiento incorrecto) • Manipulación incorrecta (contaminación) 	<ul style="list-style-type: none"> • Horario incorrecto • Omisión • Dosis incorrecta • Vía de administración incorrecta • Medicamento diferente al prescrito • Paciente diferente • Velocidad de administración incorrecta

Fuente: Errores de medicación en pacientes críticos adultos de un hospital universitario. Estudio prospectivo y aleatorio. 2011³².

1.2.16. Cuidados perdidos:

La pérdida u omisión de los cuidados, aporta consecuencias indeseables a los pacientes y profesionales¹³. Un cuidado seguro exige del profesional de enfermería la toma de decisiones y acciones frente a situaciones de riesgos que amenazan la seguridad de los pacientes y la posible ocurrencia de incidentes que pueden ser desde los más leves, que incluso pueden pasar desapercibidos, hasta los más graves, que pueden terminar en lesiones, discapacidad o muerte, entre otros¹⁴.

Según refieren algunos estudios¹³, las razones manifestadas para la omisión de los cuidados de enfermería, se exponen en la Tabla 5, donde se presenta la prevalencia de distintas razones que ocasionan dicha omisión de cuidados.

Tabla 5.- Prevalencia de las razones para la omisión de los cuidados de enfermería

Razones de omisión de los cuidados
Número inadecuado de personal
Número inadecuado de personal para la asistencia o tareas administrativas
Aumento inesperado en el volumen o en la gravedad de los pacientes de la unidad
Los medicamentos no estaban disponibles cuando se requerían
Situaciones de urgencia de los pacientes
Materiales/equipos no funcionaron adecuadamente cuando se requerían
Materiales/equipos no estaban disponibles cuando se requerían
Otros profesionales del equipo no proporcionaban la asistencia en el momento en que era necesario
Gran cantidad de admisiones y altas
La distribución de pacientes por profesional no era equilibrada
Tensión/conflicto o problemas de comunicación con otros departamentos/sectores de apoyo
La transmisión de información del equipo anterior en el cambio de turno o de las unidades que derivan pacientes es inadecuada
La planta física de la unidad es inadecuada, lo que dificulta la prestación de asistencia a los pacientes en aislamiento o en áreas más distantes
Número elevado de profesionales que trabajan enfermos o con problemas de salud
Tensión/conflicto o problemas de comunicación con el equipo médico
Falta de educación en servicio sobre el cuidado que se va a realizar
Falta de estandarización para la realización de procedimientos/cuidados
El auxiliar de enfermería no comunicó que la asistencia no fue realizada
El profesional tiene más de un vínculo laboral, lo que disminuye su empeño/atención/concentración/ para realizar la asistencia
Los miembros del equipo no se ayudan entre sí
Tensión/conflicto o problemas de comunicación en el equipo de enfermería
El profesional responsable del cuidado no se encontraba en la unidad/sector o no estaba disponible
El profesional que no realizó el cuidado no teme punición/despido debido a la estabilidad en el empleo
El profesional no tiene postura ética y no tiene compromiso e involucramiento con el trabajo o con la institución

Falta de preparación de los enfermeras para liderar, supervisar y conducir el trabajo en equipo
El profesional de enfermería es negligente (presenta pereza, falta de atención o insensibilidad)
Falta de motivación para el trabajo (debido al bajo sueldo o a la falta de valoración del profesional)
Número elevado de enfermeras con poca experiencia profesional

Fuente: Omisión del cuidado de enfermería en unidades de internación. 2020³³.

2. JUSTIFICACIÓN:

La calidad y seguridad del paciente crítico, es un aspecto relevante para los sistemas hospitalarios por lo que es necesario mantener altos estándares de calidad.

Durante la estancia hospitalaria de un paciente, existe el riesgo de que se presenten eventos adversos como resultado de la atención y causar sucesos que son dañinos para el paciente, que no tienen que ver con su enfermedad o condición de salud.

El cuidado de enfermería perdido es considerado un error de omisión y éste se define como *“cualquier aspecto de la atención que requiera el paciente que se omite o retrasa significativamente”³⁴*.

