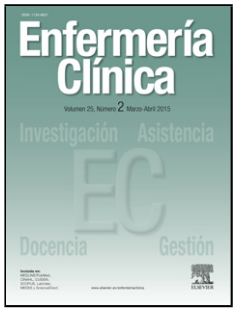
Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.

Journal Pre-proof



“Cuidados perdidos” y calidad de los cuidados durante la Pandemia por la Covid-19: factores y estrategias influyentes

Noemí Obregón-Gutiérrez PhD Salut Puig-Calsina Anna Bonfill-Abella Laura Forrellat-González Mireia Subirana-Casacuberta PhD

PII: S1130-8621(21)00109-1

DOI: https://doi.org/doi:10.1016/j.enfcli.2021.06.003

Reference: ENFCLI 1848

To appear in: *Enfermeria Clinica*

Received Date: 8 February 2021

Accepted Date: 18 June 2021

Please cite this article as: Obregón-Gutiérrez N, Puig-Calsina S, Bonfill-Abella A, Forrellat-González L, Subirana-Casacuberta M, “Cuidados perdidos” y calidad de los cuidados durante la Pandemia por la Covid-19: factores y estrategias influyentes, *Enfermeria Clinica* (2021), doi: https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.06.003

This is a PDF file of an article that has undergone enhancements after acceptance, such as the addition of a cover page and metadata, and formatting for readability, but it is not yet the definitive version of record. This version will undergo additional copyediting, typesetting and review before it is published in its final form, but we are providing this version to give early visibility of the article. Please note that, during the production process, errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

© 2020 Published by Elsevier.

Journal Pre-proof

"Cuidados perdidos" y calidad de los cuidados durante la Pandemia por la Covid-19: factores y estrategias influyentes.

"Care left undone" and quality of care during the COVID-19 pandemic: Influential factors and modulating strategies

Titulo abreviado:

Análisis de la calidad de los cuidados durante la pandemia por la COVID-19

AUTORES

Noemí Obregón-Gutiérrez PhD [a], Salut Puig-Calsina [b], Anna Bonfill-Abella[c], Laura Forrellat-González[d], Mireia Subirana-Casacuberta PhD[e]

FILIACIÓN INSTITUCIONAL

[a] Director of Nursing. Nursing Department, Parc Taulí Hospital Universitari, Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí I3PT, Universitat Autònoma de Barcelona, Sabadell, Spain. E-mail: nobregon@tauli.cat

[b] Nurse Manager, Parc Taulí Hospital Universitari, Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí I3PT, Universitat Autònoma de Barcelona, Sabadell, Spain. E-mail: spuigc@tauli.cat

[c] Clinical Nurse, Parc Taulí Hospital Universitari, Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí I3PT, Universitat Autònoma de Barcelona, Sabadell, Spain. E-mail: Abonfill@tauli.cat

[d] Clinical Nurse, Parc Taulí Hospital Universitari, Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí I3PT, Universitat Autònoma de Barcelona, Sabadell, Spain. E-mail: Lforrellat@tauli.cat

[e] Chief Nursing Officer Manager. Parc Taulí Hospital Universitari, Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí I3PT, Universitat Autònoma de Barcelona, Sabadell, Spain and Research Group on Methodology, Methods, Models and Health and social Outcomes (M3O). Faculty of Health Science and Welfare. Centre for Health and Social Care Research (CESS). University of Vic-Central University of Catalonia (UVIC-UCC). C. Sagrada Família, 7. 08500, Vic, Barcelona, Spain. E-mail: msubiranac@tauli.cat

AUTOR RESPONSABLE PARA LA CORRESPONDENCIA.

Mireia Subirana Casacuberta PhD. ; Parc Taulí University Hospital, Parc del Taulí, 1, 08208 Sabadell, E-mail: msubiranac@tauli.cat ,Telephone: 615159980

Journal Pre-proof

FINANCIACIÓN

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses Todas las personas que figuran como autores han participado lo suficiente en el trabajo como para asumir la responsabilidad pública por el contenido del manuscrito. Este artículo no ha recibido financiación de Instituciones Públicas o Privadas

AGRADECIMIENTOS

Un agradecimiento muy especial a las enfermeras que han participado en el estudio. Agradecerles su compromiso y profesionalidad, y el gran trabajo desarrollado durante la atención a los pacientes en el difícil contexto de la Pandemia por la COVID-19.

