

Raquel Franco de la Rubia

**ANÁLISIS DE LOS CUIDADOS OMITIDOS EN URGENCIAS Y SU
IMPACTO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA
PERSPECTIVA ENFERMERA**

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

Dirigido por la Dra. Diana Gil Castillejos

Máster en Investigación en Ciencias de la Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2025

Todo mi agradecimiento:

A todos los que, de alguna forma, contribuyeron con su tiempo, conocimientos y energía para hacer posible este trabajo, entre ellos los participantes. Sin su ayuda, este proyecto no habría sido posible.

A mi tutora, Diana Gil Castillejos, por su guía, acompañamiento y valiosos consejos.

A mi familia y pareja, por su paciencia, comprensión y apoyo. Gracias por estar siempre a mi lado, respetando mis tiempos y perdón por los momentos que mi estudio os ha robado.

A Natalia, mi compañera de máster y turno, por el apoyo mutuo, los debates y los ánimos compartidos.

A mis compañeros de trabajo por ser el mejor paño de lágrimas y recarga de energía.

"La nobleza de un ser humano se refleja en su capacidad de cuidar de los demás,
especialmente en los momentos de mayor necesidad."

Cicerón

Índice de contenido

Resumen.....	7
1. Introducción y justificación	9
2. Marco teórico.....	12
2.1. Marco conceptual	12
2.2. Antecedentes	15
2.3. Situación actual	17
3. Revisión bibliográfica	21
4. Objetivos e hipótesis.....	28
4.1. Objetivos.....	28
4.1.1. Objetivo general.....	28
4.1.2. Objetivos específicos.....	28
4.2. Hipótesis.....	28
5. Metodología	28
5.1. Diseño.....	28
5.2. Ámbito de estudio	29
5.3. Población y Muestra	31
Población de estudio	31
Criterios de inclusión, exclusión y retirada	31
Tamaño de la muestra y técnica de muestreo.....	31
5.4. Instrumentos de recogida de datos.....	32
5.5. Variables.....	33
5.6. Recogida y gestión de datos	35
5.7. Análisis de datos	36
6. Consideraciones éticas.....	36
7. Resultados	37
8. Discusión	47
9. Conclusiones.....	54
10. Limitaciones del estudio y futuras líneas de investigación	54
11. Bibliografía	57
12. Cronograma.....	66
13. Presupuesto	66
14. Anexos.....	68
Anexo I. Tablas de frecuencia.....	68
Anexo II. Conformidad Coordinación Asistencial de Urgencias	70

Anexo III. Solicitud uso de instrumentos a sus autores	71
Anexo IV. Aprobación CEIM Hospital Clínic de Barcelona	72
Anexo V. Hoja de información al participante	74
Anexo VI. Hoja de consentimiento informado.....	77
Anexo VII. Hoja de recogida de datos	78

Índice de figuras

Figura 1. Modelo de atención omitida.	13
Figura 2. Distribución de las urgencias del HCB en el 2024 según especialidad.	29
Figura 3. Distribución de las urgencias del HCB en el 2024 según nivel de triaje.	30
Figura 4. Distribución de las urgencias del HCB en el 2024 según franjas de edad.	30
Figura 5. Distribución de las urgencias del HCB en el 2024 según género.	30
Figura 6. Cuidados omitidos según los profesionales de enfermería del Área de Urgencias del HCB.	41

Índice de tablas

Tabla 1. Abreviaturas y siglas.....	6
Tabla 2. Estrategia de búsqueda bibliográfica	22
Tabla 3. Artículos relevantes	24
Tabla 4. Frecuencia de omisión de cuidados en el área de urgencias del HCB.....	39
Tabla 5. Motivos para la omisión de cuidados de enfermería.....	42
Tabla 6. Percepción de frecuencia de prácticas de enfermería asociadas a EA.....	45
Tabla 7. Percepción del riesgo y frecuencia de aparición de EA asociados a la práctica enfermera.....	47
Tabla 8. Cronograma.....	66
Tabla 9. Presupuesto.....	67
Tabla A1. Características sociodemográficas y laborales de los participantes	68
Tabla A2. Satisfacción en los profesionales de enfermería	69

Abreviaturas y siglas

CEIM	Comité de Ética en Investigación con Medicamentos
DUE	Diplomado Universitario en Enfermería
EA	Eventos Adversos
EAAPE	Escala de Eventos Adversos Asociados a la Práctica Enfermera
ENEAS	Estudio Nacional de Eventos Adversos relacionados con la Hospitalización
GRUE	Graduado Universitario en Enfermería
HCB	Hospital Clínic de Barcelona
MeSH	Medical Subject Headings
MNC	Missed Nursing Care
OMICE	Omisión de Cuidados Enfermeros
OMS	Organización Mundial de la Salud
SiNASP	Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente
TCAE	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
UPP	Úlceras por presión

Tabla 1. Abreviaturas y siglas. Elaboración propia

Resumen

Introducción: El cuidado y su calidad impactan en la seguridad del paciente. En este contexto, la omisión de cuidados de enfermería –entendida como la falta parcial o total de cuidados necesarios– se ha identificado como una amenaza creciente, especialmente en contextos de alta presión asistencial como los servicios de urgencias.

Objetivo: Conocer la perspectiva del personal de enfermería sobre los cuidados omitidos en los pacientes que acuden al Área de urgencias del Hospital Clínic de Barcelona (HCB).

Metodología: Estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, realizado en el Área de urgencias del HCB durante mayo de 2025. Se utilizó el instrumento MISSCARE, validado al español (OMICE), para identificar los cuidados omitidos, y una escala para valorar los eventos adversos asociados a la práctica enfermera (EAAPE), ambos desde la perspectiva del personal de enfermería. El análisis se realizó mediante estadística descriptiva y pruebas de asociación de variables como Chi-cuadrado o Test de Fisher, U de Mann Whitney y Correlación de Spearman.

Resultados: Los cuidados más omitidos fueron la deambulaci3n (100%) y el cuidado bucal (91,7%), mientras que las evaluaciones clínicas y control glicémico presentaron baja omisi3n (0%). Las principales causas fueron la sobrecarga asistencial (91,7%), personal insuficiente (87,5%) y fallos en la comunicaci3n (87,5%). El 70,8% percibi3 que los eventos adversos casi nunca comprometían la seguridad del paciente y no se encontr3 asociaci3n estadísticamente significativa con la omisi3n de cuidados ($p=0,595$).

Conclusiones: Los profesionales de enfermería perciben una omisi3n moderada de cuidados en urgencias, centrada en necesidades básicas y emocionales, atribuida a la sobrecarga asistencial, situaciones de emergencia y fallos de comunicaci3n. Aunque no se observ3 una relaci3n clara entre omisi3n y eventos adversos, los profesionales refieren priorizar la seguridad del paciente. Mejorar la gesti3n de la demanda y la comunicaci3n podría reducir omisiones y fortalecer la calidad del cuidado.

Palabras clave: Cuidados omitidos de enfermería; Seguridad del paciente; Eventos adversos; Urgencias

Abstract

Introduction: Quality care is at the heart of nursing and is essential to ensuring patient safety. However, missed nursing care—whether partial or complete failure to provide necessary services—is an area of growing concern, particularly in high-stress settings like emergency departments.

Objective: This study aimed to explore the perspectives of nursing staff on missed care for patients visiting the emergency department at Hospital Clínic de Barcelona (HCB).

Methodology: A quantitative, descriptive, cross-sectional study was conducted in the emergency department of Hospital Clínic de Barcelona in May 2025. The MISSCARE instrument, validated in Spanish as OMICE, was used to identify instances of missed care (MNC). Additionally, the EAAPE scale was employed to assess adverse events associated with nursing practice from the perspective of nursing staff. Data analysis included descriptive statistics, Chi-square tests, Fisher's exact test, the Mann-Whitney U test, and Spearman's correlation to examine associations between variables.

Results: The most frequently missed aspects of care were ambulation (100%) and oral hygiene (91.7%), while clinical assessments and glycemic control were never missed (0%). The main reported causes were workload (91.7%), insufficient staff (87.5%), and communication breakdowns (87.5%). Significant associations were found between missed nursing care and experience, shift, and workload. Although 70.8% of respondents believed that adverse events rarely compromised patient safety, no significant association was found between these events and missed nursing care ($p=0.595$).

Conclusions: Nursing staff perceive a moderate level of missed care in emergency department, mainly involving basic and emotional needs, attributed to workload, emergency situations, and communication failures. Although no clear association was found between missed care and adverse events, professionals report prioritizing patient safety. Enhancing demand management and communication could help reduce omissions and improve the quality of care.

Key words: Missed nursing care; Patient safety; Adverse event; Emergency department

1. Introducció i justificació

El cuidar en la enfermeria es considerado la esencia de la disciplina. La enfermeria se describe como una profesio autónoma e independiente, que requiere de individuos capaces de ayudar tanto a personas enfermas como sanas en la realizaci3n de actividades que promuevan la salud, la recuperaci3n o una muerte tranquila. Se enfoca especialmente en satisfacer las necesidades del individuo de una manera interactiva, creativa y humana (1,2).

Millián et al. definen el cuidado enfermero como "la atenci3n profesional que da la enfermera en prestaciones de servicio para la salud, donde se establece una relaci3n de ayuda con la persona dependiente de cuidados y cuyo objetivo se centra en desarrollar la capacidad de autocuidado de la persona y su entorno, con la potenciaci3n de los recursos naturales respecto a los conocimientos, la motivaci3n y la capacidad de autocuidado" (3).

Los cuidados de calidad son fundamentales en la atenci3n de enfermeria, siendo cruciales tanto para el bienestar como para la recuperaci3n del paciente. Adem3s, se reflejan en la satisfacci3n de los pacientes y contribuyen a un sistema de salud de excelencia(4,5).

La seguridad del paciente es uno de los principales indicadores de la calidad asistencial y una prioridad a nivel global en la actualidad(6). La Organizaci3n mundial de la salud (OMS) la define como "la reducci3n del riesgo de daño asociado a la asistencia sanitaria a un nivel m3nimo aceptable"(7). Asimismo, señaala que los daños ocasionados por la atenci3n sanitaria se encuentran entre las principales causas de morbimortalidad (6,8).

Los profesionales de enfermeria juegan un papel crucial en la seguridad del paciente, ya que est3n estrechamente involucrados en los procesos hospitalarios y mantienen un contacto directo con los pacientes, lo que los convierte en responsables de la calidad de la atenci3n que brindan (5).

La atenci3n de enfermeria omitida se define como cualquier aspecto del cuidado necesario para el paciente que es omitido o retrasado, ya sea en parte o en su totalidad (9). Es cada vez m3s reconocido que la atenci3n de enfermeria omitida es una realidad

que sucede en entornos clínicos, especialmente en aquellos con altas cargas de trabajo, escasez de recursos o tiempo (10,11). Y se considera una amenaza emergente para la seguridad del paciente y la calidad de atención a nivel internacional, de hecho, distintos estudios relatan como la atención de enfermería omitida afecta a aspectos como errores en la medicación, caídas de pacientes, infecciones nosocomiales, úlceras por presión o readmisión de pacientes (10–13). Otros estudios muestran que los cuidados de enfermería omitidos conducen a malos resultados entre el personal de enfermería como baja satisfacción laboral, mayor intención de dejar el trabajo, estrés y agotamiento laboral y el aumento del absentismo (11,14,15).

Se estima que entre el 55% y el 98% de las enfermeras han omitido al menos una o más tareas de enfermería, siendo las actividades más frecuentemente omitidas: la prestación de apoyo emocional, la documentación de enfermería, el control de los signos vitales, los cuidados bucales, las evaluaciones físicas, la educación del paciente, la planificación al alta y la garantía de la puntualidad de la atención (12,13,16,17).

Varias investigaciones en todo el mundo han analizado los elementos que influyen en la aparición de cuidados omitidos. Los factores específicos relacionados con el personal de enfermería incluyen la edad, el género, los años de experiencia laboral, la carrera profesional, mayor carga de trabajo y lugar o unidad de trabajo. Y las razones que más se citan como causantes de estas omisiones son la dotación de personal, las interrupciones durante el trabajo de enfermería, falta de trabajo en equipo, brechas de comunicación entre turnos, las altas tasas de ingresos de pacientes, el aumento de la gravedad o el volumen de pacientes (11,14,17,18).

Sin embargo, es importante destacar que la mayoría de estas investigaciones se han centrado en unidades de hospitalización, quirúrgicas y de cuidados intensivos, dejando un vacío en la literatura sobre los cuidados omitidos en los servicios de urgencias. La escasez de estudios en este contexto es preocupante, dado que las urgencias representan un entorno dinámico y de alta presión donde unas acciones rápidas y precisas son cruciales para la supervivencia y el bienestar de los pacientes. Y donde, además, el personal de enfermería de estos servicios juega un papel esencial en la atención de pacientes en situaciones críticas, ya que deben ser capaces de detectar y evaluar rápidamente las necesidades de los pacientes, gestionar los recursos con

eficiencia y calidad y proporcionar una atención integral que incluya además la educación sanitaria y el apoyo emocional. Estos profesionales a menudo son los primeros en responder, desempeñando una labor fundamental en la toma de decisiones en coordinación con el resto del equipo asistencial, así como en la prevención de retrasos en el diagnóstico y tratamiento, la progresión de los síntomas y las complicaciones (19–22).

La pérdida de cuidados en estas unidades puede tener efectos graves en los pacientes, especialmente en aquellos que son más frágiles y vulnerables (23). Por esta razón, es esencial llevar a cabo más investigaciones en los servicios de urgencias para entender mejor las causas y consecuencias de los cuidados omitidos en este contexto y desarrollar estrategias efectivas para mejorar la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

Con esta investigación se pretende explorar cuales son los cuidados omitidos que más se omiten en los pacientes que acuden al servicio de urgencias, así como los factores que contribuyen a su omisión y los efectos en la seguridad del paciente asociados a los cuidados desde la perspectiva del personal de enfermería. Por consiguiente, la pregunta de investigación del presente estudio, siguiendo la metodología PICO, es: ¿Qué cuidados se omiten en los pacientes que acuden a urgencias del Hospital Clínic de Barcelona , porqué motivos y qué eventos adversos se presentan en este contexto según el personal de enfermería de urgencias?.

P: Pacientes que acuden a urgencias del Hospital Clínic de Barcelona

I: Evaluación de los cuidados omitidos desde la perspectiva del personal de enfermería

C: no requiere comparación

O: identificación de los cuidados omitidos y sus causas, así como los eventos adversos relacionados con los cuidados

Los beneficiarios directos del conocimiento obtenido con esta investigación serán los pacientes que acuden a urgencias del Hospital Clínic de Barcelona, quienes se beneficiarán de una mejora en la calidad de la atención de enfermería y una mayor seguridad durante su estancia en urgencias. Además, la enfermería de urgencias del centro obtendrá una comprensión más profunda de las causas de los cuidados omitidos

y estrategias para mejorar su práctica profesional, lo que contribuirá a reducir el estrés y la carga de trabajo. El Hospital Clínic de Barcelona también se beneficiará al mejorar la calidad de sus servicios de urgencias y la satisfacción tanto de los pacientes como del personal de sanitario.

Asimismo, indirectamente, la comunidad científica y académica se beneficiará de la contribución al conocimiento sobre los cuidados de enfermería omitidos y su impacto en la seguridad del paciente, sobre todo en el ámbito de las urgencias hospitalarias, proporcionando una base para futuras investigaciones y el desarrollo de nuevas estrategias de intervención.

2. Marco teórico

2.1. Marco conceptual

La atención de enfermería omitida (MNC, por sus siglas en inglés, Missed Nursing Care) se considera un error de omisión y se define como cualquier aspecto del cuidado necesario para el paciente que se retrasa o se omite total o parcialmente.

El fenómeno de la omisión de cuidados de enfermería fue identificado por primera vez por Beatrice Jean Kalisch , profesora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Michigan (EE. UU.), en 2006 tras un estudio cualitativo sobre la omisión de cuidados en el que se llevaron a cabo veinticinco grupos de discusión con enfermeras, auxiliares de enfermería y otro personal auxiliar en dos hospitales (9). Tras el análisis de los resultados obtenidos, identificaron nueve cuidados básicos de la atención enfermera que se omiten con frecuencia (deambulación, cambios posturales, alimentación, educación sanitaria al paciente y familia, planificación al alta, apoyo emocional, higiene, registros y control del balance hídrico), y siete factores causales que provocaban la omisión de dichos cuidados (escasez de personal, uso deficiente de recursos de personal, tiempo necesario para las intervenciones de enfermería, trabajo en equipo deficiente, delegación ineficaz, hábito y negación)(9).

El modelo de atención de enfermería omitida es una teoría explicativa de rango medio, que contiene unos antecedentes que facilitan o inhiben la práctica de enfermería e influyen en los procesos internos de cada enfermera que llevan a priorizar los cuidados de la atención enfermera, guiando en qué cuidados se omiten, completan o retrasan, impactando directamente en los resultados del paciente y del profesional (9,14,24) (Figura 1).

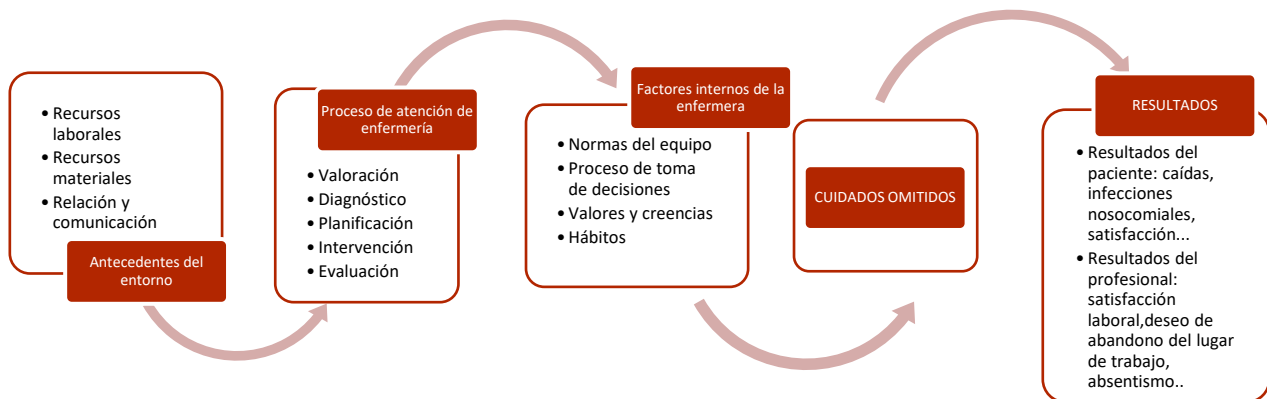


Figura 1 Modelo de atención omitida. Elaboración propia basada en: BJ Kalisch et al (2009) y BJ Kalish et al. (2014)

La motivación de Kalisch para seguir investigando acerca de este fenómeno, es el no reconocimiento de la omisión de cuidados por parte de la literatura científica y la escasa preocupación de los sistemas sanitarios por el error de omisión al estar centrados en estrategias para prevenir los errores de comisión (24). Por otra parte, aunque el personal de enfermería es consciente de su existencia y pueden identificarlo fácilmente, se trata de un fenómeno que no reconoce abiertamente (9).

La omisión de cuidados es un hecho universal que puede darse en distintas situaciones clínicas pudiendo afectar a la seguridad del paciente. La seguridad del paciente es un principio básico que los profesionales de la salud deben respetar para garantizar una atención sanitaria segura y de alta calidad. Esta, por lo tanto, implica satisfacer las necesidades y cumplir con las expectativas de los pacientes y su entorno, siempre bajo la premisa de no causar daño. Para lograrlo, es fundamental que la práctica enfermera sea basada en la evidencia, intencionada y planificada, de modo que proteja y apoye a los pacientes, garantizando una atención segura, efectiva y centrada en ellos, más allá de los aspectos técnicos y clínicos de la profesión (4,25,26).

Dentro de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente, se incluyen los eventos adversos o incidentes con daño (27). Un evento adverso (EA) es un “daño no intencional causado al paciente como resultado clínico no esperado de la asistencia sanitaria y que puede o no estar asociado a un error clínico”, sus consecuencias pueden ser físicas, psicológicas, sociales, económicas o incluso la muerte (28). Los EA pueden clasificarse de acuerdo con su gravedad: graves, moderados o leves, dependiendo de las consecuencias que generen. Además, estos pueden ser prevenibles, cuando resultan de un error cometido por el equipo de salud, o no prevenibles. Por otro lado, los errores que originan estos eventos pueden ser por acción o por omisión (27,29).

Los EA se dividen en diversas categorías, como: errores administrativos, errores en la documentación del paciente, accidentes ocurridos durante su estancia/traslado, errores relacionados con procedimientos clínicos o tratamientos, eventos adversos relacionados con los cuidados, errores relacionados con las medicaciones, incidentes por deficiencias, incidentes en relación con el comportamiento o errores en relación con los recursos o gestión de la organización(27).

En la mayoría de los casos, los profesionales de enfermería desempeñan un papel clave en las acciones relacionadas con los distintos tipos de EA mencionados, pero son responsables exclusivos de los eventos adversos vinculados con los cuidados propios de su disciplina (28).

En España, se han realizado distintos estudios para conocer la magnitud y el riesgo derivado de la asistencia sanitaria. Un ejemplo de ellos es el Estudio Nacional de Eventos Adversos relacionados con la Hospitalización (ENEAS), realizado en el 2005 en 24 hospitales, que muestra una incidencia de eventos adversos del 9,3% de los cuales el 50% eran prevenibles y el 9,6% de ellos ocurrieron en el servicio de urgencias (30). Los eventos adversos más comunes en urgencias incluyen errores de medicación, infecciones nosocomiales, caídas de pacientes, y complicaciones relacionadas con procedimientos invasivos, de los que un 3,7% estaban relacionados con la supervisión y los cuidados (ulceras por presión, contusiones, quemaduras, erosiones, edema agudo de pulmón e insuficiencia respiratoria u otras consecuencias de la inmovilización prolongada) (28).