Por ello, en las unidades de cuidados intensivos se trabaja las 24 horas del día, los 365 días del año para cubrir las necesidades de todos los ciudadanos.

Este hecho implica que, por motivos de productividad, el trabajo sea organizado en turnos, a través de equipos de trabajo, ocupando los trabajadores el mismo puesto sucesivamente, quedando el servicio siempre cubierto.

El trabajo por turnos es un componente crucial de la vida laboral de las enfermeras, lo que garantiza la atención continua de los pacientes. Esta organización laboral, implica la realización de turnos de trabajo. Dependiendo de la organización del hospital pueden implantarse turnos distintos, con lo que es posible que tengan efectos distintos en la prestación de cuidados.

Este proyecto, pretende valorar si los cuidados perdidos en las unidades de críticos tienen relación con la turnicidad, atendiendo a dos unidades con turnos distintos de Tenerife. Por un lado se encuentra el Hospital Universitario de Canarias (CHUC) con turnos de 12h y por otro lado está el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (CHUNSC), donde realizan turnos de 7 y de 10 horas.

2.1. Pregunta de investigación

¿Los turnos de trabajo de los enfermeros en las unidades de cuidados críticos, tienen relación con la pérdida de cuidados?

2.2. Objetivos:

Este estudio pretende como **objetivo general:**

-Identificar la pérdida de cuidados en unidades de cuidados críticos, en relación a la opinión de los profesionales en enfermería.

Objetivos específicos:

-Identificar la relación de la turnicidad, con los cuidados perdidos, en la unidad de cuidados intensivos de los hospitales Universitario de Canarias y Universitario Nuestra Señora de Candelaria.

-Averiguar en qué turnos se produce mayor omisión de cuidados, en las unidades de estudio.

-Descubrir las razones que existen para la omisión de cuidados en las unidades citadas.

3. METODOLOGÍA:

3.1. Diseño:

Se realizará un estudio descriptivo y transversal, en la UVI tanto del Hospital Universitario de Canarias (CHUC), como en la del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (CHUNSC). La finalidad será determinar las opiniones, grado de satisfacción en cuanto a la prestación de cuidados e inconvenientes de los distintos turnos rotatorios.

3.2. Población y muestra:

La población de estudio serán las enfermeras de la UVI del CHUNSC (67) que se distribuyen en 6 equipos y siguen la rotación que se adjunta en el **Anexo 1** y las enfermeras de la UVI del HUC (60), las cuales se distribuyen en 5 equipos que siguen

los turnos adjuntados en el **Anexo 2**. Teniendo en cuenta que el total de población será de 127 personas, la investigación se realizará sobre toda la población.

Se solicitará consentimiento para participar en el estudio (**Anexo 3**), de petición de consentimiento.

3.3. Criterios de inclusión:

- Enfermeras que lleven trabajando en el servicio 6 meses o más.
- Aquellas enfermeras que rellenaron el consentimiento quedando reflejado que desean participar en el proyecto.

3.4. Criterios de exclusión:

- Se excluirán las enfermeras que no estén de turno durante el periodo en el que se realizará el cuestionario debido a vacaciones, baja o cualquier otro motivo.

3.5. Instrumentos de medida:

El instrumento de medida será un cuestionario, de elaboración propia, dividido en dos tipos de preguntas (**anexo 4**). La primera parte consta de 6 preguntas con opción de respuesta según escala tipo Likert, de valores comprendidos entre 1 (mucho), 2 (bastante), 3 (algo), 4 (poco) y 5 (nada, casi nada). Se pedirá que indiquen su opinión en relación a una serie de preguntas relacionadas con la turnicidad y los cuidados de enfermería prestados. Cada pregunta tendrá una única respuesta correcta. La segunda parte del cuestionario, estará formada por un listado con 14 actividades generales de una unidad de críticos, donde se deberán marcar las conductas de cuidado que las enfermeras crean que se omiten con más frecuencia.

