

ESTHER RIVERO HITOS

# Proyecto de investigación: Asociación entre el nivel competencial y la satisfacción laboral con los resultados de los pacientes

---

**TRABAJO FINAL DE MÁSTER**

**Dirigido por la Dra. Maria Elena Solà Miravete**

Máster en Investigación en Ciencias de la Enfermería



UNIVERSITAT  
ROVIRA i VIRGILI

**Tarragona, 2023**



UNIVERSITAT  
ROVIRA I VIRGILI

## FACULTAD DE ENFERMERÍA

### PRESENTACIÓN TRABAJO FIN DE MÁSTER EN INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA

Nombre y apellidos autor / a:

Esther Rivero Hitos

Título del proyecto de investigación:

“Asociación entre el nivel competencial y la satisfacción laboral con los  
resultados de los pacientes”

Nombre y apellidos tutor / a:

Dra. Elena Solà Miravete

**Autorizo a que éste sea presentado el próximo mes de enero de 2023**

Elena Solà Miravete  
(DNI: 78580110N)

Tarragona, 22 de noviembre de 2022.

*“La observación indica cómo está el paciente; la reflexión indica qué hay que hacer; la destreza práctica indica cómo hay que hacerlo. La formación y la experiencia son necesarias para saber cómo observar y qué observar; cómo pensar y qué pensar.”*

*Florence Nightingale*

## **AGRADECIMIENTOS**

Me gustaría expresar mi agradecimiento a aquellas personas que han hecho posible la presentación de este proyecto de investigación.

En primer lugar, a la tutora del trabajo, la Dra M<sup>a</sup> Elena Solà, por animarme cuando más difícil se me hacía seguir adelante con el trabajo y que con tanta paciencia y cariño me ha acompañado en este camino. Gracias por no perder la fe en mí.

A mis padres por haberme transmitido la importancia de no rendirme nunca en mis proyectos.

A mi amiga Sheila, por ayudarme a transmitir con las mejores palabras aquello que quería expresar en el escrito.

Por último y más importante, a mi compañero de vida, Marc, por haberme motivado a seguir con ello cuando más cansada estaba.

## TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN .....	10
1. INTRODUCCIÓN .....	12
2. MARCO CONCEPTUAL .....	14
2.1. SEGURIDAD DEL PACIENTE .....	14
2.1.1. EPIDEMIOLOGÍA.....	16
2.1.2. INCIDENTES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE .....	19
2.2. SATISFACCIÓN LABORAL .....	26
2.2.1. SATISFACCIÓN.....	26
2.2.2. ESTRÉS.....	28
2.3. COMPETENCIAS PROFESIONALES .....	29
2.3.1. COMPETENCIAS EN ENFERMERÍA .....	31
3. ESTADO ACTUAL DEL TEMA .....	35
3.1. MÉTODO DE BÚSQUEDA Y SELECCIÓN DE ARTÍCULOS .....	35
3.2. ANÁLISIS DE LOS ESTUDIOS .....	37
4. APORTACIONES E INTERÉS DEL ESTUDIO Y JUSTIFICACIÓN .....	39
5. OBJETIVOS .....	40
6. HIPÓTESIS .....	40
7. MÉTODO .....	41
7.1. DISEÑO.....	41
7.2. METODOLOGÍA CUANTITATIVA.....	41
7.2.1. ÁMBITO .....	41
7.2.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN .....	41
7.2.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	42
7.2.4. VARIABLES.....	43
7.2.5. MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS.....	45

7.2.6. INSTRUMENTOS.....	46
7.2.7. ANÁLISIS DE DATOS .....	49
7.3. METODOLOGÍA CUALITATIVA.....	50
7.3.1. ÁMBITO .....	50
7.3.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN .....	50
7.3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	50
7.3.4. MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS.....	50
7.3.5. INSTRUMENTOS.....	51
7.3.6. ANÁLISIS DE DATOS .....	51
8. ASPECTOS ÉTICOS.....	52
9. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS .....	54
10. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN Y LÍNEAS DE FUTURO.....	55
11. CRONOGRAMA.....	56
12. PRESUPUESTO .....	57
13. BIBLIOGRAFÍA.....	58
14. ANEXOS .....	70
ANEXO 1: PROCESO DE SELECCIÓN DE TÍTULOS PARA LA REVISIÓN.....	70
ANEXO 2: HOJA INFORMATIVA.....	90
ANEXO 3: QUESTIONARIO COM-VA® .....	91
ANEXO 4: GUIÓN ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA.....	102

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Relación estudios eventos adversos. Elaboración propia .....	17
Tabla 2. Competencias y habilidades de novel a experta. Benner, 1984.....	32
Tabla 3. Términos de búsqueda .....	36
Tabla 4. Variables principales independientes a estudio .....	43
Tabla 5. Variables principales dependientes a estudio .....	43
Tabla 6. Variables secundarias a estudio .....	44
Tabla 7. Cronograma del proyecto. Elaboración propia .....	56
Tabla 8. Presupuesto del proyecto.....	57
Tabla 9. Títulos seleccionados sobre competencia enfermeraFinalmente, se detalla a continuación los títulos finalmente seleccionados para la revisión:.....	76
Tabla 10. Estudios seleccionados .....	89

## ÍNDICE DE FIGURAS

Ilustración 1. Relación estudios eventos adversos. Elaboración propia .....	17
Ilustración 2. Localización de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria adquiridas en el presente ingreso. España EPINE, 1990-2021 .....	18
Ilustración 3. Modelo del queso suizo de Reason. Fuente: Reason J. Human error: models and management.....	22
Ilustración 4. Modelo Derby: 7 niveles de avance en la práctica .....	33
Ilustración 6. Triangulación de evaluadores. Fuente: Marco teórico y conceptual para de competencias del profesional hospitalario. Parte I .....	48

## LISTADO DE ABREVIATURAS

AMSP	Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente
ANA	Association Nursing American
CEIC	Comité Ético de Investigación Clínica
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos
CVL	Calidad de Vida Laboral
DeCs	Descriptoros en Ciencias de la Salud
EA	Eventos Adversos
ECO	Evaluación de Competencias
HMPS	Harvart Medical Practice
HU	Hospital Universitario
HU	Hospital Universitario
ICS	Institut Català de la Salut
MAH	Modelo de adquisición de habilidades
MeSH	Medical Subject Headings
OMS	Organización Mundial de la Salud
RAE	Real Academia Española
SL	Satisfacción Laboral
UH	Unidad de Hospitalización
UPP	Úlcera por presión

## RESUMEN

La seguridad del paciente está reconocida como una prioridad de la atención sanitaria y supone uno de los mayores desafíos para la calidad de la atención ya que los eventos adversos (EA) son comunes en esta.

En los hospitales catalanes, un 7,4% de los pacientes ingresados puede tener un EA, de los cuales, un 48,65% se consideran prevenibles. Estos resultados muestran la magnitud del problema y el gran desafío que representa.

El objetivo de este estudio es determinar si existe relación entre la satisfacción laboral y/o el nivel competencial sobre la aparición de determinados eventos adversos en las unidades de hospitalización (UH) del Institut Català de la Salut (ICS).

La hipótesis del estudio es que existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de satisfacción laboral y el nivel competencial de las enfermeras de hospitalización y el desarrollo de determinados eventos adversos en los pacientes hospitalizados.

El estudio utilizará un método mixto con una parte cualitativa y una cuantitativa. Para la evaluación cualitativa, se procederá mediante un enfoque fenomenológico, a la realización de entrevistas semiestructuradas. Para la evaluación cuantitativa será diseñado un estudio descriptivo, analítico y transversal. Para medir la satisfacción laboral se usará una pregunta única con cuatro opciones de respuesta y para medir el nivel competencial se usará la escala COM VA<sup>®</sup>.

**Palabras clave:** seguridad del paciente, eventos adversos, satisfacción laboral, enfermeras, nivel competencial.

## **ABSTRACT**

Patient safety is recognized as a health care priority and, since adverse events (AEs) are common, it represents one of the greatest challenges for the quality of care.

In Catalan hospitals, 7.4% of admitted patients may have an AE, while 48.65% of them are considered preventable. These results show the magnitude of the problem and what a great challenge it represents.

The main objective of this study is to determine if job satisfaction and/or the level of competence and the appearance of certain adverse events in the hospitalization units (HU) of the Institut Català de la Salut (ICS) are related.

The hypothesis of the study is that there is a statistically significant relationship between the level of job satisfaction and the level of expertise of hospitalization nurses and the development of certain adverse events in hospitalized patients.

The study will use a mixed method with a qualitative and a quantitative part. For a qualitative evaluation, semi-structured interviews will be conducted, following a phenomenological approach. For a quantitative evaluation, a descriptive, analytical, and cross-sectional study will be designed. To measure job satisfaction, a four-option multiple choice question will be used, and the competence level will be evaluated using the COM VA<sup>®</sup> tool.

**Key words:** Patient safety, adverse events, job satisfaction, nurses, professionalism

## 1. INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente está reconocida como una prioridad de la atención sanitaria y supone uno de los mayores desafíos para la calidad de la atención ya que los eventos adversos (EA) son comunes en esta <sup>1</sup>.

En los hospitales catalanes, un 7,4% de los pacientes ingresados puede tener un EA, de los cuales, un 48,65% se consideran prevenibles <sup>2</sup>. A nivel mundial, se sitúa entre una de las 10 principales causas de muerte y discapacidad en el mundo <sup>3</sup>. Estos resultados muestran la magnitud del problema y el gran desafío que representa.

Se sugiere que existe relación entre el bienestar y los niveles de moderados a altos de agotamiento profesional con la baja seguridad del paciente, hecho que puede aumentar los errores de asistencia <sup>4</sup>. Además, la evidencia científica apoya que las enfermeras deben considerarse elementos clave en la consecución de los objetivos relacionados con la seguridad del paciente y los resultados en salud <sup>5</sup>.

En el ámbito de la profesión enfermera, la satisfacción laboral (SL) es un tema primordial para las direcciones de enfermería ya que se ha demostrado que la insatisfacción laboral se correlaciona con el absentismo laboral <sup>6</sup> y con peor satisfacción del paciente con la atención recibida <sup>7</sup>. Además, tanto la satisfacción laboral de las enfermeras como la satisfacción del paciente han sido identificadas por la American Nursing Association (ANA) como indicadores de calidad que son resultados directos de los cuidados enfermeros en el *Nursing Report Card for Acute Care* <sup>8</sup>.

A finales de los años 90, surgieron numerosos estudios sobre como un cuidado subóptimo, caracterizado por una demora en la evaluación, diagnóstico y/o el tratamiento enfermero, podía conducir a resultados perjudiciales para el paciente <sup>9</sup>.

Siguiendo con los factores que influyen en los resultados negativos para las personas atendidas en las unidades de hospitalización, se ha observado que el racionamiento de los cuidados enfermeros es un predictor de los resultados en salud de los pacientes <sup>10-15</sup>.

El cuidado es el pilar de todos los Sistemas de Salud <sup>16,17</sup>. La pandemia por la COVID-19 ha evidenciado la importancia de los cuidados enfermeros y se ha visto reflejada la escasez

de enfermeras <sup>18</sup>. A raíz de la modificación de las condiciones estructurales y laborales de las enfermeras, muchas tuvieron que trabajar en especialidades diferentes a la suyas y se realizó una priorización de la oferta de cuidados en respuesta a las altas necesidades de atención <sup>19</sup>, lo que conllevó a una serie de cuidados enfermeros perdidos, cuya definición es *“cualquier aspecto de la atención que requiera el paciente que se omite o se retrasa significativamente”* <sup>20</sup>. Esta falta de cuidados junto con la situación de pandemia, ha añadido un estrés psicológico para los profesionales <sup>21,22</sup>. Estudios relacionan el contexto de la pandemia las condiciones físicas y organizativas del trabajo con la falta de cuidados <sup>23</sup>, siendo los cuidados priorizados aquellos relacionados con las necesidades físicas más agudas (dolor vigilancia y medicación), dejando en un segundo lugar, aquellos relacionados con las actividades psicosociales, las consideradas burocráticas y aquellas que requieren más tiempo <sup>10,12,23,24</sup>.

Coincidiendo con la teoría de los dos factores de Herzberg, se relaciona la responsabilidad personal con la SL y como factor protector de la pérdida de cuidados enfermeros <sup>23,25,26</sup>. A su vez, hay estudios que relacionan los cuidados perdidos con los reingresos hospitalarios <sup>27</sup>.

Patricia Benner, en 1984, adoptó el modelo de Dreyfus, que desarrolló el modelo de adquisición y desarrollo de habilidades atendiendo a la actuación de jugadores de ajedrez y de pilotos en situaciones de emergencia. El modelo de Benner describe 5 niveles de adquisición y desarrollo de habilidades: aprendiz, principiante, competente, eficiente y experto. En su modelo, describe el proceso por el cual una enfermera debutante puede convertirse en experta <sup>28</sup>.

## 2. MARCO CONCEPTUAL

### 2.1. SEGURIDAD DEL PACIENTE

La seguridad del paciente se define como *“la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro”* <sup>29</sup>.

En 1999, se publica el estudio *“To Err is Human: Building a Safer Health System”*, en el que se estima que los “errores médicos” causan entre 44000 y 98000 muertes anuales, siendo los eventos adversos (EA) la octava causa de muerte antes que los accidentes de tráfico, el cáncer de mama o el SIDA. Además, convierte a los profesionales sanitarios y a las instituciones en su “segunda víctima” <sup>30</sup>.

Algunas de las situaciones en relación con la calidad del paciente son los errores de medicación, las infecciones relacionadas con la atención sanitaria, los procedimientos quirúrgicos poco seguros, las prácticas de administración poco seguras, los errores diagnósticos, las prácticas de transfusión poco seguras, los errores de irradiación, la septicemia y las trombosis venosas <sup>31</sup>.

En el año 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS) crea la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (AMSP) con el propósito de facilitar el desarrollo e implementación de políticas de seguridad y reducir los eventos adversos en todo el mundo. La AMSP inicialmente se planteó seis grandes áreas de atención:

Programa de la “Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes”. Organización Mundial de la Salud (OMS). 2005

1. Minimización de la infección nosocomial
2. Participación del paciente “Pacientes para la Seguridad del paciente”
3. Taxonomía de la Seguridad del paciente
4. Investigación en SP
5. Efectividad de las medidas de Seguridad
6. Notificación y aprendizaje

Actualmente, la AMSP se ha convertido en uno de los programas prioritarios de la OMS, adoptando el nombre de WHO Patient Safety.

En el año 2005, la Unión Europea, en la Declaración de Luxemburgo sobre la seguridad del paciente, reconoció como un derecho humano el acceso a una asistencia de calidad y debe ser tenido en cuenta sus instituciones y su ciudadanía. Al año siguiente, el Consejo de Europa promovió el desarrollo de políticas, estrategias y programas para conseguir la mejora en la seguridad del paciente en las organizaciones sanitarias pertenecientes. En 2009, la OMS publicó un informe que estableció un marco conceptual para la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente, definiendo conceptos y desarrollando criterios para establecer políticas internacionales basadas en la seguridad del paciente <sup>29</sup>.

En España, desde el año 2005, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad impulsa la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud, e integra las aportaciones de los profesionales sanitarios y de los pacientes a través de sus organizaciones. Inicialmente, los objetivos de la estrategia se orientaron a promover y mejorar la cultura de la seguridad en las organizaciones sanitarias, incorporar la gestión del riesgo sanitario, formar a los profesionales y a los pacientes en aspectos básicos de seguridad del paciente, implementar prácticas seguras e implicar a pacientes y ciudadanos. En 2015, se realiza una actualización para el periodo 2015-2020, con la finalidad de servir como una continuación de las líneas estratégicas planteadas, adhiriendo nuevos objetivos y recomendaciones a partir de los datos obtenidos en los diez años de desarrollo previos<sup>32</sup>.

### 2.1.1. EPIDEMIOLOGÍA

En 1964, Schimmel afirmó que el 20% de los pacientes admitidos en un hospital universitario sufrían alguna iatrogenia, siendo la quinta parte, casos graves <sup>33</sup>. En los años 80, Steel et al. establecieron la cifra en un 36%, siendo graves la cuarta parte <sup>34</sup>. En ambos estudios la principal causa era el error en la medicación. En la misma década, en Nueva York se publicó el estudio Harvard Medical Practice (HMPS), que estimó que los EAs producían de mayor a menor frecuencia: reacciones a los medicamentos (19%), infecciones nosocomiales de herida quirúrgica (14%) y de las complicaciones técnicas (13%) <sup>35</sup>.

Una revisión sistemática del año 2008 revelaba que la incidencia media de EA asociados a la hospitalización era del 9.2%, de los cuales el 43.5% podrían haberse prevenido <sup>36</sup>.

A nivel de la Unión Europea, la frecuencia de EA en los pacientes ingresados se encuentra entre el 8 y el 12%, produciéndose 1 muerte por cada 100.000 habitantes al año como consecuencia de dichos eventos adversos, lo que supone alrededor de 5000 muertes al año <sup>37</sup>.

En nuestro territorio, se publicó el estudio ENEAS en 2005, en el cual se detalla que el 32% de los pacientes sufrieron EAs, de los cuales, el 8.4% estaban relacionados con la asistencia hospitalaria. El 45% de ellos se consideraron leves, el 39% moderados y el 16% graves. El 31.4% de los EAs tuvieron como consecuencia un incremento de la estancia y en un 24.4% condicionó el ingreso. En cuanto a procedimientos y tratamientos, los EAs supusieron procedimientos adicionales en un 66.3% y un 69.9% de tratamientos adicionales. El 42.8% se consideraron evitables. En cuanto a población que con más frecuencia sufren un EA, los mayores de 65 años tenían el doble de riesgo que los menores de esa edad. A destacar que el 37.4% de los EA estaban relacionados con la medicación, las infecciones nosocomiales de todos los tipos representaban el 25.3% del total, el 25,04% estaban relacionadas con los procedimientos que se realizaban a los pacientes, el 7.63% con los cuidados, el 2.75% con el diagnóstico <sup>38</sup>.

Dentro de los EA relacionados con los cuidados, por orden de incidencia tenemos las úlceras por presión (3.66%), quemaduras, erosiones y contusiones (incluyendo fracturas

consecuentes) (2.90%), EAP e Insuficiencia respiratoria (0.61) y otras consecuencias de la inmovilización prolongada (0.46%)

Los diferentes estudios realizados se muestran en la tabla a continuación:

Población	Autor, año	N.º Hospitales	N.º pacientes	%EA	%EA prevenibles
EE. UU.	Brennan, 1984	51	30195	3.8	27.6
Utah and Colorado	Thomas, 1992	25	14565	2.9	27.4/32.6
New South Wales and South Australia	Wilson, 1992	28	14179	16.6	51.2
Nueva Zelanda	Davis, 1998	17	6579	11.3	37
Reino unido	Vincent, 1999	2	1014	11.7	48
Dinamarca	Schioler, 2002	17	1097	9	40.4
Canadá	Baker, 2002	20	3720	7.5	41.6
España	Aranaz, 2005	24	5624	8.4	42.8
Francia	Michel, 2005	71	8754	5.1	35
Cataluña	Bañeres, 2014	15	4790	7.4	43.5

Tabla 1. Relación estudios eventos adversos. Elaboración propia

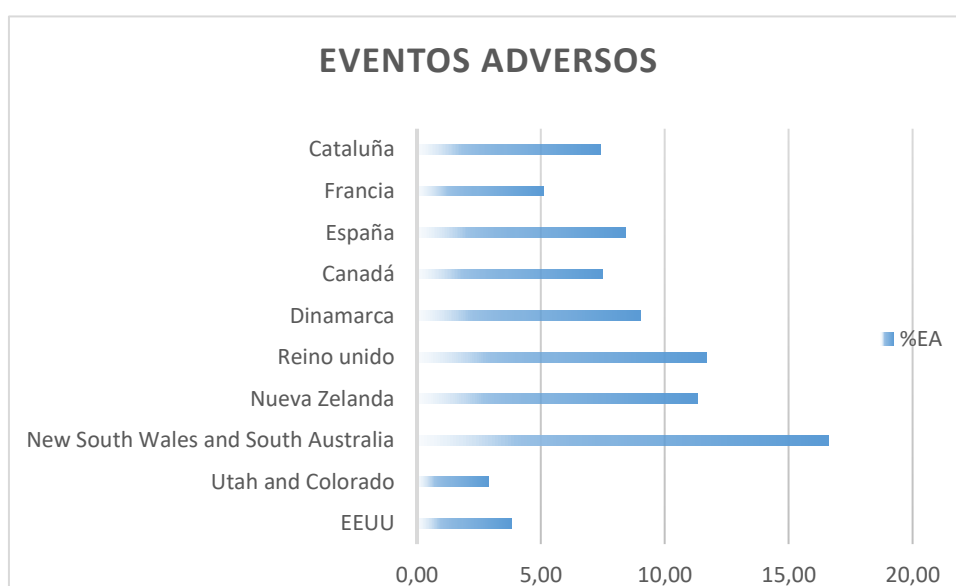


Ilustración 1. Relación estudios eventos adversos. Elaboración propia

La tasa de Efectos Adversos (EAs) en hospitales, se estima que esta entre el 4 y el 17%, de los que alrededor del 50% son evitables <sup>39</sup>.