Por otro lado, el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social como parte de la Estrategia de Seguridad del Paciente para el Sistema Nacional de Salud ha implementado un sistema de notificación y registro de incidentes y eventos (SiNASP)(31). Según refleja su último informe, un 13,7% de los incidentes notificados ocurrieron en el servicio de urgencias, un porcentaje inferior al de las unidades de hospitalización (42,8%). Sin embargo, los incidentes registrados en urgencias presentan un perfil de riesgo mayor para el paciente en comparación con otras áreas (32). En cuanto al tipo de incidentes más comunes notificados en urgencias, destacan los relacionados con la gestión organizativa y los recursos (23,4%), la identificación de los pacientes (15%) y la medicación (14,4%), siendo menor el porcentaje de eventos adversos atribuibles a la falta de supervisión o cuidados.

2.2. Antecedentes

Tras el primer estudio que llevó a cabo B.J. Kalisch, en 2006, y el desarrollo de la Encuesta MISSCARE (por Kalisch y Williams en 2009(33)) como método de medición cuantitativo de la atención de enfermería omitida y sus causas, la problemática de los cuidados omitidos ha sido objeto de interés y se han elaborado múltiples estudios en distintos contextos y países.

Se han realizado estudios para examinar el alcance y el tipo de la atención de enfermería omitida, así como las razones por las que se omitían, los más destacados fueron los de B.J. Kalisch en hospitales de EE. UU. con enfermeras y auxiliares de enfermería. Cuyos resultados revelaron que la atención omitida era significativa y los elementos más omitidos fueron: la deambulaci3n, la valoraci3n de la eficacia de los tratamientos, los cambios posturales, el cuidado bucal, la educaci3n al paciente y en menor medida la asistencia a conferencias de atenci3n. Las razones a las que se les atribuía esta omisi3n fueron mayoritariamente: los recursos laborales, los recursos materiales y la comunicaci3n. Por otro lado, estos estudios permitieron identificar varios factores predictivos de la atenci3n omitida, como la categoría profesional, el turno de trabajo, los años de experiencias y el absentismo(14,24).

Otra de las líneas de investigaci3n liderada por Kalisch se centr3 en explorar la relaci3n entre los hospitales Magnet, aquellos reconocidos por el *American Nurses Credentialing*

Center por su excelencia en la atención de enfermería y la creación de un entorno laboral propicio para la práctica enfermera (34), y la omisión de cuidados, en comparación con hospitales no Magnet. Las conclusiones de este estudio indicaron que el personal de los hospitales Magnet reportaron una menor omisión de cuidados, así como, menos problemas de comunicación y de dotación de personal, sugiriendo que la cultura organizacional y otras prácticas dentro de estos hospitales son factores clave para explicar las diferencias en la calidad de la atención (35).

Kalisch también estudió las relaciones entre los cuidados omitidos y los resultados en pacientes y en personal de enfermería. Sus estudios concluyeron que la MNC tiene un impacto negativo tanto en la satisfacción laboral del personal como en los resultados de salud del paciente. La falta de personal adecuado, además de influir en la omisión de cuidados está asociada con una mayor rotación del personal, mayor intención de abandonar el trabajo y peores resultados para los pacientes incidiendo en la seguridad del paciente, concretamente en un mayor riesgo de caídas(24). En referencia al impacto de los cuidados omitidos en los resultados del paciente, Kalisch también buscó asociaciones entre estos y las dotaciones de personal de enfermería con diversas investigaciones. En dichas investigaciones analizaron cómo factores como las horas de atención al paciente por día, la experiencia del personal de enfermería, el absentismo y la percepción de suficiente dotación de personal afectan a la calidad de cuidados proporcionada (24). En resumen, estos estudios concluyen que un nivel adecuado de personal de enfermería es esencial para garantizar que se brinde la atención necesaria a los pacientes y que no se pierdan cuidados.

Además de los estudios mencionados, Kalisch exploró otras áreas relacionadas con la calidad del cuidado de enfermería y el bienestar de personal de enfermería y pacientes como son: el impacto del trabajo en equipo y la comunicación en la atención de enfermería, las diferencias de cuidados omitidos en función de la categoría o de las características del personal de enfermería, la percepción de los pacientes sobre los cuidados que no se realizan, las diferencias en MNC entre distintos países así como intervenciones para reducir los cuidados perdidos y mejorar el trabajo en equipo (9,36–38).

2.3. Situación actual

La investigación sobre MNC ha tomado relevancia en los últimos años debido a su impacto directo en la seguridad del paciente y la calidad de atención. Los estudios más recientes siguen con las líneas de investigación ya iniciadas por BJ Kalisch: factores que contribuyen a los cuidados omitidos, el impacto de los cuidados omitidos en la seguridad del paciente, intervenciones para reducir la atención de enfermería omitida, relaciones con la calidad asistencial, ... y se han introducido nuevos enfoques de investigación que exploran el uso de tecnologías avanzadas para mejorar el bienestar de los profesionales de enfermería, así como la cultura organizacional que permitan una mejora de la atención y los resultados clínicos de los pacientes.

Como ya se ha comentado, en la literatura científica de los últimos años ha habido un aumento de las publicaciones referentes a la atención de enfermería omitida, existiendo diversas revisiones acerca de este tema que reúnen los hallazgos de las publicaciones sobre la falta de atención de enfermería y muestran la gran variedad de cuidados omitidos existentes dada la variedad de países, contextos hospitalarios, herramientas de medición y otras cuestiones situacionales que podrían influir en la atención omitida (14–16,22,23,39,40).

Según la revisión de Chaboyer, la omisión de cuidados de enfermería es un fenómeno universal y los MNC más frecuentes hacen referencia a las categorías de atención: comunicación e información, autonomía y educación (incluyendo la planificación de los cuidados y del alta, así como la toma de decisiones), los cuidados físicos básicos, la atención emocional y psicológica (incluyendo el apoyo espiritual)(16). Kalánková generaliza y afirma que las actividades de enfermería más omitidas son aquellas que son competencia enfermera iniciarlas en función de sus conocimientos y habilidades, las actividades independientes (39).

En cuanto a los factores causales de los MNC se han encontrado asociaciones con los recursos laborales, las habilidades, los recursos materiales, el estado agudo del paciente, el trabajo en equipo y la comunicación dentro del equipo (14–16). De todos estos factores los referentes a la dotación personal de enfermería han sido los más investigados y los que mayor evidencia han acumulado (15). Papathanasiou describe en

su revisión algunos estudios basados en autoinformes del personal de enfermería que revelan una correlación significativa entre la dotación enfermera y los niveles de cuidados omitidos, estando las horas de cuidados dedicadas al paciente inversamente asociadas a la aparición de cuidados omitidos(14). Los factores causales relacionados con los recursos de personal no solo hacen referencia al número de profesionales sino también a la distribución inadecuada en base al aumento imprevisto del volumen de pacientes o de su gravedad(14). Por otro lado, esta misma revisión recoge estudios basados en la visión del paciente, que identifican como factores relacionados con los cuidados perdidos percibidos aspectos relativos a la escasez de personal, experiencia insuficiente del personal, trabajo en equipo inadecuado, falta de comunicación entre el personal durante los cambios de turnos y la conducta de los miembros del equipo asistencial (14,41).

La priorización de la atención de enfermería es un proceso multifactorial complejo, en el que influyen diversos factores que debaten para conseguir abordar las necesidades de los pacientes de forma integral y holística considerando las características del paciente (patologías, gravedad, sintomatología, edad, beneficios potenciales del tratamiento), los recursos disponibles, la estructura de la organización y la propia formación académica (14,15). En este aspecto, Kalisch considera que el tiempo requerido para completar una tarea de atención y el efecto inmediato que podría tener en los pacientes retrasar u omitir dicha tarea son los factores más probables que influyen en la priorización y finalización de MNC (12).

Las revisiones de Papathanasiou, Chaboyer y Kalánková relatan también cómo afectan los cuidados omitidos en los resultados de los pacientes: una menor satisfacción del paciente, una pérdida de calidad asistencial, el aumento de los eventos adversos de seguridad del paciente (errores en la administración de medicación, aumento de las infecciones nosocomiales, úlceras por presión...), una mayor estancia hospitalaria y de los reingresos hospitalarios (14,16,39). Otro ejemplo de ello es la revisión realizada por Recio-Saucedo, en la que también muestra estudios que informan de asociaciones entre MNC y los siguientes resultados de pacientes: errores de medicación, infecciones del tracto urinario, caídas, úlceras por presión, calidad de la atención y reingresos. Aunque considera que estas asociaciones muestran una evidencia moderada debido a que estas

han sido generadas a través de datos informados por parte de pacientes y profesionales de enfermería. Otra de las asociaciones encontradas es la referente a la relación entre cuidados omitidos y mortalidad, que Recio-Saucedo denomina incierta ya que los estudios no aportan pruebas suficientes para respaldar esta asociación(12).

Por otra parte, se han descrito también efectos en los profesionales de enfermería : una menor satisfacción laboral, conflicto de roles, sensación de carga ética, ansiedad e insatisfacción por no poder ejercer su profesión de acuerdo con sus valores profesionales y personales y a la prestación de cuidados de menor calidad(42). Todo ello, se acaba traduciendo en una mayor rotación laboral y mayores tasas de absentismo (14).

Las revisiones descritas anteriormente recogen mayoritariamente estudios del sector hospitalario de agudos, de unidades médico-quirúrgicas y de unidades de cuidados intensivos, pero no incluían los servicios de urgencias (12–16,23,39) .

Los servicios de urgencias se diferencian de estas unidades por una alta demanda impredecible, los recursos limitados, un ambiente de trabajo caótico... aspectos que pueden aumentar las probabilidades de que se omitan intervenciones clave en el proceso de atención de enfermería. Coincidiendo con la motivación de esta investigación, en busca de la evidencia actual acerca de los cuidados omitidos en las unidades de urgencias hospitalarias se han realizado diversidad de investigaciones de las que destaco la reciente revisión de alcance de Duhalde (22).

Duhalde identifica los MNC más prevalentes en los servicios de urgencias en base a los estudios consultados (estudios cualitativos, cuantitativos y mixtos basados en datos aportados por pacientes y/o personal de enfermería), siendo estos:

- Proporcionar nutrición a los pacientes: alimentación e hidratación
- Facilitar la participación del paciente: información y comunicación
- Ayudar/proporcionar higiene personal: destaca los cuidados relacionados con la continencia y el cuidado bucal
- Mostrar compromiso con los pacientes: apoyo emocional, interés, relación, compasión...

- Valoración del paciente: seguimiento del triaje, valoración y seguimiento del dolor, identificación del paciente, evaluación de riesgos del paciente, evaluación y seguimiento de signos vitales.
- Manejo de medicamentos: administración en general, analgesia (administración y reevaluación de efectividad, en pacientes con EVA 7-10), tratamiento antibiótico administrado dentro de la primera hora.
- Registros: registro del dolor, registro de alergias, registro de accesos venosos
- Facilitar la privacidad del paciente
- Proporcionar cuidados al final de la vida
- Proporcionar atención básica

La revisión de Duhalde destaca las evaluaciones de enfermería omitidas o retrasadas, las relacionadas con los signos vitales, el control del dolor o el triaje, además de los cuidados omitidos relacionados con la atención básica del paciente. También señala que la prevalencia de MNC en los servicios de urgencias es mayor en comparación con las salas de hospitalización.

Por otro lado, la mayoría de los estudios incluidos en esta revisión identifican como causas de MNC la falta de personal, desequilibrio entre personal y pacientes, el hacinamiento y la falta de espacio(22). Estas circunstancias se reflejan en situaciones en las que se priorizan determinadas actividades a expensas de los cuidados esenciales para otros pacientes, lo que puede llevar a omitir o retrasar su atención. Ejemplos de esto incluyen priorizar necesidades agudas de otros pacientes, la espera de ingresos de pacientes críticos, la gestión de tareas no directamente relacionadas con la atención al paciente (como documentación o administración), y la atención de pacientes con necesidades que requieren más tiempo, como aquellos con condiciones complejas, frágiles, agitados o críticos.

La mayoría de los estudios sobre cuidados omitidos en los servicios de urgencias refieren deficiencias en la seguridad del paciente y la calidad de la atención debido a MNC, siendo consecuencia de ellos: el deterioro clínico del paciente, la aparición de úlceras por presión, errores en la administración de medicación o en el triaje(19,20,22,43). Además, Duhalde señala que las enfermeras describían como una pérdida de calidad en la atención y seguridad la sensación de no poder ofrecer una atención digna que cumpla

con sus propios estándares de calidad y seguridad en los cuidados. Destaca también la existencia de evidencia que respalda que el desequilibrio entre el personal y el número de pacientes contribuye al aumento de la prevalencia de MNC, independientemente del contexto. En unidades de urgencias, este desajuste puede por ejemplo llevar a la omisión o retraso de evaluaciones y seguimientos de los pacientes, una tarea que recae en las enfermeras y que puede comprometer la seguridad del paciente.

Para evitar que las necesidades básicas de los pacientes en urgencias sean pasadas por alto y afecten su bienestar, es crucial que las enfermeras de estos servicios cuenten con los recursos y el apoyo adecuado de los gestores de enfermería. Un liderazgo que respalde y promueva la atención de enfermería puede mejorar las habilidades de las enfermeras para cumplir con sus responsabilidades en cuanto a las necesidades fundamentales de sus pacientes, previniendo de esta manera la aparición de los cuidados omitidos (22).

Pese al aumento de la evidencia en los últimos años, es difícil establecer evidencia que respalde las afirmaciones de que la MNC conduce directamente a un aumento de la mortalidad o de eventos adversos dado que la mayoría de los estudios son encuestas o escalas que informan sobre las observaciones subjetivas del personal de enfermería o pacientes. En este sentido, son varios los autores que tras realizar una revisión sistemática de la evidencia disponible hasta el momento, destacan la importancia de la necesidad de nuevas investigaciones con otro diseño, investigaciones experimentales y de tipo longitudinal no basados únicamente en las percepciones del personal de enfermería o de los pacientes (12,23), permitiendo así aclarar si las relaciones encontradas entre cuidados omitidos y eventos adversos son relación causa-efecto (15,16,39) y evaluar la efectividad de intervenciones.

3. Revisión bibliográfica

Para abordar la pregunta de investigación "¿Qué cuidados se omiten en los pacientes que acuden a urgencias del Hospital Clínic de Barcelona , por qué motivos y qué eventos adversos se presentan en este contexto según el personal de enfermería de urgencias?, se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva utilizando la estrategia PICO (Paciente, Intervención, Comparación, Resultado).

La búsqueda se ejecutó en las principales bases de datos de ciencias de la salud: Pubmed, Scopus, CINAHL, Cuiden y Dialnet, a través de descriptores en ciencias de la salud MeSH (Medical Subject Headings) de Medline y otros relacionados. Los descriptores utilizados fueron Emergency Nursing*, Emergency Service, Hospital*; Patient Safety y Quality of Health Care*, además de otros descriptores como “Missed care” y “Adverse events”. Dichos descriptores se combinaron mediante el operador booleano AND y OR en distinta forma en las citadas bases de datos.

Los criterios de selección de la búsqueda incluyeron estudios publicados en los últimos cinco años, en inglés y español, que abordan la omisión de cuidados en servicios de urgencias y su impacto en la seguridad del paciente.

En la siguiente tabla se pueden visualizar las estrategias de búsqueda empleadas en cada base de datos, el número de artículos identificados y el número de artículos seleccionados después de aplicar los criterios de inclusión y exclusión:

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Términos de búsqueda	Artículos identificados	Artículos seleccionados
CINHAL	Avanzada (2019-2024); (English & Spanish), (Full Text)	“Emergency service, hospital” OR Emergency department” AND "Patient Safety"	226	0
		“Emergency service, hospital” OR Emergency department” AND "Patient Safety" AND “quality of health care”	19	0
		“Missed care or omitted care or nursing care left undone” AND “Emergency service, hospital”	47	3
PUBMED	Avanzada (5 years); (English & Spanish), (Clinical trial, meta-analysis, Randomized Controlled Trial, Review, Systematic Review), (Free Full Text)	"Emergency service, hospital" AND "Patient Safety"	41	1
		((Emergency service, hospital) AND (patient safety)) AND (quality of health care)	106	2
		(missed care) OR (omitted care) OR (nursing care left undone) AND (emergency service, hospital)	40	2
DIALNET	Avanzada (2019-2024)	“Missed care” AND “emergency”	1	1
		“Emergency service, hospital” AND “Patient Safety”	25	2
SCOPUS	Avanzada	"Patient Safety" and "Quality of health care"	246	4

	(2019-2025); Nursing, (English & Spanish), (Article &Reviews)	"Emergency service, hospital" AND "Patient Safety" AND "Quality of health care"	71	2
		"Missed care" OR "Omitted care" OR "Nursing care left undone"	48	0
		"Missed care" OR "Omitted care" OR "Nursing care left undone" AND "Emergency service, hospital"	15	2
CUIDEN	Avanzada (2019-2024)	"Missed care" AND "emergency"	2	0

Tabla 2. Estrategia de búsqueda. Elaboración propia

A continuación, se presenta una tabla con los artículos más relevantes seleccionados en la búsqueda bibliográfica, destacando los estudios que aportan información clave sobre los cuidados de enfermería omitidos en los servicios de urgencias y/o su impacto en la seguridad del paciente:

Artículo seleccionado/ Revista/ Año de publicación	Autores	Participantes	Objeto de estudio (instrumento utilizado)	Objetivos	Conclusiones
Missed nursing care in pediatric emergency departments in Turkey: A cross-sectional study. <i>Applied Nursing Research</i> . (2023)	Arikan A Esenay F	155	Cuidados omitidos tipos y causas (MISSCARE)	Determinar los tipos y las razones de los casos de omisión de atención de enfermería en los servicios de urgencias pediátricas de Turquía.	Los cuidados de ostomías y la educación al alta hospitalaria fueron las prácticas asistenciales que se omitieron con más frecuencia. El volumen de pacientes, las situaciones de urgencia, un número inadecuado de enfermeras, demasiadas enfermeras sin experiencia en el servicio y la asignación de trabajo fuera del ámbito de trabajo son las principales razones de la omisión de atención.
Association between nurses' breaks, missed nursing care and patient safety in Korean hospitals. <i>Journal of Nursing Management</i> (2020)	Min A, Yoon Y, Hong H, Kim Y	399	Eventos adversos y seguridad del paciente (autoinformado) Descansos Cuidados omitidos tipos y causas (MISSCARE)	Examinar la relación entre los descansos y la seguridad del paciente en los hospitales coreanos y determinar el efecto mediador de la atención de enfermería omitida en esta relación.	La duración del descanso tiene un efecto indirecto sobre la seguridad del paciente, los errores de medicación y las caídas con lesiones debido a la omisión de la atención de enfermería.
The association of nurse caring behaviours on missed nursing care, adverse patient events and perceived	Labrague L, De los Santos J, Tsaras K, Galabay J, Falguera C, Rosales R,	549	Comportamientos del cuidado Cuidados omitidos Eventos adversos Calidad de los cuidados de enfermería	Evaluar el papel del cuidado de enfermería en la predicción de la atención de enfermería omitida, los eventos adversos de los	Los cuidados omitidos más frecuentes fueron: el apoyo emocional y las relaciones con los pacientes y los cambios posturales. Los eventos adversos más notificados fueron las quejas

quality of care: A cross-sectional study. <i>Journal of nursing management</i> (2020)	Firmo C			pacientes y la calidad de atención de enfermería.	de los pacientes y sus familiares y el abuso verbal de estos. El cuidado de enfermería predijo firmemente la calidad de la atención, la atención de enfermería omitida y los eventos adversos para los pacientes
Missed nursing care in emergency departments: a cross-sectional descriptive study. <i>BMC Emergency Medicine</i> (2024)	Rooddehghan Z, Karimi H, Mohammadnejad E, Sayadi L, Haghani S, Karimi R.	146	Cuidados omitidos (autoinformado y observación directa. Cuestionario propio)	Determinar la frecuencia y los tipos de atención de enfermería omitida en los servicios de emergencia de hospitales de Teherán	El nivel de cuidados omitidos en los departamentos de emergencia es elevado. El cuidado omitido más frecuente es el área de comunicación con pacientes y el menos el área de control de equipos y carros de urgencias.
Missed nursing care in emergency departments: A scoping review. <i>International Emergency Nursing</i> (2023)	Duhalde H Biuresäter K Karlsson I Bååth C		Cuidados omitidos en los servicios de urgencias.	Revisión de la literatura existente sobre los cuidados de enfermería omitidos en los servicios de urgencias.	Esta revisión identifica que los cuidados omitidos en los servicios de urgencias son frecuentes y la causa principal de ellos son la sobrecarga de pacientes, la falta de personal y la inadecuada dimensión de los servicios en relación con la carga de trabajo. Además, destaca que el personal de enfermería percibe que los cuidados omitidos son indignos e inseguros para el paciente.
A New Perspective on Missed Nursing Care in the Emergency	Amritzer MA, Göransson KE, Berg LM, Nymark C	126	Cuidados omitidos (Encuesta MISSCARE) Calidad de la atención Seguridad del paciente	Describir los cuidados omitidos, la calidad de la atención y la seguridad del paciente evaluadas por el	Este estudio concluye que los cuidados omitidos en los servicios de urgencias son frecuentes y que pese a que el personal de

<p>Department: A Descriptive Cross- Sectional Study. <i>Journal of Emergency Nursing</i> (2024)</p>				<p>personal de enfermería de dos servicios de urgencias suecos.</p>	<p>enfermería considera que la calidad de la atención es buena la existencia de cuidados omitidos supone una seguridad del paciente deficiente. El estudio destaca además la mayor declaración de cuidados omitidos por parte de las enfermeras que por los auxiliares de enfermería y lo atribuye a su mayor responsabilidad y carga de trabajo. Resalta también la necesidad de priorizar de forma correcta para asegurar la calidad y la seguridad del paciente que visita urgencias.</p>
<p>Spanish Version of the Scale "Eventos Adversos Asociados à Prácticas de Enfermagem" (EAAPE): Validation in Nursing Students. <i>Nursing Reports</i> (2022)</p>	<p>Martínez-Sabater A, Saus-Ortega C, Masiá-Navalon M, Chover-Sierra E, Ballestar-Tarín ML.</p>	<p>337</p>	<p>Eventos adversos asociados a la práctica enfermera (EAAPE)</p>	<p>Validación de la versión en español de la escala EAAPE con estudiantes de enfermería.</p>	<p>La versión española de la escala EAAPE validada en este estudio se considera válida y confiable para medir la percepción de eventos adversos asociados a la práctica de enfermería y la presencia de medidas de prevención.</p>
<p>Missed Nursing Care; Prioritizing the Patient's Needs: An Umbrella Review</p>	<p>Papathanasiou I, Tzenetidis V, Tsaras K, Zyga S, Malliarou M.</p>		<p>Cuidados omitidos Priorización de cuidados</p>	<p>Revisión de la literatura centrada en los cuidados omitidos de enfermería y en la priorización de los cuidados</p>	<p>Esta revisión expone como principales causas de la existencia de cuidados omitidos: escasez de personal, problemas organizativos y clima laboral. Destaca que la priorización de los cuidados</p>

					depende de las necesidades de atención aguda, el nivel educativo de los profesionales y la experiencia.
Validación del instrumento MISSCARE al español (España) como herramienta de monitorización de la calidad y la seguridad de los cuidados en pacientes hospitalizados. Tesis doctoral. Universidad de La Laguna (España) (2017)	Luque, Oscar Rey.		Cuidados omitidos (MISSCARE)	Validar el uso del instrumento MISSCARE Survey al contexto español.	Tesis doctoral realizada en España sobre cuidados omitidos para validar el uso de la escala MISSCARE en español como instrumento para cuantificar y determinar la presencia de cuidados omitidos en hospitales españoles.