ABSTRACT: Objective: To analyze the quality of care provided during the COVID-19 pandemic, identifying what care has been prioritized and factors that have influenced such care. Background: Given the need to adapt care due to the pandemic, nurses may have been subjected to factors that have negatively affected them, however it has also been possible to find actions that have enabled nurses to maintain the quality of care provided. Method: Exploratory study with a sample of 225 nurses. Data collection was performed using a self-assessment of the care provided, the 'Care Left Undone' Scale, and ad hoc questionnaire for demographic variables. Results: The mean rate of missed care was 5.76. Significant differences were identified according to age, professional experience, field of specialty and personal and professional strategies. Conclusion:

Journal Pre-proof

Both personal and professional feelings, characteristics, and strategies have an effect in the perception of quality of care provided and missed care during the pandemic.

Keywords: Missed nursing care; Nurse; Care left undone; Missed care; COVID-19.

RESUMEN: Objetivo: Analizar la calidad de los cuidados brindados durante la Pandemia por Covid-19, identificando que cuidados se han priorizado y los factores que han influido. Antecedentes: ante la situación de adaptación de los cuidados exigidos por la Pandemia, las enfermeras han podido estar sometidas a factores que hayan afectado de manera negativa, pero también se han podido encontrar estrategias que hayan permitido mantener la calidad de los cuidados. Método: Estudio descriptivo con muestra de conveniencia de 225 enfermeras que atendieron a pacientes con COVID_19. Para la recogida de datos se emplea un cuestionario ad hoc de variables personales y laborales, una autovaloración de los cuidados y la escala "Care Left Undone". Resultados: La tasa media de cuidados perdidos ha sido de 5,76 (DS 3,1). Se identifican diferencias significativas en función de la edad, experiencia profesional y del cambio de estructura y de especialidad. Las estrategias que se asocian de manera significativa con mayor valoración de la calidad de los cuidados estuvieron relacionadas con la cohesión del equipo, evitar la despersonalización, búsqueda activa de información, estrategias de control de estrés y de pensamiento positivo. Se han identificados sentimientos, características y estrategias personales y profesionales, que influyen tanto en la percepción de la calidad como en la pérdida de cuidados durante la atención a la pandemia.

Palabras claves: Cuidados enfermería; COVID-19, Enfermería, Atención de enfermería.

Que se conoce:

Ante la situación de adaptación de los cuidados exigidos por la Pandemia, las enfermeras han estado sometidas a factores laborales, personales y profesionales que han dificultado la capacidad de cuidar.

Que aporta:

Nuestro estudio identifica características personales, profesionales y emocionales que han actuado como facilitadores para mantener la calidad de los cuidados.

Journal Pre-proof

1 | INTRODUCCIÓN

El cuidado es el pilar básico de todos los Sistemas de Salud y existe un amplio cuerpo de evidencia que demuestra que los resultados en salud de las personas dependen, en gran medida, de los cuidados enfermeros que reciben (1,2). Esta asociación la encontramos evidenciada en una revisión sistemática de 102 estudios que concluye que el aumento de los niveles de atención enfermera registrada se asocia con tasas más bajas de mortalidad hospitalaria y menos eventos adversos (3). Además, los cuidados enfermeros velan por que la persona sea el centro de la atención, defendiendo la dignidad de la persona cuidada, mediante una relación de comunicación, respeto y colaboración (4,5). La Pandemia por la Covid-19 ha evidenciado aún más la importancia de los cuidados enfermeros. Diferentes informes de organismos oficiales han denunciado la escasez manifiesta de enfermeras durante la Pandemia como consecuencia de años de austeridad y recortes en contratación. Para afrontar esta alta demanda, siguiendo las medidas establecidas por el Real Decreto del Estado de Alarma (6), se modificaron las condiciones estructurales y laborales, y muchas enfermeras tuvieron que trabajar en especialidades diferentes a las suyas, con mecanismos de aislamiento físico y social que afectaron a la relación de cuidado y que, además, produjeron en muchas ocasiones, una priorización de los cuidados como respuesta a las altas necesidades de atención que se estaban produciendo (7). Esta priorización pudo desembocar en una pérdida de cuidados esenciales. El cuidado enfermero perdido se define como *"cualquier aspecto de la atención que requiera el paciente que se omite o retrasa significativamente*" (8), se clasifica dentro del error de omisión y fue conceptualizado como "missed nursing care" (MNC) (9,10,11) y como "Care left undone" (12). Los factores que según la bibliografía pueden llevar a perder cuidados enfermeros están relacionados con falta de recursos

Journal Pre-proof

laborales disponibles; de recursos materiales accesibles y con diversos factores de relación y comunicación que impactan en la capacidad de las enfermeras para brindar atención, como es el trabajo en equipo y la comunicación entre los miembros del equipo o el usuario/familia. (1,2,13,14).