3.6. Variables de estudio:

El presente proyecto de investigación tendrá en cuenta las siguientes variables, agrupadas por:

- Perfil de los encuestados:
 - Edad, sexo.
- Variables de investigación:
 - Opinión acerca de la omisión de cuidados atendiendo a la turnicidad.

- Unidad de vigilancia intensiva donde se trabaje (Hospital donde se trabaja).
- Turno de trabajo realizado.
- Tiempo trabajado en el servicio.

3.7. Método de recogida de información

Para poder llevar a cabo este proyecto, ha sido necesario utilizar un método de recogida de datos, como es el cuestionario de elaboración propia, pendiente de validar, para conocer la opinión de los enfermeros sobre la omisión de cuidados por parte de los profesionales.

Una vez preparado el cuestionario se solicitarán los permisos necesarios a la gerencia de ambos complejos hospitalarios para poder realizar el estudio. (**Anexo 4 y 5**). Una vez se tengan las autorizaciones, se solicitará colaboración a los supervisores de ambas Unidades de Vigilancia Intensiva y se les pedirá que organicen reuniones para los distintos equipos de enfermería, para que el autor del proyecto pueda acudir para explicar la finalidad y objetivos del proyecto.

Posteriormente, se acudirá durante un mes, al finalizar los cambios de turno de ambos complejos hospitalarios, para coincidir con todos los equipos de enfermeras y proceder a la entrega del cuestionario final para que sea realizado. Para esto se recurrirá a la ayuda de un colaborador externo. La entrega del cuestionario, se realizará en los despachos de los supervisores de cada Unidad, a quienes se les habrá solicitado la posibilidad de colocar un buzón donde las enfermeras participantes puedan depositar el cuestionario cumplimentado para su posterior recogida.

3.8. Consideraciones éticas:

Para la realización del proyecto se comunicará a la Gerencia de ambos hospitales la población y el lugar donde se va a realizar la recogida de datos, para obtener los permisos pertinentes.

En relación a los aspectos éticos se mantendrá en todo momento el anonimato de los participantes del estudio. También, se asegurará la preservación de los datos individuales obtenidos debido a la participación de los trabajadores atendiendo al cumplimiento de la legislación española (Ley Orgánica de Protección de Datos 15/1999, de 13 de diciembre)³⁵.

3.9. Logística

Para llevar a cabo esta investigación, se ha elaborado un cronograma y se ha hecho una estimación presupuestaria, que se presentan a continuación:

3.9.1. Estimación presupuestaria

CONCEPTOS	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	PRECIO	TOTAL €
RECURSOS MATERIALES	PAQUETE DE 500 FOLIOS	4	5,50 €	22,00 €
	CARTUCHOS DE TINTA	3	44,00 €	132,00 €
	COLABORADOR	1	150,00 €	150,00 €
GASTOS DE PUBLICACIÓN				600,00 €
TOTAL				754,00 €

3.9.2. Cronograma.

	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8
Búsqueda y revisión bibliográfica								
Planteamiento de objetivos y justificación								
Diseño de entrevista y de permisos								
Búsqueda de participantes								
Realización del cuestionario por los participantes								
Recogida de cuestionarios								
Análisis de los datos recogidos								
Redacción de los resultados								
Elaboración de conclusiones								