Tabla 3. Artículos relevantes. Elaboración propia

4. Objetivos e hipótesis

4.1. Objetivos

4.1.1. Objetivo general

Conocer la perspectiva del personal de enfermería acerca de los cuidados omitidos en los pacientes que acuden al área de urgencias del Hospital Clínic de Barcelona (HCB).

4.1.2. Objetivos específicos

- Identificar los cuidados omitidos que se omiten con mayor frecuencia en los pacientes que visitan urgencias.
- Analizar las principales causas percibidas por las que se omiten determinados cuidados.
- Determinar si existen correlaciones entre variables sociodemográficas y percepción de cuidados omitidos.
- Explorar si existen asociaciones entre una percepción elevada de cuidados omitidos y de eventos adversos asociados a la práctica de enfermería.

4.2. Hipótesis

La presente investigación se plantea como hipótesis: “La omisión de cuidados en el servicio de urgencias del Hospital Clínic de Barcelona según el personal de enfermería, se debe principalmente a la sobrecarga asistencial y a la falta de recursos, y en este contexto, se presentan con mayor frecuencia eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente”.

5. Metodología

5.1. Diseño

Para dar respuesta a los objetivos planteados, la presente investigación se ha diseñado como un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo u observacional y de corte transversal. Es un estudio unicéntrico llevado a cabo en los servicios de urgencias del Hospital Clínic de Barcelona, hospital de tercer nivel situado en la provincia de Barcelona (España), durante el mes de mayo de 2025.

5.2. Ámbito de estudio

El ámbito de estudio abarca el área de urgencias del Hospital Clínic de Barcelona, específicamente las urgencias de la Sede Villarroel y la Sede Plató. El HCB es un hospital urbano y universitario de tercer nivel, centro comunitario de referencia para su zona de influencia, Barcelona Esquerra y Sarrià-Sant Gervasi, con una población de 690.000 habitantes y que cuenta con 763 camas.

Durante el año 2024, el área de urgencias del Hospital Clínic de Barcelona atendió un total de 131.760 urgencias (113.537 urgencias en la sede Villarroel y 18.166 urgencias en la sede Plató). Las urgencias atendidas en las citadas sedes comprenden la mayoría de las especialidades médicas a excepción de obstetricia, ginecología, pediatría y oftalmología que se gestionan en otras instalaciones de la institución.

La sede principal, Villarroel, concentra la mayoría de las especialidades médicas y quirúrgicas, mientras que la sede Plató se encarga principalmente de urgencias médicas y traumatológicas leves, derivando a la sede principal cuando se requiere una valoración adicional. Un ejemplo de ello se ve representado en la atención de urgencias realizada durante el 2024 en el Hospital Clínic de Barcelona, ilustrada en la siguiente figura:

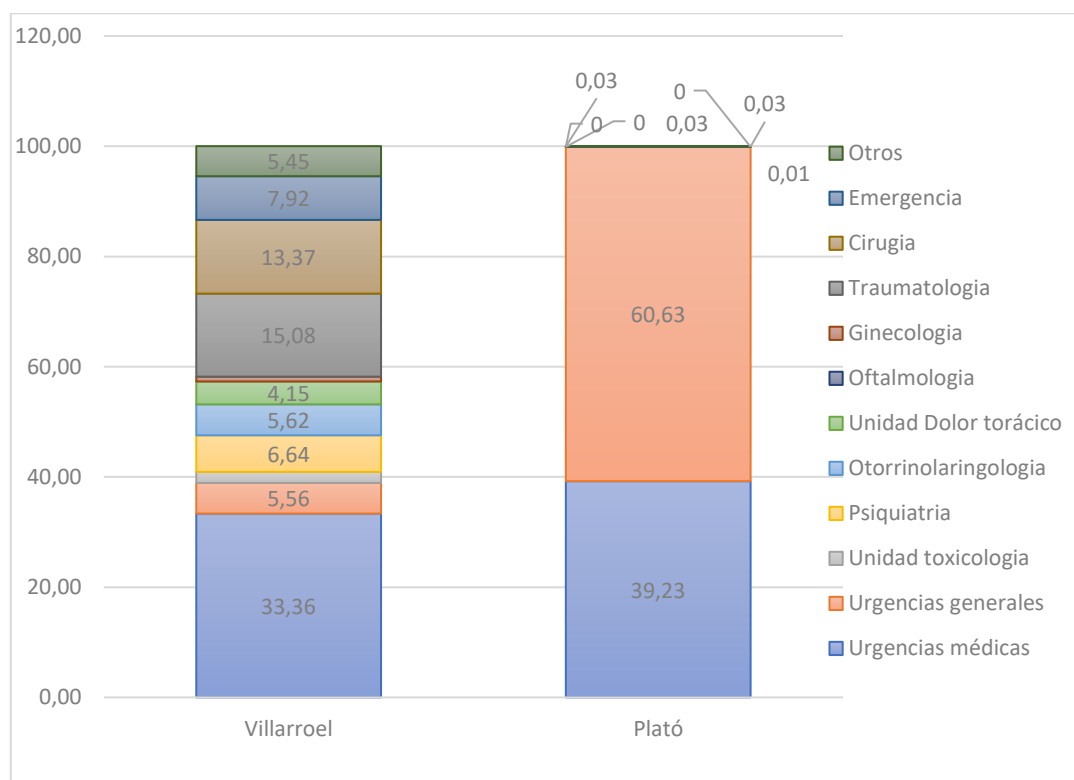


Figura 2 Distribución de las urgencias del HCB en el 2024 según especialidad (en porcentajes). Elaboración propia.

El triaje en ambas sedes sigue el sistema andorrano de triaje MAT que clasifica las urgencias en cinco niveles, desde el nivel I (urgencias críticas o vitales) hasta el nivel V (atención no urgente). Basándose en este sistema, en el año 2024 las urgencias atendidas en ambas sedes del Hospital Clínic de Barcelona se distribuyeron de la forma descrita en el siguiente gráfico:

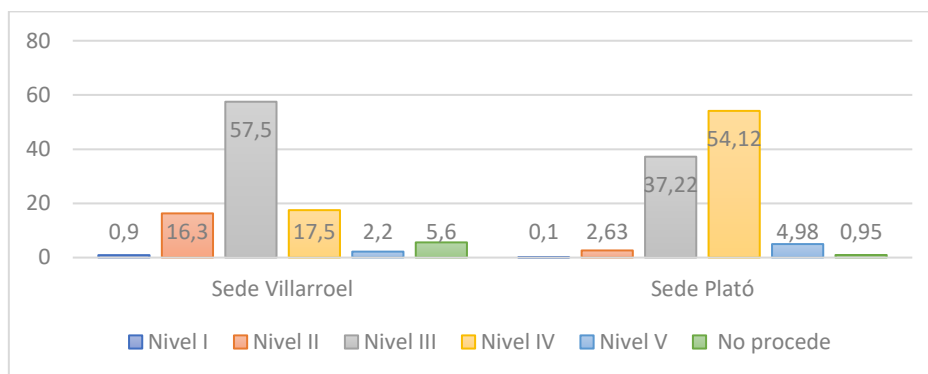


Figura 3 Distribución de las urgencias del HCB en el 2024 según nivel de triaje (en porcentajes). Elaboración propia.

A continuación, se presentan la distribución por género y edad de las urgencias atendidas durante el pasado 2024 en el Hospital Clínic de Barcelona (Figuras 4 y 5). A destacar que en la sede Plató se atienden más pacientes ancianos (65-80 años) y muy ancianos (>80 años) en comparación con la sede principal.



Figura 4 Distribución de las urgencias del HCB en el 2024 según franjas de edad (en porcentajes). Elaboración propia.

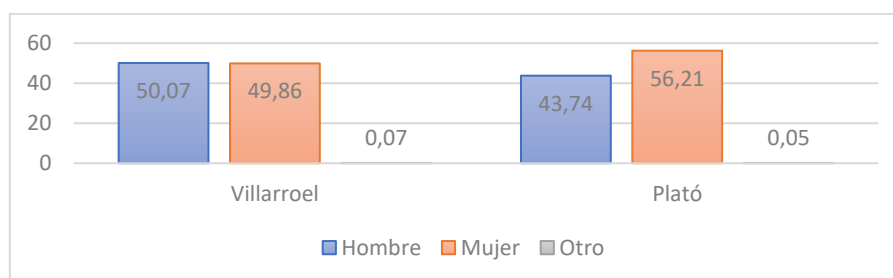


Figura 5 Distribución de las urgencias del HCB en el 2024 según género (en porcentajes). Elaboración propia.

5.3. Población y Muestra

Población de estudio

En el estudio ha participado todo el personal de enfermería , Diplomados o Graduados universitarios en enfermería (DUE o GRUE) y Técnicos cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), que realizan su labor asistencial en los servicios de urgencias del ámbito de estudio y que cumplieron los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

- Ser enfermero/a o TCAE del Hospital Clínic de Barcelona (sedes Plató o Villarroel)
- Desarrollar su labor asistencial en el servicio de urgencias
- Haber leído la hoja de información al participante
- Haber aceptado participar voluntariamente en el estudio a través de la cumplimentación del cuestionario y el consentimiento informado

Criterios de exclusión

- Barrera idiomática
- Dificultad de acceso a la realización del cuestionario online

Criterios de retirada

- No realizar totalmente el cuestionario
- Los participantes que decidan darse de baja del estudio voluntariamente

Tamaño de la muestra y técnica de muestreo

Tras la solicitud a coordinación de enfermería del servicio de urgencias de las nombradas sedes del Hospital Clínic de Barcelona, se dispuso de datos referentes al censo total de la población diana: 220 graduados/diplomados en Enfermería y 65 TCAEs.

El cálculo del tamaño muestral se llevó a cabo utilizando la calculadora en línea de SurveyMonkey (44), con un nivel de confianza del 95% para asegurar una distribución lo más homogénea posible. Se asumió un margen de error del 5%, considerando que la población total (N) es de 285 y estimando un 25% de pérdidas, dado que las encuestas en línea suelen presentar tasas de no respuesta más altas (45,46). En consecuencia, el tamaño de la muestra necesario para el estudio será de 205 profesionales de enfermería.

El tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico.

5.4. Instrumentos de recogida de datos

Con el fin de evaluar las variables del estudio se realizó una recogida de datos utilizando los siguientes instrumentos:

- Encuesta sobre omisión de cuidados enfermeros OMICE (versión validada al español del instrumento MISSCARE Survey de B. J. Kalisch, 2009, por Oscar Rey Luque e IENFERCAN en 2017)(47), disponible en el Anexo VII.

El cuestionario OMICE está diseñado para evaluar la frecuencia y los factores que contribuyen a la omisión de cuidados por parte del personal de enfermería. Además, permite identificar las posibles causas de estas brechas en la atención al paciente. Está compuesto por dos partes, una de ellas nos permite recoger variables referidas a características sociodemográficas, de formación y laborales y la otra parte la componen dos secciones enfocadas en los cuidados omitidos:

✓ Sección A: 28 ítems donde se preguntan sobre los cuidados omitidos utilizándose para el intervalo de respuestas una escala de tipo Likert que va de 1 a 5, donde 1 es “siempre se omite” y 5 “nunca se omite”. En esta sección se agrupan ítems relacionados con 4 dimensiones: evaluación, intervenciones/necesidades individuales, intervenciones/cuidados básicos y planificación/educación.

✓ Sección B: 19 ítems que abarcan los motivos por los que se percibe la omisión del cuidado, utilizándose para el intervalo de respuestas una escala tipo Likert de 1 a 4, donde 1 hace referencia a “motivo muy importante” y 4 “no es un motivo para la percepción de la omisión del cuidado”. Esta sección recoge los ítems relacionados con las dimensiones: comunicación, recursos materiales y recursos humanos.

Este instrumento se considera internacionalmente válido y fiable, y permite la comparación con diferentes contextos, tanto en España como en otros países, en relación con la percepción que tienen los profesionales sobre la omisión del cuidado enfermero(47).

La consistencia interna del cuestionario OMICE tiene un α de Cronbach 0,95 para la sección A y de 0,92 para la sección B (47). El tiempo medio de respuesta para esta encuesta es de 12 minutos.

- Escala “Eventos adversos Asociados a prácticas de enfermería” validada al español por Martínez-Sabater et al. en 2022 (28), disponible en el Anexo VII.

Este instrumento permite evaluar las medidas preventivas para evitar posibles EA y no solo analizar los EA tras su aparición, y sirve para sensibilizar a los profesionales de enfermería del papel que juegan en la mejora de la seguridad del paciente. Cuenta con 55 ítems divididos en dos subescalas: una subescala formada por 42 ítems que detallan aspectos del proceso de atención de enfermería y otra subescala de 14 ítems referentes a los posibles resultados adversos de la intervención enfermera. Se usa una escala tipo Likert de cinco puntos, donde se especifica el nivel de acuerdo o desacuerdo con cada ítem siendo 1 “nunca” y 5 “siempre”.

La consistencia interna del instrumento en general tiene un alfa de Cronbach de 0,801(28). El tiempo medio de respuesta para esta encuesta es de 7 minutos.

5.5. Variables

A continuación, se muestran las variables que configuran el estudio de la muestra:

- Variables independientes:
 - ✓ Edad (variable cuantitativa discreta): en años.
 - ✓ Género (variable politómica): masculino, femenino, otro.
 - ✓ Lugar de trabajo habitual (variable categórica): sede Plató, sede Villarroel.
 - ✓ Puesto de trabajo actual (variable categórica): Enfermero/a, TCAE.
 - ✓ Nivel educativo máximo alcanzado por los participantes (variable politómica): Título técnico de grado medio, título técnico de grado superior, título universitario de grado/diplomatura/licenciatura, máster universitario, doctorado.
 - ✓ Mayor cualificación obtenido por los/las enfermero/as (variable politómica): diplomado en enfermería, grado en enfermería, máster/postgrado en enfermería, máster/grado en una rama distinta a enfermería, doctor.
 - ✓ Mayor cualificación obtenido por los TCAEs (variable politómica): título técnico grado medio, título técnico grado superior, grado en enfermería, máster/postgrado en enfermería, máster o grado en una rama distinta a enfermería.
 - ✓ Posesión de especialidad enfermera (variable dicotómica): sí, no.
 - ✓ Situación laboral (variable politómica): eventual, interino, fijo.

- ✓ Horas semanales de trabajo (variable politómica): <35 horas semanales, 35-38 horas semanales, 38-40 horas semanales, >40 horas semanales
- ✓ Horario de trabajo habitual (variable politómica): fines de semana diurno, turno de mañana, turno de tarde, turno de noche
- ✓ Años de experiencia profesional (variable politómica): ≤ 6 meses , entre 6 meses y 2 años, entre 2 y 5 años, entre 5 y 10 años, >10 años.
- ✓ Años de experiencia en el lugar de trabajo actual (variable politómica): ≤ 6 meses, entre 6 meses y 2 años, entre 2 y 5 años, entre 5 y 10 años, >10 años.
- ✓ Número de horas extras realizadas en los últimos tres meses (variable politómica): ninguna, 1-12 horas, >12 horas.
- ✓ Absentismo en los últimos tres meses por enfermedad, lesión o accidente (variable politómica): ninguno, 1 día o turno, 2-3 días o turnos, 4-6 días o turnos, > 6 días o turnos.
- ✓ Previsión de abandonar puesto de trabajo actual (variable politómica): en los próximos 6 meses, en el próximo año, no tengo previsto dejarlo, dependerá del tipo de contrato.
- ✓ Frecuencia en la que opinan que la dotación de personal de la unidad de trabajo es la adecuada (variable politómica): 100% del tiempo, 75% del tiempo, 50% del tiempo, 25% del tiempo, nunca.
- ✓ Frecuencia en la que opinan que la carga asistencial de la unidad de trabajo es excesiva (variable politómica): 100% del tiempo, 75% del tiempo, 50% del tiempo, 25% del tiempo, nunca.
- ✓ Número de pacientes atendidos en el turno actual/último turno trabajado (variable numérica).
- ✓ Número de ingresos atendidos en el turno actual/último turno trabajado: (variable numérica).
- ✓ Número de altas atendidas en el turno actual/último turno trabajado: (variable numérica).
- ✓ Grado de satisfacción con el puesto actual (variable politómica): muy satisfecho, satisfecho, ni satisfecho ni insatisfecho, insatisfecho, muy insatisfecho.
- ✓ Grado de satisfacción con la profesión (variable politómica): muy satisfecho, satisfecho, ni satisfecho ni insatisfecho, insatisfecho, muy insatisfecho.

- ✓ Grado de satisfacción con el nivel de trabajo en equipo (variable politómica): muy satisfecho, satisfecho, ni satisfecho ni insatisfecho, insatisfecho, muy insatisfecho.
- Variables dependientes:
 - ✓ Variables recogidas mediante todos los ítems valorados en las secciones “Omisión de cuidados” que obtiene variables politómicas (siempre se omite, frecuentemente se omite, ocasionalmente se omite, raramente se omite y nunca se omite) y “Motivos por los que se omiten los cuidados enfermeros” que obtiene variables politómicas (motivo muy importante, motivo importante, motivo poco importante, no es un motivo para la percepción de omisión del cuidado) ambas del cuestionario autoadministrado OMICE.
 - ✓ Variables recogidas mediante los ítems valorados con la Escala de Análisis de Eventos Adversos Asociados a Prácticas de Enfermería (EAAPE) en sus categorías “ Prácticas de Enfermería” y “ Eventos Adversos” con variables politómicas (nunca, casi nunca, a veces, casi siempre, siempre).

5.6. Recogida y gestión de datos

Previo al inicio del estudio, el investigador principal se puso en contacto con coordinación de enfermería y con la jefa de enfermería del Área de Urgencias del Hospital Clínic de Barcelona para dar a conocer la finalidad del estudio, así como la metodología que se utilizará para conseguir los objetivos planteados. A su vez, se solicitó su colaboración en la distribución del cuestionario y la recogida de datos mediante el uso del correo corporativo para invitar a la población diana a su participación en el estudio (Anexo II).

El cuestionario fue realizado online, utilizando la herramienta de Microsoft365 para cuestionarios en línea con Microsoft forms, de forma autoadministrada, tras la lectura de la hoja de información al participante y la aceptación a participar en el estudio mediante el consentimiento informado.

La recogida de datos se realizó durante el mes de mayo de 2025. Se realizó una única difusión del cuestionario con la invitación a participar en el estudio, debido a las limitaciones de tiempo no se pudo realizar una segunda difusión a modo de recordatorio

con el objetivo de recordar y animar a participar para conseguir una muestra significativamente representativa.

Los datos fueron recogidos a través de Microsoft Forms y se exportaron a una base de datos Microsoft Excel y posteriormente al software estadístico Jamovi® para su posterior análisis.

5.7. Análisis de datos

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de todas las variables incluidas en este estudio, calculando las frecuencias absolutas y porcentajes en las variables categóricas y en las variables cuantitativas se calcularon la media y la desviación estándar.

Las asociaciones entre variables cualitativas se analizaron mediante el test Chi-cuadrado de Pearson y Test de Fisher, las comparaciones con variables cuantitativas se realizaron con la Prueba U de Mann-Whitney .

Por otro lado, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman para conocer si existe asociación entre percepción de cuidados omitidos y la percepción de ocurrencia de eventos adversos asociados a los cuidados.

El nivel de significación estadística de los resultados se estableció en valores de $p < 0,05$.

Dicho análisis estadístico se realizó mediante el programa estadístico Jamovi® con su versión 2.3.28 para Windows.

6. Consideraciones éticas

Para la realización del estudio se informó a la Jefa de Gestión de Enfermería del Área de Urgencias y a Coordinación de Enfermería de Urgencias del Hospital Clínic de Barcelona.