La situación de Pandemia contiene todos los factores de riesgo para que se produzca una situación de pérdida de cuidados enfermeros. Y suma un factor nuevo derivado de la situación, que es el estrés psicológico personal del profesional que surge como respuesta a un evento global tan extraordinario. (7,15,16). Pero también encontramos en la bibliografía que pueden existir factores que actúen manteniendo la calidad de los cuidados, ya que están descritas características personales y profesionales de las enfermeras, del clima organizacional y el apoyo laboral recibido, que son identificadas como predictores significativos de la calidad de los cuidados. (17,18,19). Por todo ello, ante la situación de adaptación de los cuidados exigidos por la Pandemia, las enfermeras han podido estar sometidas a factores que hayan afectado de manera negativa a los cuidados prestados, pero también se han podido desarrollar conductas de adaptación positiva a la adversidad de la situación y encontrar acciones que hayan permitido mantener la calidad de los cuidados enfermeros dentro de este difícil contexto.

El objetivo del estudio es analizar la calidad de los cuidados brindados durante la Pandemia por Covid-19, identificando que cuidados se han priorizado y explorando factores y características personales, profesionales, emocionales o del entorno laboral que hayan podido influir en el cuidado.

2 | METODO

Journal Pre-proof

2.1 | Diseño del estudio

Estudio descriptivo y transversal retrospectivo, que valora la calidad autopercibida de los cuidados prestados por las enfermeras, y analiza los cuidados que se han dejado de hacer.

2.2 | Población y ámbito de estudio

La población de referencia fueron las enfermeras del Hospital Universitario [redacted] (809 enfermeras). Es un hospital de nivel III, con 780 camas, que en el pico de la pandemia 31/03 y 1/04 llego a tener ingresados 632 pacientes diagnosticados como COVID_19. Se determina una muestra de conveniencia de 225 enfermeras con el criterio de inclusión de haber trabajado directamente en la atención a los pacientes Covid_19. Para evitar pérdidas, la encuesta se envió a 240 enfermeras de las cuales 225 completaron el cuestionario.

2.3 | Variables

Se diseñó una encuesta que contenía 58 preguntas las cuales median las variables de estudio y que fueron agrupadas en los siguientes apartados:

- Valoración autopercibida de los cuidados prestados y del grado de autonomía de estos, mediante una escala analógica visual que iba de 0 al 10.
- Escala Care left undone: Se trata de un instrumento consensuado para la priorización de los cuidados del que derivan dos medidas de "atención perdida". Primero, la prevalencia de cualquier atención que se dejó sin hacer (medida binaria). En segundo lugar, una puntuación que indica el volumen de atención que queda sin hacer, al sumar el número de actividades marcadas por persona. (2,8,12)
- Cuestionario *ad hoc* donde se recogen datos sobre variables sociodemográficas, laborales, competenciales y afectación personal por la Covid-19.
- Listado de Identificación de sentimientos que las enfermeras han tenido mientras cuidaban en la situación de Pandemia, valorándose su prevalencia mediante el grado de acuerdo con las afirmaciones mediante una escala Likert del 1 al 10. Listado basado en el trabajo de Bao et al. (15).

Journal Pre-proof

- Listado de estrategias personales y profesionales adoptadas para favorecer los cuidados. Listado basado los trabajos de Bao et al. (15); Petzold et al. (16) y Wu et al. (19).

2.5 | Recogida de datos

La recogida de datos se realizó en mayo del 2020 y se pedía valorar los cuidados proporcionados en el periodo de máxima incidencia que en nuestro medio fue entre el 27 de marzo y el 8 de abril. La encuesta se envió mediante un hipervínculo a través del correo electrónico. El enlace integraba la información sobre el estudio, el consentimiento informado y la encuesta. Tras ello, los participantes firmaban el consentimiento y enviaban la encuesta cumplimentada a través de la Plataforma.

2.5 | Análisis de los datos

La descripción el perfil profesional de las enfermeras, la valoración de los cuidados, las emociones y las estrategias desarrolladas se realizó mediante estadísticas resumidas (media, DS, mediana, IQR, frecuencias y porcentajes). Se utilizaron estadísticas descriptivas para describir la prevalencia y la naturaleza de la atención que se dejó sin hacer. Se compararon grupos con alta valoración de los cuidados realizados (≥7) frente al grupo de baja valoración (<7), en relación con la pérdida de cuidados, emociones sentidas, barreras identificadas y estrategias profesionales y personales utilizados. Los análisis de significación se realizaron utilizando la prueba de correlación de Spearman y U de Mann-Whitney debido a la distribución no normal de las puntuaciones y las comparaciones de medianas entre más de dos grupos se ha realizado con la prueba no paramétrico de Kruskal-Wallis. La comparación de porcentajes de cuidados perdidos se realizó con la prueba de Chi cuadrado. Todos los análisis mencionados se realizaron con SPSS V.20.