Otros estudios publicados en España establecen que la tasa de pacientes que desarrollan lesiones por presión en los hospitales oscila entre el 8 y el 16% y que entre un 12 y un 49% de los pacientes quirúrgicos manifiestan dolor durante su hospitalización. Los errores de medicación fluctúan entre el 8 y el 10% y entre el 6 y el 12% de los pacientes desarrollan flebitis <sup>40,41</sup>.

En el último informe del estudio EPINE, se estima que el 7.81% de los pacientes que ingresan en un hospital adquieren una infección nosocomial. Siendo la más prevalente la infección respiratoria (21.89%), seguida de la quirúrgica (20.86%), urinaria (20.84), bacteriemias (19.07%), COVID-19 (1.10%) y otras (19.07%) <sup>42</sup>.

### Localización de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria adquiridas en el presente ingreso\*. España EPINE, 1990-2021

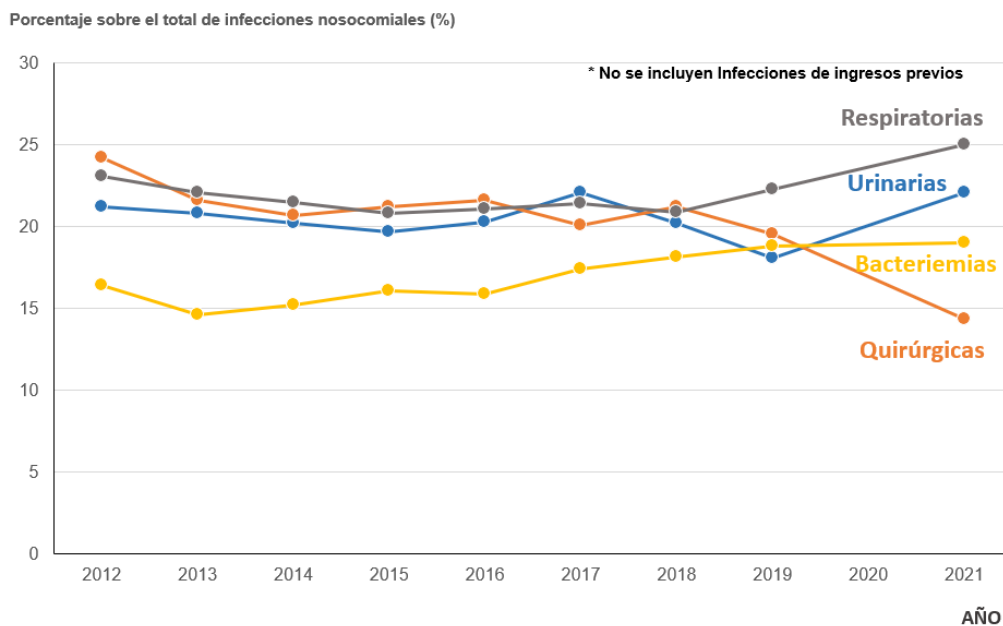


Ilustración 2. Localización de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria adquiridas en el presente ingreso. España EPINE, 1990-2021

### 2.1.2. INCIDENTES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Un incidente relacionado con la seguridad del paciente es un evento o circunstancia que podría haber ocasionado u ocasionó un daño innecesario a un paciente.

Los incidentes pueden ser una circunstancia notificable, un cuasiincidente, un incidente sin daños o un incidente con daños (evento adverso):

- Una circunstancia notificable es una situación con gran capacidad de causar daños, pero en la que no se produce ningún incidente.
- Un cuasiincidente es un incidente que no alcanza al paciente.
- Un incidente sin daños es aquel en el que un evento alcanza al paciente, pero no le causa ningún daño apreciable.
- Un incidente con daños (evento adverso) es un incidente que causa daño al paciente

<sup>29</sup>.

Los incidentes se clasifican en diversos tipos: administración clínica, proceso clínico/procedimiento, documentación, infección asociada a la atención sanitaria, medicación/líquidos para administración intravenosa, sangre/productos sanguíneos, nutrición, oxígeno/gases/vapores, dispositivos/equipos médicos, comportamiento, accidentes del paciente, infraestructuras/locales/instalaciones, y recursos/ gestión de la organización <sup>29</sup>.

Existen diferentes métodos para medir los EA. Los más empleados son:

1. Análisis de quejas y demandas, útiles para valorar la repercusión legal y financiera de los EA, No permite calcular incidencia, ni prevalencia, ni la eficacia de las medidas preventivas <sup>43,44</sup>
2. Estudio de autopsias, dirigido a los errores diagnósticos <sup>45</sup>
3. Bases de datos administrativas, limitadas a la gestión hospitalaria. El conjunto mínimo básico de datos (CMBD) es el prototipo de las bases de datos clínico-administrativas y recoge la información al alta de todos los episodios de hospitalización <sup>46</sup>

4. Estudios basados en la vigilancia clínica, útil para la medición de EA de manera prospectiva. Es un método muy costoso y se debería limitar a la evaluación de la efectividad de intervenciones concretas para mejorar un EA definido <sup>47</sup>.
5. Estudios basados en la observación de los cuidados al paciente, buen método para medir errores que ocurren y se hacen evidentes durante la práctica diaria <sup>48</sup>.
6. Sistemas de declaración de eventos adversos. Tiene la ventaja de implicar al profesional en proyectos de mejora de calidad, pero está sujeto al sesgo del miedo a las consecuencias legales, pérdida de reputación o por el tiempo que requiere notificar <sup>49</sup>.
7. Revisión de las historias clínicas. Tiene la ventaja de ser sencillo, pero está sujeto a sesgos de información ya que las historias clínicas no son completas y se pueden subestimar los EA <sup>50</sup>.

Los eventos adversos atribuibles a los cuidados y más identificados con más frecuencia son las infecciones nosocomiales, las úlceras por presión (UPP), el fracaso en la reanimación, la insuficiencia respiratoria, la duración del ingreso, el fallo en el rescate, la trombosis venosa profunda y la mortalidad <sup>51</sup>.

Los EA evitables o prevenibles, entre otros son: los errores de medicación, las lesiones por presión, las flebitis, la falta de información del paciente, las infecciones nosocomiales, etc. <sup>38</sup>.

Un error es el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto. Puede ser un error de comisión (hacer algo incorrecto) o error por omisión (no hacer lo correcto). La infracción es el desvío deliberado de las normas, reglas o procedimientos. Tanto las infracciones como los errores elevan el riesgo de producirse un incidente relacionado con la seguridad del paciente <sup>29</sup>.

Los resultados para el paciente se dividen en <sup>29</sup> :

- Daño: Alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de aquella.
- Enfermedad: Disfunción fisiológica o psicológica
- Lesión: Daño producido a los tejidos por un agente o una circunstancia

- Sufrimiento: La experiencia de algo subjetivamente desagradable
- Discapacidad: cualquier tipo de alteración estructural o funcional del organismo, limitación de actividad y/o restricción de la participación en la sociedad, asociadas a un daño pasado o presente

El grado de daño se clasifica <sup>29</sup>:

- Ninguno: el resultado para el paciente no es sintomático o no se detectan síntomas y no hace falta tratamiento.
- Leve: el resultado para el paciente es sintomático, los síntomas son leves, la pérdida funcional o el daño son mínimos o intermedios, pero de corta duración, y no hace falta intervenir o la intervención necesaria es mínima (por ejemplo, observar más estrechamente, solicitar pruebas, llevar a cabo un examen o administrar un tratamiento de poca entidad).
- Moderado: el resultado para el paciente es sintomático y exige intervenir (por ejemplo, otra intervención quirúrgica, un tratamiento suplementario) o prolongar la estancia, o causa un daño o una pérdida funcional permanente o de larga duración.
- Grave: el resultado para el paciente es sintomático y exige una intervención que le salve la vida o una intervención quirúrgica o médica mayor, acorta la esperanza de vida, o causa un daño o una pérdida funcional importante y permanente o de larga duración.
- Muerte: sopesando las probabilidades, el incidente causó la muerte o la propició a corto plazo

El modelo explicativo de “El queso suizo”, elaborado por J. Reason, es un modelo clásico en el que se observa gráficamente el papel que juegan los factores predisponentes como los errores humanos o los fallos del sistema. En él se representan, como lonchas de queso, las barreras del sistema sanitario para reducir los riesgos o peligros de las actividades sanitarias y evitar la aparición de efectos adversos en el paciente, en tanto que sus agujeros representan sus imperfecciones. Cuando se produce un alineamiento simultáneo de los fallos de las barreras se produce el efecto adverso <sup>52</sup> (Ilustración 3).

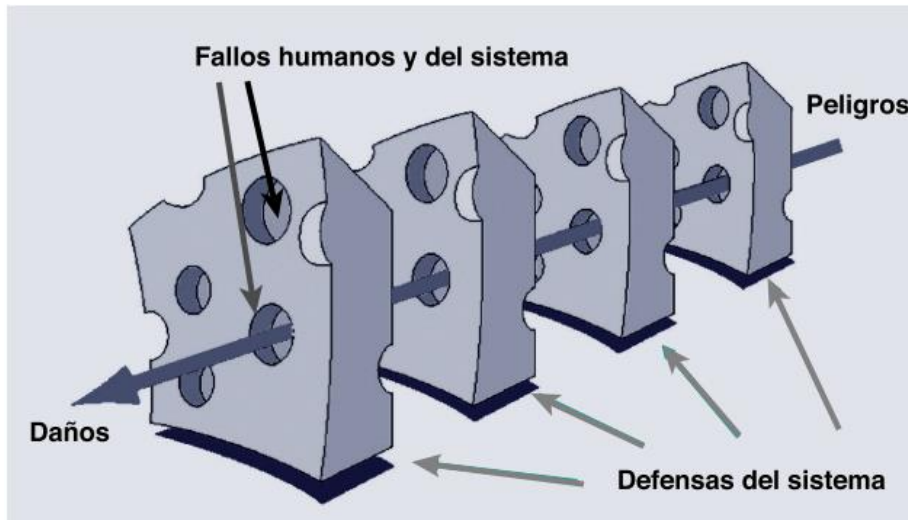


Ilustración 3. Modelo del queso suizo de Reason. Fuente: Reason J. Human error: models and management

Los EAs pueden agruparse en diferentes clases <sup>38</sup>:

1. Relacionados con el diagnóstico o pruebas diagnósticas:

- a. Error en el diagnóstico clínico
- b. Retraso en el diagnóstico por falta de pruebas pertinentes
- c. Falta de atención a la anamnesis
- d. Error de identificación del paciente
- e. Error de etiquetas identificativas en los tubos de hemograma
- f. Transmisión incorrecta de los resultados de microbiología.
- g. Contaminación de la sangre en el laboratorio.
- h. Reactivos caducados.
- i. Suspensión de la exploración por insuficiente preparación del paciente (ayuno).
- j. Equipos mal calibrados

2. Relacionados con una valoración del estado general del paciente:

- a. Deficiente valoración del estado del enfermo por prestar poca atención a las notas de la historia clínica.
- b. Demora peligrosa en la atención en Urgencias.
- c. Alta prematura.
- d. Suicidio.
- e. Reagudización de EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) durante el ingreso.

f. Falta de apoyo psicológico durante la hospitalización

3. Relacionados con una valoración del estado general del paciente:

- a. Escaras.
- b. No confirmación de órdenes “raras”.
- c. Catéteres mal insertados.
- d. Aspiración broncopulmonar en anciano demenciado
- e. Flebitis
- f. Hematuria por arrancamiento de sonda
- g. Deterioro cognitivo del paciente.
- h. No programación de ejercicios de fisioterapia respiratoria.
- i. Déficit neurológico de reciente aparición
- j. Fallo en el mecanismo de alarma del sistema de monitorización

4. Relacionados con infección nosocomial:

- a. Infección del lugar quirúrgico.
- b. ITU (infección del tracto urinario) en paciente sondado.
- c. Bacteriemia asociada a catéter
- d. Sepsis
- e. Neumonía
- f. Infección de prótesis
- g. Conjuntivitis
- h. Toxiinfección alimentaria
- i. Diarrea por clostridium difficile.
- j. Legionelosis nosocomial

5. Relacionados con procedimientos e intervención quirúrgica:

- a. Complicaciones anestésicas
- b. Hemorragias y hematomas durante un procedimiento
- c. Cirugía de sitio equivocado
- d. Dehiscencia de suturas
- e. Cuerpo extraño tras intervención quirúrgica.
- f. Hipocalcemia postoperatoria

- g. Lesión de uréter
- h. Fístula intestinal
- i. Salida de líquido hemático tras punción lumbar.
- j. Quemaduras quirúrgicas
- k. Modificación de la programación quirúrgica (retraso).
- l. Reintervención quirúrgica
- m. Trauma obstétrico.
- n. Hematuria tras sondaje vesical
- o. Suspensión de un procedimiento por insuficiente preparación del paciente.

6. Relacionados con medicamentos o balance hídrico:

- a. Retrasos en el tratamiento.
- b. Sobretratamiento con antibióticos.
- c. Reacción adversa medicamentosa.
- d. Retención urinaria tras anestesia epidural.
- e. Intoxicación digitalica.
- f. Insuficiencia renal.
- g. Omisión de profilaxis con protector gástrico
- h. Infarto agudo de miocardio, accidente cerebral vascular o tromboembolismo pulmonar por control inadecuado de anticoagulantes.
- i. Glucemia no controlada durante la hospitalización
- j. Reacción alérgica (exantema).
- k. Intolerancia a fármaco.
- l. No administración de fármaco pautado y necesario.
- m. Administración de fármaco contraindicado.
- n. Mal abordaje del dolor.
- o. Diarrea por clostridium difficile.

7. Relacionados con maniobras de reanimación:

- a. Quemaduras tras maniobras de reanimación.
- b. El desfibrilador no se encontraba disponible y se retrasa la reanimación 5 minutos.
- c. Éxito por paro cardíaco atendido en urgencias por un residente sin supervisión.

8. Otros:

- a. Caída casual en paciente vulnerable.
- b. Confusión de la historia clínica.
- c. Ruptura de la confidencialidad.
- d. Letra ilegible en el informe de alta.
- e. Deficiente información sobre tratamiento post-alta.
- a. Litigios y reclamaciones.

## **2.2. SATISFACCIÓN LABORAL**

### **2.2.1. SATISFACCIÓN**

A pesar de la importancia que tiene el trabajo en la vida del ser humano, no fue hasta pasado el siglo XX cuando se empezó a estudiar su importancia. Frank Taylor a principios del siglo XX afirmaba que la satisfacción estaba relacionada con el salario <sup>53</sup>. En los años 30, Hoppock consideró que la satisfacción laboral (SL) formaba parte de la satisfacción con la vida, remarcando su influencia multifactorial, como la fatiga, la monotonía, las condiciones de trabajo y la supervisión <sup>54</sup>. Diez años más tarde, Elton Mayo, aseguró que la interacción del individuo con el grupo era el determinante más importante de la satisfacción en el trabajo e incluso la situó por encima de otros factores que también influían en la SL, como la seguridad, estima, afiliación, interés intrínseco por el trabajo, logros, etc. <sup>55</sup>.

En 1954, Maslow desarrolló una jerarquía de las necesidades humanas, situando en la base de la pirámide aquellas que son vitales para sobrevivir y en la parte más alta, el desarrollo intelectual, siendo estas necesidades necesarias para obtener una actitud positiva en los trabajadores <sup>56</sup>. Posteriormente, Herzberg, basándose en la jerarquía de Maslow, publica la teoría de los dos factores, también conocida como “Teoría de la motivación e higiene” o “Teoría bifactorial” en la cual distingue entre los factores intrínsecos o de motivación, incrementadores de la SL, con los factores extrínsecos o de higiene, los cuales no aumentaban la SL, pero sí la disminuía. Dentro de los factores de higiene se encuentra el sueldo, la política de la empresa y su organización, las relaciones entre compañeros de trabajo, el ambiente físico, la supervisión, el estatus, la seguridad laboral, el crecimiento, la madurez y la consolidación, es decir, las condiciones físicas del trabajo; y dentro de los factores de motivación se encuentran los logros, el reconocimiento, la independencia laboral, la responsabilidad y la promoción. Es decir, aquellos que corresponden al estado en el que el trabajador se siente con la voluntad o el deseo de trabajar productivamente <sup>57</sup>.

Locke, en 1976, dijo que la SL está compuesta por varias dimensiones, entre las que se encuentran las tareas a realizar, el salario, las posibilidades de promoción y la relación con los compañeros. Además, la considera la consecuencia del ajuste existente entre

los resultados del trabajo y los deseos del individuo. También definió la SL como *“un estado emocional positivo o placentero de la percepción subjetiva de las experiencias laborales del sujeto”* <sup>58</sup>.

El término de satisfacción laboral ha sido incluido en el de Calidad de Vida Laboral (CVL), cuya definición según Camacaro se puede considerar *“una filosofía, un conjunto de creencias y valores que integran todos los esfuerzos dirigidos a incrementar la productividad y mejorar la moral de los trabajadores de la organización, haciendo énfasis en el reconocimiento de la dignidad del ser humano, así como su potencial intelectual, buscando incrementar la participación de las personas en el trabajo bajo un esquema continuo”* <sup>59</sup>.

La satisfacción laboral es un concepto multidimensional, que contiene las habilidades individuales, actitudes, creencias y sistema de valores. Para lograr la satisfacción en el trabajo, es importante que los empleados tengan características de sentimientos positivos, compromiso, responsabilidad, así como el pensamiento crítico y una planificación especial para obtener las competencias <sup>60</sup>.

Existen diversos estudios que buscan qué aspectos se asocian a la SL en el personal de enfermería. Se ha descrito que las relaciones con los compañeros de trabajo, el superior inmediato y el horario de trabajo están relacionados con la SL. Sin embargo, los relacionados con la insatisfacción laboral son el poco reconocimiento y proyección social, la poca retribución, el mal desarrollo personal, la falta de motivación, la tensión y presión en el trabajo, la escasa intervención en la toma de decisiones y la ausencia de promoción personal <sup>61-63</sup>.

El personal de enfermería está influenciado por su entorno de trabajo, que puede cambiar su rendimiento, y tales factores pueden estar relacionados con la institución, factores individuales y profesionales. Condiciones adecuadas de atención a los pacientes también pueden mejorar la satisfacción del enfermero en el trabajo <sup>64</sup>.

De los factores asociados con la satisfacción en el trabajo, tanto de las enfermeras, como de los técnicos de enfermería, dan prioridad similar a los recursos materiales;

salario; relación con los compañeros de trabajo y liderazgo y el reconocimiento del trabajo hecho <sup>65</sup>.

### **2.2.2. ESTRÉS**

Relacionado con la SL y las condiciones laborales, aparece el estrés laboral que tiene lugar cuando la persona interpreta la situación como algo que excede a su capacidad adaptativa, afectando a su productividad, disminuyendo la SL y aumentando el absentismo laboral <sup>66,67</sup>.

Según la Real Academia Española (RAE), el estrés es *“la tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos a veces graves”* <sup>68</sup>. Por otro lado, O’Brien en 1998 definió el estrés laboral como un estado de tensión personal o displacer que padece el individuo como consecuencia de realizar un tipo de trabajo o de estar inmerso en un determinado ambiente laboral. Se genera cuando la persona percibe un desajuste entre las demandas planteadas por el ambiente y los recursos de los que dispone para enfrentarse a ellas. Estas experiencias (de desajuste) son por lo general negativas (distrés) y su control habitualmente queda fuera del individuo que las padece <sup>69</sup>.

Como consecuencia del estrés crónico, aparece el llamado Síndrome de Burnout. Definido por las doctoras Maslach y Jackson como un proceso de estrés crónico por contacto, en el cual dimensionan tres grandes aspectos: el cansancio emocional, caracterizado por la pérdida progresiva de energía, desgaste y agotamiento; la despersonalización, caracterizada por un cambio negativo de actitudes que lleva a un distanciamiento frente a los problemas, llegando a considerar a las personas con las que tratan como verdaderos objetos; y la falta de realización profesional, donde se dan respuestas negativas hacia sí mismos y hacia el trabajo, con manifestaciones pseudo depresivas y con tendencia a la huida, una moral baja, un descenso en la productividad en el trabajo, lo que lleva a una escasa o nula realización profesional <sup>70</sup>.

Factores como el bajo nivel de SL, una actitud disfuncional de excesiva necesidad de aprobación y una insuficiente valoración social percibida por la enfermera se relacionan con mayores niveles de estrés profesional.