Antes de utilizar el cuestionario y escala validados , se solicitó autorización al Dr. Óscar Rey Luque, autor principal del cuestionario OMICE (47) versión validada al español del instrumento MISSCARE Survey de Beatrice J. Kalisch y con la persona de contacto del estudio que valida la versión en español de la escala EAAPE (28) . Estas solicitudes se realizaron mediante correo electrónico, identificando los datos del investigador principal del presente estudio, la universidad y el motivo del estudio (Anexo III).

Antes del inicio del estudio se ha obtenido el dictamen favorable del Comité de Ética en Investigación con Medicamentos (CEIM) del Hospital Clínic de Barcelona (código 2025/0101) con fecha del 25 de abril de 2025 (Anexo IV).

El investigador se compromete a mantener la confidencialidad de los datos y declara respetar las normas en materia de bioética contenidas en la declaración de Helsinki de 2024 (48) y las normas de buena práctica clínica. Los datos serán tratados confidencialmente en base a lo establecido por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento general (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, de protección de datos y normativa complementaria. Además, fue realizado de acuerdo con el protocolo y con los requisitos legales pertinentes según la Ley 14/2007 de 3 de julio, de Investigación biomédica.

La participación de los sujetos fue completamente voluntaria y no recibieron ninguna compensación económica por su participación. Se les proporcionó la hoja de información al participante antes de la recogida de datos junto al consentimiento informado en formato online justo antes de su inclusión en el estudio (Anexos V y VI). En dicha documentación se remarcaba la anonimización de los datos recopilados y se especificaba que, al completar el cuestionario, otorgaban su consentimiento para participar en el estudio y para la difusión de los resultados, asegurando el anonimato en todo momento y su derecho a la revocación del consentimiento.

7. Resultados

Variables sociodemográficas y profesionales

Durante el período de recogida de datos correspondiente a la prueba piloto (10 días), se distribuyó un cuestionario a un total de 285 profesionales de enfermería de urgencias del Hospital Clínic de Barcelona. De estos, 24 completaron íntegramente el instrumento, lo que se traduce en una tasa de respuesta del 8,42%. Los perfiles detallados de los participantes se ilustran en la tabla A1 y A2 (Anexo I).

La mayoría de los participantes fueron mujeres (87,5%) y trabajaban en la sede Plató (83,3%). La distribución de los participantes según la categoría profesional fue del 87,5%

para enfermeras y el 12,5% para TCAEs. El 54,2% contaba con más de 10 años de experiencia profesional, y el 45,8% acumulaba más de 10 años de experiencia en la unidad de urgencias. El nivel educativo predominante fue el máster universitario (58,3%) seguido del grado o diplomatura (29,2%), teniendo en cuenta que la mayor parte de la muestra son enfermeras.

La mayoría tenía una situación laboral fija (75%) y trabajaba entre 35 y 38 horas semanales (66,7%), principalmente en turno de noche (54,2%). Por otro lado, el 37,5% había realizado más de 12 horas extras en los últimos tres meses y el 20,8% presentó algún episodio de absentismo. Sobre la intención de abandonar el puesto, el 83,3 % manifestó no tener intención de dejarlo, aunque un 8,3 % indicó que dependería de las circunstancias de contratación.

En relación con la percepción de la dotación de personal, el 52,2% consideró que era adecuada el 75% del tiempo, mientras que el 33,3% percibía la carga asistencial como excesiva como máximo la mitad de los turnos.

Finalmente, el grado de satisfacción fue mayoritariamente positivo: el 91,7% se encontraba satisfecho o muy satisfecho con su puesto actual, el 95,8% se sentía satisfecho con su profesión y el 100 % con el nivel de trabajo en equipo en su unidad.

Cuidados omitidos de enfermería

En la tabla 4 se muestran los resultados obtenidos de analizar las 28 actividades de enfermería evaluadas con el cuestionario OMICE utilizadas para conocer la frecuencia de cuidados omitidos en el área de urgencias del HCB según los profesionales. Las actividades que más se omiten según los profesionales de enfermería son *“Hacer caminar o deambular a los pacientes tres veces al día”*, con un 100 % de omisión acumulada, y *“Cuidado bucal de los pacientes”*, con un 91,7 % de omisión acumulada, destacando que el 25 % del personal refirió omitirlo siempre. Por otro lado, otros cuidados altamente omitidos están relacionados con la movilización, la alimentación, el apoyo emocional, el respeto del sueño y la planificación y coordinación del alta.

En contraste, las actividades que menos se omiten en urgencias habitualmente fueron el *“Control de glucemia capilar”* y las actividades de *“Evaluación del paciente en cada turno”* ambas referidas como que nunca se omiten (0%). Además, otras actividades con

bajos niveles de omisión también estaban relacionadas con intervenciones interdependientes como por ejemplo “Administrar medicación prescrita a demanda del paciente...” con una omisión del 25% o “Evaluar las constantes vitales” con un porcentaje de omisión acumulado del 4,2% . Aún y así otras actividades de enfermería propias de nuestra competencia también tenían un alto cumplimiento, presentando bajos índices de omisión como, por ejemplo: “Cuidados de la piel y heridas”, “Preparar y ofrecer comida a pacientes que comen solos”, “Higiene/baño y cuidados de la piel” o “Cuidados relacionados con el patrón respiratorio”.

<i>Variables</i>	Siempre se omite	Frecuentemente se omite	Ocasionalmente se omite	Raramente se omite	Nunca se omite	Cuidados omitidos % acumulado*	Cuidados no omitidos % acumulado**
<i>Hacer caminar/deambular a los pacientes 3 veces/día</i>	5 (20.8%)	14 (58.3%)	5 (20.8%)	0%	0%	24 (100%)	0 (0%)
<i>Cambios posturales cada 2 horas</i>	0%	10 (41.7%)	8 (33.3%)	4 (16.7%)	2 (8.3%)	18 (75%)	6 (25%)
<i>Dar de comer cuando la comida está caliente</i>	0%	5 (20.8%)	9 (37.5%)	8 (33.3%)	2 (8.3%)	14 (58.3%)	10 (41.6%)
<i>Preparar y ofrecer comida a pacientes que comen solos</i>	0%	0%	4 (16.7%)	16 (66.7%)	4 (16.7%)	4 (16.7%)	20 (83.4%)
<i>Administrar medicación ±30 min de la hora programada</i>	0%	2 (8.3%)	5 (20.8%)	12 (50%)	5 (20.8%)	7 (29.1%)	17 (70.8%)
<i>Evaluar constantes vitales según indicación</i>	0%	0%	1 (4.2%)	13 (54.2%)	10 (41.7%)	1 (4.2%)	23 (95.9%)
<i>Supervisar ingestas/excreciones</i>	0%	2 (8.3%)	6 (25%)	14 (58.3%)	2 (8.3%)	10 (41.6%)	14 (66.6%)
<i>Cumplimentar documentación con datos necesarios</i>	0%	1 (4.2%)	8 (33.3%)	10 (41.7%)	5 (20.8%)	9 (37.5%)	15 (62.5%)
<i>Educación sanitaria al paciente</i>	0%	4 (16.7%)	5 (20.8%)	13 (54.2%)	2 (8.3%)	9 (37.5%)	15 (62.5%)
<i>Apoyo emocional al paciente</i>	0%	2 (8.3%)	6 (25%)	12 (50%)	4 (16.7%)	8 (33.3%)	16 (66.7%)
<i>Apoyo emocional a los familiares</i>	0%	4 (16.7%)	8 (33.3%)	10 (41.7%)	2 (8.3%)	12 (50%)	12 (50%)
<i>Higiene/baño/cuidados de la piel</i>	0%	1 (4.2%)	5 (20.8%)	12 (50%)	6 (25%)	6 (25%)	18 (75%)
<i>Cuidado bucal</i>	6 (25%)	10 (41.7%)	6 (25%)	2 (8.3%)	0%	22 (91.7%)	2 (8.3%)
<i>Lavado de manos del profesional</i>	0%	1 (4.2%)	2 (8.3%)	10 (41.7%)	11 (45.8%)	3 (12.5%)	21 (87.5%)
<i>Coordinación del alta del paciente</i>	1 (4.2%)	3 (12,5%)	8 (33.3%)	11(45.8%)	1 (4.2%)	12 (50%)	12 (50%)
<i>Control de glucemia capilar</i>	0%	0%	0%	13 (54.2%)	11 (45.8%)	0 (0%)	24 (100%)
<i>Evaluación del paciente en cada turno</i>	0%	0%	0%	13 (54.2%)	11 (45.8%)	0 (0%)	24 (100%)
<i>Reevaluación según estado del paciente</i>	0%	0%	1 (4.2%)	15 (62.5%)	8 (33.3%)	1 (4.2%)	23 (95.8%)
<i>Cuidado de vías venosas periféricas</i>	0%	1 (4.2%)	8 (33.3%)	11 (45.8%)	4 (16.7%)	9 (37.5%)	15 (62.5%)
<i>Cuidado de vías venosas centrales</i>	0%	3 (12,5%)	4 (16,7%)	11 (45.8%)	6 (25%)	7 (29,2%)	17 (70,8%)
<i>Responder llamadas /timbres en 5 min</i>	0%	0%	5 (20.8%)	13 (54.2%)	6 (25%)	5 (20.8%)	19 (79.2%)
<i>Medicación a demanda en 15 min</i>	0%	0%	6 (25%)	15 (62.5%)	3 (12.5%)	6 (25%)	18 (75%)

Evaluar efecto de los medicamentos	0%	3 (12.5%)	4 (16.7%)	11 (45.8%)	6 (25%)	7 (29.2%)	17 (70.8%)
Asistencia a reuniones interdisciplinarias	1 (4.2%)	10 (41.7%)	8 (33.3%)	4 (16.7%)	1 (4.2%)	19 (79.2%)	5 (20.9%)
Asistencia a necesidades de eliminación en 5 min	0%	0%	6 (25%)	16 (66.7%)	2 (8.3%)	6 (25%)	18 (75%)
Cuidado de piel y heridas	0%	0%	4 (16.7%)	14 (58.3%)	6 (25%)	4 (16.7%)	20 (83.3%)
Cuidados del patrón sueño-descanso	2 (8.3%)	5 (20.8%)	7 (29.2%)	9 (37.5%)	1 (4.2%)	14 (58.3%)	10 (41.7%)
Cuidados del patrón respiratorio	0%	0%	4 (16.7%)	15 (62.5%)	5 (20.8%)	4 (16.7%)	20 (83.3%)

Tabla 4. Frecuencia de omisión de cuidados en el área de urgencias del HCB (n (%); N:24). Elaboración propia.

* Cuidados omitidos % acumulado: Incluye las categorías "siempre se omite", "frecuentemente se omite" y "ocasionalmente se omite"

** Cuidados no omitidos % acumulado: Incluye las categorías "raramente se omite" y "nunca se omite"

En la figura 6 se muestran los cuidados más omitidos según los profesionales de enfermería del HCB.

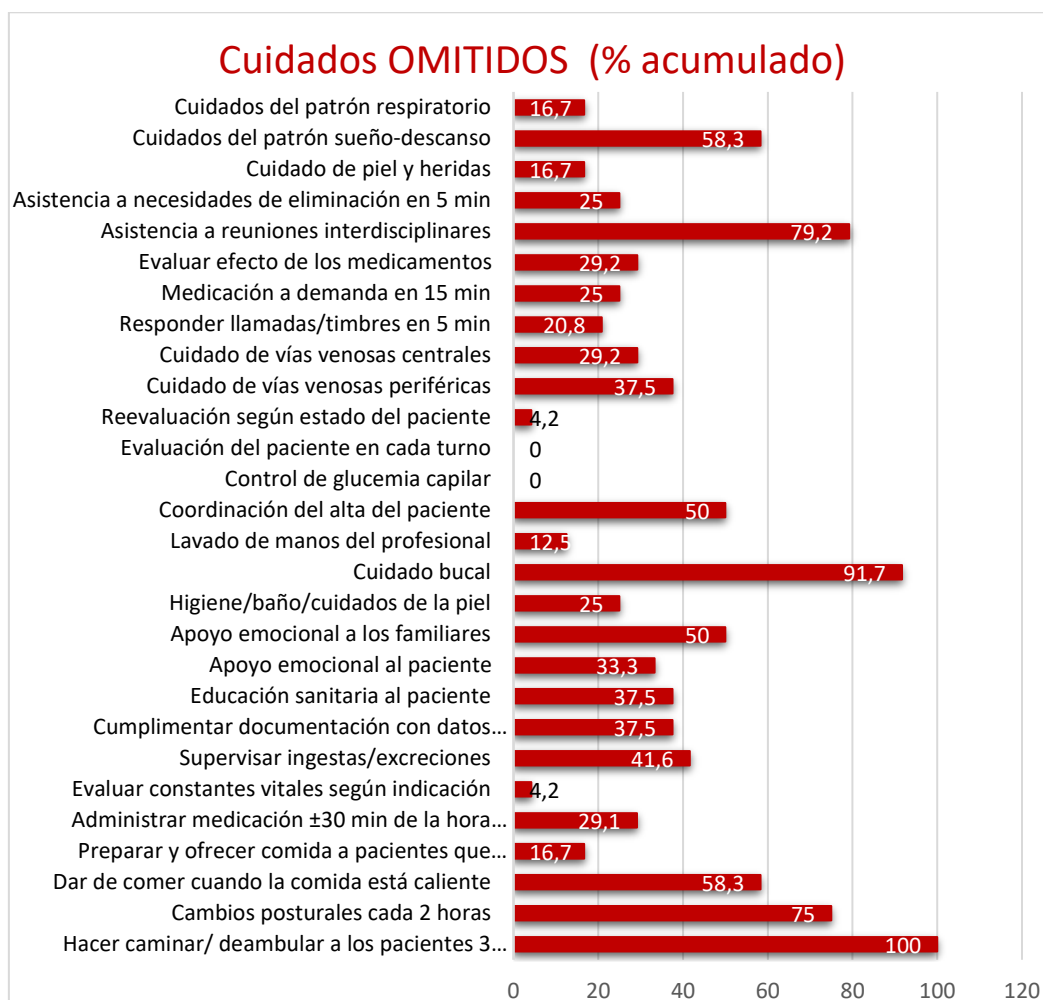


Figura 6 Cuidados omitidos según los profesionales de enfermería del Área de Urgencias del HCB (en %). Elaboración propia

Para caracterizar y poder comparar el panorama general de los cuidados omitidos en el área de urgencias, se calcularon los promedios de puntuación para cada ítem, evaluados en una escala de 1 a 5 (siendo 1 “siempre se omite” y 5 “nunca se omite”). Esto permitió simplificar los resultados individuales en una única medida, facilitando una comparación clara del nivel de cuidado omitido con otros estudios u otras variables. La puntuación promedio total obtenida fue de 3,68 (DE 0,44), lo que indica un nivel moderado de omisión de cuidados en el servicio de urgencias.

Otro de los aspectos que evalúa el cuestionario OMICE son las razones por las cuales los profesionales consideran que se omiten los cuidados de enfermería. En la tabla 5 se muestran los motivos más frecuentes.

<i>Variables</i>	Muy importante	Importante	Poco importante	No es motivo	Sí es motivo (% acumulado)*	No es motivo (% acumulado)**
<i>Dotación inadecuada de personal de enfermería</i>	12 (50 %)	8 (33.3 %)	2 (8.3 %)	2 (8.3 %)	20 (83.3 %)	4 (16.7 %)
<i>Situaciones de urgencia con determinados pacientes</i>	16 (66.7 %)	6 (25 %)	1 (4.2 %)	1 (4.2 %)	22 (91.7 %)	2 (8.4 %)
<i>Aumento inesperado del nº de pacientes o situaciones de urgencia en la unidad</i>	12 (50 %)	10 (41.7 %)	1 (4.2 %)	1 (4.2 %)	22 (91.7 %)	2 (8.4 %)
<i>Dotación inadecuada de personal auxiliar/administrativo</i>	9 (37.5 %)	12 (50 %)	2 (8.3 %)	1 (4.2 %)	21 (87.5 %)	3 (12.5 %)
<i>Asignación descompensada de pacientes</i>	9 (37.5 %)	10 (41.7 %)	3 (12.5 %)	2 (8.3 %)	19 (79.2 %)	5 (20.8 %)
<i>Medicamentos no disponibles cuando se requieren</i>	7 (29.2 %)	8 (33.3 %)	6 (25 %)	3 (12.5 %)	15 (62.5 %)	9 (37.5 %)
<i>Inadecuado cambio de turno</i>	6 (25 %)	11 (45.8 %)	5 (20.8 %)	2 (8.3 %)	17 (73.9 %)	7 (29.2 %)
<i>Atención no proporcionada en otros departamentos</i>	2 (8.3 %)	10 (41.7 %)	8 (33.3 %)	4 (16.7 %)	12 (50 %)	12 (50 %)
<i>Equipos/suministros no disponibles</i>	7 (29.2 %)	10 (41.7 %)	6 (25 %)	1 (4.2 %)	17 (70.9 %)	7 (29.2 %)
<i>Equipos/suministros no funcionan correctamente</i>	10 (41.7 %)	9 (37.5 %)	3 (12.5 %)	2 (8.3 %)	19 (79.2 %)	5 (20.8 %)
<i>Falta de apoyo dentro del equipo</i>	9 (37.5 %)	7 (29.2 %)	2 (8.3 %)	6 (25 %)	16 (66.7 %)	8 (33.3 %)
<i>Problemas de comunicación con otros departamentos de apoyo</i>	6 (25 %)	11 (45.8 %)	4 (16.7 %)	3 (12.5 %)	17 (70.8 %)	7 (29.2 %)
<i>Problemas de comunicación con el equipo de enfermería</i>	9 (37.5 %)	6 (25 %)	7 (29.2 %)	2 (8.3 %)	15 (62.5 %)	9 (37.5 %)
<i>Problemas de comunicación con el personal médico</i>	13 (54.2 %)	8 (33.3 %)	0%	3 (12.5 %)	21 (87.5 %)	3 (12.5 %)
<i>El TCAE no comunica que no proporcionó el cuidado</i>	10 (41.7 %)	7 (29.2 %)	2 (8.3 %)	5 (20.8 %)	17 (70.9 %)	7 (29.2 %)
<i>Profesional estaba fuera de la unidad</i>	6 (25 %)	10 (41.7 %)	4 (16.7 %)	4 (16.7 %)	16 (66.7 %)	8 (33.4 %)
<i>Carga elevada de trabajo por ingresos y altas</i>	10 (41.7 %)	11 (45.8 %)	3 (12.5 %)	0%	21 (87.5 %)	3 (12.5 %)
<i>Problemas con los sistemas informáticos</i>	5 (20.8 %)	10 (41.7 %)	5 (20.8 %)	4 (16.7 %)	15 (62.5 %)	9 (37.5 %)
<i>Excesiva carga administrativa</i>	5 (20.8 %)	11 (45.8 %)	7 (29.2 %)	1 (4.2 %)	16 (66.7 %)	8 (33.4 %)

Tabla 5. Motivos para la omisión de cuidados de enfermería (en porcentajes, n=24). Elaboración propia

* Sí es motivo % acumulado: Incluye las categorías “muy importante”, “importante”

** No es motivo % acumulado: Incluye las categorías “poco importante” y “no es motivo para los cuidados omitidos”

Los profesionales de enfermería del Área de urgencias del HCB identificaron mayoritariamente como razones para omitir un cuidado, las situaciones de urgencias con determinados pacientes (91,7%) y el aumento inesperado del número de pacientes o situaciones de urgencia en la unidad (91,7%), características principales de los servicios de urgencias. En cuanto a los motivos relacionados con factores organizacionales, consideran clave la dotación inadecuada de personal auxiliar y/o administrativo (87,5%) y de enfermeras (83,3%) y la elevada carga de trabajo por ingresos y altas (87,5%).

Entre los problemas de comunicación como causa de la omisión identifican como muy importante los problemas con el personal médico (87,5%) o el inadecuado cambio de turno (73,9%).

En resumen, los motivos más frecuentes para la omisión de cuidados se agrupan en tres categorías: déficit de recursos humanos, sobrecarga laboral y problemas de comunicación.

A continuación, se hizo una valoración de las asociaciones entre variables profesionales y sociodemográficas con la frecuencia de MNC según la perspectiva de los profesionales. Para conocer si existe asociación con las variables "Género" y "Puesto de trabajo" se ha utilizado el test exacto de Fisher debido al bajo número de participantes en alguna de las categorías de estas variables. Los resultados mostraron que la asociación entre la categoría profesional y la frecuencia de cuidados omitidos no es estadísticamente significativa ($p > 0,05$). En cambio, al evaluar una posible asociación entre el género de los profesionales y la omisión de cuidados específicos, se encontraron diferencias estadísticamente significativas solo en los cuidados "Lavado de manos del profesional" ($p = 0,032$) y "Evaluar efecto de los medicamentos" ($p = 0,017$) sugiriendo que el género puede influir en la omisión de los citados cuidados, aunque debe considerarse que el tamaño reducido de la muestra limita la generalización de esta afirmación.

La experiencia profesional también fue analizada en relación con la frecuencia de cuidados omitidos mediante la aplicación del test de Chi-Cuadrado (χ^2), con este análisis se encontró una relación estadísticamente significativa en los cuidados "Apoyar emocionalmente al paciente" ($p = 0,013$) y "Lavado de manos del profesional" ($p = 0,016$) sugiriendo que la experiencia influye en la omisión de estos cuidados. Para el resto de los cuidados no se hallaron asociaciones significativas.

Mediante el test de Chi-Cuadrado también se exploró la asociación entre turno de trabajo y la omisión de cuidados de enfermería, mostraron no significación estadística la mayoría de ellos a excepción de los cuidados “Dar de comer cuando la comida está caliente” ($p < 0,001$) y “Supervisar y controlar las ingestas/excreciones” ($p = 0,047$) que sí sugieren una posible asociación con el turno de trabajo.