2.6 | Consideraciones éticas

Journal Pre-proof

El estudio obtuvo la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica de [redacted] en abril 2020. Ref.2020623. Las participantes recibieron información sobre todos los aspectos relacionados con el estudio, la voluntariedad de este y la privacidad y confidencialidad de los datos

3 | RESULTADO

3.1 | Descripción de la muestra y valoración de los cuidados prestados.

225 enfermeras participaron en el estudio, con una edad media de 43.0 años (IQR: 15) y una media de experiencia profesional de 17.0 años (IQR:12). La valoración de la calidad aumentó, pasando de una puntuación mediana inicial de 6 (IQR= 4-7) hasta alcanzar en los momentos de finales de abril una valoración de la calidad de los cuidados de 8.1 (IQR =7-9). El incremento en el grado de calidad a lo largo de las semanas es un incremento estadísticamente significativo ($p<.05$). La percepción del grado de autonomía que han tenido las enfermeras para realizar estos cuidados ha obtenido una puntuación de 8 (IQR =7-9) sobre 10. Y la tasa media de cuidados perdidos ha sido de 5.7 (DS= 3.1).

El análisis de contraste realizado entre la valoración de los cuidados con las variables secundarias nos muestra una asociación significativa entre la valoración de la calidad de los cuidados iniciales que se realizaban, tanto para la edad ($p=.021$) como para los años de experiencia profesional ($p=.047$). También encontramos que las profesionales que han cambiado de entorno físico han tenido mayor grado de autonomía percibida que las profesionales que no han cambiado ($p=.009$). El cambio de horario, el ámbito de procedencia e incluso el tener desarrollar cuidados diferentes a los propios, no han producido cambios significativos ni en la valoración de los cuidados realizados ni en el grado de autonomía de los cuidados. (Tabla1)

Journal Pre-proof

3.2 | Cuidados perdidos, valoración de la calidad de los cuidados y relación con las variables personales y profesionales.

Las actividades identificadas con más frecuencia como perdidas se presentan en la tabla 2. También se presentan en la tabla la comparación de cuidados perdidos en función de la autovaloración de la calidad de los cuidados (Tabla2)

El volumen de atención que queda sin realizar se obtiene de la suma del número de actividades marcadas por persona. Este cálculo nos ofrece un volumen medio para nuestra población de estudio de 5.4 (DS=3.5). Al realizar el análisis inferencial, se identifican diferencias significativas en función del cambio de estructura (p= .002), del cambio de actividades asistenciales(p=.005), de la edad (p= .002) y experiencia laboral (p= .003). También existe una relación significativa entre la valoración de los cuidados finales y el grado de autonomía con la tasa de cuidados perdidos (p=0.010) /(p=0.021).

3.3 | Sentimientos y barreras identificados durante la prestación de cuidados

En cuanto al análisis de las emociones que han tenido las enfermeras mientras realizan estos cuidados y las barreras identificadas, se presentan en la Tabla 3. El análisis comparativo, en función del grado de calidad de los cuidados, nos muestra diferencias significativas en los sentimientos de competencia y crecimiento personal, que son más prevalentes en las enfermeras con valoración alta de los cuidados y que en el grupo de valoración menor, en el que es más prevalente el sentimiento de frustración. (Tabla3)

3.4 | Influencia de las estrategias personales y profesionales en la calidad de los cuidados prestados.

Journal Pre-proof

Las estrategias personales y profesionales más puntuadas se presentan en la Tabla 4. Encontramos diferencias significativas en las estrategias desarrolladas en función de la valoración de la calidad de los cuidados que se presentan también en la tabla 4.

4 | DISCUSION

Identificamos en nuestro estudio una autopercepción buena de la calidad de los cuidados prestados durante la Pandemia, y que se ha objetivado con los resultados de la escala de cuidados perdidos, en la que se obtiene un valor de 5.4. Al comparar este resultado con el estudio de Ball JE, et al. (12), encontramos concordancia, ya que valoraciones de cuidados calificados como buenos, se correlacionan con un rango de cuidados perdidos de entre 4.02 y 5.44. Las condiciones físicas y organizativas del trabajo han sido identificadas en la bibliografía como factores causales de perdida de cuidados. (12,13,14,20, 21).