### 2.3. COMPETENCIAS PROFESIONALES

Según Spencer y Spencer <sup>71</sup>, la “competencia es una característica subyacente en un individuo que está causalmente relacionada con un estándar de efectividad y/o con una *performance* superior en un trabajo u otra situación”.

Para estos autores, existen cinco tipos principales de competencias:

1. Motivación: Los objetivos que una persona considera o desea consistentemente. Las motivaciones “dirigen, conllevan y seleccionan” el comportamiento hacia ciertas acciones y lo alejan de otras.
2. Características: Las características físicas y las respuestas consistentes a situaciones o información.
3. Concepto propio o concepto de sí mismo: actitudes, valores o la imagen que una persona tiene de sí.
4. Conocimiento: la información que una persona posee sobre áreas específicas.
5. Habilidad: la capacidad de desempeñar una tarea física o intelectual.

Las competencias de conocimiento y habilidad tienden a ser más visibles y superficiales y son más fáciles de desarrollar. Las competencias de concepto de sí mismo, características y motivaciones se encuentran más profunda de la personalidad y son más complicadas de evaluar y desarrollar.

La competencia profesional podría conceptualizarse como la suma de conocimientos, habilidades y actitudes que permiten al profesional tomar las decisiones más apropiadas en cada caso y en cada situación, pero también puede entenderse en el sentido del ámbito de responsabilidad en la práctica profesional, la delimitación del campo de actuación de un grupo profesional, diferenciándolo de otros <sup>72</sup>.

Según Kane, un profesional es competente en la medida que *“utiliza sus conocimientos, habilidades, actitudes y el buen juicio asociado a su profesión, para desenvolverse de forma eficaz en las situaciones que corresponden al campo de su práctica”* <sup>73</sup>.

En el Reino Unido, el origen de la competencia surgió asociada con la evaluación, con un enfoque dirigido al rendimiento. Sin embargo, en Alemania, están vinculadas a las

definiciones profesionales globales y se hace más énfasis en el proceso formativo. En Francia, surge como crítica a la pedagogía basada y fundamentada en los conocimientos teóricos escolares que había que superar para dar opción a las actividades de formación continua y perfeccionamiento profesional. En Holanda, dentro de una óptica de integración institucional y descentralización de las responsabilidades formativas, se considera que las competencias son similares a las cualificaciones que hacen referencia a títulos y certificados, lo que posibilita mayor flexibilidad interna con más posibilidades de transición dentro del sistema. En España, existe dentro del propio proceso de reforma del sistema una combinación del sistema británico (normas de referencia para la formación inicial) y del sistema francés (fomento de la formación en la empresa) <sup>74</sup>.

En la conferencia de la UNESCO del año 1997, se planteó como condiciones imprescindibles para el alcance de la competencia profesional, cuatro grandes cualidades que debe poseer el profesional de estos tiempos: *“aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a convivir y aprender a ser”* <sup>75</sup>.

Stuart y Hubert Dreyfus <sup>76</sup>, desarrollaron el modelo de adquisición de habilidades (MAH) en la década de los 70. Describen el proceso de evolución hacia la expertez empezando por la aplicación de los conocimientos teóricos y siguiendo con la acumulación, el análisis y la discriminación de experiencias vividas. En él, se describen 5 niveles de expertez o pericia: aprendiz, principiante, competente, proeficiente y experto. Sus principales premisas son:

- La adquisición de expertez (o competencia) es un proceso.
- La consecución de un nivel determinado de competencia depende de las características individuales y del contexto.
- No todo el mundo llega a ser experto.
- Los niveles más altos de expertez (proeficiente y experto) sólo se consiguen con la práctica continuada y reflexiva.
- La distribución de la expertez en la población profesional suele seguir una curva normal.

Carol L. Carracio. M.D. y col. (2008) consideran seis niveles: novato, principiante avanzado, competente, proficiente, experto y maestro <sup>77</sup>.

### **2.3.1. COMPETENCIAS EN ENFERMERÍA**

En la obra de Patricia Benner *From Novice to Expert: Promoting Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*, publicada en 1984. Benner, realiza un estudio de corte etnográfico en el que describe el proceso de adquisición de habilidades que se desarrolla en la práctica para hacer posible que una enfermera debutante pueda convertirse con el tiempo en experta <sup>78</sup>.

Benner comprende la competencia como la suma de conocimientos, habilidades y actitudes, lo que permite procesos complejos para la toma de decisiones para determinar el desempeño/ejecución adecuada en cada caso y situación <sup>28</sup>.

En el siguiente cuadro se señalan algunos aspectos que caracterizan a las enfermeras en cada uno de los niveles de competencia:

**Aprendiz** En este nivel se sitúan los estudiantes y los profesionales nuevos en un servicio, las situaciones a las que deben enfrentarse no les son conocidas. Se caracterizan, por lo tanto, por la falta de experiencia previa, una conducta en extremo limitada e inflexible y la necesidad de normas que guíen su actuación.

<b>Principiante</b>	Estos profesionales ya poseen la experiencia para dominar aspectos de la situación que son recurrentes, sin embargo, todavía se orientan por normas y por las tareas que deben de realizar. Tienen problemas para dominar la situación del paciente porque todavía no reconocen aspectos clave de las necesidades del paciente según la disposición o respuestas que manifiesta.
<b>Competente</b>	Tienen una visión de los aspectos situacionales y sabe priorizar. Actúan de forma organizada y empiezan a saber manejar situaciones imprevistas. La eficacia aumenta, pero la atención de estos profesionales se centra en la gestión del tiempo y en la organización de tareas, y no en las necesidades del paciente. En este estadio se adquiere la capacidad de reconocer patrones y de discriminar elementos que merecen o no la atención.
<b>Proeficiente</b>	Los profesionales han desarrollado la capacidad de reconocer los principales aspectos y poseen un dominio intuitivo de lo que sucede. A medida que avanzan en este dominio desarrollan la capacidad de identificar el origen de los problemas y adquieren la <i>habilidad de implicación</i> . En este estadio, está en condiciones de reconocer el deterioro del estado del paciente antes de que se produzcan cambios significativos en sus signos vitales.
<b>Experta</b>	Dominio intuitivo, anticipación, implicación, son las capacidades que identifican la práctica enfermera de estos profesionales. Poseen un dominio clínico basado en los recursos, y en una visión general orientada a la previsión de lo inesperado. <i>Conocen al paciente</i> , es decir: conocen los patrones típicos de respuesta y conocen al paciente como persona y tienen interés en conocer las preocupaciones y necesidades reales del paciente y su familia. La persona realmente experta es reconocida por los demás de forma natural.

Tabla 2. Competencias y habilidades de novel a experta. Benner, 1984

Robinson describe cuatro etapas de adquisición de habilidades intelectuales y motoras: la enfermera novata, que empieza a relacionar el conocimiento práctico con el teórico en situaciones de baja complejidad. La enfermera competente una y dos, en la primera hace

referencia a la profesional que domina actividades básicas, pone en práctica experiencias previas para resolver situaciones actuales y la familia pasa a ser parte del proceso enfermero; en la segunda, se basa en experiencias previas dando lugar a soluciones rápidas a situaciones no planificadas con eficiencia. La enfermera es competente en cuanto a analizar, predecir y actuar. Por último, la enfermera experta es capaz de resolver problemas de alta complejidad, tiene una base intuitiva, genera pensamiento crítico y autocrítico, mantiene un equipo de trabajo en mejora continua, dando como resultado la prestación de un servicio de alta calidad y satisfacción para los usuarios y familiares <sup>79</sup>.

El modelo Derby describe 7 niveles de avance en la práctica (ilustración 4).

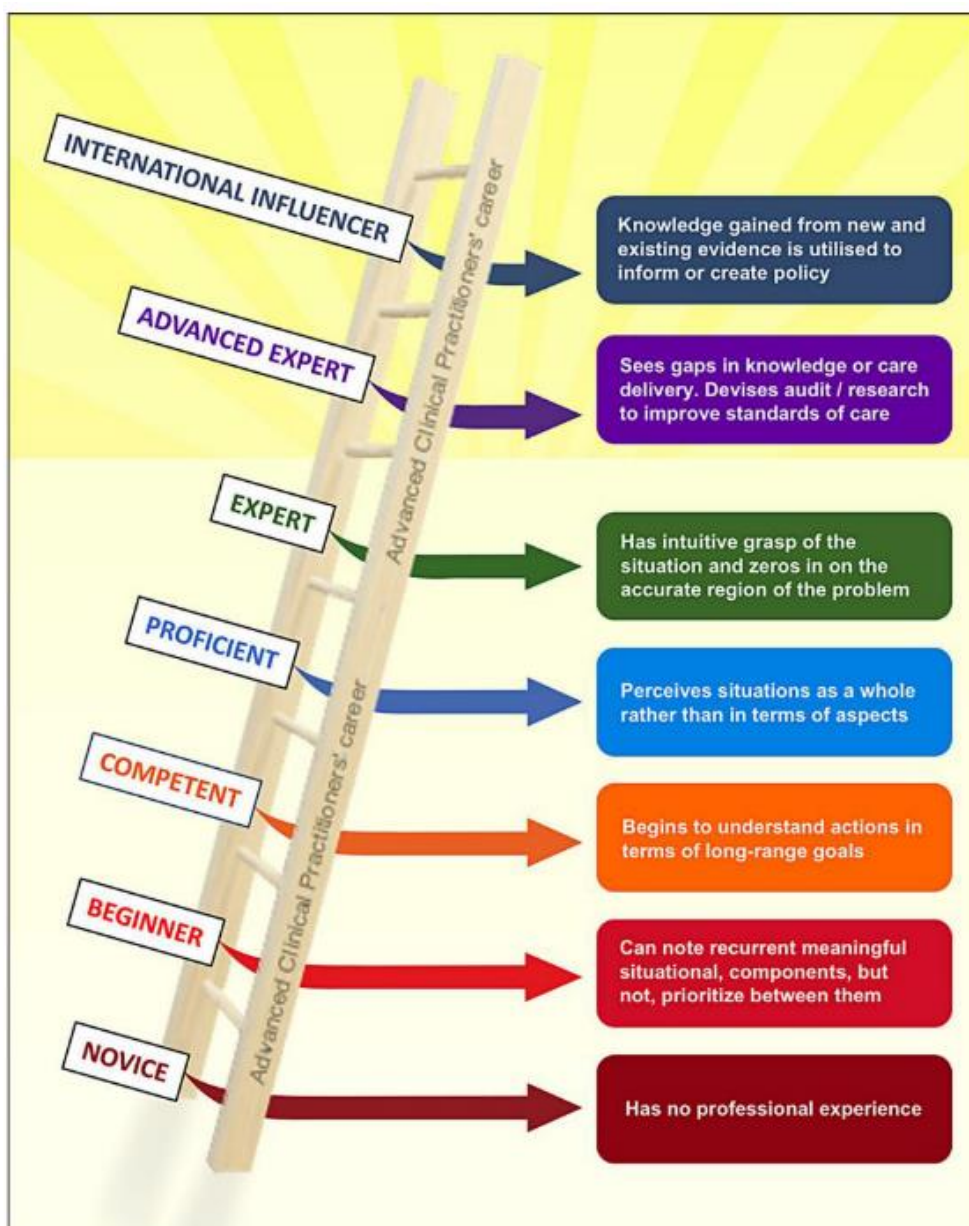


Ilustración 4. Modelo Derby: 7 niveles de avance en la práctica

Este modelo establece dos niveles adicionales de experto: en experto avanzado y el influenciador internacional. La progresión a “experto avanzado”, implica no solo comprender y resolver situaciones complejas de manera intuitiva, sino también para ver las brechas en el conocimiento y la atención, influir en la política e inspirar cambios nacionales e internacionales para abordar deficiencias <sup>80</sup>.

### **3. ESTADO ACTUAL DEL TEMA**

#### **3.1. MÉTODO DE BÚSQUEDA Y SELECCIÓN DE ARTÍCULOS**

Para realizar este proyecto se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos del ámbito de la salud nacionales e internacionales relacionadas con el estudio: Pubmed/Medline, CINAHL, Cochrane library, Dialnet plus, Cuiden, Enfispo e Ibecs. Primero se realizó una búsqueda básica y sencilla para conocer sobre el tema de estudio usando lenguaje natural. A continuación, se realizó una segunda búsqueda bibliográfica para determinar las áreas de estudio, con el fin de establecer el tema de estudio. Finalmente, se realizó la búsqueda bibliográfica definitiva en las citadas bases de datos siguiendo el Diagrama Prisma (ilustración 6). Para la búsqueda estructurada se han utilizado descriptores (tabla 3), tesauros y booleanos para localizar términos e informaciones específicas. Los limitadores han variado según la búsqueda realizada y los resultados obtenidos. Siendo los más utilizados: texto completo y documentos desde 2017 a 2022.

Se ha utilizado el tesauro MeSH (Medical Subject Headings) y DeCs (Descriptores en Ciencias de la Salud) (tabla 3).

En el anexo 1 se muestra cómo se ha realizado el proceso de búsqueda bibliográfica.

Se incluyeron los artículos con acceso a texto completo y que estuvieran publicados entre 2017 y 2022. Se incluyeron cinco artículos más antiguos debido a su relevancia con el tema estudiado.

Se han excluido los artículos que no estuvieran publicados en español, catalán, inglés o portugués. También se han descartado aquellos artículos cuya temática no aportaba información relacionada con el proyecto.

Se ha utilizado el programa informático Mendeley para gestionar los documentos obtenidos y eliminar duplicados.

<b>Término de búsqueda</b>	<b>Inglés</b>	<b>MESH</b>	<b>DeCS</b>	<b>Sinónimos en inglés</b>	<b>Sinónimos en español</b>
Seguridad del paciente	Patient Safety	Patient Safety	Seguridad del paciente		
Seguridad	Safety	Safety	Seguridad	Safeties	
Eventos adversos	Adverse events				
Satisfacción laboral	Job satisfaction	Job satisfaction	Satisfacción en el trabajo	Work satisfaction	Satisfacción laboral
Enfermeras	Nurse	Nurses		Registered nurse, Personnel nursing, nurse	
Competencias	Competency	Clinical competence	Competencia clínica	Clinical skill, clinical skills, professional competence, expertise	Habilidad clínica
Nivel competencial	Skill level	Professionalism	Profesionalismo		
Intuición	Intuition				
Cuidados de enfermería perdidos	Missed nursing care				

Tabla 3. Términos de búsqueda

### 3.2. ANÁLISIS DE LOS ESTUDIOS

En la literatura publicada encontramos gran asociación entre la seguridad del paciente y la atención de enfermería perdida, así como su relación con la satisfacción y el entorno laboral.

Los errores de enfermería se relacionan con la calificación, la experiencia laboral, las horas de trabajo y la capacitación sobre gestión de errores <sup>81</sup>. El ambiente laboral y social en la práctica enfermera en el hospital tiene efecto sobre los resultados en los cuidados <sup>82</sup>. Los niveles más altos de educación en las enfermeras se asociaron con menos fallidas de rescate y menos mortalidad <sup>83</sup>. Por otro lado, tener mayor porcentaje de enfermeras registradas da lugar a una respuesta más rápida de las necesidades del paciente y con mayor puntualidad de la atención enfermera <sup>84</sup>. Cada hora adicional de enfermera durante los primeros 5 días de estancia, se relaciona con una reducción del 3% en el riesgo de muerte <sup>85</sup>. El efecto de la disminución de las cargas de trabajo de un paciente/enfermera sobre las muertes y fallidas de rescate es prácticamente nulo en hospitales con ambientes de trabajo deficientes, pero disminuye las probabilidades de muertes y fallidas de rescate en hospitales con ambientes promedio en un 4% y en hospitales con los mejores ambientes en un 9 y un 10% respectivamente. El efecto de un 10% más de enfermeras reduce las probabilidades de ambos resultados en todos los hospitales, independientemente de su entorno de trabajo, en aproximadamente un 4% <sup>14</sup>.

Entre los factores que se asocian a los eventos adversos, encontramos los cuidados de enfermería perdidos u omisión de cuidados, el nivel de educación de las enfermeras <sup>83</sup>, el disponer de mayor porcentaje de enfermeras registradas <sup>84</sup>, la dotación de enfermeras <sup>9,85</sup> y el ambiente laboral de las enfermeras <sup>14</sup>.

Centrándonos en la atención de enfermería perdida, se ha encontrado asociación entre el conocido burnout, la insatisfacción laboral, en entorno laboral <sup>14,81,87</sup>, también influyen los recursos de los que se disponen, el trabajo en equipo y la gravedad de los pacientes <sup>88</sup>. Entre los factores de riesgo intrínsecos de los profesionales se encuentra la calificación y la experiencia laboral <sup>14</sup>. Como factor protector, a mayor cultura de seguridad del paciente, menos atención de enfermería perdida <sup>88</sup>.

Existe asociación entre la atención perdida y los resultados del paciente y esto impacta en la satisfacción del paciente, peor calidad en la atención, en los eventos adversos y en los

resultados clínicos <sup>88-91</sup>. Ha sido asociado también con las caídas y con la mortalidad después de procedimientos quirúrgicos comunes <sup>9,92</sup>. Las actividades más frecuentemente omitidas fueron la deambulaci3n de los pacientes y el apoyo emocional al paciente y/o familia <sup>93</sup>, la preparaci3n de las comidas, la alimentaci3n con comidas calientes, el ba1o, los cambios posturales, la medicaci3n administrada en la hora correcta, el aseo y los cuidados bucales <sup>91</sup>. Los motivos m1s frecuentes fueron la escasez de personal. La atenci3n que se pierde es muy amplia, desde la atenci3n fundamental o b1sica hasta la atenci3n psicosocial, la planificaci3n y la educaci3n del cuidado <sup>88</sup>. Con frecuencia no se pod3a completar la atenci3n necesaria del paciente <sup>14</sup>.

Las consecuencias relacionadas con la organizaci3n en es el aumento de costes, la reducci3n de la credibilidad de la organizaci3n, el ausentismo y el abandono y la subsiguiente rotaci3n <sup>90</sup>.

La segunda v3ctima de los cuidados omitidos son las propias enfermeras, en un estudio en Reino Unido, las enfermeras tienen m1s probabilidades de sentirse desmoralizadas si omit3an atenci3n enfermera, seguida de si sent3an falta de apoyo y falta de acci3n cuando se planteaban inquietudes. No poder tomar un descanso, la falta de personal y tener que trabajar horas extra tambi3n fueron factores significativos. La falta de personal conduce a la desmoralizaci3n y a la insatisfacci3n al no poder brindar una atenci3n segura y eficaz. El profesional a menudo tiene que elegir entre los riesgos para el paciente y los riesgos para su propio bienestar <sup>94</sup>.

En cuanto a la satisfacci3n laboral en las enfermeras, se relaciona una percepci3n positiva del factor "personal y adecuaci3n de recursos" con un incremento de tres veces en la probabilidad de declarar una satisfacci3n laboral elevada; adem1s, una percepci3n positiva del factor "relaciones enfermera-m3dico" se asocia con un incremento del 250% en la probabilidad de declarar satisfacci3n laboral elevada <sup>95</sup>. A su vez, cuanta menos satisfacci3n ten3a el profesional, m1s cuidados omitidos hab3a <sup>93</sup>. Las enfermeras reportan mejor experiencia de trabajo y menor preocupaci3n por la calidad en el cuidado y los pacientes tuvieron menos riesgo de muerte y de fallada de rescate en los hospitales con mejor ambiente <sup>96</sup>.

#### **4. APORTACIONES E INTERÉS DEL ESTUDIO Y JUSTIFICACIÓN**

Este estudio pretende relacionar la competencia enfermera y la satisfacción laboral de las enfermeras con los eventos adversos en las personas a las que atendemos. La motivación en la realización de este estudio viene dada en que, en los últimos años, he observado cómo profesionales con una alta competencia han ido perdiendo motivación, interés y entusiasmo por su trabajo, con importantes repercusiones sobre su propia salud y sobre la calidad de los cuidados que ofrecen a las personas que atienden.

Por otro lado, conocer la vivencia de las enfermeras en relación con los eventos adversos en los pacientes que atienden, nos proporcionará conocimiento sobre la experiencia y significado para las enfermeras en los diferentes niveles competenciales.

No he identificado estudios que relacionen la competencia o pericia enfermera con los eventos adversos o con la satisfacción laboral de las enfermeras. Es por ello por lo que la pregunta de estudio viene dada por esta relación de la satisfacción laboral y del nivel de competencia profesional con los cuidados perdidos y a su vez, con el desarrollo de eventos adversos. Por tanto, lo que este estudio busca responder a la siguiente pregunta de investigación: ¿Existe relación entre el nivel de competencia profesional de la enfermera, la satisfacción laboral y la frecuencia de eventos adversos?