4. BIBLIOGRAFÍA:

1. Navarro Arnedo JM, Orgiler Uranga PE, de Haro Marín S. Guía práctica de enfermería en el paciente crítico. [Internet] 2005 [Consultado el 16 diciembre de 2019]; 16(1): [15-22]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-guia-practica-enfermeria-el-paciente-13072135>
2. Rioja Salud. Criterios de ingreso en la Unidad de Medicina Intensiva (UMI) [Internet]. [Consultado el 17 diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.riojasalud.es/profesionales/medicina-intensiva/781-criterios-de-ingreso-en-la-unidad-de-medicina-intensiva-umi>
3. Boletín Oficial del Estado. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. [Internet]. 2003 [consultado el 17 diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/11/21/44/con>
4. Moreno Arroyo M, Jerez González J, Cabrera Jaime S, Estrada Masllorens J, López Martín A. Turnos de 7 horas versus 12 horas en enfermería intensiva: vivir a contratiempo [Internet] 2013[consultado el 18 diciembre de 2019]; 24(3): [95-134]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-turnos-7-horas-versus-12-S1130239913000448>
5. García S. Marina Salud implanta el turno de 12 horas que piden los enfermeros y que quiere eliminar el HACLE de La Pedrera. La Marina Plaza. [Internet] 2017 [consultado el 18 de diciembre 2020]. Disponible en: <https://lamarinaplaza.com/2017/04/18/marina-salud-implanta-el-turno-de-12-horas-que-piden-los-enfermeros-y-que-quiere-eliminar-el-hacle-de-la-pedrera/>
6. Bravo M. De la Historia de la Enfermería o del principio de los tiempos [Internet]. Ene-enfermería. [Internet] 2007 [consultado el 23 diciembre de 2019]; 1: [37-39]. Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/41/36>
7. Sánchez-Aragó, S. Evolución del mundo material en los cuidados de enfermería: siglos XVIII al XX. Cultura de los Cuidados [Internet]. 2017 [consultado el 28 diciembre de 2019]; 21(49). Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/72934/1/CultCuid_49_09.pdf

8. García García I, Gozalbes Cravioto E. Surgimiento y desarrollo de la Historia de la Enfermería en España [Internet] 2013 [consultado el 28 diciembre 2019]; 12(30). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200015
9. Consejo General de Enfermería. CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA. [Internet] 1989 [consultado el 6 enero de 2020]. Disponible en: <http://www.ee.lafe.san.gva.es/pdfs/codigodeontologicoesp.pdf>
10. La etapa vocacional de los cuidados en la Alta (S.V al X) y Baja Edad Media (S.XI al XV). En: La enfermera en la Edad Media. Slideshare [Internet] 2013 [consultado el 7 enero de 2020]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/manoloinformatica1d/la-enfermera-en-la>
11. Caballero Lopez A. Terapia Intensiva (tomo I). Segunda edición. La Habana: Ciencias Médicas; 2006.
12. Meijome Sánchez JM. El camino de los cuidados perdidos. [Internet] 2016 [consultado el 10 enero de 2020]; 4 (2):[6]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5501372>
13. Toffoletto M, Ramirez Ruiz X. Mejorando la seguridad de los pacientes: estudio de los incidentes en los cuidados de enfermería. [Internet] 2013 [consultado el 10 enero de 2020] 47(5). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000501098&script=sci_arttext&tlng=es
14. 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]. Dialnet. 2017 [consultado el 14 enero de 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=158168>
15. Cronin E, Nielsen M, Spollen M, Edwards N. Adult Critical Care. [Internet] 2000 [consultado el 15 enero de 2020]. Disponible en: <https://www.birmingham.ac.uk/documents/college-mds/haps/projects/hcna/01hcnaseries3d2.pdf>

16. The Faculty of Intensive Care Medicine. Core Standards for Intensive Care Units. [Internet]. 2013 [consultado el 18 enero de 2020]; 1. Disponible en: [https://www.ficm.ac.uk/sites/default/files/Core%20Standards%20for%20ICUs%20Ed.1%20\(2013\).pdf](https://www.ficm.ac.uk/sites/default/files/Core%20Standards%20for%20ICUs%20Ed.1%20(2013).pdf)
17. Boletín Oficial de las Cortes Generales. Ley de 12 de noviembre de 2003, de ordenación de las profesiones sanitarias. [Internet]. 2003 [consultado el 25 enero de 2020]. Disponible en: <https://www.codem.es/sanitaria/ley-de-ordenacion-de-profesiones-sanitarias-lops>
18. Tejada Martínez A, Pérez Verdú A, Mateo Robles A, Jiménez Jiménez A , Sánchez Barredo C, Furioka Burillo D. GUÍA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CRÍTICO [Internet] 2012 [consultado el 2 marzo de 2020]; 2: [357]. Disponible en: https://elenfermerodependiente.files.wordpress.com/2017/02/manual_criticos.pdf
19. World Health Organization. Improving healthcare quality in Europe Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. [Internet]. 2019 [citado el 2 marzo de 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327356/9789289051750-eng.pdf>
20. Boletín Oficial del Estado. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. [Internet] 2003 [consultado el 3 marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf>
21. Boletín Oficial del Estado. LEY 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. [Internet] 2003 [consultado el 3 marzo de 2020]. Disponible en: https://www.msrebs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/transparencia/LEY_COHESION_Y_CALIDAD.pdf
22. Boletín Oficial del Estado. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. [Internet]. 2002. [consultado el 4 marzo 2020] Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2002-22188>