Se buscó la influencia del absentismo en los cuidados omitidos y no se encontró asociación estadísticamente significativa en la mayoría de ellos, excepto en el cuidado “Evaluar las constantes vitales” que muestra una asociación con $p < 0,001$.

No se analizó las posibles asociaciones de las variables referidas a la satisfacción laboral con los cuidados omitidos por los altos índices de satisfacción encontrados. Al igual, que no se analizaron las diferencias entre las sedes de trabajo, por la baja participación de la sede Villarroel (con una mayor carga de trabajo documentada).

Por otro lado, para analizar la relación entre carga de trabajo y la omisión de determinados cuidados, se aplicó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, debido a que la variable de carga de trabajo no cumplió con el supuesto de normalidad (muestra inferior a 30 sujetos). La prueba se aplicó en los diferentes indicadores de carga de trabajo (número de pacientes atendidos, ingresos y altas en el turno actual o anterior) y la omisión de distintos cuidados. Los resultados nos enseñan que el cuidado omitido “Cambios posturales cada dos horas” está estadísticamente asociado con el número de altas atendidas ($p = 0,026$) y la omisión del cuidado “Higiene/baño/cuidados de la piel” se asocia a un mayor número de ingresos ($p = 0,044$). El indicador número total de pacientes atendidos no ha mostrado significación estadística con ninguno de los cuidados analizados.

Eventos adversos asociados a la práctica enfermera

Otro aspecto analizado en esta investigación es la percepción del personal de enfermería de urgencias sobre los eventos adversos asociados a su práctica clínica. Para ello, se utilizó la escala EAAPE cuyos resultados se exponen en las tablas 6 y 7.

En relación con la evaluación de las actividades de vigilancia o seguimiento clínico, la mayoría de los profesionales indicó que los pacientes se encuentran correctamente vigilados, registrada como “casi siempre” por el 54,2% y como “siempre” por el 16,7%.

Asimismo, el 79,2% reportó que las alteraciones del estado clínico de los pacientes se detectan correctamente casi siempre.

En cuanto al riesgo de aparición de úlceras por presión (UPP), se indicó una alta frecuencia en la realización de acciones preventivas: el 62,5% refirió evaluar el riesgo de UPP “siempre” o “casi siempre”, mientras que la inspección periódica de la piel alcanzó el 79,2%. La aplicación de medidas preventivas (62,5%) y los cuidados de la piel (75%) también mostraron alta adherencia. Sin embargo, se evidenció un bajo uso sistemático de escalas de estratificación de riesgo, con solo un 12,5 % que refieren usarlas “siempre” o “casi siempre”.

En la categoría de defensa de los derechos de los pacientes, el 66,7% del personal se percibió como defensor activo de dichos derechos, y se destacó un alto respeto por la privacidad y confidencialidad del paciente, con un 87,5% de respuestas en las categorías “siempre” y “casi siempre”.

Respecto a los errores relacionados con la medicación, si bien se describió una baja frecuencia, un 41,7% de los profesionales reconoció que a veces estos se producen debido a fallos en la comunicación sobre cambios en las prescripciones médicas.

Las prácticas de higiene y seguridad se describieron como actividades de alto cumplimiento. Acciones como el lavado de manos, el manejo de residuos hospitalarios y la manipulación de objetos cortopunzantes fueron realizadas “casi siempre” o “siempre” por más del 75% de los encuestados. Aún y así, describían que a veces los equipos de protección individual no se ajustaban a los procedimientos (25%) y la ubicación de los pacientes no se realizaba de acuerdo con la condición clínica o susceptibilidad inmunológica (33,3%).

<i>Prácticas de enfermería</i>	Nunca n (%)	Casi nunca n (%)	A veces n (%)	Casi siempre n (%)	Siempre n (%)
<i>Los pacientes están correctamente vigilados</i>	0 (0%)	1 (4.2%)	6 (25%)	13 (54.2%)	4 (16.7%)
<i>Alteraciones clínicas adecuadamente detectadas</i>	0 (0%)	0 (0%)	2 (8.3%)	19 (79.2%)	3 (12.5%)
<i>Enfermeros como defensores de los intereses del paciente</i>	0 (0%)	1 (4.2%)	7 (29.2%)	10 (41.7%)	6 (25%)
<i>Se cuestiona la práctica de otros profesionales en defensa del paciente</i>	0 (0%)	1 (4.2%)	11(45.8%)	11(45.8%)	1 (4.2%)
<i>Se respeta la privacidad del paciente</i>	0 (0%)	1 (4.2%)	2 (8.3%)	14 (58.3%)	7 (29.2%)
<i>Se respeta la confidencialidad del paciente</i>	0 (0%)	1 (4.2%)	2 (8.3%)	8 (33.3%)	13 (54.2%)
<i>Enfermeras delegan a personal menos preparado</i>	2 (8.3%)	11 (45.8%)	10 (41.7%)	1 (4.2%)	0 (0%)
<i>Evaluación del riesgo de caídas</i>	0 (0%)	9 (37.5%)	3 (12.5%)	8 (33.3%)	4 (16.7%)
<i>Prevención de caídas ajustada al riesgo</i>	0 (0%)	6 (25%)	6 (25%)	9 (37.5%)	3 (12.5%)
<i>Vigilancia ajustada al riesgo de caídas evaluado</i>	0 (0%)	2 (8.3%)	8 (33.3%)	12 (50%)	2 (8.3%)

<i>Evaluación clínica global de riesgo UPP al ingreso</i>	0 (0%)	2 (8.3%)	7(29.2%)	10 (41.7%)	5 (20.8%)
<i>Inspección periódica de la piel</i>	0 (0%)	0 (0%)	5 (20.8%)	15 (62.5%)	4 (16.7%)
<i>Uso de escalas de estratificación de riesgo de UPP</i>	6 (25%)	7 (29.2%)	8 (33.3%)	2 (8.3%)	1 (4.2%)
<i>Medidas preventivas ajustadas a factores de riesgo</i>	0 (0%)	1 (4.2%)	8 (33.3%)	12 (50%)	3 (12.5%)
<i>Cuidados generales de la piel adecuados a las necesidades</i>	0 (0%)	0 (0%)	6 (25%)	15 (62.5%)	3 (12.5%)
<i>Soporte nutricional ajustado a las necesidades</i>	0 (0%)	4 (16.7%)	9 (37.5%)	11(45.8%)	0 (0%)
<i>Movilizaciones/posiciones ajustadas a necesidades</i>	0 (0%)	0 (0%)	9 (37.5%)	14 (58.3%)	1 (4.2%)
<i>Errores en la preparación de la medicación por:</i>					
<i>Existencia de medicamentos con nombre o envase semejantes</i>	6 (25%)	13 (54.2%)	4 (16.7%)	1 (4,2%)	0 (0%)
<i>Errores en la preparación de la medicación por:</i>					
<i>Hay muchos medicamentos pautados en el mismo horario.</i>	5 (20.8%)	13 (54.2%)	5 (20.8%)	1 (4.2%)	0 (0%)
<i>Errores en la preparación de la medicación por:</i>					
<i>El servicio de farmacia envía un medicamento equivocado.</i>	12 (50%)	12 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
<i>Errores en la preparación de la medicación por:</i>					
<i>El medicamento no está disponible en el momento oportuno.</i>	7 (29.2%)	10 (41.7%)	6 (25%)	1 (4.2%)	0 (0%)
<i>Errores en la preparación de la medicación por: La enfermera es interrumpida durante la actividad.</i>	5 (20.8%)	8 (33.3%)	7 (29.2%)	3 (12.5%)	1 (4.2%)
<i>Errores en la preparación de la medicación por: Distracción de la enfermera/del enfermero.</i>	6 (25%)	11 (45.8%)	7 (29.2%)	0 (0%)	0 (0%)
<i>Errores durante la administración de fármacos por: Fallos en la comunicación sobre cambios en la ubicación de los pacientes</i>	8 (33.3%)	11 (45.8%)	4 (16.7%)	1 (4.2%)	0 (0%)
<i>Errores durante la administración de fármacos por: Fallos en la comunicación medico/a-enfermera/o sobre modificaciones en la prescripción</i>	2 (8.3%)	9 (37.5%)	10 (41.7%)	2 (8.3%)	1 (4.2%)
<i>Errores durante la administración de fármacos por: Fallos en la comunicación (prescripción oral /teléfono).</i>	5 (20.8%)	9 (37.5%)	8 (33.3%)	2 (8.3%)	0 (0%)
<i>Errores durante la administración de fármacos por: Fallos en la comunicación (fallo de registro de la administración anterior).</i>	2(8.3%)	14 (58.3%)	6 (25%)	2 (8.3%)	0 (0%)
<i>Errores durante la administración de fármacos por: Incorrecta identificación del medicamento preparado.</i>	12 (50%)	9 (37.5%)	2 (8.3%)	1 (4.2%)	0 (0%)
<i>Errores durante la administración de fármacos por: Incumplimiento de los procedimientos de identificación del paciente.</i>	7 (29.2%)	16 (66.7%)	0 (0%)	1 (4.2%)	0 (0%)
<i>Errores durante la administración de fármacos por: Fallos en la ejecución de la técnica de administración.</i>	9 (37.5%)	13 (54.2%)	1 (4.2%)	1 (4.2%)	0 (0%)
<i>Se producen errores en la vigilancia de los ritmos de perfusión.</i>	1 (4.2%)	19 (79.2%)	4 (16.7%)	0 (0%)	0 (0%)
<i>Se producen errores en la vigilancia de los efectos de la medicación.</i>	4 (16.7%)	13 (54.2%)	7 (29.2%)	0 (0%)	0 (0%)
<i>El lavado de manos se realiza:</i>					
<i>Antes y después del contacto con el paciente.</i>	1 (4.2%)	2 (8.3%)	2 (8.3%)	13 (54.2%)	6 (25%)
<i>El lavado de manos se realiza:</i>					
<i>Antes de procedimientos que exijan asepsia.</i>	0 (0%)	1 (4.2%)	0 (0%)	5 (20.8%)	18 (75%)
<i>El lavado de manos se realiza:</i>					
<i>Después del contacto con sangre o fluidos corporales.</i>	0 (0%)	1 (4.2%)	0 (0%)	3 (12.5%)	20 (83.3%)
<i>Los Equipos de Protección Individual (EPI) se seleccionan y ajustan a los procedimientos a realizar.</i>	0 (0%)	0 (0%)	6 (25%)	12 (50%)	6 (25%)
<i>En la manipulación del material cortopunzante se evitan procedimientos inadecuados como doblar o recapsular agujas, tras su utilización.</i>	0 (0%)	1 (4.2%)	2 (8.3%)	10 (41.7%)	11 (45.8%)
<i>Los objetos cortopunzantes son depositados en contenedores rígidos, localizados cerca del lugar de utilización.</i>	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (8.3%)	22 (91.7%)
<i>La ubicación de los pacientes se realiza de acuerdo con la susceptibilidad inmunológica y condición clínica del paciente.</i>	0 (0%)	0 (0%)	8 (33.3%)	15 (62.5%)	1 (4.2%)
<i>Los residuos hospitalarios son objeto del tratamiento apropiado, en función del grupo al que pertenece.</i>	0 (0%)	0 (0%)	2 (8.3%)	14 (58.3%)	8 (33.3%)
<i>La ropa sucia es clasificada en el lugar de procedencia, acondicionada en bolsa apropiada y transportada a la lavandería en carro cerrado.</i>	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	9 (37.5%)	15 (62.5%)

Tabla 6. Percepción de frecuencia de prácticas de enfermería asociadas a EA. Elaboración propia

En relación con los eventos adversos los datos muestran una percepción generalizada de riesgo en algunas de las dimensiones del cuidado (Tabla 7). Aunque la percepción general es que en su unidad la aparición de EA asociados a la práctica enfermera casi nunca compromete la seguridad del paciente (70,8%) y que estos eventos pueden ser evitados casi siempre (58,3%).

El 45,8% de los participantes en el estudio refirió que a veces existe riesgo de que el estado del paciente se deteriore por déficit de vigilancia o por un seguimiento clínico inadecuado.

En cuanto al riesgo de caídas en el Área de urgencias, el 45,8% de los profesionales de enfermería personal percibe que a veces existe este riesgo pero que casi nunca ocurren caídas (50%).

El 62,5% de los encuestados señaló que a veces existe riesgo de aparición de UPP, mientras que el 58,3% indicó que casi nunca se presentan.

Más de la mitad de los participantes (58,3%) percibe que el riesgo de errores relacionados con la medicación es bajo ya que consideran que esto casi nunca ocurre, pero un 41,7% reconoce que a veces hay riesgo. Al preguntar acerca de la frecuencia de este tipo de EA el 83,3% indicó que casi nunca se presentan.

<i>Eventos adversos</i>	Nunca n(%)	Casi nunca n(%)	A veces n(%)	Casi siempre n(%)	Siempre n(%)
<i>Existe riesgo de que el estado del paciente sufra complicaciones o empeoramiento por déficit de vigilancia.</i>	1 (4.2%)	9 (37.5%)	11 (45.8%)	3 (12.5%)	0 (0%)
<i>Existe riesgo de agravamiento/complicaciones del estado del paciente por seguimiento clínico inadecuado.</i>	2 (8.3%)	7 (29.2%)	11 (45.8%)	4 (16.7%)	0 (0%)
<i>Existe riesgo de agravamiento/complicaciones del estado del paciente por falta de defensa de los intereses del paciente.</i>	6 (25%)	11 (45.8%)	6 (25%)	1 (4.2%)	0 (0%)
<i>Existe riesgo de agravamiento/complicaciones del estado del paciente por la delegación de funciones de enfermería en personal menos preparado.</i>	6 (25%)	14 (58.3%)	3 (12.5%)	0 (0%)	1 (4.2%)
<i>Existe riesgo de caídas en los pacientes.</i>	0 (0%)	6 (25%)	11 (45.8%)	6 (25%)	1 (4.2%)
<i>Se producen caídas de los pacientes</i>	1 (4.2%)	12 (50%)	11 (45.8%)	0 (0%)	0 (0%)
<i>Existe riesgo de aparición de úlceras por presión</i>	0 (0%)	6 (25%)	15 (62.5%)	3 (12.5%)	0 (0%)
<i>Aparecen úlceras por presión</i>	1 (4.2%)	14 (58.3%)	9 (37.5%)	0 (0%)	0 (0%)
<i>Existe el riesgo de aparición de errores en la medicación</i>	0 (0.0%)	14 (58.3%)	10 (41.7%)	0 (0%)	0 (0%)
<i>Se producen errores en la medicación</i>	1 (4.2%)	20 (83.3%)	3 (12.5%)	0 (0%)	0 (0%)
<i>Existen riesgos de que se produzcan infecciones</i>	1 (4.2%)	6 (25%)	15 (62.5%)	2 (8.3%)	0 (0%)
<i>Se producen infecciones asociadas a los cuidados de salud</i>	3 (12.5%)	12 (50%)	9 (37.5%)	0 (0.0%)	0 (0%)

<i>Percepción general: En mi servicio, la aparición de eventos adversos asociados a la práctica de enfermería compromete la seguridad del paciente.</i>	3 (12.5%)	17 (70.8%)	2 (8.3%)	1 (4.2%)	1 (4.2%)
<i>Percepción general: En mi servicio, los eventos adversos asociados a la práctica pueden ser evitados</i>	0 (0%)	1 (4.2%)	7 (29.2%)	14 (58.3%)	2 (8.3%)

Tabla 7. Percepción del riesgo y frecuencia de aparición de EA asociados a la práctica enfermera. Elaboración propia.

En cuanto a la dimensión “Percepción general: En mi servicio la aparición de eventos adversos asociados a la práctica de enfermería compromete la seguridad del paciente”, se calculó una media a partir de las puntuaciones dadas por el personal de enfermería, con una escala de 1 a 5 (donde 1 es “nunca” y 5 es “siempre”). El resultado obtenido de 2,17 (DE 0,87) sugiere una percepción relativamente baja de aparición de eventos adversos asociados a la práctica enfermera en el área de urgencias del HCB.

Con el objetivo de explorar si existe asociación entre la percepción de cuidados omitidos y los eventos adversos relacionados con los cuidados de enfermería, se ha hecho un análisis basado en las puntuaciones globales obtenidas para ambos aspectos. Para ello se realizó un análisis bivariado utilizando el coeficiente de correlación de Spearman que muestra una correlación muy débil y no estadísticamente significativa ($\rho=0.114$, $p=0.595$), esto sugiere que en la muestra obtenido con la prueba piloto la frecuencia de cuidados omitidos no se relaciona significativamente con la percepción de eventos adversos asociados a la práctica enfermera.

8. Discusión

Este estudio explora la omisión de cuidados en el Área de Urgencias del Hospital Clínic de Barcelona y su impacto en la seguridad del paciente desde la perspectiva de los profesionales de enfermería. Cabe destacar que existen pocos estudios sobre esta temática en el ámbito de urgencias de nuestro país. Los resultados del estudio han permitido conocer las características sociodemográficas y laborales del personal de enfermería del Área de Urgencias del HCB, así como lo cuidados omitidos, los factores que influyen para que se omita un cuidado de enfermería y las asociaciones entre las distintas variables.

En base a los datos obtenidos, se observa una omisión de cuidados de magnitud moderada en el área de urgencias analizada, dado que 8 de los 28 (28,6%) cuidados evaluados con el cuestionario OMICE fueron reportados como omitidos. Se trata de una

proporció inferior a la reportada en otros estudios realizados en urgencias, donde la omisi3n de cuidados supera el 50% de las pr3cticas analizadas (20,43) siendo m3s frecuente que en otros entornos asistenciales como hospitalizaci3n o cuidados intensivos (5,22,49). A nivel internacional, la prevalencia de MNC varía ampliamente, oscilando entre el 50 y el 98% seg3n la literatura revisada, estas diferencias pueden ser debidas al contexto geogr3fico y cultural y a la herramienta utilizada para medir los MNC (13,17,50,51). En este contexto y a nivel nacional, un informe reciente del Ministerio de Sanidad revela que el 59,5% de las enfermeras encuestadas reconoce haber tenido que omitir cuidados de enfermería (52).

Las enfermeras identificaron una mayor frecuencia de cuidados omitidos en comparaci3n con las TCAEs, aunque debido al reducido n3mero de participantes TCAEs en este estudio, los resultados no son significativos a nivel estadístico. Pero, otras investigaciones informan de diferencias significativas entre las enfermeras y las auxiliares de enfermería (15,43), aunque no profundizaron en las posibles causas de dichas diferencias se ha argumentado que puede atribuirse a las diferencias en educaci3n, rol y responsabilidades.

Existen diversos predictores de la atenci3n de enfermería omitida, entre los que se encuentran los turnos de trabajo, el absentismo, la carga de trabajo, el nivel educativo y la satisfacci3n laboral (50,53).

En lo referente a la experiencia profesional algunas investigaciones señalan que una menor experiencia profesional se asocia con una mayor percepci3n de omisi3n, lo cual se atribuye a una menor capacidad en la toma de decisiones por parte del personal m3s novel en comparaci3n con el m3s experto (19). Otros trabajos han evidenciado que enfermeras con mayor rodaje en urgencias reportan m3s cuidados omitidos, asoci3ndolo a la presencia de agotamiento profesional (15,19,54), asociaciones que no se han podido confirmar en nuestro estudio.

En este estudio, el agotamiento no se ha identificado como factor relacionado con los MNC, observ3ndose adem3s un bajo deseo de abandono del puesto de trabajo o de la profesi3n, índices reducidos de absentismo y niveles de satisfacci3n laboral elevados. El agotamiento puede ser tanto una causa como una consecuencia de la omisi3n de

cuidados. Cuando el entorno laboral dificulta la prestación de una atención adecuada, la calidad asistencial puede verse comprometida, aumentando la incidencia de eventos adversos y contribuyendo a la aparición de agotamiento entre los profesionales por la incapacidad para brindar atención digna y segura (14,19,22,53). Un estudio llevado a cabo en un entorno de atención médica para adultos encontró una relación significativa entre el agotamiento y los MNC, observando que el 84,5% de las enfermeras que experimentaron agotamiento también omitieron algún cuidado de enfermería. Este hallazgo abre una línea de investigación centrada en conocer cómo influye el entorno laboral en los servicios de urgencias en la omisión de cuidados.

La literatura ha documentado una correlación negativa entre satisfacción laboral y frecuencia de cuidados omitidos (11,14,17,19), asociando una mayor satisfacción laboral con una menor frecuencia de omisiones, resultados que coinciden con los hallazgos de nuestro estudio, con niveles moderados de omisión y altos índices de satisfacción tanto con la profesión como con el trabajo en equipo.

En cuanto al turno de trabajo, no se ha podido demostrar una diferencia clara y significativa entre los diferentes turnos y la percepción de cuidados omitidos. Esta falta de consenso se refleja también en la literatura: algunos estudios sostienen que los turnos nocturnos se asocian a una mayor omisión de cuidados (40), otros argumentan que el turno diurno debe gestionar gran cantidad de actividades concentradas, mientras que el nocturno dispone de menos recursos para cubrir las necesidades asistenciales. Estas diferencias podrían deberse a los diferentes patrones entre ambos turnos (15) o por la duración de los turnos (55).