## **5. OBJETIVOS**

Para este estudio se plantea un objetivo principal:

1. Determinar si existe relación entre la satisfacción laboral y/o el nivel competencial sobre la aparición de determinados eventos adversos en las unidades de hospitalización (UH) del Institut Català de la Salut (ICS).

Y 5 objetivos secundarios:

1. Determinar la relación entre la satisfacción laboral y la competencia enfermera en las unidades de hospitalización (UH) del Institut Català de la Salut (ICS).
2. Determinar la frecuencia y el tipo de determinados eventos adversos en diferentes unidades de hospitalización (UH).
3. Determinar el nivel de satisfacción laboral i el nivel competencial de las enfermeras de las unidades de hospitalización.
4. Identificar qué factores sociodemográficos influyen en la satisfacción laboral y/u competencia enfermera en las unidades de hospitalización.
5. Explorar si la competencia y la satisfacción laboral de las enfermeras guarda relación con el sentimiento de seguridad. Vivencias de eventos adversos.

## **6. HIPÓTESIS**

La hipótesis del estudio es que existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de satisfacción laboral y el nivel competencial de las enfermeras de hospitalización y el desarrollo de determinados eventos adversos en los pacientes hospitalizados.

## **7. MÉTODO**

### **7.1. DISEÑO**

Para dar respuesta a los objetivos del estudio se plantea un estudio de metodología mixta: cualitativa y cuantitativa.

Como metodología cualitativa se procederá, mediante un enfoque fenomenológico, a la realización de entrevistas semiestructuradas. Como metodología cuantitativa se diseñará un estudio descriptivo, analítico y transversal.

### **7.2. METODOLOGÍA CUANTITATIVA**

#### **7.2.1. ÁMBITO**

Unidades de hospitalización médico quirúrgicas y cuidados intermedios del Institut Català de la Salut (ICS), principal proveedor de servicios sanitarios de Cataluña: Hospital Universitario (HU) Vall d'Hebrón (Barcelona), HU Bellvitge, Hospital de Viladecans (Área Metropolitana Sur), HU Germans Trias i Pujol (Área Metropolitana Norte), HU Arnau de Vilanova (Lleida), HU Dr. Josep Trueta (Girona), HU Joan XXIII (Tarragona) y Hospital Verge de la Cinta (Tortosa).

#### **7.2.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

Los criterios de inclusión han sido los siguientes:

- Episodios de pacientes mayores de 16 años de ambos sexos, ingresados en las unidades de hospitalización de los 8 hospitales del ICS, durante 2023-2024.
- Enfermeras de las unidades de hospitalización de los 8 hospitales del ICS, durante 2023-2024.

Los criterios de exclusión fueron:

- Pacientes hospitalizados cuyo episodio hospitalario transcurra íntegramente en las unidades de urgencias.
- Rechazo a participar en el estudio
- Enfermeras gestoras, enfermeras clínicas o de programa y enfermeras residentes.

### 7.2.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Se incluyen todos los episodios de pacientes durante el periodo a estudio.

En el ICS trabajan aproximadamente un total de 11.500 enfermeras, de las cuales, 6.210 (el 54%) trabajan en los hospitales. De las 6.210, 3.714 son de unidades de hospitalización.

Por tanto, se parte de 3.714 enfermeras de hospitalización en el Institut Català de la Salut. Para calcular la muestra, podemos partir del estudio ENEAS, en el que detalla que el 8,4% de los pacientes sufren eventos adversos relacionados con la asistencia hospitalaria<sup>38</sup>. Sin embargo, en ese estudio se estudiaron eventos adversos que en este proyecto no se valorará. Por tanto, se pasará a calcular la muestra asumiendo la máxima indeterminación (50%) para maximizar el tamaño muestral, con un nivel de confianza del 95% y una precisión del 5%.

Mediante la fórmula de cálculo de muestra por proporciones de una población finita, se obtendrá el tamaño de la muestra poblacional.

$$n = \frac{z^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{E^2 \cdot (N - 1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

Ajustando la muestra a una proporción esperada de pérdidas del 10%, la muestra quedaría en 387 enfermeras.

La técnica de muestreo será no probabilístico de tipo consecutivo, ofreciendo participar al estudio a todas las enfermeras que cumplan los criterios de inclusión.

## 7.2.4. VARIABLES

En las siguientes tablas se muestran las variables principales independientes y dependientes:

VARIABLES	Tipo de variable	Valores
Satisfacción de las enfermeras con su puesto actual	Variable cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muy insatisfecha/o</li> <li>• Algo insatisfecha/o</li> <li>• Moderadamente satisfecha/o</li> <li>• Muy satisfecha/o</li> </ul>
Nivel competencial enfermero	Variable cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprendiz</li> <li>• Principiante</li> <li>• Competente</li> <li>• Proeficiente</li> <li>• Experto</li> </ul>

Tabla 4. Variables principales independientes a estudio

VARIABLES	Tipo de variable
Mortalidad intrahospitalaria	Variable cuantitativa discreta
Número de caídas	Variable cuantitativa discreta
Número de úlceras por presión intrahospitalarias	Variable cuantitativa discreta
Número de flebitis	Variable cuantitativa discreta
Número de pacientes con delirio o agitación psicomotriz	Variable cuantitativa discreta
Número de pacientes con dolor incontrolado (EVA>3)	Variable cuantitativa discreta

Tabla 5. Variables principales dependientes a estudio

A continuación, se muestran las variables secundarias:

Variable	Tipo de variable	Valores
Centro hospitalario	Variable cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital Universitari Arnau de Vilanova</li> <li>• Hospital Universitari de Bellvitge</li> <li>• Hospital Universitari Germans Trias i Pujol</li> <li>• Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta</li> <li>• Hospital Universitari Joan XXIII</li> <li>• Hospital Universitari Vall d'Hebron</li> <li>• Hospital Universitari Verge de la Cinta</li> <li>• Hospital de Viladecans</li> </ul>
Unidad de hospitalización	Variable cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidades médico-quirúrgicas específicas de cada unidad</li> </ul>
Edad de las enfermeras (años)	Variable cuantitativa continua	
Género de las enfermeras	Variable cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hombre</li> <li>• Mujer</li> <li>• No binario</li> </ul>
Situación laboral	Variable cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eventual</li> <li>• Interino</li> <li>• Con plaza fija</li> <li>• Otro: especificar</li> </ul>
Número de hijos	Variable cuantitativa discreta	
Años de experiencia laboral (años, meses)	Variable cuantitativa continua	
Años de experiencia laboral en la misma unidad (años, meses)	Variable cuantitativa continua	
Nivel máximo de estudios alcanzado	Variable cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diplomatura/grado</li> <li>• Postgrado</li> <li>• Máster de título propio</li> <li>• Máster oficial</li> <li>• Especialidad</li> <li>• Doctorado</li> </ul>
Turno de trabajo	Variable cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mañanas (turnos de 7 a 12 horas)</li> <li>• Tardes (turnos de 7 a 12 horas)</li> <li>• Noches (turnos de 7 a 12 horas)</li> <li>• Turno rotatorio de mañanas, tardes o noches</li> <li>• Turno rotatorio diurnos/nocturnos</li> <li>• Turno central</li> </ul>
Estado civil	Variable cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltero/a</li> <li>• Casado/a o pareja de hecho</li> <li>• Viudo/a</li> <li>• Separado/a o divorciado/a</li> <li>• En pareja</li> </ul>

Tabla 6. Variables secundarias a estudio

### **7.2.5. MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS**

Los siguientes datos relacionados con los resultados de salud de los pacientes serán recogidos de todos los pacientes hospitalizados mediante el conjunto mínimo básico de datos (CMBD) y la plataforma SAP-BO (Business Objects y Kallix) por centro y de forma agregada a nivel de ICS: mortalidad intrahospitalaria, número de caídas, número de úlceras por presión intrahospitalarias, número de flebitis, número de pacientes con delirio o agitación psicomotriz y número de pacientes con dolor incontrolado.

Para la recogida de datos de las enfermeras participantes, se proporcionará un dossier con un primer folio para identificar al participante mediante un número consecutivo. El segundo folio contendrá una hoja informativa y el consentimiento informado para la participación en el estudio (anexo 2); en este apartado, se incluirá si desean participar en la fase cualitativa del estudio. Aquellas enfermeras que marquen que desean participar, en el momento de pasar el dossier, se les recogerá el teléfono de contacto para contactar con ellas en el futuro para realizar la entrevista.

A continuación, se incluirá un apartado con datos sociodemográficos, seguido de una pregunta sobre la satisfacción laboral, en base al estudio RN4CAST <sup>97</sup>.

Posteriormente, los datos de las enfermeras relacionados con el nivel competencial se obtendrán mediante el cuestionario validado COM-VA<sup>®</sup> (anexo 3) <sup>72</sup>. Se realizará de manera autoevaluativa.

Para esta recogida de datos, se designará una investigadora colaboradora en cada centro participante, es decir, un total de 7 investigadoras colaboradoras.

## 7.2.6. INSTRUMENTOS

### Satisfacción laboral

Para evaluar la satisfacción laboral de las enfermeras, se usará una pregunta única en base a los trabajos del proyecto RN4CAST <sup>97</sup> con 4 opciones de respuestas (“Muy insatisfecha/o”, “Algo insatisfecha/o”, “Moderadamente insatisfecha/o”, “Muy insatisfecha/o”). La pregunta es: ¿Cuál es su grado de satisfacción con su trabajo actual en este hospital?

Se ha decidido dejar una única pregunta para no alargar el tiempo de cumplimentación de la primera fase del estudio.

### Nivel competencial

En el año 2005, el Institut Català de la Salut (ICS) inició la puesta en marcha del Proyecto COM VA® (Competencia y Valoración) de definición y evaluación de competencias profesionales en los hospitales del ICS (Hospital Universitario (HU) Vall d’Hebron, HU de Bellvitge, HU Germans Trias i Pujol, HU Arnau de Vilanova, HU Dr. Josep Trueta, HU Joan XXIII, Hospital Verge de la Cinta i Hospital de Viladecans) <sup>72</sup>.

Fue implantado en el año 2008 como parte del sistema de “pago por rendimiento” en los hospitales del ICS.

Este proyecto, define y evalúa las competencias de prestación del servicio, es decir, las competencias asistenciales. Entendiendo el concepto de competencia como para englobar atributos, cualidades y rasgos relacionados con el individuo, indicando un desempeño efectivo y diferenciado o “el valor agregado” que uno aporta a la práctica <sup>98</sup>.

A pesar de que las funciones definidas de la disciplina enfermera son la asistencia, la docencia, la investigación y la gestión, para el proyecto COM-VA®, se priorizó la definición y la evaluación de las competencias asistenciales y de gestión asistencial por tratarse de las áreas de actividad principal de los profesionales de enfermería en los hospitales <sup>72</sup>.

Los niveles de competencia usados en este proyecto están basados en los 5 niveles competenciales descritos por los hermanos Dreyfus, en el que hablamos en apartados anteriores (aprendiz, principiante, competente, proeficiente y experto) <sup>99</sup>.

El nivel de competencia se construye de las interrelaciones de unas características individuales llamadas dimensiones competenciales que se articulan en 5 áreas:

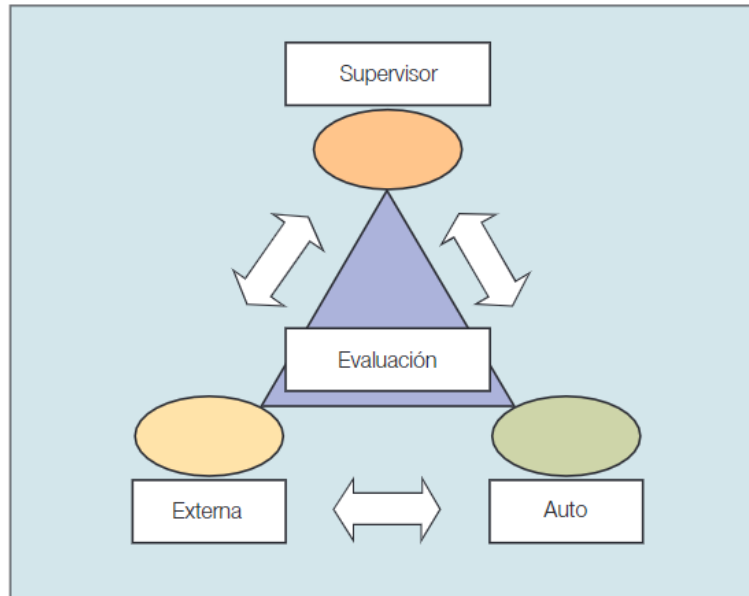
- Dimensión cognitiva y de aprendizaje
- Dimensión técnica
- Dimensión integradora
- Dimensión relacional
- Dimensión moral y afectiva

Debe existir un equilibrio interdimensional para que aumente el perfil competencial.

En el proyecto COM-VA<sup>®</sup>, el umbral de competencia se ha establecido en relación con el modelo de adquisición de habilidades y la opción metodológica que se usa para realizar la evaluación es la observación de la práctica en el contexto (tanto como una observación participante como una observación externa). Se usa también la triangulación de evaluadores (evaluación del supervisor, autoevaluación y evaluación de un tercero) con el fin de reducir la subjetividad en la evaluación de competencias (ECO) y maximizar la rigurosidad en la evaluación. El resultado se obtiene de la media de las dos medidas más coincidentes, descartando la más dispar <sup>72</sup>.

La validación del instrumento se inició con una primera ronda de evaluaciones de competencias que combinaban el método de evaluación del superior con la autoevaluación. La estrategia de análisis planteada incluye los 3 grandes elementos de todo proceso de validación de instrumentos: su viabilidad, su fiabilidad y su validez. Para analizar la viabilidad se realizó mediante estadísticos descriptivos. Para analizar la fiabilidad, se evaluó la consistencia interna de los elementos incluidos mediante el  $\alpha$ -Cronbach, y la concordancia inter observador mediante el índice de concordancia y la técnica ANOVA. Para el análisis de la validez se empleó estadística descriptiva y análisis factorial.

En la segunda fase de validación, se realizó un análisis de grupos extremos para determinar la validez del constructo. Se incluyó la estabilidad temporal y la concordancia intra observador <sup>100</sup>.



*Ilustración 5. Triangulación de evaluadores. Fuente: Marco teórico y conceptual para de competencias del profesional hospitalario. Parte I*

Para este proyecto, el ámbito de responsabilidad asistencial enfermero se define el seis dominios competenciales básicos: (1) cuidar al enfermo; (2) valorar, diagnosticar y abordar situaciones clínicas cambiantes; (3) ayudar al paciente a cumplir el tratamiento; (4) contribuir a garantizar la seguridad y el proceso asistencial; (5) facilitar los procesos de adaptación y afrontamiento; y (6) trabajar en equipo y adaptarse a un entorno cambiante. Cada dominio está formado por cinco elementos competenciales <sup>100,101</sup>.

Cada dominio competencial está compuesto por 5 factores. Cada factor se puntúa del 0 al 10:

- 0, 1 o 2: Ejecución muy deficiente
- 3 o 4: Ejecución insuficiente. Requiere supervisión y/o ayuda constante
- 5: Ejecución mínima aceptable. Puede requerir ayuda ocasional
- 6 o 7: Ejecución autónoma, correcta
- 8 o 9: Ejecución muy buena
- 10: Ejecución excelente, muy destacada

Los valores de cada factor evaluado dentro de cada dominio se suman y se dividen por el número de factores evaluados. La puntuación máxima dentro de un dominio es 50 y el número máximo de factores evaluados es 5.

El valor alcanzado en cada dominio se suma y se divide por el número de factores evaluados. La puntuación máxima es 300 y el número máximo de factores evaluados es 30.

Se recomienda evaluar todos los factores, salvo que exista alguna razón que justifique su exclusión.

La puntuación final de la experiencia clínica de la enfermera está representada por un valor entre 0,0 y 10:

- 5 – 5.9: Aprendiz
- 6 – 6.9: Principiante
- 7 – 8.5: Competente
- 8.6 – 9.5: Proeficiente
- 9.5: Experto

#### **7.2.7. ANÁLISIS DE DATOS**

Los datos cuantitativos se analizarán mediante el programa PSPP 1.6.2. Se trabajarán los datos recogidos en hojas de cálculo Excel.

Las variables cualitativas se describirán mediante la frecuencia y el porcentaje. Las variables cuantitativas mediante la media y la desviación estándar.

Las relaciones entre las diferentes variables se analizarán mediante la prueba t-Student, U de Mann Whitney o d'Spearman. Para conocer las variables asociadas a los eventos adversos estudiados, se realizará un análisis de regresión logística donde se incluirán las variables independientes y secundarias que muestren un grado de significación  $p < 0.10$ .

Se aceptarán resultados estadísticamente significativos si  $p < 0.05$  en un intervalo de confianza del 95%.

### **7.3. METODOLOGÍA CUALITATIVA**

#### **7.3.1. ÁMBITO**

Unidades de hospitalización médico quirúrgicas y cuidados intermedios del Institut Català de la Salut (ICS), principal proveedor de servicios sanitarios de Cataluña: Hospital Universitario (HU) Vall d'Hebrón (Barcelona), HU Bellvitge, Hospital de Viladecans (Área Metropolitana Sur), HU Germans Trias i Pujol (Área Metropolitana Norte), HU Arnau de Vilanova (Lleida), HU Dr. Josep Trueta (Girona), HU Joan XXIII (Tarragona) y Hospital Verge de la Cinta (Tortosa).

#### **7.3.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

Los criterios de inclusión han sido los siguientes:

- Enfermeras de las unidades de hospitalización de los 8 hospitales del ICS, durante 2023-2024.

Los criterios de exclusión fueron:

- Rechazo a participar en el estudio
- Enfermeras gestoras, enfermeras clínicas o de programa y enfermeras residentes.

#### **7.3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA**

Se les ofrecerá participar en el estudio de forma voluntaria, garantizándoles el anonimato y la confidencialidad mediante un consentimiento informado. El número de participantes concluirá al llegar a la saturación de datos, es decir, hasta que presenten cierta redundancia o repetición y no generen nueva información.

#### **7.3.4. MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS**

Para la fase cualitativa del estudio, las enfermeras seleccionadas para esta fase, se les realizará una entrevista en profundidad mediante el aplicativo Google Meet. Esta entrevista será registrada para su posterior transcripción y análisis.

### **7.3.5. INSTRUMENTOS**

#### La entrevista en profundidad

La entrevista en profundidad pretende recoger la visión subjetiva de los informantes con relación a la experiencia personal.

Según su grado de estructuración, las entrevistas se clasifican como:

- No estructurada: sin guion
- Semi-estructurada: cuenta con guion en la entrevista, cuya finalidad es recordar al investigador aquellos temas que está interesado en conocer para no salirse del curso normal de la entrevista.
- Estructurada: cuenta con un cuestionario guía que se sigue. No es frecuente en las entrevistas en profundidad.

En el caso de este proyecto, se realizará una entrevista con guion semiestructurado (anexo 4), es decir, con preguntas se facilita el seguimiento de la entrevista, intentando no influir en las respuestas del entrevistado ni con las preguntas ni con las actitudes.

### **7.3.6. ANÁLISIS DE DATOS**

Se transcribirán las entrevistas para su posterior análisis: codificación y categorización.

La fase cualitativa será estudiada por la metodología de la fenomenología, ya que el estudio se lleva a cabo mediante experiencias personales. Se realizará mediante entrevista en profundidad y se analizarán con la aplicación informática o software ATLAS-TI versión 9.1

Para validar la información obtenida y poder controlar posibles sesgos se seguirá un proceso de triangulación teórica: conocimientos de diferentes disciplinas, intermétodo e intramétodo al combinar diferentes métodos de recogida y la metodología mixta del estudio.

## **8. ASPECTOS ÉTICOS**

Esta investigación se realizará siguiendo la Ley de Investigación biomédica 14/2007. Los investigadores garantizan el cumplimiento de los principios bioéticos y de las normativas reguladoras actuales en materia de investigación clínica y a los principios que establece la Declaración de Helsinki y sus enmiendas posteriores. A su vez se comprometen con el contenido del Manual de Buenas Prácticas en Investigación del ICS y al cumplimiento de la legislación vigente relativa a intimidad, confidencialidad y protección de datos. El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a la normativa legal según el Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD), garantizando la confidencialidad a nivel de protección de la legislación vigente de nuestro país. Los cuestionarios serán recogidos de forma totalmente anónima, por lo que únicamente constará el número de inclusión correspondiente garantizando el anonimato de los datos que se obtendrán para elaborar este proyecto. Únicamente el investigador principal y colaboradores tendrán acceso a los datos recogidos en el centro coordinador del estudio. Para los datos recogidos de la entrevista en profundidad, los participantes tendrán que firmar el consentimiento para poder realizar grabación de la entrevista. Respecto a los datos recogidos sobre los resultados de los pacientes, estos serán almacenados de forma anónima ya que se codificarán mediante un número consecutivo y el investigador principal salvaguardará los datos identificativos del paciente relacionando su número de episodio con el número de inclusión que serán custodiados en el Centro Corporativo del Instituto Catalán de la Salud. Debido a la ausencia de intervención en este estudio, se solicita al CEIC considere autorizar el procedimiento de consentimiento informado en forma “de facto” cuando el enfermero/a participante retorne los cuestionarios cumplimentados implique su aceptación a la participación. Ello, se hace constar en la parte informativa de los formularios de recogida de datos ya que no se recogerá ningún dato identificativo de las enfermeras participantes.