En nuestro estudio identificamos también esta relación dentro del contexto de atención a la Pandemia, ya que encontramos que la pérdida de cuidados fue mayor en los casos de las enfermeras que tuvieron que cambiar de estructura física y de ámbito de trabajo. Respecto a qué cuidados esenciales se han dejado de hacer, igual que en los estudios de Ball et al. (14), Griffiths et al. (21) y Juvé-Udina et al. (22), se priorizaron los cuidados relacionados con las necesidades físicas más agudas (dolor, vigilancia y medicación) y las actividades psicosociales, las que se consideran burocráticas y las que requieren mucho tiempo, recibieron la menor prioridad. Al comparar el porcentaje de pérdida de los cuidados más prevalentes con el estudio de Ball et al. (12), vemos porcentajes similares en nuestra muestra de los cuidados con más pérdida: educación para la salud 54% versus Ball et al. 52%, registrar y planificar los cuidados 48% versus Ball et al. 47%, y hablar y reconfortar 48% versus Ball et al. 66%. Por el contrario, en los cuidados con menor pérdida, en nuestra muestra ha habido unas tasas mayores: el control del dolor 27% versus Ball et al. 7%, y la aplicación de cuidados y técnicas 30% versus Ball et al. 11%. Esta discrepancia puede ser debida a la elevada prevalencia de factores identificados como barreras y que también coinciden con factores identificados en la bibliografía como las causas más frecuentes de omisión de cuidados: ratios inadecuadas, sobrecarga de trabajo y el tiempo que precisa la intervención de enfermera (23,24). En el contexto de la Pandemia por la Covid-19, los tres factores son identificados en nuestro estudio

Journal Pre-proof

como barreras a los cuidados: *la sobrecarga que supone el tener que trabajar en condiciones de aislamiento, alta demanda de cuidados, las barreras físicas de los entornos rehabilitados que dificultan el trabajo.*

En cuanto a las características personales y la pérdida de cuidados y disminución de la calidad de estos, igual que en otros estudios (20,24,25,26) observamos un impacto significativo relacionado con la edad, experiencia y especialidad. Coincidiendo con Subirana M et al. (27) encontramos que la experiencia clínica se relaciona con una calidad mayor de los cuidados y mejores niveles de vigilancia. Y finalmente, encontramos, como en el estudio Du H. (20), una asociación entre mejores resultados en los cuidados y factores psicosociales como el soporte social, las actitudes positivas y la cohesión grupal.

En el análisis de las estrategias profesionales desarrolladas, las más valoradas tienen que ver con la cohesión grupal y el intercambio y búsqueda de conocimientos. Destaca la asociación significativa entre las valoraciones altas sobre los cuidados con las estrategias profesionales que buscan evitar la despersonalización y el poder mantener la comunicación con las familias, ya que surgen como solución a una de las principales barreras identificadas, el aislamiento físico y familiar del usuario. Esta búsqueda activa de soluciones coincide con el concepto responsabilidad personal que Drach-Zahavy (17) identifica en su estudio como un factor protector ante la pérdida de cuidados.

Finalmente, en cuanto a las estrategias personales empleadas por las enfermeras, coincidimos con Salvarani D. (28), quien asocia que las enfermeras con mayor capacidad de control de las emociones y mayor empática tienen menos distrés. En nuestro estudio, encontramos que, las enfermeras que han tenido valoraciones altas de los cuidados prestados identifican haber empleado con más frecuencia estrategias personales de control emocional, pensamiento positivo y haberse preocupado por el bienestar de sus compañeras.

Podemos así concluir, que las enfermeras de nuestro estudio reflejan que, a pesar de las dificultades identificadas en el estudio como barreras y la alta prevalencia de sentimientos como el miedo a infectar a sus familiares o la impotencia, han podido mantener la calidad de los cuidados prestados desarrollando estrategias personales y profesionales que les han ayudado, no solo a mantener, sino a aumentar la calidad de éstos. Conocer los factores que han influido sobre la relación del cuidado durante la

Journal Pre-proof

Pandemia por la Covid_19, puede ayudar a los gestores y planificadores de los servicios enfermeros, ante una situación de alta demanda de cuidados, a organizar los equipos de manera que se pueda paliar la pérdida de cuidados, diseñando estrategias de soporte, evitando la barreras identificadas y promocionando tanto las estrategias profesionales como las personales que se han identificado como protectoras del mantenimiento de la calidad de los cuidados