23. Ministerio de Sanidad Y Política Social. Unidad de cuidados intensivos Estándares y recomendaciones. [Internet] 2010 [consultado el 5 marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>
24. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1561/1995, de 21 de septiembre, sobre jornadas especiales de trabajo. [Internet]. 1995 [consultado el 5 marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1995-21346>
25. Servicio Canario de Salud. INSTRUCCIÓN NÚM. 8/2019, DEL DIRECTOR DEL SERVICIO CANARIO DE LA SALUD, PARA LA APLICACIÓN DEL ACUERDO ADOPTADO POR EL GOBIERNO DE CANARIAS POR EL QUE SE IMPLANTA, A PARTIR DEL 1 DE MAYO DE 2019, LA JORNADA ORDINARIA DE TRABAJO DE TREINTA Y CINCO HORAS DE PROMEDIO SEMANAL RESPECTO AL PERSONAL ADSCRITO A LAS INSTITUCIONES SANITARIAS INTEGRADAS EN EL SERVICIO CANARIO DE LA SALUD. [Internet] 2019 [consultado el 6 marzo de 2020]. Disponible en: https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/50fbfe40-70c9-11e9-95de-afcb0a6b46e2/INSTRUCCION_8_19_JO_PERSONAL_IISS.pdf
26. Queiroz Bezerra A, Queiroz E. dS, Weber J, Tanferri de Brito Paranaquá T. Reacciones adversas: indicadores de resultados según la percepción de las enfermeras de un hospital centinela. [Internet] 2012 [consultado el 6 marzo de 2020]; 11(27). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000300011
27. Friganović A, Kovačević I, Ilić B, Žulec M, Krikšić M, Grgas C. HEALTHY SETTINGS IN HOSPITAL – HOW TO PREVENT BURNOUT SYNDROME IN NURSES: LITERATURE REVIEW. [Internet] 2017 [consultado el 6 marzo de 2020] Disponible en: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/13_friganovic_indd.pdf
28. Vifladt A, Simonsen B, Lydersen S, Farup P. The association between patient safety culture and burnout and sense of coherence: A cross-sectional study in restructured and not restructured intensive care units. [Internet] 2016 [consultado el 6 marzo de 2020]; 36: (26–34). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2016.03.004>

29. Zaragoza R, Ramírez P, López-Pueyo M. Infección nosocomial en las unidades de cuidados intensivos. [Internet] 2014 [consultado el 8 marzo de 2020]; 32(5): [320-327]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-infeccion-nosocomial-las-unidades-cuidados-S0213005X14000597>
30. Aizpitarte Pegenaute E, de Galdiano Fernández A, Zugazagoitia Ciarrusta N, Margall Coscojuela M, Asiain Erro M. Úlceras por presión en cuidados intensivos: valoración del riesgo y medidas de prevención. [Internet] 2005 [consultado el 8 marzo de 2020]; 16(4): [153-164] Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-ulceras-por-presion-cuidados-intensivos-13080877>
31. Ambrosio L, Pumar M. Factores del entorno de trabajo que influyen en la ocurrencia de errores de administración de medicación. [Internet] 2013 [consultado el 8 marzo de 2020]; 36(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272013000100008
32. Salazar N, Jirón M, Escobar L, Tobar E, Romero C. Errores de medicación en pacientes críticos adultos de un hospital universitario. Estudio prospectivo y aleatorio. [Internet] 2011 [consultado el 9 marzo de 2020]; 139(11): [1458-1464]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011001100010
33. Carvalho de Lima J, Bauer de Camargo Silva A, Larcher Caliri M. Omisión del cuidado de enfermería en unidades de internación. [Internet] 2020 [consultado el 10 enero de 2020]; 28. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692020000100310&script=sci_arttext&tlng=es
34. Hernández Cruz R, Moreno Monsiváis MG, Cheverría Rivera S, Landeros López M, Interrial Guzmán MG. Cuidado de enfermería perdido en pacientes hospitalizados en una institución pública y una privada. [Internet] 2017 [Consultado 13 marzo de 2020]; 26(3). Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000200005

35. Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. [Internet]. 1999. [consultado el 15 marzo de 2020]. Disponible en: <https://boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1999-23750&p=20110305&tn=0>

5. ANEXOS:

Anexo 1

Rotación enfermeras hospital universitario nuestra señora de candelaria.

	LU	MA	MI	JU	VI	SA	DO	LU	MA	MI
EQUIPO 1	M	M	T	T	N	N	S	S	L	L
EQUIPO 2	L	M	M	T	T	N	N	S	S	L
EQUIPO 3	L	L	M	M	T	T	N	N	S	S
EQUIPO 4	S	L	L	M	M	T	T	N	N	S
EQUIPO 5	S	S	L	L	M	M	T	T	N	N
EQUIPO 6	N	S	S	L	L	M	M	T	T	N

M: MAÑANA

T: TARDE

N: NOCHE

S: SALIENTE

L: LIBRE

Anexo 2

Rotación enfermeras hospital universitario de canarias.

	LU	MA	MI	JU	VI	SA	DO
EQUIPO 1	D	N	S	L	L	D	N
EQUIPO 2	N	S	L	L	D	N	S
EQUIPO 3	S	L	L	D	N	S	L
EQUIPO 4	L	L	D	N	S	L	L
EQUIPO 5	L	D	N	S	L	L	D

D: DIA

N: NOCHE

S: SALIENTE

L: LIBRE

Anexo 3:

Consentimiento informado de participación en el proyecto:

Mi nombre es Ángel Miguel Páez Fariña y soy alumno de 4º curso de Grado de Enfermería de la Universidad de La Laguna.

Por medio de este consentimiento, se solicita la participación voluntaria como muestra de investigación para la realización de mi Proyecto de Fin de Carrera, en el que se pretende identificar la pérdida de cuidados en el paciente crítico en relación a los distintos turnos presentes en ambos hospitales.

A las enfermeras que decidan participar, se les dará un cuestionario que recogerá información acerca de la omisión de cuidados en relación a los turnos que realizan.

La información obtenida a partir de sus respuestas en la prueba tendrá un carácter totalmente confidencial, de tal manera que sus datos personales no se harán públicos por ningún medio.

En efecto, aquellos que quieran participar se ruegan que rellenen sus datos a continuación:

- Nombre y apellidos:
- Hospital en el que trabaja:
- Tiempo trabajando en el servicio:
- Turno de trabajo:

Muchas gracias por su colaboración.

Mis datos, a efectos de consultar posibles dudas, son:

Correo electrónico: Miguel.4bd.te [e@gmail.com](mailto: Miguel.4bd.te@gmail.com)

Número de teléfono: 671907740.

Anexo 4:

A continuación se presenta el cuestionario que deberá de ser rellenado atendiendo a 5 ítems según su opinión personal y 14 preguntas que deberá de ser rellenado atendiendo a las conductas que se omitan con regularidad según su opinión personal.

El objetivo del estudio es valorar la perdida de cuidados en relación a la turnicidad según la opinión de las enfermeras

No tiene la obligación de completar el cuestionario. Cualquier información que pudiera permitir su identificación será considerada confidencial.

Ante cualquier duda puede consultarme al correo: Miguel.4bd.tee@gmail.com

Muchas gracias por su colaboración.