Para realizar el estudio se ha solicitado y obtenido la autorización de la directora Corporativa de Cuidados del Institut Català de la Salut.

Se pedirá aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Universitario de Bellvitge y se pedirá consentimiento informado a las enfermeras a las que se evalúe el nivel de motivación. Los datos se obtendrán de forma anonimizada, se codificarán y no constará en la base de datos ningún dato identificativo de los pacientes ni de las enfermeras.

## 9. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS

Conocer la asociación entre eventos adversos y satisfacción laboral y/o nivel competencial, sería de gran utilidad para que las instituciones pudieran establecer pautas para mejorar la satisfacción laboral de las enfermeras y para establecer líneas formativas para acompañar a las enfermeras en su trayecto por las competencias profesionales. Por tanto, determinadas inversiones en enfermería tendrían impacto en la reducción de eventos adversos en los pacientes hospitalizados, en caso de confirmarse la hipótesis del estudio.

Otra aplicación de este estudio sería, mediante la evaluación competencial de las enfermeras, establecer equipos de trabajo en el que estuvieran distribuidos los profesionales enfermeros de forma que preferentemente hubiera diferentes profesionales de diferentes niveles competenciales distribuidos en los diferentes servicios.

Como aplicación adicional, sería interesante su aplicación en programas de tutorización o "*mentoring*" del personal aprendiz.

Por último, distribuir las responsabilidades de los profesionales enfermeros según su nivel competencial también contribuiría a mejorar la calidad asistencial en las unidades de hospitalización.

## 10. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN Y LÍNEAS DE FUTURO

Como limitaciones en la investigación, Se ha planteado de forma pragmática pasar el cuestionario COM-VA® de manera autoadministrado a pesar de que la forma más rigurosa de evaluar este cuestionario es mediante la triangulación evaluativa (supervisor, persona evaluada y evaluación externa) por practicidad a la hora de evaluar el nivel competencial.

Para identificar los eventos adversos nos basamos en registros realizados por las enfermeras, por lo que se depende totalmente de que el registro esté correcto. Esto supone una fuerte limitación, ya que los registros suponen uno de los cuidados que más se dejan de priorizar con más frecuencia.

Como líneas de futuro, relacionar la formación con el nivel competencial con el fin de acompañar a las enfermeras en el trayecto por los diferentes niveles y determinar de qué forma se puede ayudar mejor a las enfermeras a subir niveles competenciales mediante la formación y el “*mentoring*” sería muy interesante ya que se conseguiría mejorar la calidad asistencial significativamente.

Por otro lado, asegurar cierto nivel de competencia para según que responsabilidades sería interesante para posteriormente evaluar si tiene impacto en la reducción de eventos adversos en los pacientes.

Finalmente, avanzar en la definición de protocolos en las instituciones sobre seguridad del paciente en base a los resultados a los estudios.

## 11. CRONOGRAMA

A continuación, se muestra el cronograma del proyecto:

	set-21	oct-21	nov-21	dic-21	ene-22	feb-22	mar-22	abr-22	may-22	jun-22	Jul-22	ago-22	sep-22	oct-22	nov-22	Dic-22	ene-23	feb-23	mar-23	abr-23	may-23	jun-23	jul-23	ago-23	sep-23	oct-23	nov-23	dic-23	ene-24	feb-24	mar-24	abr-24	may-24	jun-24	jul-24	ago-24	sep-24	oct-24	nov-24	dic-24				
Fase conceptual	Pregunta de investigación / 1ª búsqueda básica / Elección del tema	█	█																																									
	Marco teórico / Objetivo general				█	█	█	█	█																																			
	Objetivos/ Hipótesis					█	█	█																																				
	Antecedentes del tema / Revisión bibliográfica									█	█	█																																
	Diseño de la metodología													█	█																													
	Planificación de la fase metodológica y preparativos														█	█																												
	Artículo y presentación																	█																										
Fase metodológica	Permisos																		█	█	█																							
	Recogida de datos																						█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
	Análisis de resultados																																											
	Redacción resultados y discusión																																											
	Redacción del artículo																																											
	Difusión de los resultados																																											

Tabla 7. Cronograma del proyecto. Elaboración propia

## 12. PRESUPUESTO

Para poder desarrollar el análisis y publicación de los resultados obtenidos se prevé optar a futuras convocatorias competitivas.

A continuación, se muestra el presupuesto del proyecto:

<b>Actividad</b>	<b>Material</b>	<b>Inversión monetaria</b>
<i>Fase conceptual</i>	Ordenador portátil	800 euros
<i>Recogida de datos</i>	Material fungible	250 euros
<i>Desplazamientos</i>	Combustible	500 euros
<i>Análisis estadístico</i>	SPSS	0 euros
	ATLAS-TI (licencia para 1 usuario)	9 euros
	Ordenador portátil	0 euros
	Ayuda externa	100 euros
<i>Resultados/discusión/conclusión</i>	Ordenador portátil	0 euros
	Ayuda externa	120 euros
<i>Traducción</i>	Ayuda externa	120 euros
<i>Permiso de revista</i>	Ordenador portátil	2000 euros
<i>Asistencia a congresos científicos para exposición de resultados</i>	Publicación en revista	350 euros
<b>TOTAL</b>		<b>4129 euros</b>

Tabla 8. Presupuesto del proyecto

### 13. BIBLIOGRAFÍA

1. Makary MA, Daniel M. Medical error-the third leading cause of death in the US. *BMJ* [Internet]. 2016 May 3 [cited 2022 Jan 28];353. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27143499/>
2. Bañeres J, Orrego C, Navarro L, Casas L, Banqué M, Suñol R. Epidemiología de los eventos adversos hospitalarios en Catalunya: un primer paso para la mejora de la seguridad del paciente. *Med Clin (Barc)*. 2014 Jul 1;143(SUPPL. 1):3–10.
3. World Health Assembly. Global action on patient safety [Internet]. Vol. 22, Seventy-Second World Health Assembly. 2019. Available from: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA72/A72\\_R6-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-en.pdf)
4. Saleh AM, Awadalla NJ, El-masri YM, Sleem WF. Impacts of nurses' circadian rhythm sleep disorders, fatigue, and depression on medication administration errors. *Egypt J Chest Dis Tuberc*. 2014 Jan 1;63(1):145–53.
5. Fernández-Salazar S, Pancorbo-Hidalgo PL, Ramos-Morcillo AJ. Evaluación de la fiabilidad del Resultado de Enfermería «Conocimiento: recursos sanitarios» en Atención Primaria y Hospitalaria. *Enfermería Clínica*. 2011 Nov 1;21(6):349–53.
6. Marriner-Tomey A. Administración y liderazgo en enfermería [Internet]. 5a ed. Madrid: Mosby-Doyma; 1996 [cited 2021 Oct 21]. 523 p. Available from: [https://www.popularlibros.com/libro/administracion-y-liderazgo-en-enfermeria\\_164608](https://www.popularlibros.com/libro/administracion-y-liderazgo-en-enfermeria_164608)
7. Leiter MP, Harvie P, Frizzell C. The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout. *Soc Sci Med*. 1998 Nov 1;47(10):1611–7.
8. American Nurses Association (ANA). Report to the Board of Directors. American Nurses Association Congress of Nursing Practice and Congress on Nursing Economics. 1995 Jun.
9. Ball JE, Bruyneel L, Aiken LH, Sermeus W, Sloane DM, Rafferty AM, et al. Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-

- sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2018;78(August 2017):10–5.
10. JE B, L B, LH A, W S, DM S, AM R, et al. Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2018 Feb;78:10–5.
  11. M S, TR G, SP C, LH A, B S-W, DM S, et al. Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. *Int J Qual Heal care J Int Soc Qual Heal Care* [Internet]. 2008 Aug [cited 2021 Oct 15];20(4):227–37. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18436556/>
  12. Juvé Udina ME, González Samartino M, López Jiménez MM, Planas Canals M, Rodríguez Fernández H, Batuecas Duelt IJ, et al. Acuity, nurse staffing and workforce, missed care and patient outcomes: A cluster-unit-level descriptive comparison. *J Nurs Manag* [Internet]. 2020 Nov 1 [cited 2021 Jul 2];28(8):2216–29. Available from: <http://hdl.handle.net/2445/173010>
  13. Kane RL, Shamliyan TA, Mueller C, Duval S, Wilt TJ. The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: Systematic review and meta-analysis. *Med Care*. 2007;45(12):1195–204.
  14. Aiken LH, Cimiotti JP, Sloane DM, Smith HL, Flynn L, Neff DF. Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *Med Care*. 2011;49(12):1047–53.
  15. Anzai E, Douglas C, Bonner A. Nursing practice environment, quality of care, and morale of hospital nurses in Japan. *Nurs Heal Sci*. 2014;16(2):171–8.
  16. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Sermeus W. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *Int J Nurs Stud*. 2013 Feb 1;50(2):143–53.
  17. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Heede K Van den, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries:

- a retrospective observational study. *Lancet* [Internet]. 2014 May 24 [cited 2021 Oct 24];383(9931):1824–30. Available from:  
<http://www.thelancet.com/article/S0140673613626318/fulltext>
18. MPR. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. *Boletín Of del Estado* [Internet]. 2020 [cited 2021 Oct 24];67(14 de marzo de 2020):25390–400. Available from:  
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2020-3692>
  19. Jackson D, Bradbury-Jones C, Baptiste D, Gelling L, Morin K, Neville S, et al. Life in the pandemic: Some reflections on nursing in the context of COVID-19. *J Clin Nurs*. 2020;29(13–14):2041–3.
  20. Villamin C, Anderson J, Fellman B, Urbauer D, Brassil K. Perceptions of missed care across oncology nursing specialty units. *J Nurs Care Qual*. 2019;34(1):47–53.
  21. Bao Y, Sun Y, Meng S, Shi J, Lu L. 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *Lancet*. 2020 Feb 22;395(10224):e37–8.
  22. Petzold MB, Plag J, Ströhle A. Dealing with psychological distress by healthcare professionals during the COVID-19 pandemia [Internet]. Vol. 91, *Nervenarzt*. Springer; 2020 [cited 2021 Oct 24]. p. 417–21. Available from:  
<https://link.springer.com/article/10.1007/s00115-020-00905-0>
  23. 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. *Enfermería Clínica*. 2021 Jun 23;
  24. Griffiths P, Maruotti A, Recio Saucedo A, Redfern OC, Ball JE, Briggs J, et al. Nurse staffing, nursing assistants and hospital mortality: Retrospective longitudinal cohort study. *BMJ Qual Saf*. 2019;28(8):609–17.

25. Srulovici E, Drach-Zahavy A. Nurses' personal and ward accountability and missed nursing care: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2017 Oct 1;75:163–71.
26. Herzberg F. *The motivation to work*. New York: John Wiley and Sons; 1959.
27. Carthon JMB, Lasater KB, Sloane DM, Kutney-Lee A. The quality of hospital work environments and missed nursing care is linked to heart failure readmissions: A cross-sectional study of US hospitals. *BMJ Qual Saf*. 2015 Apr 1;24(4):255–63.
28. Benner P. FROM NOVICE TO EXPERT EXCELLENCE AND POWER IN CLINICAL NURSING PRACTICE. *AJN, Am J Nurs*. 1984;84(12):1479.
29. WHO. Más que palabras . Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente [Internet]. Oms. 2009. Available from: [http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf)
30. LT K, JM C, MS D. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. 2000 Mar 1 [cited 2022 Jan 28]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25077248/>
31. WHO. Seguridad del paciente [Internet]. 2019 [cited 2022 Feb 18]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
32. Ministerio de sanidad servicios sociales e igualdad. *Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud* [Internet]. 2015. Available from: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/excelencia/msp/home.htm>
33. SCHIMMEL EM. The hazards of hospitalization. *Ann Intern Med* [Internet]. 1964 [cited 2022 Mar 10];60:100–10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14106730/>
34. Steel K, Gertman PM, Crescenzi C, Anderson J. Iatrogenic illness on a general medical service at a university hospital. *N Engl J Med* [Internet]. 1981 Mar 12 [cited 2022 Mar 10];304(11):638–42. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7453741/>

35. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. 1991. *Qual Saf Health Care* [Internet]. 2004 Jan 14 [cited 2021 Nov 16];13(2):370–6. Available from: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJM199102073240604>
36. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Russell Localio A, Barnes BA, et al. THE NATURE OF ADVERSE EVENTS IN HOSPITALIZED PATIENTS Results of the Harvard Medical Practice Study II. Vol. 324. 1991.
37. World Health Organization. A brief synopsis on patient safety [Internet]. WHO Europe. Copenhagen; 2010. Available from: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0015/111507/E93833.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/111507/E93833.pdf)
38. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. [Internet]. Ministerio De Sanidad Y Consumo. Madrid; 2006. p. 169. Available from: <http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf>
39. Aranaz Andrés JM, León MT, Aibar Remón C, Gea Velázquez de Castro MT. Efectos adversos en la asistencia hospitalaria: Una revisión crítica - Dialnet. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2004 [cited 2022 Mar 10];123(1):21–5. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=903981>
40. Ignacio García E. Validación de un modelo para medir la calidad asistencial en los hospital [Internet]. Universidad de Cádiz; 2007. Available from: <http://hdl.handle.net/10498/15663>
41. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Verdú Soriano J, Martínez Cuervo F, López Casanova P, Rueda López J, et al. 2º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2005: Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. *Gerokomos* [Internet]. 2006 [cited 2022 Apr 1];17(3).

Available from: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2006000300006](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2006000300006)

42. Sociedad Española de Medicina Preventiva Salud Pública e Higiene. EPINE. Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España. 2021.
43. Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ, et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care*. 2000;38(3):261–71.
44. Localio AR, Lawthers AG, Brennan TA, Laird NM, Hebert LE, Peterson LM, et al. Relation between Malpractice Claims and Adverse Events Due to Negligence. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM199107253250405> [Internet]. 2010 Jan 14 [cited 2022 Mar 15];325(4):245–51. Available from: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejm199107253250405>
45. Shojania KG, Burton EC, McDonald KM, Goldman L. Changes in Rates of Autopsy-Detected Diagnostic Errors Over Time: A Systematic Review. *JAMA* [Internet]. 2003 Jun 4 [cited 2022 Mar 15];289(21):2849–56. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/196684>
46. Ministerio de Sanidad - Portal Estadístico del SNS - Registro de Altas de los Hospitales del Sistema Nacional de Salud. CMBD [Internet]. [cited 2022 Mar 15]. Available from: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdhome.htm>
47. Alonso Juste V. Eventos adversos en el enfermo crítico [Internet]. UAB; 2016. Available from: <https://ddd.uab.cat/record/168498>
48. Donchin Y, Gopher D, Olin M, Badihi Y, Biesky M, Sprung CL, et al. A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. *Crit Care Med* [Internet]. 1995 [cited 2022 Mar 15];23(2):294–300. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7867355/>
49. Massanés M, Álava F, Oliva G, Navarro L, Jiménez M, Esquerra M, et al.

Notificació i gestió d'incidents relacionats amb la seguretat dels pacients com a eina per a la millora contínua. *Ann Med*. 2017;100:18–22.

50. Weingart SN, Wilson RML, Gibberd RW, Harrison B. Epidemiology of medical error. *West J Med [Internet]*. 2000 [cited 2022 Mar 15];172(6):390. Available from: [/pmc/articles/PMC1070928/](#)
51. Planas-Campmany C, Icart-Isern MT. Indicadores sensibles a la práctica enfermera: Una oportunidad para medir la contribución de las enfermeras. Vol. 24, *Enfermería Clinica*. 2014. p. 142–7.
52. Reason J. Human error: models and management. *BMJ Br Med J [Internet]*. 2000 Mar 18 [cited 2022 Apr 1];320(7237):768. Available from: [/pmc/articles/PMC1117770/](#)
53. Taylor FW. *The principles of scientific management*. New York: Harper and Bros Publishers; 1911.
54. Hoppock R. *Job satisfaction [Internet]*. New York: Harper and Brothers; 1935 [cited 2021 Oct 21]. Available from: [http://hdl.handle.net/2027/uc1.\\$b40031](http://hdl.handle.net/2027/uc1.$b40031)
55. Mayo E. *The social problems of an industrial civilisation: With an appendix on the political problem*. The Social Problems of an Industrial Civilisation: With an Appendix on the Political Problem. 2014. 1–148 p.
56. Maslow AH. *Motivation and personality*. 2n ed. Yonkers-on-Hudson, editor. New York; 1970.
57. Herzberg F, Mausner B, Snyderman BB. *The Motivation to Work*. 2nd ed. The Motivation to Work. New York: John Wiley & Sons; 2017.
58. Locke EA. The nature and causes of job satisfaction. In: *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. 1976.
59. Camacaro PR. Abordaje conceptual de calidad de vida en el trabajo. *Contrib a las Ciencias Soc [Internet]*. 2010 Mar [cited 2022 Apr 5]; Available from:

<https://www.eumed.net/rev/cccss/07/prc.htm>

60. Ravari A, Mirzaei T, Kazemi M, Jamalizadeh A. Job satisfaction as a multidimensional concept: A systematic review study. *J Occup Heal Epidemiol*. 2012;1(2):95–102.
61. Rodríguez Alonso A, Gómez Fernández P, De Dios del Valle R. Estudio de la satisfacción laboral en los equipos de atención primaria en un área sanitaria de Asturias. *Enfermería Glob*. 2017;16(3):369.
62. Simón García MJ, Blesa Malpica AL, Bermejo Pablos C, Calvo Gutierrez MA, Gómez De Enterría Pérez C. Estresores laborales y satisfacción en la enfermería de una unidad de críticos. *Enfermería Intensiva* [Internet]. 2005 Jan 1 [cited 2022 Apr 5];16(1):3–14. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-estresores-laborales-satisfaccion-enfermeria-una-13072134>
63. Toh SG, Ang E, Kamala Devi M. Systematic review on the relationship between the nursing shortage and job satisfaction, stress and burnout levels among nurses in oncology/haematology settings. *Int J Evid Based Healthc* [Internet]. 2012 Jun [cited 2022 Apr 5];10(2):126–41. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22672602/>
64. Purdy N, Spence Laschinger HK, Finegan J, Kerr M, Olivera F. Effects of work environments on nurse and patient outcomes. *J Nurs Manag* [Internet]. 2010 Nov [cited 2022 Apr 15];18(8):901–13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21073564/>
65. Dias-Silveira C, Teixeira-De-Bessa AT, Oroski-Paes G, Andrade Conceição-Stipp M. Gestión del equipo de enfermería: factores asociados a la satisfacción en el trabajo Gerenciamento da equipe de enfermagem: fatores associados à satisfação do trabalho Nursing team management: factors associated with job satisfaction RESUMEN. *Enfermería Glob* [Internet]. 2017;47:193–207. Available from: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.249471>

66. Brosschot JF, Pieper S, Thayer JF. Expanding stress theory: prolonged activation and perseverative cognition. *Psychoneuroendocrinology* [Internet]. 2005 Nov [cited 2022 Apr 5];30(10):1043–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15939546/>
67. Casas J, Repullo JR, Lorenzo S. Estrés laboral en el medio sanitario y estrategias adaptativas de afrontamiento. *Rev Calid Asist*. 2002 Jan 1;17(4):237–46.
68. estrés | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE [Internet]. [cited 2022 Apr 15]. Available from: <https://dle.rae.es/estrés>
69. O'Brien G. Estrés laboral y salud. Buendía J, editor. *Estrés laboral y salud*. Madrid: Biblioteca nueva; 1998.
70. Leiter MP, Maslach C. The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *J Organ Behav*. 1988;9(4):297–308.
71. Spencer SM, Lyle M, Spencer J. *Competence at Work: Models for Superior Performance*. Japan Productivity Center. John Wiley Sons, Inc. 1993;456.
72. Juvé Udina ME. Marco teórico y conceptual para de competencias del profesional. Parte I. *Nursing (Lond)*. 2007;25(4).
73. Kane MT. The assessment of professional competence. *Eval Health Prof* [Internet]. 1992 [cited 2022 Nov 23];15(2):163–82. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10119160/>
74. Gómez J. Las competencias profesionales. *Rev Mex Anesthesiol* [Internet]. 2015;38(1):49–55. Available from: <http://www.medigraphic.com/rma>
75. Delors J. La educación encierra un tesoro [Internet]. Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo XXI. 1996. Available from: *La educación encierra un tesoro*. In Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo XXI.
76. Dreyfuss SE, Dreyfus HL. A five-stage model of the mental activities involved in