BIBLIOGRAFÍA:

1. Aiken L, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, Diomidous M, Kinnunen J, Kozka M, Lesaffre E, McHugh M, Moreno-Casbas M, Rafferty A, Schwendimann R, Scott P, Tishelman C, van Achterberg T, Sermeus W. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. Lancet. 2014;383(9931):1824–1830.
2. Aiken L, Sloane D, Bruyneel L, Van den Heede K, Sermeus W. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. Int. J. Nurs. Stud. 2012;50(2)
3. Kane RL, Shamliyan TA, Mueller C, Duval S, Wilt TJ. The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: systematic review and meta-analysis. Med Care. 2007 Dec;45(12):1195-204.
4. Watson J. Caring Theory as an Ethical Guide to Administrative and Clinical Practices, JONA's Healthcare Law, Ethics, and Regulation. Nursing Administration Quarterly. 2006 ; 8(3) : 87-93.
5. Watson J. Assessing and measuring caring in nursing and health sciences. New York: Springer Pub. Co. 2009.
6. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Publicado en: «BOE» núm. 67, de 14/03/2020
7. Jackson D, Bradbury-Jones C,Baptiste D, Neville S. Life in the pandemic: Some reflections on nursing in the context of COVID-19. Journal of Clinical Nursing. 2020; 29: 2041–2043.

Journal Pre-proof

8. Schubert M, Glass T, Clarke S, Aiken LH, Schaffert-Witvliet B, Sloane D M, De Geest S. Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: The Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. International Journal for Quality in Health Care. 2008; 20(4): 227– 237.
9. Kalisch BJ. Missed nursing care, A qualitative study. Journal of Nursing Care Quality. 2006; 21(4):306– 313
10. Kalisch BJ, Landstrom G L, Hinshaw A S. Missed nursing care: A concept analysis. Journal of Advanced Nursing. 2009; 65 (7):1509– 1517.
11. Kalisch B J, Williams R A. Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. Journal of Nursing Administration. 2009. 39(5): 211– 219
12. Ball JE, Murrells T, Rafferty A M, Morrow E, Griffiths P. Care left undone during nursing shifts: Associations with workload and perceived quality of care. British Medical Journal Quality & Safety. 2014. 23(2):116– 125.
13. Ausserhofer D, Zander B, Busse R, Schubert M, DeGeest S, Rafferty AM; RN4CAST Consortium . Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: Results from the multicounty cross-sectional RN4CAST study. BMJ Quality & Safety.2014; 23(2):126– 135.
14. Ball JE, Bruyneel L, Aiken LH, Sermeus W, Sloane DM, Rafferty AM, Lindqvist R, Tishelman C, Griffiths P; RN4Cast Consortium. Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study. Int J Nurs Stud. 2018 Feb;78:10-15.
15. Bao Y, Sun Y, Meng S. 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. Lancet. 2020; 395(10224): 37–38.
16. Petzold MB, Plag J, Ströhle A. Umgang mit psychischer Belastung bei Gesundheitsfachkräften im Rahmen der Covid-19-Pandemia. Nervenarzt.2020; 91:417–421.
17. Drach-Zahavy A , Srulovici E. Nurses' personal and ward accountability and missed nursing care: A cross-sectional study. Journal of Advanced Nursing.2017; 75(2): 163-171
18. Hart PL, Brannan JD, De Chesnay M. Resilience in nurses: an integrative review. Journal of Nursing Management. 2014; 22(6):720-34

Journal Pre-proof

19. Wu P, Fang Y, Guan Z. The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. The Canadian Journal of Psychiatry.2009; 54(5): 302–311.
20. Du H, Yang Y, Zang Y. A cross-sectional observational study of missed nursing care in hospitals in China. Journal of Nursing Management. 2020; 29. https://doi.org/10.1111/jonm.13112
21. Griffiths P, Maruotti A, Recio Saucedo A, Redfern O C, Ball J E, Briggs J, Missed Care Study Group. Nurse staffing, nurse assistants and hospital mortality: Retrospective longitudinal cohort study. British Medical Journal Quality and Safety.2019; 28:609– 617.
22. Juvé-Udina M-E, GonzálezSamartino M, López-Jiménez MM, et al. Acuity, nurse staffing and workforce, missed care and patient outcomes: A cluster-unit-level descriptive comparison. J Nurs Manag. 2020; 00:1–14.
23. Terry L Jones TL, Hamilton P, Murry N. Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review, International Journal of Nursing Studies.2015; 52 (6): 1121-1137
24. Kalisch B J, Lee K. Variations of nursing teamwork by hospital, patient unit, and staff characteristics. Applied Nursing Research.2013; 26: 2-9
25. .Dutra CKDR, Salles BG, Guirardello EB. Situations and reasons for missed nursing care in medical and surgical clinic units Rev Esc Enferm . 2019;53: PMID: 31433012
26. Carvalho de Lima J , Bauer de Camargo Silva AE , Larcher Caliri MH .Omission of nursing care in hospitalization unit. Rev Lat Am Enfermagem . 2020 Feb; 14(28)
27. Subirana M, Long A, Greenhalg J, Firth J. A realist logic model of the links between nurse staffing and the outcomes of nursing. Journal of Research in Nursing. 2014;19(1): 8-23.
28. Salvarani V, Rampoldi G, Ardenghi S, Bani M. Protecting emergency room nurses from burnout: The role of dispositional mindfulness, emotion regulation and empathy. Journal of Nursing Management. 2019; 27(4): 765-774