La dimensión del cuidado en la que los profesionales de enfermería perciben una mayor omisión es la relacionada con los cuidados básicos, destacando la ayuda en la deambulación de los pacientes (100%), el cuidado bucal (91,7%), los cambios posturales (75%), cuidados relacionados con el sueño (58,3%) o con proporcionar alimentación (58,3%). Aún y así, dentro de esta dimensión se identifican actividades con un elevado nivel de cumplimiento como los cuidados de la piel y heridas (16,7%), el lavado de manos (12%) o los cuidados del patrón respiratorio (16,7%). Asimismo, se observaron omisiones frecuentes en aspectos como el apoyo emocional a familiares (50%), la planificación y coordinación del alta desde urgencias (50%) o la asistencia a reuniones

interdisciplinarios (79,2%). En contraste, prácticas como el control de la glucemia y la evaluación en cada turno del paciente fueron señaladas como tareas que nunca se omiten. Resultados muy similares se encuentran en estudios internacionales (8,50,53) y nacionales (5,56), donde los cuidados más pasados por alto están relacionados con las tareas propias del cuidado enfermero. Estos nos indican que el personal de enfermería tiende a enfocarse en intervenciones que abordan necesidades agudas o situaciones con potencial riesgo vital, reflejo de la presión por responder rápidamente a eventos críticos. Esto a menudo obliga a priorizar ciertos cuidados en detrimento de otros. Cuando el equipo de enfermería da prioridad a las necesidades agudas de los pacientes, no dispone de tiempo necesario para atender adecuadamente las necesidades básicas. Un ejemplo de esta situación se da habitualmente en los servicios de urgencias, cuando, ante la espera de ingresos de pacientes con necesidades críticas, las necesidades básicas de los pacientes ya ingresados pasan a un segundo plano. Atender a pacientes con necesidades complejas, como pacientes frágiles, agitados o en estado crítico, pueden conllevar a la omisión de cuidados en otros pacientes del servicio de urgencias (22). Este fenómeno refleja cómo el tiempo y los recursos limitados afectan la distribución de la atención en contextos de alta demanda. Diversos estudios en servicios de urgencias destacan que, debido a la saturación, la alta carga de trabajo o la escasez de personal, el equipo de enfermería tiende a priorizar intervenciones que disminuyen el riesgo deterioro clínico y facilita el diagnóstico temprano, como la realización de pruebas diagnósticas, la evaluación de los signos vitales y la administración de medicación (22,53,57). Esta priorización plantea preocupaciones respecto a los cuidados omitidos relacionadas con las necesidades físicas y emocionales básicas que, aunque no suponen un riesgo vital inmediato, son esenciales para el bienestar de los pacientes y cruciales a largo plazo. Cuando se omiten elementos esenciales de la atención de enfermería como la deambulación, los cambios posturales o el cuidado de la piel puede aumentar el riesgo de eventos adversos como por ejemplo las úlceras por presión o las caídas (17,58).

Cabe destacar la baja frecuencia de omisión observada en actividades relacionadas con la educación al paciente (37,5%), aunque en áreas de alta demanda como urgencias, estas intervenciones suelen ser frecuentemente descuidadas (9,20) como muestran los

estudios de Sarpong et al. con una omisión del 79% o el de Arikan et al. con un 47,7% de omisión (17,19).

Los motivos principales señalados como desencadenantes de la omisión de cuidados en este estudio son las situaciones emergentes y el aumento inesperado de pacientes o de las situaciones de urgencias, ambos relacionados con la naturaleza imprevisible y demandante del entorno asistencial que le caracteriza. Seguidamente la dotación inadecuada de personal enfermero y auxiliar son considerados también causa de omisión, pese a que al analizar los resultados se observa una aparente contradicción ya que el 69,6% de los participantes percibe que la dotación de personal en su unidad es adecuada la mayor parte del tiempo. Aunque un tercio de los encuestados refiere experimentar una carga asistencial excesiva en la mitad de las ocasiones en relación con la complejidad de los pacientes y los recursos disponibles. Esta tensión entre la percepción general de suficiencia y la vivencia puntual de sobrecarga sugiere que, aunque la plantilla puede ser considerada globalmente adecuada, no siempre se adapta con las demandas fluctuantes y los picos de actividad propios de los servicios de urgencias, lo que incrementa el riesgo de omisión de cuidados, situación descrita también en la literatura vinculando las medidas de dotación de personal con la atención de enfermería perdida (59). Otras investigaciones también sitúan a la falta de recursos humanos como una de las principales causas seguida de los problemas de comunicación y la falta de recursos materiales (8,13,49,59,60), esta escasez puede afectar gravemente la capacidad del personal de enfermería para desempeñar sus funciones con eficacia, lo que resulta en omisión de atención.

Los problemas de comunicación se muestran como motivos muy importantes en la omisión de cuidados en el presente estudio, especialmente los relacionados con conflictos con el personal médico (87,5%) y el inadecuado traspaso de información durante el cambio de turno (73,9%). Estos hallazgos coinciden con los mostrados en otros estudios que señalan los fallos comunicativos dentro del equipo de enfermería como causa de la omisión de la atención enfermera, especialmente en los relevos entre turnos (9,43). Sin embargo, también se ha documentado como causa importante de MNC la falta de comunicación eficaz entre enfermería y médicos (10,41,61), así como dentro del ámbito de los servicios de urgencias (57,62). La comunicación en los servicios

de urgencias presenta desafíos particulares debido a factores como la presión del tiempo, los equipos multidisciplinares, el alto nivel de distracciones, los múltiples trasposos, el predominio de la comunicación no verbal y la escasez de recursos destinados a la documentación (22). Todo ello dificulta el intercambio adecuado de información y compromete la continuidad de los cuidados y la seguridad del paciente. Los trasposos de pacientes, una parte esencial del proceso comunicativo en urgencias requiere una atención especial. Se recomienda estandarizar tanto el formato como el contenido de estos trasposos, realizarlos en espacios protegidos, libres de ruido y distracciones, para minimizar los riesgos asociados (62) y además es fundamental fortalecer la comunicación dentro de los equipos asistenciales, promoviendo un ambiente colaborativo y fomentando la comunicación abierta, el intercambio de conocimientos y el compromiso colectivo con la seguridad del paciente (16,62).

La saturación en urgencias se entiende como la necesidad de servicios de urgencias que excede los recursos disponibles para la atención al paciente constituyendo un riesgo bien conocido para la seguridad del paciente (43). Este problema ya se ha abordado y está evidenciado que la omisión de cuidados de enfermería se relaciona con una disminución en la calidad de la atención, un incremento del riesgo de eventos adversos, menor satisfacción por parte de los pacientes y una mayor duración de la estancia hospitalaria (11,20,22,43).

En Corea, un estudio basado en la percepción de eventos adversos asociados a la práctica enfermera encontró tasas más elevadas de eventos adversos en comparación con otros estudios de Europa y Norteamérica. Las caídas de pacientes (58%) y los errores de medicación (34,3%), las infecciones nosocomiales (52,5%) y las úlceras por presión (43,7%) fueron los eventos adversos más identificados (63).

El estudio de Amritzer et al. reveló que casi la mitad del personal de enfermería percibía la seguridad del paciente en los servicios de urgencias como deficiente (43). Al igual que el estudio de Min que reportó que una proporción importante de sus participantes tenía una percepción negativa de la seguridad del paciente en su unidad e informaba de una frecuencia elevada de eventos adversos como errores en la administración de medicamentos y caídas con lesiones. Este mismo estudio identificó una asociación

negativa entre la omisión de cuidados y la seguridad del paciente, así como una asociación positiva con estos eventos adversos (10).

También Labrague demuestra la importancia de la actitud ante los cuidados como predictor en la disminución de la omisión de cuidados de enfermería y la ocurrencia de eventos adversos en los pacientes(11).

Las revisiones de Recio Saucedo y Kalankova también afirman que los cuidados omitidos de enfermería están relacionados con eventos adversos de seguridad del paciente como úlceras por presión, errores de medicación, infecciones nosocomiales, caídas de pacientes, incidentes críticos, reingreso hospitalario de 30 días y mortalidad (12,39). Sin embargo, advierten que la validez comparativa entre estudios puede verse limitada debido al sesgo presente en los instrumentos de medición y al carácter autoinformado de la mayoría de los datos recogidos, sesgo presente también en nuestro estudio lo que supone una limitación.

En contraste con los hallazgos anteriores, en el presente estudio el 83,3% de los participantes perciben que la aparición de eventos adversos relacionados con la práctica de enfermería no compromete la seguridad del paciente, según los resultados de la escala EAAPE. Esta percepción podría deberse a que los profesionales afirman realizar con alta frecuencia prácticas de enfermería orientadas a prevenir los eventos adversos. Por otro lado, al analizar la posible asociación entre los cuidados omitidos y estos eventos adversos, no se ha encontrado una relación suficientemente sólida que respalde lo observado en otros estudios.

Considerando la moderada incidencia de cuidados omitidos y de eventos adversos desde la perspectiva enfermera descrita en nuestro estudio, podemos llegar a una conclusión similar que la referida en el estudio de Labrague con enfermeras de Filipinas en la que la baja incidencia de atención omitida sugiere que las enfermeras de urgencias pueden priorizar y abordar las necesidades de los pacientes con prontitud, lo que reduce el riesgo de eventos adversos(21).

Finalmente, una mayor concienciación sobre la omisión de cuidados de enfermería permite establecer prioridades asistenciales adecuadas para garantizar la calidad de atención y la seguridad del paciente en los servicios de urgencias.

9. Conclusiones

Como conclusión, el presente estudio evidencia una omisión moderada de cuidados en el área de urgencias del HCB desde la perspectiva enfermera, esta omisión es más frecuente en los cuidados de necesidades básicas y emocionales del paciente. Por lo contrario, se priorizaban aquellas tareas orientadas a necesidades agudas y de riesgo vital. Los motivos de estas omisiones incluyen la sobrecarga asistencial, situaciones de emergencia y problemas en la comunicación dentro del equipo asistencial. A pesar de la percepción moderada de cuidados omitidos, no se encontró una asociación sólida entre estos y la aparición de incidentes de seguridad del paciente desde la perspectiva enfermera.

La hipótesis planteada aquí se confirma parcialmente, aunque los resultados indican como una de las causas de omisión de cuidados la sobrecarga asistencial y la falta de recursos humanos, no se ha evidenciado una percepción de eventos adversos elevada ni una asociación sólida que los relacione con los MNC . Esto nos sugiere, que, a pesar de las dificultades organizativas, el personal es capaz de priorizar las prácticas que protegen la seguridad del paciente.

Aún y así, los profesionales de enfermería en urgencias deben ser capaces de atender de manera integral, segura y con calidad a los pacientes, incluso en un entorno caracterizado por la urgencia, la imprevisibilidad y la alta presión asistencial. Para lograrlo es fundamental promover un entorno laboral que se adapte a los picos de demanda del servicio de urgencias, reforzar la comunicación dentro del equipo asistencial y fortalecer la cultura de seguridad del paciente. Estas pueden ser estrategias que ayuden a mitigar la omisión de cuidados y prevenir posibles eventos adversos de seguridad del paciente, así como mejorar la calidad asistencial.

10. Limitaciones del estudio y futuras líneas de investigación

10.1. Limitaciones

Este estudio presenta algunas limitaciones que podrían afectar la generalización de sus hallazgos. Una de las principales limitaciones es el sesgo de autoinforme, ya que todas

las variables relacionadas con la atención de enfermería omitida y los eventos adversos se basan en la percepción de los participantes, en lugar de observaciones directas o la recopilación de datos objetivos sobre los eventos adversos.

Los cuestionarios en línea suelen tener una tasa de respuesta baja, pudiendo causar un sesgo si los participantes que responden no representan adecuadamente al total del personal de enfermería del Área de urgencias. También existe el riesgo de que el cuidado omitido sea percibido como algo punitivo, lo que, a pesar de la anonimidad del cuestionario, podría influir en las respuestas. La percepción de un evento adverso puede verse afectada por factores individuales, como el nivel de estrés o la experiencia del profesional, lo que puede hacer que los resultados obtenidos no reflejen con precisión la realidad objetiva.

Al tratarse de un estudio de corte transversal, no es posible establecer relaciones causales, sino solo asociaciones. Esto significa que, aunque se observe una asociación entre los cuidados omitidos y los eventos adversos, no se puede concluir que los cuidados omitidos sean la causa directa de dichos eventos. Además, al recopilarse los datos en un solo momento, es posible que no se reflejen de manera exacta las variaciones en la percepción o la situación de los cuidados omitidos y los eventos adversos a lo largo del tiempo.

Otro factor limitante es que, al ser un estudio unicéntrico, los resultados pueden no ser generalizables a otros hospitales o contextos, lo que constituye un sesgo institucional. Este sesgo podría superarse mediante la realización de estudios similares en otros centros con características semejantes.

Aunque la utilización de una herramienta estandarizada como la encuesta MISSCARE (validada en español como OMICE) es una fortaleza del estudio, también presenta una limitación, ya que dicha encuesta fue desarrollada para medir los cuidados perdidos en el ámbito hospitalario en general, y no está específicamente adaptada al área de urgencias, donde las tareas y prioridades pueden diferir.

Finalmente, otra limitación es que no se ha logrado el número mínimo de participantes necesarios para obtener una muestra representativa que permita generalizar los resultados.

10.2. Futuras líneas de investigación

Como futuras líneas de investigación se plantean varias posibilidades que podrían ampliar y enriquecer el tema de estudio. Una de ellas sería ampliar la investigación a otros hospitales con distintos contextos geográficos o sistemas de salud, permitiendo realizar generalizaciones más robustas o comparar las prácticas de los distintos servicios de urgencias. Por otro lado, sería interesante investigar estrategias para reducir la omisión de cuidados como programas de capacitación para el personal, desarrollo de herramientas que permitan prever los picos de aumento de carga asistencial y adaptar los recursos humanos a ello, uso de aplicaciones para la planificación y organización de los cuidados específico en servicios de urgencias, analizando su efectividad o el impacto que podría tener sobre los eventos adversos de seguridad del paciente y a su vez permitiría realizar un análisis objetivo de los cuidados omitidos.

Otra línea de investigación con un cariz más cualitativo podría centrarse en explorar las distintas percepciones de cuidados omitidos y sus causas, y cómo estos impactan en el bienestar emocional, estrés y satisfacción laboral de los profesionales de enfermería en el ámbito de urgencias.

Sería de interés también, conocer la percepción de los pacientes y su experiencia en los servicios de urgencias en lo referente a cuidados de enfermería, y determinar si su visión coincide con la del personal de enfermería, o incluso evaluar cómo los cuidados omitidos influyen en la satisfacción general del paciente de la atención recibida en urgencias.

Estas posibles líneas de investigación ayudarían a ampliar el conocimiento sobre los cuidados omitidos en urgencias permitiendo ofrecer posibles soluciones y estrategias para mejorar la calidad de la atención, mejorando la seguridad del paciente y el bienestar de profesionales y pacientes.

11. Bibliografía

1. Rodríguez Abrahantes TN, Abrahantes AR. Dimensión ética del cuidado de enfermería. Rev Cubana Enferm. julio de 2018;(34(3)):735-48.
2. Báez-Hernández FJ, Nava-Navarro V, Ramos-Cedeño L, Medina-López OM. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. Aquichan [Internet]. 2009 [citado 18 de diciembre de 2024];9(2):127-34. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=es
3. Milián García N, Cuerpo San Mateo M, Milián García D, Skrypnychuk Untilova T, Solanas Gracia L, Sánchez Pastor S. La importancia de la calidad de los cuidados de enfermería en las instituciones sanitarias. Rev San Invest [Internet]. 19 de marzo de 2023 [citado 18 de diciembre de 2024];4(3). Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-importancia-de-la-calidad-de-los-cuidados-de-enfermeria-en-las-instituciones-sanitarias/>
4. Lima F da SS, Souza NPG, Freire de Vasconcelos P, Aires de Freitas CH, Bessa Jorge MS, De Souza Oliveira AC. Implicaciones de la seguridad del paciente en la práctica del cuidado de enfermería. Enf Glob [Internet]. 2014 [citado 30 de diciembre de 2024];13(35):293-309. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000300017&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Urueña Tovar JJ, Tavera Trujillo JA, Gámez Vargas JJ, Uyuco Cadena DD. Cuidados Perdidos de Enfermería en Diferentes Servicios Hospitalarios: Estudio Multiservicio. Ciencia Latina Rev Cient Multidiscip [Internet]. 21 de noviembre de 2024 [citado 26 de noviembre de 2024];8(5):9461-78. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/14330>
6. Ruiz Palma V, Aranda Gallardo M. Protocolo de estudio: Impacto de implementar una app para notificar eventos adversos en urgencias hospitalarias. Enfermería Cuidándote [Internet]. 2021 [citado 18 de diciembre de 2024];4(2):2-16. Disponible en: <https://enfermeriacuidandote.com/article/view/4292/4693>

7. Labrague LJ. Emergency room nurses' caring ability and its relationship with patient safety outcomes: A cross-sectional study. *Int Emerg Nurs* [Internet]. 1 de febrero de 2024 [citado 3 de mayo de 2025];72:101389. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1755599X23001283?geftft_integrator=wiley&pes=vor&utm_source=wiley
8. Cruz da Silva S, Xavier Morais B, Lopes Munhoz O, Dal Ongaro J, de Souza Urbanetto J, Solange Bosi de Souza Magnago T. Cultura de seguridad del paciente, cuidados de enfermería omitidos y sus razones en obstetricia. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2021 [citado 30 de diciembre de 2024];29:e3461. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4855.3461>.
9. Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. *J Adv Nurs* [Internet]. 1 de julio de 2009 [citado 19 de diciembre de 2024];65(7):1509-17. Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.sabidi.urv.cat/doi/full/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x>
10. Min A, Yoon YS, Hong HC, Kim YM. Association between nurses' breaks, missed nursing care and patient safety in Korean hospitals. *J Nurs Manag* [Internet]. 1 de noviembre de 2020 [citado 16 de noviembre de 2024];28(8):2266-74. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jonm.12831>
11. Labrague LJ, De los Santos JAA, Tsaras K, Galabay JR, Falguera CC, Rosales RA, et al. The association of nurse caring behaviours on missed nursing care, adverse patient events and perceived quality of care: A cross-sectional study. *J Nurs Manag* [Internet]. 1 de noviembre de 2020 [citado 16 de noviembre de 2024];28(8):2257-65. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31660656/>
12. 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. *J Clin Nurs*. 2018;27 (13-14):2248-59.

13. Jones TL, Hamilton P, Murry N. Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *Int J Nurs Stud.* 1 de junio de 2015;52(6):1121-37.
14. Papathanasiou I, Tzenetidis V, Tsaras K, Zyga S, Malliarou M. Missed Nursing Care; Prioritizing the Patient's Needs: An Umbrella Review. *Healthcare (Basel).* 2024;12(2):224.
15. Chiappinotto S, Papastavrou E, Efstathiou G, Andreou P, Stemmer R, Ströhm C, et al. Antecedents of unfinished nursing care: a systematic review of the literature. *BMC Nurs [Internet].* 1 de diciembre de 2022 [citado 6 de diciembre de 2024];21(1). Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/35698217/>
16. Chaboyer W, Harbeck E, Lee BO, Grealish L. Missed nursing care: An overview of reviews. *Kaohsiung J Med Sci.* 2021;37(2):82-91.
17. Sarpong AA, Arabiat D, Gent L, Afrifa-Yamoah E, Towell-Barnard M. Nurses' perception of missed nursing care in a Western Australian teaching hospital: A cross-sectional study. *Collegian.* 2023 [citado 26 de octubre de 2024]; Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2023.05.005i>
18. Dabney BW, Kalisch BJ, Clark M. A revised MISSCARE survey: Results from pilot testing. *Appl Nurs Res.* 2019;50:151202.
19. Arıkan A, Esenay FI. Missed nursing care in pediatric emergency departments in Turkey: A cross-sectional study. *App Nurs Res.* 2023;72:151699.
20. Rooddehghan Z, Karimi H, Mohammadnejad E, Sayadi L, Haghani S, Karimi R. Missed nursing care in emergency departments: a cross-sectional descriptive study. *BMC Emerg Med.* 2024;24(1).
21. Labrague LJ. Emergency room nurses' caring ability and its relationship with patient safety outcomes: A cross-sectional study. *Int Emerg Nurs.* 1 de febrero de 2024;72:101389.

22. Duhalde H, Bjuresäter K, Karlsson I, Bååth C. Missed nursing care in emergency departments: A scoping review. *Int Emerg Nurs.* 2023;69.
23. Willis E, Brady C. The impact of “missed nursing care” or “care not done” on adults in health care: A rapid review for the Consensus Development Project. *Nurs Open* [Internet]. 1 de marzo de 2021 [citado 6 de diciembre de 2024];9(2):862. Disponible en: <https://pmc-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/articles/PMC8859051/>
24. Kalisch BJ, Xie B. Errors of Omission: Missed Nursing Care. *West J Nurs Res* [Internet]. 27 de agosto de 2014 [citado 7 de enero de 2025];36(7):875-90. Disponible en: <https://journals-sagepub-com.sabidi.urv.cat/doi/full/10.1177/0193945914531859>
25. Valderrama Charry LD, Rojas Beltrán JP. Enfermería eje central de la seguridad del paciente: desde los indicadores de calidad del cuidado. *Rev Cultura Cuid Enfermería* [Internet]. 2019 [citado 18 de diciembre de 2024];16(2):19-31. Disponible en: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/cultura/article/view/5850/5424>
26. López Pérez GP, Venegas Mera B, Abril Beltrán RE, Santos Marcillo NA, Toasa Ortiz FP, Rivera Núñez LA, et al. Gestión de enfermería: estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente. *Portal SOAR: Sapienza Open Access Repository.* 22 de septiembre de 2023;2(EBOA02).
27. Garrido PG, Madrid Rodríguez A, De Lillo L, Pinto EV, Gargallo Burriel E, De Crrespondencia A. Seguridad del paciente y eventos adversos en niños y adolescentes hospitalizados. *Barcelona: SEPIH;* 2023 abr.
28. Martínez-Sabater A, Saus-Ortega C, Masiá-Navalon M, Chover-Sierra E, Ballestar-Tarín ML. Spanish Version of the Scale «Eventos Adversos Asociados às Práticas de Enfermagem» (EAAPE): Validation in Nursing Students. *Nurs Rep.* 2022;12(1):112-24.
29. Figueiredo ML de, D’Innocenzo M, Figueiredo ML de, D’Innocenzo M. Eventos adversos relacionados con las prácticas asistenciales: una revisión integradora.