-Edad:

-Sexo:

-Hospital en que trabajas:

-Tiempo que llevas en la Unidad:

Primera parte

Cuestionario 1:	1.Mucho	2.Bastante	3.Algo	4.Poco	5. Nada, casi nada.
-¿Omites cuidados debido a la carga laboral?					
-¿Te permite tu horario realizar las actividades de manera organizada y segura?					
-¿Cumples los objetivos y metas en cuanto a la prestación de cuidados en relación a las horas de trabajo?					
-¿Tu turno de trabajo favorece a la aparición de monotonía?					
-¿Te permite tu turno de trabajo llevar un correcto seguimiento de los					
-¿La turnicidad te permite trabajar de manera coordinada con los compañeros manteniendo un cuidado holístico del paciente?					

Segunda parte

CONDUCTAS DE CUIDADO	
Administra al paciente los tratamientos y medicinas oportunamente.	
Examina al paciente con frecuencia.	
Responde rápidamente la llamada del paciente.	
Comenta con él/la paciente, en lenguaje comprensible, lo que es importante que conozca acerca de su enfermedad y tratamiento.	
Habla con el paciente.	
Escucha al paciente.	
Involucra a la familia o a otros seres queridos del paciente, en su cuidado.	
Es receptiva/o ante las necesidades del paciente, planes y actúa en consecuencia, por ejemplo, administra un medicamento para evitar las náuseas, cuando el paciente está recibiendo una medicina que probablemente le causará náuseas.	
Se presenta al paciente, le explica el procedimiento a realizar.	
Sabe aplicar inyecciones, etc. y manipular equipos de uso parental (sueros), las máquinas de aspiración y otros equipos que haya en el servicio.	
Su vestuario e identificación la caracterizan como enfermera, usando la ropa apropiada.	
Se asegura de que otros sepan cómo cuidar al paciente.	
Proporciona un buen cuidar al paciente.	
Sabe cuándo llamar al médico.	

Anexo 5:

Carta 1.

A la Gerencia del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria:

Mi nombre es Ángel Miguel Páez Fariña , alumno de 4º Curso del Grado de Enfermería en La Facultad de Ciencias de la Salud, Sección de Enfermería y perteneciente a la ULL.

Me pongo en contacto con Ud. debido a que estoy realizando mi proyecto de fin de carrera, cuya finalidad es identificar la pérdida de cuidados en unidades de cuidados críticos, en relación a la opinión de los profesionales en enfermería con diferentes turnos de trabajo y en distintos hospitales.

Por lo anteriormente expuesto, necesitaría conocer la opinión e información de las enfermeras, de dicha unidad y la rotación de trabajo que realizan.

Mediante la presente carta, solicito el permiso para obtener acceso a dichos datos.sean enviados.

Para cualquier duda o comunicación, estaré a su disposición y podrá ponerse en contacto conmigo a través de los siguientes medios:

Correo electrónico: Miguel.4bd.tee@gmail.com

Teléfono móvil: 671907740

Un cordial saludo

Ángel Miguel Páez Fariña

Anexo 6:

Carta 2.

A la Gerencia del Hospital Universitario de Canarias:

Mi nombre es Ángel Miguel Páez Fariña , alumno de 4º Curso del Grado de Enfermería en La Facultad de Ciencias de la Salud, Sección de Enfermería y perteneciente a la ULL.

Me pongo en contacto con Ud. debido a que estoy realizando mi proyecto de fin de carrera, cuya finalidad es identificar la pérdida de cuidados en unidades de cuidados críticos, en relación a la opinión de los profesionales en enfermería con diferentes turnos de trabajo y en distintos hospitales.

Por lo anteriormente expuesto, necesitaría conocer la opinión e información de las enfermeras, de dicha unidad y la rotación de trabajo que realizan.

Mediante la presente carta, solicito el permiso para obtener acceso a dichos datos sean enviados.

Para cualquier duda o comunicación, estaré a su disposición y podrá ponerse en contacto conmigo a través de los siguientes medios:

Correo electrónico: Miguel.4bd.tee@gmail.com

Teléfono móvil: 671907740

Un cordial saludo

Ángel Miguel Páez Fariña