- directed skill acquisition. *Oper Res Cent.* 1980;(February):1–18.
77. Carraccio CL, Benson BJ, Nixon LJ, Derstine PL. From the educational bench to the clinical bedside: Translating the Dreyfus developmental model to the learning of clinical skills. Vol. 83, *Academic Medicine.* 2008.
  78. Benner P. *Práctica progresiva en enfermería* [Internet]. Barcelona: Grijalbo. Barcelona: Grijalbo; 1987 [cited 2022 Mar 20]. Available from: [https://www.worldcat.org/title/practica-progresiva-en-enfermeria-manual-de-comportamiento-profesional/oclc/18606613&referer=brief\\_results](https://www.worldcat.org/title/practica-progresiva-en-enfermeria-manual-de-comportamiento-profesional/oclc/18606613&referer=brief_results)
  79. Robinson K, Eck C, Keck B, Wells N. The Vanderbilt Professional Nursing Practice Program. Part 1: Growing and supporting professional nursing practice. *J Nurs Adm.* 2003 Sep 1;33(9):441–50.
  80. Mortimore G, Reynolds J, Forman D, Brannigan C, Mitchell K. From expert to advanced clinical practitioner and beyond. *Br J Nurs.* 2021;30(11):656–9.
  81. Kim KJ, Yoo MS, Seo EJ. Exploring the Influence of Nursing Work Environment and Patient Safety Culture on Missed Nursing Care in Korea. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)* [Internet]. 2018;12(2):121–6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.anr.2018.04.003>
  82. Zeleníková R, Jarošová D, Plevová I, Janíková E. Nurses' Perceptions of Professional Practice Environment and Its Relation to Missed Nursing Care and Nurse Satisfaction. *Int J Environ Res Public Heal* [Internet]. 2020;17(3805). Available from: [www.mdpi.com/journal/ijerph](http://www.mdpi.com/journal/ijerph)
  83. Audet LA, Bourgault P, Rochefort CM. Associations between nurse education and experience and the risk of mortality and adverse events in acute care hospitals: A systematic review of observational studies. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2018;80(September 2017):128–46. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.01.007>
  84. Dabney BW, Kalisch BJ. Nurse Staffing Levels and Patient-Reported Missed

- Nursing Care. *J Nurs Care Qual.* 2015 Sep 7;30(4):306–12.
85. Griffiths P, Ball J, Bloor K, Böhning D, Briggs J, Dall’ora C, et al. Nurse staffing levels, missed vital signs and mortality in hospitals: retrospective longitudinal observational study. Vol. 6. 2018.
  86. Jachan DE, Müller-Werdan U, Lahmann NA. Patient safety. Factors for and perceived consequences of nursing errors by nursing staff in home care services. *Nurs Open.* 2021 Mar 1;8(2):755–65.
  87. S Clark RR, Lake E. Burnout, job dissatisfaction and missed care among maternity nurses. *J Nurs Manag.* 2020;28(8).
  88. Chaboyer W, Harbeck E, Lee BO, Grealish L. Missed nursing care: An overview of reviews. Vol. 37, *Kaohsiung Journal of Medical Sciences.* 2021. p. 82–91.
  89. Recio-Saucedo A, Dall’Ora C, Maruotti A, Ball J, Briggs J, Meredith P, et al. What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. Vol. 27, *Journal of Clinical Nursing.* 2018. p. 2248–59.
  90. Janatolmakan M, Khatony A. Explaining the consequences of missed nursing care from the perspective of nurses: a qualitative descriptive study in Iran. 2021; Available from: <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00839-9>
  91. Du H, Yang Y, Wang X, Zang Y. A cross-sectional observational study of missed nursing care in hospitals in China. *J Nurs Manag.* 2020;28:1578–88.
  92. Hessels AJ, Paliwal M, Weaver SH, Siddiqui D, Wurmser TA. Impact of Patient Safety Culture on Missed Nursing Care and Adverse Patient Events. *J Nurs Care Qual [Internet].* 2019 Oct 1 [cited 2021 Oct 24];34(4):287–94. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6561834/>
  93. Plevová I, Zeleníková R, Jarošová D, Janíková E. The relationship between nurse’s job satisfaction and missed nursing care. *Med Pr.* 2021;72(3):231–7.
  94. Senek M, Robertson S, Ryan T, King R, Wood E, Taylor B, et al. Determinants of

- nurse job dissatisfaction-findings from a cross-sectional survey analysis in the UK. BMC Nurs [Internet]. 2020;19(88). Available from:  
<https://doi.org/10.1186/s12912-020-00481-3>
95. Bruyneel L, Van Den Heede K, Diya L, Aiken L, Sermeus W. Predictive Validity of the International Hospital Outcomes Study Questionnaire: An RN4CAST Pilot Study. J Nurs Sch. 2009;41(2):202–10.
  96. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Lake ET, Cheney T. Effects of Hospital Care Environment on Patient Mortality and Nurse Outcomes. J Nurs Adm. 2008;38(5):223–9.
  97. Moreno Casbas T FGC, Grupo de Investigación RN4CAST-Espana. Informe global hospitales españoles, RN4CAST Nurse Forecasting in Europe. [Internet]. 2011. Available from: <http://www.rn4cast.eu/es/index.php> 'i
  98. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Normes et critères de compétence des infirmières et infirmiers en santé communautaire du Québec / [Internet]. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec,; 1986 [cited 2022 Nov 22]. Available from: <https://eduq.info/xmlui/handle/11515/7958>
  99. Juvé Udina ME, Farrero Muñoz S, Monterde Prat D, Sevillano Lalinde M del M, Olivé Ollé C, Casado García A, et al. Umbral de pericia requerido para la ejecución competencial enfermera. Metas de Enfermería [Internet]. 2013;11(10):8–15. Available from:  
<http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/33805>
  100. Juvé Udina ME. Validación de una herramienta de evaluación de competencias asistenciales de la enfermera en el ámbito hospitalario: resultados preliminares. In: III Jornadas SCELE (Sociedad española de licenciados en enfermería).
  101. Juvé Udina ME, Muñoz SF, Calvo CM, Prat DM, Barrabés GF, Serra RM, et al. ¿Cómo definen los profesionales de enfermería hospitalarios sus competencias asistenciales? Nurs (Ed española) [Internet]. 2007 Aug 1 [cited 2021 Apr 7];25(7):50–61. Available from: <http://hdl.handle.net/2445/34005>

## 14. ANEXOS

### ANEXO 1: PROCESO DE SELECCIÓN DE TÍTULOS PARA LA REVISIÓN

Para el cribaje de artículos incluidos en el apartado de búsqueda bibliográfica, se ha usado el diagrama de prisma:

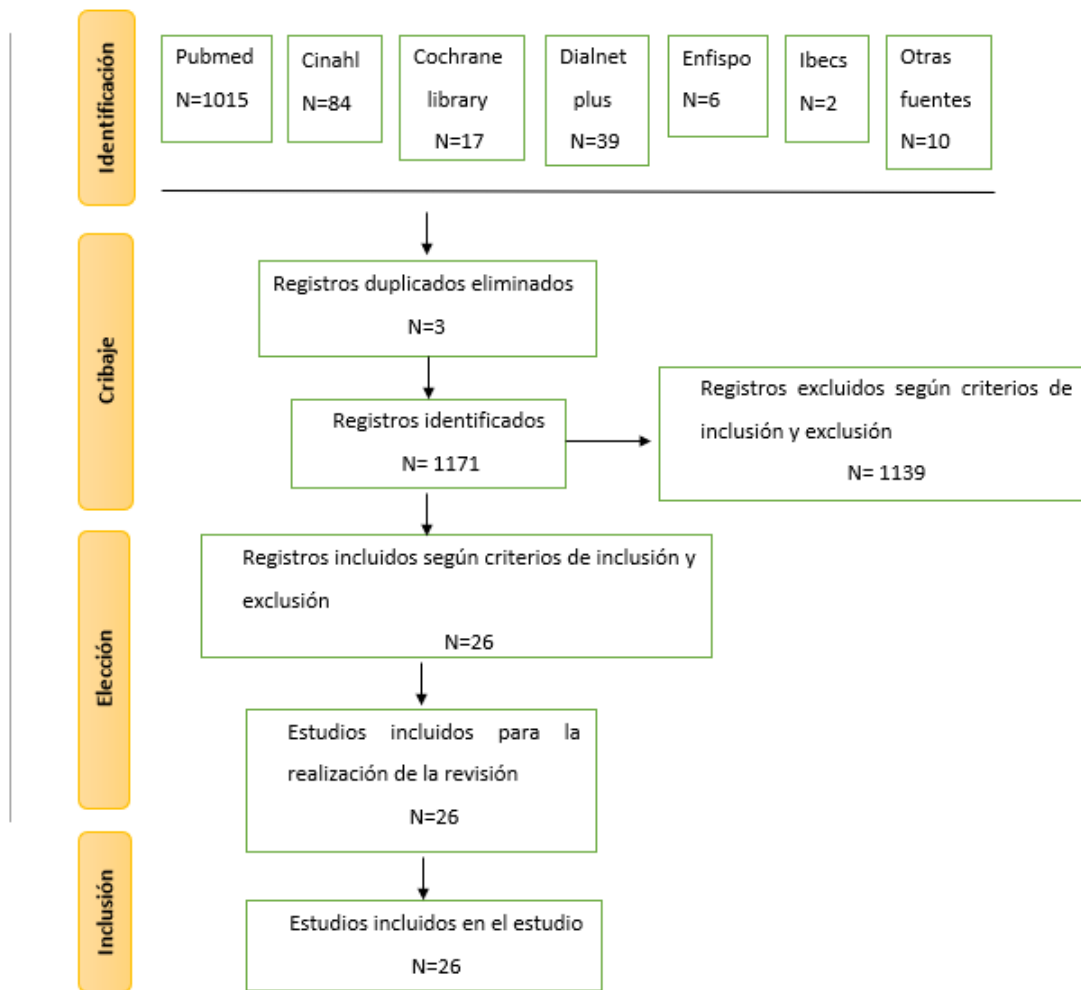


Ilustración 6. Diagrama prisma

A continuación, se muestra el proceso de búsqueda bibliográfica sobre factores relacionados con la seguridad del paciente:

Tipo de base de datos	Base de datos	Descriptor	Limitadores	Resultados	Seleccionados	Títulos seleccionados
Bases de datos de ámbito internacional	PUBMED	(missed nursing care) AND (patient safety)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Textos completos</li> <li>• Fecha de publicación: 2017-2022.</li> </ul>	Resultados: 15 5	Tras leer el título: 11	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Impact of Patient Safety Culture on Missed Nursing Care and Adverse Patient Events.</li> <li>2. Missed nursing care: An overview of reviews.</li> <li>3. What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature.</li> <li>4. Patient safety. Factors for and perceived consequences of nursing errors by nursing staff in home care services.</li> <li>5. Nurse staffing, nursing assistants and hospital mortality: retrospective longitudinal cohort study.</li> <li>6. Missed nursing care, non-nursing tasks, staffing adequacy, and job satisfaction among nurses in a teaching hospital in Egypt.</li> <li>7. Patient safety, quality of care and missed nursing care at a cardiology department during the COVID-19 outbreak.</li> <li>8. Missed nursing care during the COVID-19 pandemic: A comparative observational study.</li> <li>9. Acuity, nurse staffing and workforce, missed care and patient outcomes: A cluster-unit-level descriptive comparison.</li> <li>10. Nurse staffing and patient-perceived quality of nursing care: a cross-sectional analysis of survey and administrative data in German hospitals.</li> <li>11. Exploring the Influence of Nursing Work Environment and Patient Safety Culture on Missed Nursing Care in Korea.</li> </ol>
		(job satisfaction) AND (missed nursing care)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Textos completos</li> <li>• Fecha de publicación: 2017-2022.</li> </ul>	Resultados: 33	Tras leer el título: 12	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Registered Nurse Burnout, Job Dissatisfaction, and Missed Care in Nursing Homes.</li> <li>2. Missed nursing care: An overview of reviews.</li> <li>3. The relationship between nurse's job satisfaction and missed nursing care.</li> </ol>

						<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Missed nursing care, non-nursing tasks, staffing adequacy, and job satisfaction among nurses in a teaching hospital in Egypt.</li> <li>5. Burnout, job dissatisfaction and missed care among maternity nurses.</li> <li>6. The association of missed nursing care and determinants of satisfaction with current position for direct-care nurses-An international study.</li> <li>7. Nurses' Perceptions of Professional Practice Environment and Its Relation to Missed Nursing Care and Nurse Satisfaction.</li> <li>8. A cross-sectional observational study of missed nursing care in hospitals in China.</li> <li>9. Explaining the consequences of missed nursing care from the perspective of nurses: a qualitative descriptive study in Iran.</li> <li>10. Determinants of nurse job dissatisfaction - findings from a cross-sectional survey analysis in the UK.</li> <li>11. The implementation of a professional practice model to improve the nurse work environment in a Dutch hospital: A quasi-experimental study.</li> <li>12. Month trajectories of depressive symptoms among nurses- Contribution of personality, job characteristics, coping, and burnout.</li> </ol>
		(Adverse events) AND (nurs*)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Texto completo gratuito</li> <li>• Fecha de publicación: 2017-2022.</li> <li>• Tipo de fuente: ensayo clínico, metaanálisis, ensayo controlado aleatorizado, revisión, revisión sistemática.</li> </ul>	Resultados: 973	Tras leer el título: 3	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: A systematic review.</li> <li>2. Associations between nurse education and experience and the risk of mortality and adverse events in acute care hospitals: A systematic review of observational studies.</li> <li>13. Nurse staffing levels, missed vital signs and mortality in hospitals: retrospective longitudinal observational study.</li> </ol>

	ENFISPO	(nivel competencial) AND (seguridad) AND (enfermer*)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Textos completos</li> <li>• Tipo de fuente: artículo de revista</li> </ul>	Resultados: 1	Tras leer el título: 0	
<b>Otros</b>						<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Exploring the Influence of Nursing Work Environment and Patient Safety Culture on Missed Nursing Care in Korea.</li> <li>2. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study.</li> <li>3. Factors contributing to serious adverse events in nursing homes.</li> <li>4. Nurse Staffing Levels and Patient-Reported Missed Nursing Care.</li> <li>5. Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study.</li> <li>6. Effect of the hospital nursing environment on patient mortality: A systematic review.</li> <li>7. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction.</li> <li>8. Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes.</li> <li>9. Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments.</li> <li>10. Predictive validity of the International Hospital Outcomes Study questionnaire: an RN4CAST pilot study.</li> </ol>

Seguidamente, se muestra el proceso de búsqueda bibliográfica sobre competencia enfermera:

Tipo de base de datos	Base de datos	Descriptores	Limitadores	Resultados	Seleccionados	Títulos seleccionados
Bases de datos de ámbito internacional	CINAHL	(nurse) AND (competency levels) OR (Benner)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Textos completos</li> <li>• Fecha de publicación: 2017-2022</li> <li>• Idioma: inglés, portugués y español</li> <li>• Tipo de fuente: publicaciones académicas.</li> </ul>	Resultados: 83	Tras leer el título: 1	From expert to advanced clinical practitioner and beyond.
		(expertise) AND (nurs*) AND (Benner)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Texto completo</li> <li>• Fecha de publicación: 2017-2022</li> <li>• Tipo de fuente: publicaciones académicas.</li> </ul>	Resultados: 1	Tras leer el título: 0	

	COCHRAN E LIBRARY	(competenc*) and (enfermer*)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fecha de publicación: 2017-2022</li> </ul>	Resultados: 17	Tras leer el título: 1	Hospital nurse staffing models and patient and staff-related outcomes (Review).
Bases de datos de ámbito estatal	DIALNET PLUS	(nivel expertez) AND (enfermer*)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Texto completo</li> </ul>	Resultados: 2	Tras leer el título: 1	La construcción de la práctica avanzada en enfermería en el contexto sanitario catalán. Avanzando en la disciplina enfermera.
		(nivel competencial) AND (enfermer*)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Texto completo</li> </ul>	Resultados: 37	Tras leer el título: 3	<ol style="list-style-type: none"> <li>Perfil competencial en los profesionales de triaje de los servicios de urgencias hospitalarios.</li> <li>Evaluación de competencias entre los profesionales formados en España. Validación al castellano de la escala Nursing Competence Scale.</li> <li>La construcción de la práctica avanzada en enfermería en el contexto sanitario catalán. Avanzando en la disciplina enfermera.</li> </ol>
	CUIDEN	(nivel competencial) AND (enfermer*)		Resultados: 0		
		(nivel expertez) AND (enfermer*)		Resultados: 0		

	(nivel expertez) AND (enfermer*)		Resultados: 0		
ENFISPO	(nivel competencial) AND (enfermer*)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Textos completos</li> <li>• Tipo de fuente: artículo de revista</li> </ul>	Resultados: 5	Tras leer el título: 1	Evaluación de competencias entre los profesionales formados en España. Validación al castellano de la escala Nursing Competence Scale.
	(nivel competencial) AND (seguridad) AND (enfermer*)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Textos completos</li> <li>• Tipo de fuente: artículo de revista</li> </ul>	Resultados: 1	Tras leer el título: 0	
IBECS	(intuición) AND (enfermen)		Resultados: 2	Tras leer el título: 1	La enfermera experta en el cuidado del paciente crítico según Patricia Benner / The nurse expert in the care of the critical patients according to Patricia Benner.

Tabla 9. Títulos seleccionados sobre competencia enfermera

Finalmente, se detalla a continuación los títulos finalmente seleccionados para la revisión:

Título	Autor, país y año	Objetivo	Muestra y tipo de estudio	Instrumento de medida	Conclusiones
Impact of Patient Safety Culture on Missed Nursing Care and Adverse Patient Events	Hessels, Amanda J.; Paliwal, Mani; Weaver, Susan H.; Siddiqui, Deeba; Wurmsler, Theresa A. (2019)	Describir las relaciones entre la cultura de seguridad del paciente, atención de enfermería perdida y 4 tipos de eventos adversos del paciente	Diseño transversal. N=311	El PSC se midió con la Agency for Healthcare Research and Quality Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS), la atención de enfermería perdida se midió usando el instrumento MISSCARE. Para los eventos adversos se usaron los sistemas de informes adversos CareLink.	Calificaciones más altas de PSC se asociaron con menos atención de enfermería perdida. La atención de enfermería perdida se asoció con las caídas.
Missed nursing care: An overview of reviews.	Chaboyer, Wendy; Harbeck, Emma; Lee, Bih O.; Grealish, Laurie (2020)	Realizar un resumen de revisiones sobre el concepto de cuidado de enfermería perdido para pacientes adultos hospitalizados para responder a las siguientes preguntas:  • ¿Qué cuidados de enfermería se pierden? • ¿Qué factores influyen en los cuidados de enfermería perdidos? • ¿Cuáles son los resultados de la atención de enfermería perdida?	Revisión de publicaciones N=7	Verificación de evaluación crítica de Johanna Briggs para las revisiones sistemáticas y síntesis de investigación.	La atención que se pierde es muy amplia, desde la atención fundamental o básica hasta la atención psicosocial y la planificación y educación del cuidado. Varios factores, muchos de los cuales se relacionan con los recursos y otros con el trabajo en equipo y la agudeza del paciente, influyen en la atención perdida. Algunos cuidados perdidos son asociados con una peor calidad de atención y eventos adversos
What impact does Nursing care left undone have on patient outcomes?	Recio-Saucedo, Alejandra; Dall'Ora, Chiara; Maruotti, Antonello; Ball, Jane; Briggs, Jim; Meredith,	Realizar una revisión sistemática del impacto de los cuidados de enfermería perdidos sobre los resultados en adultos en las salas de	Revisión sistemática N=14	Verificación de calidad de los estudios, adaptación del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) de listado de	La evidencia que revisamos indica una asociación entre la atención perdida y los resultados del paciente, aunque tenue en algunas instancias. Varios estudios proporcionan evidencia en dos categorías

Review of the literature	Paul; Redfern, Oliver C.; Kovacs, Caroline; Prytherch, David; Smith, Gary B.; Griffiths, Peter (2017)	agudos del hospital y en residencias.		control de evaluación de calidad para estudios cuantitativos	principales de resultados de pacientes afectados negativamente por omisiones de atención: satisfacción del paciente y resultados clínicos.
Patient safety. Factors for and perceived consequences of nursing errors by nursing staff in home care services	Jachan, Deborah Elisabeth; Müller-Werdan, Ursula; Lahmann, Nils Axel (2020)	Identificar los factores y las consecuencias percibidas de los errores de enfermería por parte de enfermería en atención domiciliaria en correlación con la calificación, la experiencia laboral, el trabajo horas de trabajo y entrenamientos.	Estudio transversal. N=656 enfermeras y 107 servicios de atención domiciliaria en Alemania		Los hallazgos confirmaron que los errores de enfermería están asociados con calificación, experiencia laboral, horas de trabajo y capacitaciones sobre gestión de errores para enfermeras y auxiliares de enfermería. Los factores relacionados con los errores fueron la alta carga de trabajo, falta de información y conocimiento. Para las enfermeras la alta carga de trabajo fue el factor más importante, mientras que para las auxiliares fue la escasez de personal. Este estudio identificó las frecuencias de error más altas asociadas con la mayoría graves consecuencias percibidas en la medicación incorrecta y deficiente disciplina higiénica.
Nurse staffing, Nursing assistants and hospital mortality: Retrospective longitudinal cohort study	Griffiths, Peter; Maruotti, Antonello; Recio Saucedo, Alejandra; Redfern, Oliver C.; Ball, Jane E.; Briggs, Jim; Dall'Ora, Chiara; Schmidt, Paul E.; Smith, Gary B. (2019)	Determinar la asociación entre los niveles diarios de dotación de enfermeras y auxiliares de enfermería y la mortalidad hospitalaria.	Estudio observacional retrospectivo longitudinal n= 138133 pacientes adultos	Datos recopilados de forma rutinaria	El riesgo de muerte aumentó en un 3% por cada día que un paciente experimentó una dotación de personal de enfermeras por debajo de la media de la sala. Cada hora adicional de atención de enfermera disponible durante los primeros 5 días de la estadía de un paciente se asoció con una reducción del 3% en el riesgo de muerte. Los días en que las admisiones por RN excedieron el 125% de la media de la sala se asociaron con un aumento riesgo de muerte.