TABLAS

Tabla 1. Valoración de la calidad de los cuidados percibida y variables profesionales. (n=225).

Journal Pre-proof

n=225		CALIDAD INICIAL		CALIDAD FINAL		AUTONOMIA	
n%		mediana [IQR]	p	mediana [IQR]	p	mediana [IQR]	p
CAMBIO DE HORARIO							
NO	8.3 %	6.5[4.25-8]	.161‡	9 [7-10]	.382 ‡	8.5 [6-9]	.986‡
SI	91.6%	6 [4-7]		8 [7-9]		8 [7-9]	
CAMBIO DE ESTRUCTURA							
NO	47.4 %	6 [4.25-7]	.249‡	8 [7-9]	.331‡	8 [6.5-9]	**.009‡**
SI	52.6 %	6 [4-7]		8 [8-9]		8 [8-9]	
CAMBIO ESPECIALIDAD							
NO	39.6 %	5.7 [4.25-7]	.375‡	8.1 [7-9]	.516‡	7.8 [7-9]	.855‡
SI	60.4 %	5.4 [4.00-7]		8 [8-9]		7.8 [7-9]	
ESPECIALIDAD DE ORIGEN							
CUIDADOS INTENSIVOS	16.8%	4.5 [4-6.25]		9 [8-9]		9 [8-10]	
URGENCIAS	11.6 %	5.5 [4-6.25]		9 [7.7-10]		8 [7.7-9]	
ÁREA QUIRÚRGICA	26.5 %	6 [4-7.50]	.440§	8 [7.5-9]	.893§	8 [7-9]	.068§
HOSPITALIZACIÓN	28.4 %	6 [4.25-8.0]		8 [7-9]		8 [6-9]	
SOCIOSANITARIO	16.1 %	7 [5-7.00]		8 [7-9.5]		8 [6-8.5]	

† Pearson ‡ Mann Whitney § Kruskal Wallis // Nota: Significancia estadística se indica en negrita

Tabla 2. Prevalencia de cuidados perdidos y relación con la autovaloración de la calidad de los cuidados prestados. **(n=225).**

Cuidados perdidos	n%	CALIDAD CUIDADO <7	CALIDAD CUIDADO ≥7	p VALOR†

Journal Pre-proof

EDUCACIÓN SANITARIA	54%	50 %	54 %	.764
HIGIENE BOCA	51 %	69 %	49 %	.133
CUIDADO DE LA PIEL	51 %	75 %	48 %	***.042***
REGISTROS CUMPLIMENTADOS	49 %	62%	46%	.212
PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS	48%	81 %	44 %	***.005***
HABLAR Y RECONFORTAR	48 %	75 %	45 %	***.021***
ACTUALIZAR PLAN CUIDADOS	46%	56%	53 %	.47
CAMBIOS POSTURALES	43 %	75 %	42 %	***.011***
ADMINISTRAR MEDICACIÓN SIN RETRASO	41 %	37.5%	35.3%	.859
PREPARACIÓN ADECUADA DEL PACIENTE	33 %	69 %	27 %	***.009***
VIGILANCIA ADECUADA	32 %	13 %	26%	.23
TÉCNICAS Y TRATAMIENTOS	30 %	50 %	27 %	***.005***
CONTROL DEL DOLOR	27 %	56 %	24 %	***.006***

†*Chi square //* Nota: Significancia estadística se indica en negrita

Tabla 3. Comparativa entre sentimientos y barreras detectadas a los cuidados en función de la autovaloración de los cuidados prestados