- Enfm Glob [Internet]. 1 de julio de 2017 [citado 12 de marzo de 2025];16(47):605-50. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000300605&lng=es&nrm=iso&tlng=es
30. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS 2005).Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
 31. Ministerio de Sanidad. Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP) [Internet]. 2020 [citado 8 de marzo de 2025]. Disponible en:
<https://sinasp.es/>
 32. Fundación Avedis Donabedian. Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP). Incidentes de seguridad notificados en 2023. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024 [citado 18 de diciembre de 2024]. Disponible en:
<https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/financiacionEstudios/sistemasInformacionNotificacion/incidentesEASNS/docs/SINASP2023.pdf>
 33. Kalisch BJ, Williams RA. Development and Psychometric Testing of a Tool to Measure Missed Nursing Care. J Nurs Adm [Internet]. 2009 [citado 19 de diciembre de 2024];39(5):211-9. Disponible en:
<https://www.jstor.org/stable/26819718>
 34. Hernández Cantoral A, Zárate Grajales RA. Hospital magnético: Escenario ideal que garantiza calidad del cuidado y la satisfacción laboral en enfermería. Rev Enferm Univ ENEO-UNAM . 2011;8(2):25-32.
 35. Kalisch BJ, Lee KH. Missed nursing care: Magnet versus non-Magnet hospitals. Nurs Outlook [Internet]. septiembre de 2012 [citado 8 de enero de 2025];60(5). Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/22824471/>
 36. Kalisch BJ, Xie B, Dabney BW. Patient-Reported Missed Nursing Care Correlated With Adverse Events. Am J Med Qual [Internet]. 12 de septiembre de 2014 [citado

- 8 de mayo de 2025];29(5):415-22. Disponible en: <https://journals-sagepub-com.sabidi.urv.cat/doi/10.1177/1062860613501715>
37. Kalisch BJ, Doumit M, Lee KH, Zein J El. Missed nursing care, level of staffing, and job satisfaction: Lebanon versus the united states. *J Nurs Adm* [Internet]. mayo de 2013 [citado 8 de mayo de 2025];43(5):274-9. Disponible en: https://journals-lww-com.sabidi.urv.cat/jonajournal/fulltext/2013/05000/missed_nursing_care,_level_of_staffing,_and_job.7.aspx
 38. Kalisch BJ, Lee KH. Congruence of perceptions among nursing leaders and staff regarding missed nursing care and teamwork. *J Nurs Adm* [Internet]. octubre de 2012 [citado 8 de mayo de 2025];42(10):473-7. Disponible en: https://journals-lww-com.sabidi.urv.cat/jonajournal/fulltext/2012/10000/congruence_of_perceptions_among_nursing_leaders.7.aspx
 39. Kalánková D, Kirwan M, Bartoníčková D, Cubelo F, Žiaková K, Kuručová R. Missed, rationed or unfinished nursing care: A scoping review of patient outcomes. *J Nurs Manag*. 1 de noviembre de 2020;28(8):1783-97.
 40. Imam A, Obiesie S, Gathara D, Aluvaala J, Maina M, English M. Missed nursing care in acute care hospital settings in low-income and middle-income countries: a systematic review. *Hum Resour Health* [Internet]. 1 de diciembre de 2023 [citado 6 de diciembre de 2024];21(1). Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/36918941/>
 41. Kohanová D, Solgajová A, Cubelo F. The association of teamwork and missed nursing care in acute care setting: A mixed-methods systematic review. *J Clin Nurs* [Internet]. 1 de agosto de 2024 [citado 13 de marzo de 2025];33(9):3399-413. Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/38661121/>
 42. Algin A, Yesilbas H, Kantek F. The Relationship Between Missed Nursing Care and Nurse Job Satisfaction: A Systematic Review and Meta-Analysis. *West J Nurs Res* [Internet]. 1 de diciembre de 2024 [citado 13 de marzo de 2025]; Disponible en:

- https://journals-sagepub-com.sabidi.urv.cat/doi/10.1177/01939459241292038?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed
43. Amritzer MA, Göransson KE, Berg LM, Nymark C. A New Perspective on Missed Nursing Care in the Emergency Department: A Descriptive Cross-Sectional Study. *J Emerg Nurs*. 1 de mayo de 2024;50(3):392-402.
 44. Calculadora del tamaño de la muestra | SurveyMonkey [Internet]. [citado 27 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://es.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/>
 45. Utzet M, Martín U. Las encuestas online y la falsa ilusión de la n grande. A propósito de una encuesta sobre la eutanasia en profesionales médicos. *Gac Sanit* [Internet]. 3 de marzo de 2021 [citado 19 de marzo de 2025];34(5):518-20. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.07.009>
 46. Arroyo Menéndez M, Finkel L. Encuestas por Internet y nuevos procedimientos muestrales. *Panorama Soc*. 2019;30(2):41-53.
 47. Rey Luque O. Validación del instrumento MISSCARE al español (España) como herramienta de monitorización de la calidad y la seguridad de los cuidados en pacientes hospitalizados. [Tesis]. Tenerife: Universidad de La Laguna; 2017.
 48. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos [Internet]. 2024 [citado 27 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
 49. Hernández-Cruz R, Moreno-Monsiváis MG, Cheverría-Rivera S, Díaz-Oviedo A. Factors influencing the missed nursing care in patients from a private hospital. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 10 de julio de 2017 [citado 28 de noviembre de 2024];25:e2877. Disponible en: <https://www.scielo-br.sabidi.urv.cat/j/rlae/a/M8SGCXz64zrJ3KWg7HsvpGP/?lang=en>

50. Mainz H, Tei R, Andersen KV, Lisby M, Gregersen M. Prevalence of missed nursing care and its association with work experience: A cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud Adv* [Internet]. 1 de junio de 2024 [citado 4 de mayo de 2025];6:100196. Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/38746807/>
51. Labrague LJ, Cayaban AR. Association Between Patient Safety Culture and Missed Nursing Care in Healthcare Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Adv Nurs* [Internet]. 2025 [citado 13 de marzo de 2025]; 0:1–13. Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/39846428/>
52. Ministerio de Sanidad de España. Situación laboral y necesidades percibidas por las enfermeras en España [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024 dic [citado 2 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/cuidadosEnSalud/investigacionDatos/docs/Situacion_laboral_y_necesidades_enfermeras_2024.pdf
53. Viana Santana LT, Pollo CF, de Morais JF, Deplacido de Leo AF, de Freitas JP, de Oliveira C, et al. Association between the practice environment and missed nursing care in the emergency room. *Int Emerg Nurs* [Internet]. 1 de junio de 2025 [citado 4 de mayo de 2025];80:101609. Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/40239426/>
54. Inostroza-Cisternas VP, Cabello-Montero NA, Guijuelos-Lefenda YDG, Inostroza-Cisternas VP, Cabello-Montero NA, Guijuelos-Lefenda YDG. Cuidados perdidos de enfermería. Revisión sistemática. *ARS medica (Santiago)* [Internet]. 24 de septiembre de 2024 [citado 28 de noviembre de 2024];49(3):62-70. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-18552024000300062&lng=es&nrm=iso&tlng=es
55. Li M, Wang Y, Du M, Wang H, Liu Y, Richardson BN, et al. Working Hours Associated with the Quality of Nursing Care, Missed Nursing Care, and Nursing Practice Environment in China: A Multicenter Cross-Sectional Study. *J Nurs Manag* [Internet]. 1 de enero de 2023 [citado 17 de noviembre de 2024];2023(1):8863759. Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.sabidi.urv.cat/doi/full/10.1155/2023/8863759>

56. 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]. 1 de noviembre de 2020 [citado 9 de enero de 2025];28(8):2216-29. Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.sabidi.urv.cat/doi/full/10.1111/jonm.13040>
57. Berdida DJE, Alhudaib N. Linking patient safety, caring behaviours and professional self-efficacy with missed nursing care among Filipino emergency room nurses: A structural equation model study. *J Clin Nurs* [Internet]. 2024 [citado 4 de mayo de 2025];00:1-13. Disponible en: [/doi/pdf/10.1111/jocn.17393](https://doi/pdf/10.1111/jocn.17393)
58. Mainz H, Buus AAØ, Laugesen B, Voldbjerg SL, Kusk KH, Grønkjær M. Missed Nursing Care in Danish Hospitals: A National Survey. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 25 de junio de 2025 [citado 4 de mayo de 2025];39(2). Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/40275787/>
59. Gong F, Mei YC, Wu M, Tang C. Global reasons for missed nursing care: a systematic review and meta-analysis. *Int Nurs Rev* [Internet]. 1 de marzo de 2025 [citado 13 de marzo de 2025];72(1):e13096. Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/39789750/>
60. Granados-Plaza M, Gea-Caballero V, Martí-Ejarque M del M, Ferré-Grau C. Association of Nursing Practice Environment on reported adverse events in private management hospitals: A cross-sectional study. *J Clin Nurs* [Internet]. 1 de octubre de 2021 [citado 11 de febrero de 2025];30(19-20):2990-3000. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocn.15806>
61. Albsoul RA, FitzGerald G, Hughes JA, Ahmed Alshyyab M. Missed nursing care and complexity theory: a conceptual paper. *J Res Nurs* [Internet]. 1 de diciembre de 2021 [citado 6 de diciembre de 2024];26(8):809. Disponible en: <https://pmc-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/articles/PMC8894754/>

62. Amaniyan S, Faldaas BO, Logan PA, Vaismoradi M. Learning from Patient Safety Incidents in the Emergency Department: A Systematic Review. *J Emerg Med.* 1 de febrero de 2020;58(2):234-44.
63. Kang JH, Kim CW, Lee SY. Nurse-perceived Patient Adverse Events and Nursing Practice Environment. *J Prev Med Public Health [Internet].* 1 de septiembre de 2014 [citado 3 de mayo de 2025];47(5):273-80. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4186549/>

12. Cronograma

ACTIVIDADES	OCT 2024	NOV 2024	DIC 2024	ENE 2025	FEB 2025	MAR 2025	ABR 2025	MAY 2025	JUN 2025	OCT 2025
Revisión bibliográfica y estado actual del tema										
Diseño del proyecto.										
Elaboración de materiales.										
Presentación del proyecto al CEIm.										
Recogida de datos										
Análisis de datos										
Redacción de resultados y discusión										
Entrega TFM. Redacción de artículo y defensa										
Publicación y presentación en congresos										

Tabla 8. Cronograma. Elaboración propia

13. Presupuesto

Los costes económicos derivados del desarrollo de la presente investigación se detallan a continuación:

- Recursos humanos:
 - Enfermera, con dedicación exclusiva a la investigación durante un año.

- Estadístico para el análisis estadístico de los resultados de la investigación.
- Traductor para la difusión de los resultados obtenidos de la investigación.
- Recursos materiales:
 - Ordenador portátil con conexión a internet y con el software necesario para la redacción y el análisis de los datos (Microsoft Office y Jamovi®) e impresora.
 - Material de oficina (papel, tinta, bolígrafos..)
- Difusión:
 - Inscripción a congresos y jornadas
 - Traslados y alojamiento en congresos y jornadas
 - Publicación en revistas científicas de impacto

CONCEPTO	PRECIO UNIDAD	PRECIO TOTAL
Recursos humanos		
Enfermera	2500 €	30000 €
Estadístico	2500 €	2500€
Traductor	1000 €	1000€
Recursos materiales		
Ordenador portátil	900 €	900€
Impresora	120 €	120 €
Material de oficina	100 €	100 €
Difusión de resultados		
Asistencia a jornadas y congresos	2000€	6000€
Publicación en revistas científicas de impacto	1000€	3000€
TOTAL		43620 €

Tabla 9. Presupuesto. Elaboración propia

14. Anexos

Anexo I. Tablas de frecuencia

Característica	Categoría	n	%	Media (DE)
Edad (años)	20–29	5	20.8%	39 (11.3) Mínimo: 23 Máximo.: 59
	30–39	8	33.3%	
	40–49	5	20.8%	
	≥50	6	25.0%	
Género	Masculino	3	12.5%	
	Femenino	21	87.5%	
	Otro	0	0.0%	
Puesto de trabajo	Enfermera	21	87.5%	
	TCAE	3	12.5%	
Sede de trabajo HCB	Villarroel	4	16.7%	
	Plató	20	83.3%	
Nivel educativo máximo alcanzado (Enfermera y TCAE)	Téc. Grado Medio	2	8.3%	
	Téc. Grado Superior	1	4.2%	
	Título universitario	7	29.2%	
	Máster	14	58.3%	
	Doctorado	0	0.0%	
Contrato laboral	Eventual	2	8.3%	
	Interino	4	16.7%	
	Fijo	18	75.0%	
Horas semanales	<35	6	25.0%	
	35–38	16	66.7%	
	38–40	2	8.3%	
	>40	0	0.0%	
Turno trabajo	Fines de semana	3	12.5%	
	Mañana	5	20.8%	
	Tarde	3	12.5%	
	Noche	13	54.2%	
Experiencia profesión	≤6 meses	0	0.0%	
	6 meses–2 años	2	8.3%	
	2–5 años	3	12.5%	
	5–10 años	6	25.0%	
	>10 años	13	54.2%	
Tiempo urgencias actual	≤6 meses	1	4.2%	
	6 meses–2 años	3	12.5%	
	2–5 años	5	20.8%	
	5–10 años	4	16.7%	
	>10 años	11	45.8%	
Horas extras (3 meses)	Ninguna	8	33.3%	
	1–12 h	7	29.2%	
	>12 h	9	37.5%	
Ausencias por enfermedad, accidente...(3 meses)	Ninguna	19	79.2%	
	1 día /turno	1	4.2%	
	2–3 día /turno	2	8.3%	
	4–6 día /turno	1	4.2%	
	>6 día /turno	1	4.2%	
Previsión abandono puesto de trabajo	En 6 meses	1	4.2%	
	En 1 año	1	4.2%	
	No	20	83.3%	
	Depende	2	8.3%	
Dotación personal adecuada	100% tiempo	4	17.4%	
	75% tiempo	12	52.2%	
	50% tiempo	4	17.4%	
	25% tiempo	2	8.7%	
	Nunca	1	4.3%	

Carga asistencial excesiva en relación con el tipo de paciente y dotación personal	100% tiempo	2	8.3%	
	75% tiempo	4	16.7%	
	50% tiempo	8	33.3%	
	25% tiempo	8	33.3%	
	Nunca	2	8.3%	
Pacientes/turno	<5	4	16.7%	9.21 (7.65) Mínimo: 3 Máximo: 40
	5–10	13	54.2%	
	>10	7	29.2%	
Ingresos realizados				3.75 (3.18) Min.0 Max. 12
Altas realizadas				4.83 (3.56) Min.0 Max. 13

Tabla A1. Características sociodemográficas y laborales de los participantes. Elaboración propia.

	Satisfecho, Algo satisfecho y Muy satisfecho (%)	Insatisfecho y Muy insatisfecho (%)
Satisfacción con el puesto actual	91.7	8.3
Satisfacción como enfermera/TCAE	95.8	4.2
Satisfacción con trabajo en equipo	100%	0.0

Tabla A2. Satisfacción en los profesionales de enfermería. Elaboración propia.

Anexo II. Conformidad Coordinación Asistencial de Urgencias

Barcelona, 10 de Gener de 2025

Benvolgut/da

Per mitjà de la present, jo, Noemí Hernández Sánchez, Coordinadora Assistencial de l'Àrea d'Urgències de l'Hospital Clínic de Barcelona, comunico que estem informats de la realització del Projecte *"En los pacientes que acuden a Urgencias del Hospital Clínic de Barcelona según el personal de enfermería de urgencias, ¿cuáles son los cuidados omitidos, sus causas y qué eventos adversos provocan?"* que serà executat per la professional Raquel Franco de la Rubia.

Quedem atents a qualsevol consulta addicional o requeriment que sorgeixi durant el desenvolupament del mateix.

Atentament



Noemí Hernández

Coordinadora d'Urgències

Hospital Clínic de Barcelona

Anexo III. Solicitud uso de instrumentos a sus autores

Instrumento OMICE

 Óscar Rey Luque
 Para: Raquel Franco De La Rubia
 Lun 23/12/2024 12:41
 Respondió el Lun 23/12/2024 15:27.

Buenos días Raquel:

Por supuesto que puedes hacer uso del cuestionario.

Quedo a su entera disposición.

Un saludo.

El dom, 22 dic 2024 a las 18:54, Raquel Franco De La Rubia (<raquel.franco@estudiants.urv.cat>) escribió:

Buenas tardes,

Mi nombre es Raquel Franco de la Rubia, enfermera del Hospital Clinic de Barcelona y estudiante del Máster de Inversión en Ciencias de la Enfermería de la Universidad Rovira i Virgili, estoy enfocando mi tesina de fin de máster en los cuidados omitidos en los servicios de urgencias y la seguridad del paciente, y para ello me gustaría utilizar su versión del cuestionario MISSCARE validado en su tesis doctoral, motivo por el cual le escribo para solicitar su permiso para utilizarlo.

Espero su respuesta y quedo a su disposición para cualquier duda o aclaración.

Muchas gracias y un saludo.

Raquel Franco de la Rubia

Estudiant Màster Universitari Investigació Ciències de la Infermeria

--

Prof. Dr. D. Óscar Rey Luque

oreyluqu@ull.edu.es


Móvil: +34 696 990 057



Aviso de confidencialidad

Este mensaje puede contener información confidencial o legalmente protegida. El acceso a su contenido por personas distintas a las destinatarias no está autorizado. Por otro lado, el tratamiento desautorizado de datos de carácter personal puede suponer una infracción de la normativa vigente en Protección de Datos. Si usted ha recibido este mensaje por error, le informamos que la utilización, divulgación o reproducción de su contenido sin autorización está prohibida en virtud de la legislación vigente. En tal caso deberá comunicarlo al remitente y proceder de manera inmediata a su destrucción, así como la de cualquier documento adjunto al mismo. Gracias por su colaboración.

Escala EAAPE

 Elena Chover
 Para: Raquel Franco De La Rubia
 Dom 29/12/2024 17:46
 Respondió el Lun 30/12/2024 11:08.

Estimada Raquel

En primer lugar, disculpa por la tardanza en responder, pero es lo que tienen estos días. Ves un correo y no respondes inmediatamente y luego ya no te sientas al ordenador en una semana y te despistas.

Claro que puedes utilizar el instrumento, sin problemas, siempre referenciando su origen y todas esas cosas

Mucha suerte con tu trabajo y feliz entrada en 2025

> Buenas tardes,

>

> Mi nombre es Raquel Franco de la Rubia, enfermera del Hospital Clinic de Barcelona y estudiante del Máster de Inversión en Ciencias de la Enfermería de la Universidad Rovira i Virgili, estoy enfocando mi tesina de fin de máster en los cuidados omitidos en los servicios de urgencias y la seguridad del paciente, y para ello me gustaría utilizar su versión en español de la escala EAAPE en los anexos de su estudio publicado en la revista nursing reports, motivo por el cual le escribo para solicitar su permiso para utilizarlo.

>

> Espero su respuesta y quedo a su disposición para cualquier duda o aclaración.

>

> Muchas gracias y un saludo

>

> Raquel Franco de la Rubia

>

> Estudiant Màster Universitari Investigació Ciències de la Infermeria

Anexo IV. Aprobación CEIM Hospital Clínic de Barcelona



Villarroel 170
08036 Barcelona (Spain)
T. +34 93 227 54 00
www.clinicbarcelona.org

DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS

ANA LUCIA ARELLANO ANDRINO, Secretario del **Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Hospital Clínic de Barcelona**

Certifica:

Que este Comité ha evaluado la propuesta del promotor, para que se realice el estudio:

CÓDIGO:

DOCUMENTOS CON VERSIONES:

Tipo	Subtipo	Versión
Protocolo		versión 2. 13/03/2025
Hoja Información de Paciente		Versió 2 de 13.03.2025

TÍTULO: Análisis de los cuidados omitidos en urgencias y su impacto en la seguridad del paciente desde la perspectiva enfermera.

PROMOTOR:

INVESTIGADOR PRINCIPAL: RAQUEL FRANCO DE LA RUBIA

y considera que, teniendo en cuenta la respuesta a las aclaraciones solicitadas (si las hubiera), y que:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles.
- La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.
- Que se han evaluado la compensaciones económicas previstas (cuando las haya) y su posible interferencia con el respeto a los postulados éticos y se consideran adecuadas.
- Que dicho estudio se ajusta a las normas éticas esenciales y criterios deontológicos que rigen en este centro.
- Que dicho estudio cumple con las obligaciones establecidas por la normativa de investigación y confidencialidad que le son aplicables.
- Que dicho estudio se incluye en una de las líneas de investigación biomédica acreditadas en este centro, cumpliendo los requisitos necesarios, y que es viable en todos sus términos.

Este CEIm acepta que dicho estudio sea realizado, debiendo ser comunicado a dicho Comité Ético todo cambio en el protocolo o acontecimiento adverso grave.

y hace constar que:

1º En la reunión celebrada el día 13/02/2025, acta 3/2025 se decidió emitir el informe correspondiente al estudio de referencia.