Missed nursing care, non-nursing tasks, staffing adequacy, and job satisfaction among nurses in a teaching hospital in Egypt	Hammad, Marwa; Guirguis, Wafaa; Mosallam, Rasha (2021)	Medir el alcance de la atención de enfermería perdida, identificar sus tipos y determinar los factores que contribuyen a la atención de enfermería perdida	Estudio transversal. N=553 enfermeras	Instrumento MISSCARE para medir la cantidad de atención de enfermería perdida y la escala N4CAST para recopilar datos sobre el nivel de trabajo no relacionado con a enfermería relacionado con las enfermeras y la satisfacción laboral.	La atención de enfermería perdida es relativamente mayor en comparación con otros entornos. Las dimensiones que son con frecuencia se pasan por alto las "necesidades básicas" y la "planificación". El promedio de atención perdida fue menor en la UCI en comparación con las unidades médicas y quirúrgicas. La adecuación del personal de enfermería y el número de pacientes atendidos por enfermera fueron factores asociados significativamente con una mayor puntuación de atención de enfermería perdida. Las tareas no relacionadas con la enfermería y la satisfacción laboral de las enfermeras mostraron una débil correlación negativa con el MNC general.
Patient safety, quality of care and missed nursing care at a cardiology department during the COVID-19 outbreak	Nymark, Carolin; von Vogelsang, Ann Christin; Falk, Ann Charlotte; Göransson, Katarina E. (2022)	Objetivo: Evaluar los cuidados de enfermería perdidos y la seguridad del paciente durante la primera ola de la Pandemia de COVID-19 en salas de cardiología para pacientes hospitalizados.	Diseño transversal con un enfoque comparativo. N=59 para la muestra Covid-19 y N=43 para la muestra de referencia.	MISSCARE Survey-Swedish versión y preguntas sobre la seguridad del paciente y la calidad de la atención	El personal de enfermería calificó la seguridad del paciente como significativamente más baja durante la pandemia COVID-19. Sin embargo, no se ha podido identificar las razones de esta percepción. La muestra COVID-19 reportó más cuidados de enfermería perdidos en cuanto al cuidado de heridas y enfermería básica.
Missed Nursing care during the COVID-19 pandemic: A comparative	von Vogelsang, Ann Christin; Göransson, Katarina E.; Falk, Ann Charlotte; Nymark, Carolin (2021)	Evaluar las frecuencias, tipos y motivos de los cuidados de enfermería perdidos durante la pandemia de COVID-19 en las salas de hospitalización de un	Diseño transversal comparativo. N=130 para la muestra covid y N=157 para la	MISSCARE Survey-Swedish versión y preguntas sobre la seguridad del paciente y la calidad de la atención	No se encontraron diferencias significativas en cuanto a los motivos de atención perdida. La mayoría de los participantes percibieron la calidad del cuidado y la seguridad del paciente como buenas.

observational study		hospital universitario de alta especialidad.	muestra de referencia.		
Acuity, nurse staffing and workforce, missed care and patient outcomes: A cluster-unit-level descriptive comparison	Juvé-Udina, Maria Eulàlia; González-Samartino, Maribel; López-Jiménez, Maria Magdalena; Planas-Canals, Maria; Rodríguez-Fernández, Hugo; Batuecas Duelt, Irene Joana; Tapia-Pérez, Marta; Pons Prats, Mònica; Jiménez-Martínez, Emilio; Barberà Llorca, Miquel Àngel; Asensio-Flores, Susana; Berbis-Morelló, Carme; Zuriguel-Pérez, Esperanza; Delgado-Hito, Pilar; Rey Luque, Óscar; Zabalegui, Adelaida; Fabrellas, Núria; Adamuz, Jordi (2020)	Comparar la intensidad del paciente, la dotación de personal de enfermería y la fuerza laboral, los cuidados de enfermería perdidos y los resultados de los pacientes entre los grupos de unidades hospitalarias.	Estudio descriptivo observacional multicéntrico.  N=386 enfermeras	Escala OMICE Para los cuidados de enfermería perdidos, del original encuesta MISSCARE	La intensidad de pacientes en unidades generales fue similar a las de cuidados intensivos, mientras que el porcentaje de cobertura de personal de enfermería se ve reducida a casi la mitad. Mortalidad, lesiones cutáneas y riesgo de familiares las tasas de fatiga por compasión son más altas en las salas generales, mientras que la línea la flebitis asociada, el delirio y las caídas son más comunes en las unidades de cuidados intensivos.
Nurse staffing and Patient-perceived quality of nursing care: a cross-sectional analysis of	Winter, Vera; Dietermann, Karina; Schneider, Udo; Schreyögg, Jonas (2021)	Examinar el impacto de la dotación de personal de enfermería en la calidad de la atención de enfermería percibida por el paciente	Diseño transversal. N=28136 (Alemania)	Patient's Experience of Nursing Quality in Acute Hospitals (PENQuAH). La dotación de personal de enfermería se calculó usando una relación paciente-enfermera (PTN)	La calidad de atención de enfermería percibida por el paciente disminuye significativamente a medida que disminuye la dotación de personal.

survey and administrative data in German hospitals					
Exploring the Influence of Nursing Work Environment and Patient Safety Culture on Missed Nursing Care in Korea	Kim, Kyoung Ja; Yoo, Moon Sook; Seo, Eun Ji (2018)	Explorar la influencia del entorno de trabajo de las enfermeras y la cultura de seguridad del paciente en el hospital en los casos de atención de enfermería perdida en Corea del Sur.	Diseño transversal. N=186	Versión coreana de la Practice Environmental Scale of Nursing Work Index para valorar el ambiente de trabajo de enfermería, la "Perception of Patient Safety Culture Scale" para valorar la cultura de seguridad del paciente y el instrumento MISSCARE para la atención de enfermería perdida.	Entre los factores de ambiente laboral, "la adecuación del personal y los recursos" y "la habilidad del gerente de enfermería, liderazgo y apoyo de las enfermeras" influyeron en la atención de enfermería perdida. La percepción de las enfermeras sobre la dotación de personal y la adecuación de los recursos es el factor más influyente en los cuidados de enfermería, La adecuación del personal también tiene un impacto positivo en la reducción de instancias de fallas en el rescate, mortalidad de pacientes hospitalizados y períodos de ingreso y la alta rotación provoca la falta de enfermeras cualificadas.
Registered Nurse Burnout, Job Dissatisfaction, and Missed Care in Nursing Homes	White, Elizabeth M.; McHugh, Matthew D. (2019)	Examinar la relación entre el burnout de las enfermeras registradas, satisfacción laboral y cuidados perdidos en residencias.	Diseño transversal N=687	Encuesta RN4CAST-US 2015 y LTC focus	El 30% de los enfermeros exhibió altos niveles de agotamiento, el 31% no estaba satisfecho con su trabajo y el 72% informó haber perdido una o más tareas de atención necesarias en su último turno debido a falta de tiempo o recursos. Uno de cada 5 enfermeros registrados informó que con frecuencia no podía completar la atención necesaria del paciente. Los enfermeros con agotamiento tenían cinco veces más probabilidades de dejar sin realizar la atención necesaria que los que no tenían agotamiento. Los enfermeros que estaban insatisfechos tenían 2,6 veces más probabilidades de dejar sin hacer la atención

					necesaria que los que estaban satisfechos. Las tareas que con más frecuencia se dejaron de realizar fueron consolar/hablar con los pacientes, proporcionar una vigilancia adecuada al paciente, realizar educación sanitaria al paciente o a la familia y planificar la atención.
The relationship between nurse's job satisfaction and missed nursing care	Plevová, Iлона; Zeleníková, Renáta; Jarošová, Darja; Janíková, Eva (2021)	Explorar la frecuencia de cuidados de enfermería perdidos entre los hospitales de los hospitales checos y encontrar la relación entre la satisfacción laboral de la enfermera y los cuidados de enfermería perdidos.	Diseño transversal N=513	Encuesta MISSCARE, complementado con ítems que evalúan la satisfacción laboral de las enfermeras y datos demográficos.	Las actividades de enfermería más frecuentemente omitidas fueron la deambulacion del paciente y el apoyo emocional al paciente y/o familia. Los enfermeros encuestados estaban más satisfechos con ser enfermeros y menos satisfechos con el nivel de trabajo en equipo en su unidad. La correlación más fuerte se encontró entre la satisfacción con el puesto actual y la satisfacción de ser enfermera; hubo una correlación negativa entre la satisfacción con el puesto actual y el nivel general de cuidados de enfermería perdidos. Hubo una tendencia significativa entre el índice de satisfacción con el puesto actual y los cuidados de enfermería perdidos.

Burnout, job dissatisfaction and missed care among maternity nurses.	S Clark, Rebecca R; Lake, Eileen (2020)	Examinar la prevalencia de insatisfacción laboral y burnout entre las enfermeras de maternidad y la asociación entre insatisfacción laboral y burnout con la atención perdida.	Diseño transversal N=1538	Encuesta RN4CAST de 2015 y la encuesta anual de 2015 de la "American Hospital Association".	Una cuarta parte de las enfermeras dieron positivo por burnout y casi una quinta parte informó insatisfacción laboral. Mientras que el 56,4 % de las enfermeras de la muestra total informaron algún cuidado perdido, el 72,6 % de las enfermeras insatisfechas con el trabajo y el 84,5 % de las enfermeras con burnout informaron algún cuidado perdido.
The association of missed nursing care and determinants of satisfaction with current position for direct-care nurses—An international study.	Bragadóttir, Helga; Burmeister, Elizabeth A.; Terzioglu, Fusun; Kalisch, Beatrice J. (2020)	Describir la asociación de los cuidados de enfermería perdidos e identificar los determinantes de satisfacción con el puesto actual para las enfermeras de atención directa.	Diseño transversal N=7079	Encuesta MISSCARE complementado con ítems sobre satisfacción laboral.	Más atención de enfermería perdida se asoció con menos satisfacción con el puesto actual. Otros determinantes de la satisfacción laboral incluyeron el país, la experiencia de enfermería, las horas extra trabajadas, la idoneidad del personal y la cantidad de turnos perdidos durante los 3 meses anteriores.
Nurses' Perceptions of Professional Practice Environment and Its Relation to Missed Nursing Care and Nurse Satisfaction.	Zeleníková, Renáta; Jarošová, Darja; Plevová, Ilona; Janíková, Eva (2021)	Encontrar la relación entre las percepciones de las enfermeras sobre el entorno de práctica profesional y el cuidado de enfermería perdido y la satisfacción de las enfermeras.	Estudio descriptivo correlacional N=513	Encuesta MISSCARE y la Revised Professional Practice Environment (RPPE)	El ambiente de práctica profesional fue el que más se correlacionó con la satisfacción con el puesto actual. La puntuación general de atención perdida se correlacionó más fuertemente con la subescala "relaciones de personal". Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la calificación de dos subescalas, "control sobre la práctica" y "sensibilidad cultural", entre las enfermeras de hospitales de las capitales de distrito y las de hospitales de ciudades más pequeñas. Se encontraron

					diferencias estadísticamente significativas en la calificación de las subescalas de "liderazgo y autonomía en la práctica clínica" y "trabajo en equipo" entre enfermeras generales y enfermeras prácticas. El ambiente de práctica profesional está relacionado con la satisfacción del enfermero y el cuidado de enfermería perdido.
A cross-sectional observational study of missed nursing care in hospitals in China	Du, Hongxia; Yang, Yuanyuan; Wang, Xiaohong; Zang, Yuli (2020)	Identificar el riesgo de cuidados de enfermería perdidos, y factores contribuyentes, en los hospitales Chinos.	Diseño transversal N=6158	Encuesta MISSCARE y la escala McCloskey/Mueller Satisfaction Scale	Los cuidados perdidos con más frecuencia fueron la preparación de las comidas, la alimentación con comidas calientes, la deambulación, el baño, los cambios posturales, el apoyo emocional, la medicación en tiempo, el aseo y los cuidados bucales. Los motivos más frecuentes fueron la escasez de personal. Las enfermeras que tenían más satisfacción laboral referían menos cuidados de enfermería perdidos.
Explaining the consequences of missed nursing care from the perspective of nurses: a qualitative descriptive study in Iran	Janatolmakan, Maryam; Khatony, Alireza (2021)	Explicar las experiencias de las enfermeras iraníes con respecto a las consecuencias de la atención de enfermería perdida.	Estudio descriptivo cualitativo N=14	Entrevistas semiestructuradas.	Los cuidados de enfermería perdidos pueden causar insatisfacción del paciente, diversas complicaciones e incluso la muerte. Las consecuencias de la atención de enfermería perdida también pueden causar angustia e insatisfacción moral en las enfermeras. Las consecuencias relacionadas con la organización es el aumento de costes, la reducción de la credibilidad de la organización, el ausentismo y el abandono y la subsiguiente rotación.

<p>Determinants of nurse job dissatisfaction-findings from a cross-sectional survey analysis in the UK</p>	<p>Senek, Michaela; Robertson, Steven; Ryan, Tony; King, Rachel; Wood, Emily; Taylor, Bethany; Tod, Angela (2020)</p>	<p>Llevar a cabo un análisis secundario de un gran conjunto de datos de todo el Reino Unido para evaluar un conjunto de predictores individuales y organizativos autoinformados de la satisfacción/insatisfacción de las enfermeras</p>	<p>Diseño transversal N=4770</p>	<p>Análisis secundario de una encuesta desarrollada y administrada por el RCN</p>	<p>Las enfermeras tenían más probabilidades de sentirse desmoralizadas si hacían atención perdida, seguidas de si informaban sobre la falta de apoyo y la falta de acción cuando se planteaban inquietudes. No poder tomar un descanso, falta de personal y tener que trabajar horas extras también fueron factores significativos. Los hallazgos cualitativos demuestran preocupaciones importantes sobre la falta de personal y cómo esto conduce a la desmoralización y la insatisfacción cuando no se puede brindar una atención segura y eficaz. Estos sentimientos se ven agravados por una falta de apoyo gerencial que puede generar sentimientos de estrés, culpa y vulnerabilidad profesional. El personal a menudo tiene que elegir entre los riesgos para el paciente y los riesgos para su propio bienestar. En tales situaciones, las enfermeras tienden a priorizar a los pacientes. La incapacidad de brindar atención de calidad, hacer que la gerencia aborde las preocupaciones, tomar descansos y terminar a tiempo tiene un costo personal para las enfermeras que las lleva a considerar dejar el trabajo y la profesión.</p>
<p>Associations between nurse education and experience and the risk of mortality and</p>	<p>Audet, Li Anne; Bourgault, Patricia; Rochefort, Christian M. (2018)</p>	<p>Proporcionar conocimiento a partir de la síntesis de la evidencia sobre: a) las asociaciones entre la formación y la experiencia de enfermería y la ocurrencia de mortalidad y</p>	<p>Revisión sistemática N=27</p>	<p>“Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROB)”</p>	<p>La mortalidad y la falta de rescate fueron los eventos adversos más prevalentes. Los niveles más altos de educación se asociaron con mejor riesgo de falla de rescate y</p>

<p>adverse events in acute care hospitals: A systematic review of observational studies.</p>		<p>eventos adversos en los hospitales de agudos, y; b) los beneficios para los pacientes y las organizaciones de la reciente recomendación del Instituto de Medicina de que el 80 % de las enfermeras registradas deben tener un título de licenciatura para 2020.</p>			<p>mortalidad en un 74 y un 1,1% respectivamente.</p>
<p>Nurse staffing levels, missed vital signs and mortality in hospitals: retrospective longitudinal observational study.</p>	<p>Griffiths, Peter; Ball, Jane; Bloor, Karen; Böhning, Dankmar; Briggs, Jim; Dall'ora, Chiara; De longh, Anya; Jones, Jeremy; Kovacs, Caroline; Maruotti, Antonello; Meredith, Paul; Prytherch, David; Saucedo, Alejandra Recio; Redfern, Oliver; Schmidt, Paul; Sinden, Nicola; Smith, Gary (2018)</p>	<p>Determinar si es más probable que ocurran resultados adversos después de que los pacientes experimenten niveles bajos de personal de enfermería, y si las observaciones de signos vitales omitidas median alguna relación.</p>	<p>Estudio observacional longitudinal retrospectivo N=138133</p>	<p>Sistema de administración de pacientes, base de datos de paros cardíacos, eRoster, bolsa de trabajo de personal temporal y el sistema Vitalpac (System C Healthcare Ltd, Maidstone, Kent; formerly The Learning Clinic Limited)</p>	<p>Durante los primeros 5 días de estadía, cada hora adicional de atención de enfermeras registradas se asoció con una reducción del 3% en el riesgo de muerte. Los días en los que el nivel de dotación de personal de auxiliares de enfermería cayó por debajo de la media se asociaron con un mayor riesgo de muerte, pero el riesgo de muerte aumentó a medida que las exposiciones acumuladas del personal variaron de la media en cualquier dirección. Los niveles más altos de personal temporal se asociaron con una mayor mortalidad. Los eventos adversos y la duración de la estadía se redujeron con una mayor dotación de personal de enfermeras registradas. En general, el 16% de las observaciones se perdieron. Una mayor dotación de personal de enfermeras registradas se asoció con menos observaciones perdidas en pacientes de alta agudeza, mientras que la tasa general de observaciones perdidas se relacionó con las horas de atención generales (enfermeras registradas y</p>

					auxiliares de enfermería) pero no con la combinación de habilidades.
Exploring the Influence of Nursing Work Environment and Patient Safety Culture on Missed Nursing Care in Korea	Kim, Kyoung Ja; Yoo, Moon Sook; Seo, Eun Ji (2018)	Explorar la influencia del entorno de trabajo de las enfermeras y la cultura de seguridad del paciente en el hospital en los casos de atención de enfermería perdida en Corea del Sur.	Estudio transversal. N=186	Para el entorno de trabajo, se pasó el cuestionario "Practice Environmental Scale of Nursing Work Index", para la cultura de seguridad del paciente, se pasó el cuestionario "Perception of Patient Safety Culture Scale.", para los cuidados omitidos se pasó al escala "MISSCARE"	La atención de enfermería perdida se relaciona con la carrera clínica (tiempo trabajado), con el entorno laboral y con la cultura de seguridad del paciente.
Nurse Staffing Levels and Patient-Reported Missed Nursing Care.	Dabney, Beverly Waller; Kalisch, Beatrice J. (2015)	Determinar la relación entre los informes de pacientes de atención de enfermería perdida y la dotación de enfermería en las unidades.	Estudio transversal. N=729 pacientes	Encuesta MISSCARE-Paciente	Tener mayor porcentaje de enfermeras registradas resultó en respuestas más rápidas a las necesidades del paciente y con la puntualidad de la atención de enfermería. No se asoció con la comunicación y con los cuidados básicos.
Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study.	Ball, Jane E.; Bruyneel, Luk; Aiken, Linda H.; Sermeus, Walter; Sloane, Douglas M.; Rafferty, Anne Marie; Lindqvist, Rikard; Tishelman, Carol; Griffiths, Peter (2017)	Examinar si la atención de enfermería perdida interviene en la asociación observada entre los niveles de dotación de personal de enfermería y la mortalidad.	N=26516 enfermeras y 422730 pacientes	Datos del estudio RN4CAST combinado con datos de 42730 pacientes quirúrgicos de 300 hospitales de agudos de 9 países con encuestas de enfermeras.	La atención de enfermería perdida se relaciona con la dotación de personal de enfermería y con mayor probabilidad de que los pacientes mueran en el hospital después de procedimientos quirúrgicos comunes.
Effect of the hospital nursing environment on patient mortality: A	Kazanjan, Arminée; Green, Carolyn; Wong, Jennifer; Reid, Robert (2005)	Recopilar, evaluar críticamente y sintetizar toda la investigación primaria relevante sobre el efecto del entorno de enfermería en la mortalidad del paciente.	N=27 artículos	Revisión sistemática.	El ambiente laboral y social en la práctica enfermera en el hospital tiene efecto sobre resultados en los cuidados.