	GLOBAL	CALIDAD CUIDADO <7	CALIDAD DE CUIDADO ≥7	p VALOR†
	mediana [IQR]	*mediana [IQR]*	*mediana [IQR]*	

Journal Pre-proof

SENTIMIENTOS	Miedo a infectar a familiares	10 [8-10]	10 [8,2-10]	10 [8-10]	,384
	Impotencia	9 [8-10]	10 [9-10]	9 [7,5-10]	,177
	Cohesión con mi equipo	9 [7-10]	9, 5 [7,2-10]	9 [7-10]	,408
	Tristeza	9 [7-10]	10 [9-10]	9 [7,7-10]	,327
	Competencia	8 [7-9]	6 [4,2-8,7]	8 [7-9]	***,034***
	Frustración profesional	6 [8-9]	10 [8,2-10]	8 [6-9]	**,010**
	Fuerza	8 [6-9]	6,5 [6-8,7]	8 [6-9]	,463
	Inseguridad personal	7 [5-9]	8,5 [5,7-9,7]	7 [5-9]	,089
	Inseguridad profesional	7 [4-9]	7 [7-9]	7 [4-9]	,248
	Crecimiento personal	7 [3-9]	5,5 [3-6]	7 [3-9]	***,046***
	Crecimiento profesional	6 [3-8]	6 [3-7]	7 [3-8]	,213
	Miedo a enfermar	7 [3-9]	6,5 [2-9]	7 [3-9]	,857
BARRERAS	Aislamiento familiar del enfermo	9 [6-10]	7 [5,25-10]	9 [6-10]	.613
	Barreras físicas del entorno	8 [6-9]	8 [6-10]	8 [8-9]	.750
	Alta demanda de servicios	8 [6-9]	7 [4-8]	8 [6-9]	.119
	Poco tiempo para cuidar	8 [6-10]	5 [4,25-8,75]	8[6-10]	.054
	Aislamiento del paciente	8 [5-9]	6[4.25-9,75]	8 [5-9]	.182
	Falta de conocimiento sobre uso de EPI	8 [5-9]	8[5-10]	8[6-9]	.854
	Falta de guías sobre la enfermedad	7 [5-8]	8[5-9]	7[6-8]	.516
	Falta de conocimientos sobre cuidados críticos	7 [4-9]	7.5[5.2-10]	7[4-9]	.246
	n	225	86	139	

† *Mann Whitney* / Nota: Significancia estadística se indica en negrita

Tabla 4. Análisis de estrategias desarrolladas y la autovaloración de la calidad de los cuidados prestados.

ESTRATEGIAS	GLOBAL *mediana [IQR]*	CALIDAD CUIDADO <7	CALIDAD DE CUIDADO ≥7	p VALOR†

Journal Pre-proof

		mediana [IQR]	*mediana [IQR]*	
Grupos de Whatsapp para mantener el contacto con los compañeros	8 [6-10]	7.5[4-.10]	8[6-10]	.268
Compartir conocimientos sobre la Covid-19 con compañeros	8 [6-9]	7[5-7.75]	8[6-9]	.080
Aumentar mis conocimientos sobre la enfermedad	7 [5-8]	5 [2.2-6]	7 [6-9]	.001
Usar las telecomunicaciones para conectar a los pacientes con sus familias	7 [5-9]	6 [5-9.5]	7[5-9]	.451
Evitar la despersonalización del enfermo	7 [4-8]	5 [4-6.75]	7[5-9]	.030
Reorganizar las rutinas para disponer de más tiempo de cuidado	6 [5-8]	5 [5-7]	7 [5-8]	.006
Intercambiar experiencias con compañeros en la misma situación	9 [8-10]	8[5-9]	9[8-10]	.004
Cuidar a mis compañeros	9 [8-10]	6[4-9]	9 [8-10]	.000
Reconocer el sufrimiento en mis compañeros y ayudarles	8 [7-9]	8[5-8.75]	8 [7-10]	.035
Mantener contacto con mis amistades	8 [6-9]	6 [2.5-8]	8[7-10]	.004
Control emocional	8 [6-9]	6 [4-9]	8[6-9]	.057
Centrarme en emociones positivas	8 [5-9]	5 [2-6]	7[5-9]	.000
Permitirme descansar	7 [4-9]	3.5[1-5]	7[5-9]	.000
Recordar estrategias que me sirvieron en situaciones de crisis y repetirlas	7 [5-8]	5 [2-6.5]	7[5-8]	.010
n	225	86	139	

†*Mann Whitney* / Nota: Significancia estadística se indica en negrita

Journal Pre-proof