2º El CEIm del Hospital Clínic i Provincial, tanto en su composición como en sus PNTs, cumple con las normas de EMA/CHMP/ICH/135/1995

Reg. HCB/2025/0101

Mod_04 (V4 de 18/06/2018)

Página 1/2

/Salut

3º Listado de miembros:

- **Presidente:**
- JOSEP MARÍA MIRÓ MEDA (Médico Enfermedades Infecciosas, HCB)
- **Vicepresidente:**
- JULIO DELGADO GONZÁLEZ (Médico Hematólogo, HCB)
- **Secretario:**
- ANA LUCIA ARELLANO ANDRINO (Médico Farmacólogo Clínico, HCB)
- **Vocales:**
- JOSE RIOS GUILLERMO (Estadístico. Plataforma Estadística Médica. HCB)
- OCTAVI SANCHEZ LOPEZ (Representante de los pacientes)
- MARIA JESÚS BERTRAN LUENGO (Médico Epidemiólogo, HCB)
- JOAQUÍN SÁEZ PEÑATARO (Médico Farmacólogo Clínico, HCB)
- SERGI AMARO DELGADO (Médico Neurólogo, HCB)
- EDUARD GUASCH CASANY (Médico Cardiólogo, HCB)
- MARINA ROVIRA ILLAMOLA (Farmacéutico Atención Primaria, CAP Eixample)
- PAU ALCUBILLA PRATS (Médico Farmacólogo Clínico, HCB)
- JOSE TOMAS ORTIZ PEREZ (Médico Cardiólogo, HCB)
- ELENA CALVO CIDONCHA (Farmacéutica Hospitalaria, HCB)
- CECILIA CUZCO CABELLOS (Enfermera, HCB)
- PAULA MARTÍN FARGAS (Abogada, HCB)
- SALVATORE BRUGALETTA (Médico Cardiólogo, HCB. Miembro del CEA, HCB)
- XAVIER CANALS-RIERA (Ingeniero Telecomunicaciones)
- JOSEP DÍAZ CORT (Licenciado en Ciencias Físicas. Catedrático en Informática)
- GASPARE MESTRES ALOMAR (Médico, Angiología, Cirugía Vasculat, HCB)
- MARTA FRANCH SAGUER (Abogada)
- ANNA MARÍA GUIJARRO PÉREZ (Servicio de Atención a la Ciudadanía, HCB)
- BEGOÑA ROMAN MAESTRES (Doctor en Filosofía)
- LINA LEGUIZAMO MARTÍNEZ (Médico Farmacólogo Clínico, HCB)
- MIREIA DALMASES CLERIES (Médico Neumólogo, HCB)

En el caso de que se evalúe algún proyecto del que un miembro sea investigador/colaborador, este se ausentará de la reunión durante la discusión del proyecto.

Para que conste donde proceda, y a petición del promotor,

Firmado por ANA LUCIA
ARELLANO ANDRINO -
DNI ***9042** el día

Barcelona, a 25 de abril de 2025

Reg. HCB/2025/0101

Mod_04 (V4 de 18/06/2018)

Página 2/2

/Salut

Anexo V. Hoja de información al participante

HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

TÍTULO DEL ESTUDIO: Análisis de los cuidados omitidos en urgencias y su impacto en la seguridad del paciente desde la perspectiva enfermera.

INVESTIGADOR PRINCIPAL : Raquel Franco de la Rubia

rfranco@clinic.cat

CENTRO: Hospital Clínic de Barcelona

INTRODUCCION

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por un Comité de Ética de la Investigación, de acuerdo con la legislación vigente, Ley de Investigación Biomédica 14/2007.

Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

La atención de enfermería omitida se define como cualquier aspecto del cuidado necesario para el paciente que es omitido o retrasado, ya sea en parte o en su totalidad. Es cada vez más reconocido que la atención de enfermería omitida es una realidad que sucede en entornos clínicos, especialmente en aquellos con altas cargas de trabajo, escasez de recursos o tiempo. Y se considera una amenaza emergente para la seguridad del paciente y la calidad de atención a nivel internacional, y a su vez, tiene un impacto en los profesionales de enfermería a nivel de satisfacción laboral.

Es importante que se realicen un mayor número de investigaciones sobre este tema para comprenderlo mejor y desarrollar estrategias eficaces que eviten estas omisiones y que garanticen una atención segura y de calidad.

Realizar este estudio permitirá identificar las causas de los cuidados omitidos y su relación con los eventos adversos directamente vinculados a la práctica enfermera, proporcionando información valiosa para implementar medidas correctivas y estrategias preventivas. Todo ello contribuirá a mejorar la calidad asistencial en los servicios de urgencias, beneficiando tanto a los pacientes como a los profesionales de la salud.

Le invitamos a participar en este estudio mediante la realización del siguiente formulario ONLINE que consiste en la realización de un cuestionario y una escala (cuestionario OMICE relacionado con los cuidados omitidos y la escala EAAPE para el análisis de eventos adversos asociados a la práctica enfermera), estos tienen como objetivo conocer cuáles son los cuidados que se pierden en los pacientes que acuden al servicio de urgencias del Hospital Clínic de Barcelona y sus causas desde la perspectiva del profesional de enfermería y si consideran que existe una relación con eventos adversos de seguridad del paciente.

Su participación es completamente voluntaria y anónima y no se recogerán datos que puedan identificarle, como su nombre o dirección de correo electrónico. Los resultados serán tratados de forma agregada y no será posible vincular sus respuestas con su identidad.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

La participación en esta investigación no supone ningún coste ni riesgo para el participante, ni se recibirá ninguna compensación económica de la participación del estudio aquí especificado.

CONFIDENCIALIDAD

El Hospital Clínic de Barcelona, con CIF 0802070C, como responsable del tratamiento de sus datos, le informa que el tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los participantes se ajustará al cumplimiento del Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en cuanto al tratamiento de datos personales y la libre circulación de datos, y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. La base legal que justifica el tratamiento de sus datos es el consentimiento que da en este acto, conforme a lo establecido en el artículo 9 del Reglamento UE 2016/679 .

Los datos recogidos para estos estudios se recogerán identificados únicamente mediante un código, por lo que no se incluirá ningún tipo de información que permita identificar a los participantes.

Su identidad no estará al alcance de ninguna otra persona a excepción de requerimiento legal. Podrán tener acceso a su información personal identificada, las autoridades sanitarias, el Comité de Ética de Investigación y personal autorizado por el promotor del estudio, cuando sea

necesario para comprobar datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de acuerdo con la legislación vigente.

Si se realizara una transferencia de datos codificados fuera de la UE, ya sea a entidades relacionadas con el centro hospitalario donde usted participa, a prestadores de servicios o a investigadores que colaboren con el investigador principal, sus datos quedarán protegidos por salvaguardas como contratos u otros mecanismos establecidos por las autoridades de protección de datos.

Además de los derechos que ya contemplaba la legislación anterior (acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, supresión en el nuevo Reglamento) ahora también puede limitar el tratamiento de datos que sean incorrectos, solicitar una copia o que se trasladen a un tercero (portabilidad) los datos que usted ha facilitado para el estudio. Para ejercitar estos derechos, o si desea saber más sobre confidencialidad, deberán dirigirse al investigador principal del estudio o al Delegado de Protección de Datos del Hospital Clínic de Barcelona a través de protecciodades@clinic.cat. Así mismo tienen derecho a dirigirse a la Agencia de Protección de Datos si no quedara satisfecho/a.

Los datos ya recogidos no se pueden eliminar, aunque usted abandone el estudio, para garantizar la validez de la investigación y cumplir con los deberes legales.

El Investigador y el Promotor están obligados a conservar los datos recogidos para el estudio al menos hasta 5 años tras su finalización. Posteriormente, la información personal solo se conservará por el centro para el cuidado de su salud y por el promotor para otros fines de investigación científica si el paciente hubiera otorgado su consentimiento para ello, y si así lo permite la ley y requisitos éticos aplicables.

Al firmar la hoja de consentimiento adjunta, se compromete a cumplir con los procedimientos del estudio que se le han expuesto.

Anexo VI. Hoja de consentimiento informado

HOJA DE CONSENTIMIENTO DE PARTICIPANTE

Título del estudio: Análisis de los cuidados omitidos en urgencias y su impacto en la seguridad del paciente desde la perspectiva enfermera.

Versión y fecha del protocolo: versión 2, 13/03/2025

- He leído la hoja de información que se me ha entregado sobre el estudio.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio vía mail al investigador principal (Raquel Franco de la Rubia).
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria y anónima.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - Cuando quiera.
 - Sin tener que dar explicaciones.

De conformidad con lo que establece el Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 26 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en cuanto al tratamiento de datos personales y la libre circulación de datos, y a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, declaro haber sido informado de la existencia de un fichero o tratamiento de datos de carácter personal, de la finalidad de la recogida de éstos y de los destinatarios de la información.

Comprendo que mi participación es ANÓNIMA y VOLUNTARIA y doy libremente mi conformidad para participar en este estudio.

- ACEPTO
- RECHAZO

Anexo VII. Hoja de recogida de datos

¿EN QUÉ CONSISTE?

Para participar en el estudio deberá contestar al siguiente cuestionario que consta de tres apartados:

Una primera parte para recoger datos relacionados con las variables sociodemográficas, una segunda parte referente a los cuidados omitidos y otra a los eventos adversos de seguridad del paciente.

El segundo apartado se trata del cuestionario OMICE (versión validada al español del instrumento MISSCARE Survey de B. J. Kalisch, 2009, por Oscar Rey Luque e IENFERCAN, 2017), está compuesto por dos secciones y está relacionada con los cuidados omitidos:

✓ Sección A: 28 ítems donde se preguntan sobre los cuidados omitidos utilizándose para el intervalo de respuestas una escala de tipo Likert que va de 1 a 5, donde 1 es “siempre se omite” y 5 “nunca se omite”.

✓ Sección B: 19 ítems que abarcan los motivos por los que se percibe la omisión del cuidado, utilizándose para el intervalo de respuestas una escala tipo Likert de 1 a 4, donde 1 hace referencia a “motivo muy importante” y 4 “no es un motivo para la percepción de la omisión del cuidado”.

El tercer apartado es la escala EAAPE (Escala de Análisis de Eventos Adversos Asociados a Prácticas de Enfermería) validada al español por Martínez-Sabater en 2022, esta cuenta con un total de 55 ítems divididos en dos subescalas: una denominada "prácticas de enfermería" que detallan aspectos del proceso de cuidado de enfermería y otra denominada "riesgo y ocurrencia de eventos adversos" referente a los posibles resultados adversos de la intervención de enfermería. Los ítems de cada subescala se responderán utilizando una escala de tipo Likert de cinco puntos, donde 1 es “Nunca” y 5 es “Siempre”.

OMISIÓN DE CUIDADOS ENFERMEROS

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

1. Edad: _____ años
2. Género: masculino femenino otro
3. Puesto de trabajo:
 Enfermería (Diplomatura/Grado) TCAE
4. Mi nivel educativo máximo alcanzado:
 Título técnico de grado medio
 Título técnico de grado superior
 Título universitario grado/diplomado
 Máster
 Doctorado
5. Situación laboral:
 Eventual Interino Fijo
6. Indique el número de horas que habitualmente trabaja a la semana (marque solo una):
 < 35 horas semanales
 35-38 horas semanales
 38-40 horas semanales
 > 40 horas semanales
7. Sede del Hospital Clínic de Barcelona donde trabaja mayoritariamente:
 Sede Villarroel Sede Plató
8. Turno de trabajo
 Fines de semana diurno
 Turno de mañana
 Turno de tarde
 Turno de noche
9. Años de experiencia en la profesión
 6 meses o menos
 Entre 6 meses y 2 años
 Entre 2 y 5 años
 Entre 5 y 10 años
 > 10 años

10. Experiencia en el puesto de trabajo que ocupa en la actualidad:
- 6 meses o menos
 - Entre 6 meses y 2 años
 - Entre 2 y 5 años
 - Entre 5 y 10 años
 - > 10 años
11. En los últimos 3 meses, ¿cuántas horas extras ha trabajado?
- Ninguna
 - 1-12 horas
 - más de 12 horas
12. En los últimos 3 meses, ¿cuántos días o turnos de trabajo ha faltado debido a enfermedad, lesión o accidente?
- Ninguno
 - 1 día/turno
 - 2-3 días /turnos
 - 4- 6 días /turnos
 - Más de 6 días/turnos
13. ¿ Tiene previsto dejar su puesto de trabajo actual?
- En los próximos 6 meses
 - En el próximo año
 - No tengo previsto dejarlo
 - Depende del tipo de contrato
14. ¿ Con qué frecuencia cree que la dotación de personal en urgencias es la adecuada?
- 100% del tiempo
 - 75% del tiempo
 - 50% del tiempo
 - 25% del tiempo
 - Nunca
15. ¿Con qué frecuencia cree que la carga asistencial es excesiva en relación con el tipo de paciente y dotación de personal?
- 100% del tiempo
 - 75% del tiempo
 - 50% del tiempo
 - 25% del tiempo
 - Nunca

16. En el turno actual o en el último turno que trabajó:

- a) ¿Cuántos pacientes ha atendido? ____
- b) ¿Cuántos ingresos ha recibido? ____
- c) ¿Cuántas altas ha realizado? (incluido los traslados a otras unidades) ____

Por favor, marque una respuesta para cada una de las preguntas:

17. ¿Cuál es su grado de satisfacción con su puesto actual?

- Muy satisfecho Satisfecho Indiferente Insatisfecho Muy satisfecho

18. Independientemente de su trabajo actual. ¿cuál es su grado de satisfacción como enfermero o TCAE?

- Muy satisfecho Satisfecho Indiferente Insatisfecho Muy satisfecho

19. ¿Cuál es su grado de satisfacción con respecto el nivel de trabajo en equipo de esta unidad?

- Muy satisfecho Satisfecho Indiferente Insatisfecho Muy satisfecho

Sección A: Omisión de cuidados enfermeros

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

	Siempre se omite	Frecuentemente se omite	Ocasionalmente se omite	Raramente se omite	Nunca se omite
1) Hacer caminar o deambular a los pacientes tres veces al día según indicación					
2) Cambios posturales a los pacientes cada 2 horas o según indicación					
3) Dar de comer a los pacientes cuando la comida está todavía caliente					
4) Preparar y ofrecer la comida a los pacientes que comen solos.					
5) Administrar medicación en un plazo de 30 minutos antes o después de la hora programada.					
6) Evaluar las constantes vitales según indicación					
7) Supervisar y controlar las ingestas/excreciones					

8)Cumplimentar toda la documentación con los datos necesarios					
9)Dar educación sanitaria y proporcionar al paciente información sobre su enfermedad, pruebas y estudios diagnósticos					
10)Apoyar emocionalmente al paciente					
11)Apoyar emocionalmente a los familiares					
12)Higiene/baño/cuidados de la piel de los pacientes					
13)Cuidado bucal de los pacientes					
14)Lavado de manos del profesional encargado del cuidado					
15) Planificación y coordinación con familiares y/u otros niveles asistenciales del alta del paciente					
16) Control de la glucemia capilar conforme a la prescripción.					
17) Evaluación de pacientes en cada turno					
18) Reevaluación según el estado de los pacientes.					
19) Evaluación y cuidados de las vías venosas periféricas conforme a las directrices del servicio u hospital					
20) Evaluación y cuidados de las vías venosas centrales conforme a las directrices del servicio u hospital					
21) Responder a la llamada de los pacientes o timbres en los primeros 5 minutos desde su activación					
22) Administrar medicación prescrita a demanda del paciente (según precise) en los primeros 15 minutos desde que la solicita					
23) Evaluar el efecto o la efectividad de los medicamentos administrados.					
24) Asistir a reuniones interdisciplinarias de equipo relacionados con el cuidado de los pacientes, cuando se celebren.					
25) Asistencia a las necesidades de eliminación de los pacientes dentro de los 5 minutos desde su solicitud					
26) Cuidado de la piel y de las heridas					
27) Cuidados relacionados con el patrón de sueño-descanso (respeto de los horarios)					
28) Cuidados relacionados con el patrón respiratorio (por ejemplo, manejo de secreciones,					

administración de aerosoles, fisioterapia respiratoria)					
---	--	--	--	--	--

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

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

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

14) Tensión o problemas de comunicación con el PERSONAL MÉDICO				
15) El auxiliar de enfermería no comunica que no se ha proporcionado el cuidado				
16) El profesional responsable del cuidado estaba fuera de la unidad				
17) Elevada carga de trabajo por ingresos y altas hospitalarias				
18) Problemas de funcionamiento o lentitud de los sistemas informáticos				
19) Excesiva carga en labores administrativas				

ESCALA EAAPE

(Escala de Análisis de Eventos Adversos Asociados a Prácticas de Enfermería)

Los eventos adversos relacionados con los cuidados de salud son aquellos incidentes inesperados o no deseados que ocurren como resultado de fallos u omisiones en la atención sanitaria, no por la enfermedad del paciente. Estos eventos pueden causar daños al paciente, incluyendo lesiones permanentes o incluso la muerte, lo que incrementa la morbilidad, mortalidad, duración de la hospitalización y los costos asociados, afectando de manera significativa a los sistemas de salud.

Marque únicamente una casilla para cada uno de los siguientes ítems en base a la impresión que usted tiene sobre la frecuencia de ocurrencia en su unidad de urgencias de los siguientes eventos adversos asociados a los cuidados de enfermería:

CATEGORÍA	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1. PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA					
Vigilancia/seguimiento clínico					
Los pacientes están correctamente vigilados					
Las alteraciones en el estado clínico son adecuadamente detectadas					
Defensa de los derechos del paciente					
Las/los enfermeras/os se erigen como verdaderas/os "defensores" de los intereses del paciente y la familia					
Las/los enfermeras/os cuestionan la práctica de otros profesionales cuando está en juego el interés del paciente					
Las/los enfermeras/os respetan la privacidad del paciente					

Las/los enfermeras/os respetan la confidencialidad del paciente					
Las/los enfermeras/os delegan funciones de enfermería en otros profesionales menos preparados					
Caídas					
El riesgo de caídas es evaluado en todos los pacientes de acuerdo con el protocolo establecido.					
Los procedimientos de prevención de caídas se ajustan teniendo en cuenta la evaluación del riesgo.					
La vigilancia del paciente se ajusta al riesgo evaluado.					
Úlceras por presión					
Al inicio del ingreso se realiza una evaluación clínica global (grado de movilidad, incontinencia urinaria/fecal, alteraciones de la sensibilidad, alteraciones del estado de conciencia, patología vascular, estado nutricional).					
Se realiza la inspección periódica de la piel en zonas de riesgo o de úlceras previas.					
Se utilizan escalas de estratificación de riesgo (escalas de Braden y/o de Norton).					
Se implementan medidas preventivas ajustadas a los factores de riesgo.					
Los cuidados generales de la piel se adecúan a las necesidades identificadas.					
El soporte nutricional se ajusta a las necesidades.					
Las posiciones/movilizaciones se ajustan a las necesidades de la persona.					
Errores durante la preparación de la medicación					
Se producen errores en la preparación de la medicación por:					
Existencia de medicamentos con nombre o envase semejantes					
Hay muchos medicamentos pautados en el mismo horario.					
El servicio de farmacia envía un medicamento equivocado.					
El medicamento no está disponible en el momento oportuno.					
La enfermera/el enfermero es interrumpida/o durante la actividad.					
Distracción de la enfermera/del enfermero.					
Errores durante la administración de la medicación					
Se producen errores en la administración de fármacos por:					
Fallos en la comunicación sobre cambios en la ubicación de los pacientes (cambio de cama...).					
Fallos en la comunicación medico/a-enfermera/o sobre modificaciones en la prescripción.					
Fallos en la comunicación (prescripción médica oral o por teléfono).					

Fallos en la comunicación (fallo de registro de la administración anterior).					
Incorrecta identificación del medicamento preparado.					
Incumplimiento de los procedimientos de identificación del paciente.					
Fallos en la ejecución de la técnica de administración.					
Errores en el control de la medicación					
Se producen errores en la vigilancia de los ritmos de perfusión.					
Se producen errores en la vigilancia de los efectos de la medicación.					
Infección asociada a los cuidados de salud (IACS)					
El lavado de manos se realiza: Antes y después del contacto con el paciente.					
El lavado de manos se realiza: Antes de procedimientos que exijan asepsia.					
El lavado de manos se realiza: Después del contacto con sangre o fluidos corporales.					
Los Equipos de Protección Individual (EPI) se seleccionan y ajustan a los procedimientos a realizar.					
En la manipulación del material cortopunzante se evitan procedimientos inadecuados como doblar o recapsular agujas, tras su utilización.					
Los objetos cortopunzantes (agujas, hojas de bisturí, etc.) son depositados en contenedores rígidos, localizados cerca del lugar de utilización.					
La ubicación de los pacientes se realiza de acuerdo con la susceptibilidad inmunológica y condición clínica del paciente (ej. Aislamiento de acuerdo con las necesidades)					
Los residuos hospitalarios son objeto del tratamiento apropiado, en función del grupo al que pertenece.					
La ropa sucia es clasificada en el lugar de procedencia, acondicionada en bolsa apropiada y transportada a la lavandería en carro cerrado.					
2. EVENTOS ADVERSOS					
Vigilancia/seguimiento clínico					
Existe riesgo de que el estado del paciente sufra complicaciones o empeoramiento por déficit de vigilancia					
Existe riesgo de agravamiento/complicaciones del estado del paciente por seguimiento clínico inadecuado					
Existe riesgo de agravamiento/complicaciones del estado del paciente por falta de defensa de los intereses del paciente					
Existe riesgo de agravamiento/complicaciones del estado del paciente por la delegación de funciones de enfermería en personal menos preparado					

Caídas y úlceras de presión					
Existe riesgo de caídas en los pacientes.					
Se producen caídas de los pacientes.					
Existe riesgo de aparición de úlceras por presión.					
Aparecen úlceras por presión.					
Errores relacionados con la medicación					
Existe el riesgo de aparición de errores en la medicación.					
Se producen errores en la medicación					
Infección asociada a los cuidados de salud (IACS)					
Existen riesgos de que se produzcan infecciones.					
Se producen infecciones asociadas a los cuidados de salud.					
Percepción General (en mi servicio)					
La aparición de eventos adversos asociados a la práctica de enfermería compromete la seguridad del paciente.					
Los eventos adversos asociados a la práctica pueden ser evitados.					

¡MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!