systematic review.					
Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes.	Aiken, Linda H.; Clarke, Sean P.; Sloane, Douglas M.; Lake, Eileen T.; Cheney, Timothy (2008)	Analizar los efectos netos de los entornos de práctica de las enfermeras sobre los resultados de las enfermeras y los pacientes después de tener en cuenta la dotación de personal y la educación de las enfermeras.	Estudio transversal.  N=10184 enfermeras y 232342 pacientes quirúrgicos de hospitales de Pensilvania	Nursing Work Index (PES-NWI)	Las enfermeras reportaron mejores experiencias de trabajo y menor preocupación por la calidad en el cuidado y los pacientes tuvieron menor riesgo de muerte y de fallada de rescate en los hospitales con mejor ambiente.
Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments	Aiken, Linda H.; Cimiotti, Jeannie P.; Sloane, Douglas M.; Smith, Herbert L.; Flynn, Linda; Neff, Donna F. (2011)	Determinar las condiciones bajo las cuales el impacto de la dotación de personal de enfermería del hospital, la educación de enfermería y el entorno de trabajo se asocian con los resultados del paciente	Estudio transversal  N=1262120 pacientes y 39038 enfermeras	Datos de la American Hospital Association data y una encuesta a las enfermeras.	El efecto de la disminución de las cargas de trabajo de un paciente/enfermera sobre las muertes y las fallas en el rescate es prácticamente nulo en hospitales con ambientes de trabajo deficientes, pero disminuye las probabilidades de muertes y fallas en hospitales con ambientes promedio en un 4% y en hospitales con los mejores ambientes en un 9 y 10% respectivamente. El efecto de un 10 % más de enfermeras BSN reduce las probabilidades de ambos resultados en todos los hospitales, independientemente de su entorno de trabajo, en aproximadamente un 4 %
Predictive validity of the International Hospital Outcomes Study	Bruyneel, Luk; Van Den Heede, Koen; Diya, Luwis; Aiken, Linda; Sermeus, Walter (2009)	Estudiar la validez predictiva del instrumento utilizado en el International Hospital Outcomes Study (IHOS) para un próximo proyecto financiado por la UE (RN4CAST), que indicará el efecto del entorno	Estudio transversal  N=179 enfermeras	Encuesta Hospital Outcomes Study (IHOS)	En cuatro hospitales belgas mostró que un a percepción positiva del factor “personal y adecuación de recursos” se asociaba a un incremento de tres veces en la probabilidad de declarar una satisfacción laboral elevada, además, una percepción positiva del factor “relaciones enfermera-médico” se asociaba

questionnaire: an RN4CAST		laboral de enfermería y el despliegue del personal de enfermería en la contratación, retención y productividad de las enfermeras; y en los resultados de los pacientes en 11 países europeos			con un incremento del 250% en la probabilidad de declarar satisfacción laboral elevada.
------------------------------	--	--	--	--	---

*Tabla 10. Estudios seleccionados*

## ANEXO 2: HOJA INFORMATIVA

### HOJA DE INFORMACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

**Título del estudio:** Asociación entre el nivel competencial y la satisfacción laboral con los resultados de los pacientes.

**Investigadora principal:** Esther Rivero Hitos

**Introducción:** Le ofrecemos este documento para que pueda recibir toda la información acerca del estudio en el caso que decida participar. Le animamos a que realice las preguntas necesarias para clarificar todas sus dudas. Este estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación. Para cualquier información adicional, póngase en contacto con la investigadora principal mediante la dirección de correo electrónico [rivero.hitos.esther@gmail.com](mailto:rivero.hitos.esther@gmail.com)

**Objetivo del estudio:** Determinar la relación entre la satisfacción laboral y/o el nivel competencial sobre la aparición de eventos adversos en las unidades de hospitalización (UH) del Institut Català de la Salut (ICS).

**Método de recogida de datos:** La recogida de datos se realizará en dos fases. La primera fase se realizará mediante este dossier: Un primer apartado con datos sociodemográficos, seguido de una pregunta para evaluar el nivel de satisfacción laboral con el puesto actual. Posteriormente, para evaluar el nivel competencial se obtendrá mediante el cuestionario validado COM-VA®.

La segunda fase del estudio será una entrevista en profundidad. Se realizará mediante el aplicativo Google Meet y se grabará la entrevista para poder ser analizada.

**Confidencialidad:** Sus datos serán tratados de forma anónima (no aparecerán sus datos personales. Cada dossier está codificado para identificar al participante). En el caso que desee participar en la segunda fase del estudio, la entrevista será registrada mediante el aplicativo Google Meet. Todos los datos serán guardados en el ordenador de la investigadora principal. Se aplicará la legislación vigente en materia de protección de datos personales (Ley Orgánica de 15/1999 del 13 de diciembre de Protección de Datos, y Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales).

Los resultados de la investigación pueden ser publicados en revistas científicas, congresos especializados, o publicaciones de carácter general. La información relacionada con su participación será confidencial.

Queremos agradecerle en nombre de todo el equipo su participación.

**Si desea participar en la segunda fase del estudio (entrevista en profundidad), por favor, marque la siguiente casilla y escriba a continuación su número de teléfono de contacto**

-----  
Firma participante:

**ANEXO 3: QUESTIONARIO COM-VA®**

<b>Competencia 1. COM-VA. Cuidar al enfermo</b>			
<b>Código</b>	<b>Elemento competencial</b>	<b>Criterios de evaluación/Conductas a valorar</b>	<b>Puntuación</b>
1	Establecer una relación terapéutica y estar presente.	Empatía. Actitud de ayuda. Cordialidad y trato amable. Escucha activa. Accesibilidad y disponibilidad. Transmite tranquilidad. Inspira confianza.	
2	Adecuar las actuaciones a los principios bioéticos.	Beneficencia: Procura el bienestar. Justicia: No hace diferencias por razón de edad, sexo, etnia, religión o capacidades (discriminación positiva) Autonomía: Implica al paciente en la toma de decisiones.	
3	Preservar la dignidad, la confidencialidad y la intimidad, a pesar de las limitaciones estructurales y organizativas.	Discreción. Mantiene la privacidad de la información personal y clínica (verbal i escrita). Actúa protegiendo la privacidad física y emocional del enfermo. Se muestra respetuoso con la situación del enfermo.	
4	Suplir, ayudar o supervisar al enfermo en la realización de actividades que contribuyen a mantener o mejorar su estado de salud (o una muerte digna).	Favorece la participación del enfermo/familia en el autocuidado. Es sensible a las necesidades. Orienta las actuaciones hacia la independencia del paciente.	

5	Proporcionar información i soporte emocional.	Adecua la información a las necesidades y capacidades del enfermo. Se expresa claramente con un lenguaje al alcance del paciente. Transmite optimismo. Da ánimos, evitando seguridades prematuras. Canaliza la expresión emocional.	
---	---	---	--

<b>Competencia 2. COM-VA. Valorar, diagnosticar y abordar situaciones clínicas cambiantes</b>			
<b>Código</b>	<b>Elemento competencial</b>	<b>Criterios de evaluación/Conductas a valorar</b>	<b>Puntuación</b>
1	Identificar el estado basal del enfermo y planificar los cuidados pertinentes.	Realiza la valoración inicial, identifica los problemas principales que se derivan y pauta los cuidados pertinentes. Situación: ingreso o primer contacto con el paciente.	
2	Identificar cambios significativos en el estado del enfermo y actúa en consecuencia.	Conoce el estado del paciente i reconoce nuevas manifestaciones. Contrasta y analiza la información previa con la valoración actual. actúa o planifica la actuación en concordancia con la nueva situación. Situación: evolución, el enfermo presenta signos o síntomas nuevos.	
3	Identificar precozmente señales de alarma: previsión de complicaciones antes de que se confirmen claramente les	Sabe interpretar signos inespecíficos y anticipar el inicio de una complicación. Detecta precozmente y se anticipa al problema. Intensificando la vigilancia e iniciando acciones correctoras y/o preventivas. Rapidez y seguridad de criterio. Situación: el enfermo se encuentra en las fases más iniciales de una complicación.	

	manifestaciones.		
4	Identificar y ejecutar correctamente y a tiempo actuaciones en casos de extrema urgencia con riesgo para la vida del enfermo o en el caso de una crisis o complicación grave súbita, hasta la llegada del médico.	Sabe interpretar signos inespecíficos y anticipar el inicio de una complicación. Detecta precozmente y se anticipa al problema.  Intensificando la vigilancia e iniciando acciones correctoras y/o preventivas. Rapidez y seguridad de criterio. Situación: el enfermo se encuentra en las fases más iniciales de una complicación.	
5	Preparar con antelación y abordar de forma ordenada y eficiente el desarrollo de situaciones graves o de alta intensidad de cuidados casi-simultáneas o “en cadena” en diferentes enfermos.	Prevé y prioriza las actuaciones en situaciones de pico de presión asistencial. Se organiza adecuadamente el tiempo y se coordina con los demás, actuando como líder en caso necesario.  Actúa de forma rápida y eficaz (aplicación de protocolo de actuación urgente si es necesario).  Situación: Pico de presión asistencial o situación de urgencia (Varios enfermos).	

<b>Competencia 3. COM-VA. Ayudar al o a la paciente a cumplir con el tratamiento y hacer que participe</b>			
<b>Código</b>	<b>Elemento competencial</b>	<b>Criterios de evaluación/Conductas a valorar</b>	<b>Puntuación</b>
1	Hacer de forma adecuada los procedimientos básicos.	Proporcione información según corresponda. Cumplir con la asepsia. Fomentar la participación de los pacientes según corresponda. Organización adecuada. Uso adecuado de los materiales. Provisión adecuada de intervención, procedimiento o técnica. Ejemplos de intervenciones básicas: Lavado de manos y educación esencial sobre el cuidado de la boca, escucha activa, cuidado de la vía IV periférica, asistencia para la higiene, muestra de sangre venosa, limpieza de heridas, ejercicios respiratorios, asistencia para sentarse y posicionarse, extracción de suturas menores, monitoreo del estado mental.	
2	Llevar a cabo de forma adecuada procedimientos complejos.	Proporcione información según corresponda. Cumplir con la asepsia. Fomentar la participación de los pacientes según corresponda. Organización adecuada. Uso adecuado de los materiales. Provisión adecuada de intervención, procedimiento o técnica compleja. Ejemplos de intervenciones complejas: Cuidado de heridas abiertas o infectadas, cuidado de heridas de fístula, inserción de una vía venosa central insertada periféricamente, informe emocional, interpretación de electrocardiogramas, cuidado de traqueostomía.	
3	Realizar de forma adecuada procedimientos de alta complejidad, o hacer de	Proporcionar información según corresponda. Cumplir con la asepsia. Fomentar la participación de los pacientes según corresponda. Organización adecuada. Uso adecuado de los materiales. Provisión adecuada de intervención, procedimiento o técnica de alta	

	<p>forma adecuada cualquier procedimiento en situaciones complejas o administrar de manera correcta multiterapia de alto riesgo, simultáneamente, a diversos pacientes.</p>	<p>complejidad, terapias de alto riesgo o cualquier intervención en situaciones complejas de pacientes.</p> <p>Ejemplos de intervenciones de alta complejidad: Cuidado de heridas catastróficas, cuidado de heridas neoplásicas, hemofiltración, ventilación mecánica, desescalada de violencia.</p> <p>Ejemplos de intervenciones en situaciones complejas de pacientes:</p> <p>Cualquier intervención en una situación de shock o crisis, en pacientes en edad límite extrema y/o peso límite extremo, en situaciones de alto impacto emocional (shock emocional), en estados de alteración del estado mental, cognición y/o percepción, en pacientes que presentan conductas disruptivas, en pacientes incapaces de comunicarse y/o comprender verbalmente, pacientes en proceso de aculturación u otros factores culturales, pacientes que experimentan angustia espiritual o angustia moral.</p> <p>Ejemplos de multiterapias de alto riesgo:</p> <p>Anticuerpos, biomoléculas u otras bioterapias, fármacos inmunosupresores, terapia génica de investigación, terapia celular diseñada, citoquinas, quimioterapia antiinfecciosa o antineoplásica altamente tóxica, agentes vasoactivos.</p>	
4	<p>Administrar de manera correcta y segura los medicamentos.</p>	<p>Interpretar correctamente las prescripciones de medicamentos y planificar correctamente la administración de medicamentos. Descartar alergias e intolerancias.</p> <p>Preparación adecuada de medicamentos (reglas de seguridad, cálculo de dosis) y procedimientos de administración (cualquier vía).</p> <p>Manejo adecuado de los dispositivos de administración de medicamentos (bombas, vías, etc).</p>	

5	Llevar a cabo correctamente los cuidados asociados a la administración de medicamentos.	<p>Evaluar la respuesta terapéutica cuando corresponda.</p> <p>Ejemplos: analgésicos, antipiréticos, antihipertensivos, diuréticos, ansiolíticos.</p> <p>Proporcionar una vigilancia adecuada previa y posterior.</p> <p>Ejemplos: glucemia capilar: insulina; PA: antihipertensivo</p> <p>Planificar la administración de medicamentos considerando posibles interacciones o incompatibilidades entre medicamentos.</p> <p>Vigilar las respuestas asociadas a la toxicidad y las manifestaciones de reacciones adversas y actúe en consecuencia.</p> <p>Prevenga y aborde adecuadamente los problemas asociados con la terapia intravenosa.</p>	
---	---	--	--

<b>Competencia 4. COM-VA. Contribuir a garantizar la seguridad i el proceso asistencial</b>			
<b>Código</b>	<b>Elemento competencial</b>	<b>Criterios de evaluación/Conductas a valorar</b>	<b>Puntuación</b>
1	Prevenir lesiones y/o abordar adecuadamente las respuestas emocionales que ponen en peligro la Seguridad del paciente o de otros a su alrededor.	Realiza actividades para garantizar la integridad física y los dispositivos terapéuticos. Pacto, negociación. Procura un entorno seguro. Reconduce el desbordamiento emocional/agresividad. Situación: alteraciones de la conciencia o psicoemocionales por encefalopatías, demencias, intoxicaciones farmacológicas, abuso de sustancias, tumores cerebrales... Dificultad de adaptación, proceso de duelo, disfunciones organizativas.	

2	Utilizar la documentación necesaria y cumplimentar adecuadamente los registros de enfermería.	Hace un uso correcto de la historia clínica. Registra la actividad y la evolución del estado del paciente. Sigue las normas básicas de cumplimentación de los registros (lenguaje claro, legible...).	
3	Modificar los planes de cuidados y/o los planes terapéuticos según el estado del paciente y actuar en consecuencia.	Contrasta de manera continuada el estado del paciente con la prescripción a realizar, retrasando, suspendiendo o modificando puntualmente el plan terapéutico.	
4	Comunicarse con el médico para sugerir, obtener para sugerir, obtener y/o pactar modificaciones del plan terapéutico más adecuado al estado del paciente.	Demuestra habilidades de comunicación y relación. Sabe describir el estado del paciente. Sabe argumentar las propuestas terapéuticas. Pacta/ consensua las modificaciones del plan terapéutico.	
5	Organitzar, planificar i coordinar les necessitats d'atenció de múltiples pacients simultàniament. I/o	Es capaç de processar la informació rellevant de diferents malalts. Sense obviar dades importants. Sap prioritzar. Sap coordinar-se amb altres professionals de diferents serveis (dietètica, RX, admissions, fisioteràpia...).	

	Comunicar-se amb els serveis de suport per adequar les intervencions clíniques a l'estat del pacient		
--	--	--	--

<b>Competencia 5. COM-VA. Facilitar el proceso de adaptación y afrontamiento</b>			
<b>Código</b>	<b>Elemento competencial</b>	<b>Criterios de evaluación/Conductas a valorar</b>	<b>Puntuación</b>
1	Valorar el estado y los recursos del enfermo para afrontar el proceso.	Identificar la interpretación que el enfermo hace de su estado de salud, teniendo en cuenta sus creencias y valores. Evalúa la capacidad/ voluntad del paciente para implicarse en el autocuidado.	
2	Facilitar una interpretación adecuada de su estado y proporcionar pautas explicativas que favorezcan recuperar la sensación de control de la situación.	Realiza medidas informativas y de soporte para ayudarle a comprender los cambios y las pérdidas (duelo). Dosifica adecuadamente la información en función del estado del paciente.	
3	Enseñar al paciente a	Transmite esperanza con una visión realista. Realiza adecuadamente actividades educativas para potenciar la participación del paciente en su recuperación física y para implicarle en la prevención de la dependencia.	

	realizar las actividades terapéuticas prescritas que pueda hacer él mismo.		
4	Valorar el estado y los recursos de la familia/cuidador para afrontar el proceso y potenciarlo si es necesario.	Identifica la interpretación que hace la familia/ cuidador principal del estado de salud del paciente. Evalúa la capacidad/voluntad de la familia/cuidador principal para implicarse en el autocuidado.	
5	Influir en la aptitud de la familia/cuidador para afrontar el proceso. Enseñar a la familia/cuidador a realizar las actividades terapéuticas prescritas que pueda llevar a cabo.	Realiza actividades educacionales para potenciar la participación de la familia/cuidador en el proceso de recuperación y en la prevención de la dependencia. Tutela, cuando es necesario, el proceso de adaptación al rol de cuidador.	

<b>Competencias 6. COM-VA. Trabajar en equipo y adaptarse a un entorno cambiante</b>			
<b>Código</b>	<b>Elemento competencial</b>	<b>Criterios de evaluación/Conductas a valorar</b>	<b>Puntuación</b>
1	Trabajar en equipo con otros mandamientos de enfermería.	Cordialidad y sintonía con el equipo. Ofrece disponibilidad y colaboración con el equipo de trabajo. Se adapta a la dinámica de los equipos. Situación: equipos de enfermería de diferentes unidades.	
2	Crear cohesión y facilitar el trabajo en equipo (dentro del equipo de enfermería)	Procura equilibrar la demanda y la oferta de ayuda. Se muestra asertivo. Transmite tranquilidad en situaciones de estrés. Canaliza los esfuerzos propios y de los otros hacia la consecución de objetivos comunes. Se implica y mantiene una actitud resolutiva. Situación: equipo de enfermería.	
3	Crear cohesión y facilitar el Trabajo en equipo con diferentes profesionales de múltiples disciplinas y diferentes entornos.	Procura equilibrar la demanda y la oferta de ayuda. Se muestra asertivo. Transmite tranquilidad en situaciones de estrés. Canaliza los esfuerzos propios y de los otros hacia la consecución de objetivos comunes. Se implica y mantiene una actitud resolutiva. Situación: otros profesionales.	
4	Establecer y delegar la responsabilidad de ejecución de tareas indirectas y organizar y participar en el establecimiento/pacto de las condiciones de la delegación	Establece la participación del personal en el proceso de cuidados. Organiza, pacta y coordina las condiciones de delegación de tareas y hace el seguimiento.	

	de tareas o actuaciones a los miembros del equipo asistencial.		
5	Participar en el proceso de aprendizaje de los nuevos miembros del equipo y de los alumnos de enfermería.	Se expresa claramente con un lenguaje adecuado al interlocutor. Comparte su conocimiento. Refuerza positivamente el aprendizaje. Colabora activamente en la formación del personal en relación con su área de expertez.	

#### **ANEXO 4: GUIÓN ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA**

En primer lugar, se informará a la persona entrevistada sobre cuál es el objetivo de la investigación. Se recordará la garantía de anonimato y confidencialidad y se agradecerá de antemano la predisposición.

Fecha:

Lugar:

Hora:

Duración:

##### Guía de preguntas

- ¿Recuerda alguna situación en su puesto de Trabajo actual en el que un paciente a su cargo sufriera algún evento adverso? ¿Lo podría describir?
- ¿Cómo actuó usted ante esta situación?
- ¿Cómo cree que se podría haber evitado o menguado las consecuencias?
- ¿Cómo se sintió ante esta situación?
- ¿Considera que la situación descrita podría pasar habitualmente?
- ¿Cómo se siente de segura como enfermera?

En caso de enfermera no novel:

- ¿Ha cambiado su percepción de seguridad en el nivel competencial que tiene actualmente respecto a cuando era novata?

Si la enfermera es novel:

- ¿Su experiencia de trabajo vivida le ha servido para sentirse más segura?