



ORIGINAL

Entorno laboral, satisfacción y burnout de las enfermeras de unidades de cuidados críticos y unidades de hospitalización. Proyecto RN4CAST-España

C. Fuentelsaz-Gallego^{a,*}, T. Moreno-Casbas^b, T. Gómez-García^b y E. González-María^b, en nombre del Consorcio RN4CAST-España[◇]

^a Hospital Universitario Vall d'Hebron, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España

^b Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

Recibido el 5 de febrero de 2013; aceptado el 21 de junio de 2013

Disponible en Internet el 7 de agosto de 2013

PALABRAS CLAVE

Entorno laboral;
Practice Environment
Scale of the Nursing
Work Index;
Burnout;
Maslach Burnout
Inventory;
Personal de
enfermería;
Cuidados críticos

Resumen

Objetivo: Conocer si existen diferencias en la percepción del entorno laboral, el nivel de burnout y la satisfacción con el trabajo entre enfermeras de unidades de cuidados críticos (UC) y de hospitalización en hospitales del Sistema Nacional de Salud.

Método: Estudio transversal realizado con 6.417 enfermeras de unidades médicas y quirúrgicas (UMQ) y con 1.122 de UC en 59 hospitales de más de 150 camas. Se recogieron datos sociodemográficos, satisfacción laboral, percepción del entorno laboral (cuestionario Practice Environment Scale of the Nursing Work Index [PES-NWI]) y burnout (Maslach Burnout Inventory [MBI]).

Resultados: El PES-NWI presentó diferencias en 4 de sus 5 factores, mostrando mejores valores en UMQ con excepción de la dotación y adecuación de recursos ($p < 0,001$) donde las UC mostraron un grado de acuerdo medio de 2,41 frente al 2,19 de las unidades de hospitalización. El burnout fue más elevado en las UMQ ($p = 0,039$) con el 23% (952) de las enfermeras con valores altos. La satisfacción laboral fue inferior en las UC ($p = 0,044$) con el 70% (578) de las enfermeras muy o moderadamente satisfechas.

Conclusiones: Las enfermeras de las UC clasifican al hospital más desfavorable y muestran niveles más bajos de burnout que las de las unidades de hospitalización.

© 2013 Elsevier España, S.L. y SEEIUC. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cfuentelsaz@vhebron.net (C. Fuentelsaz-Gallego).

◇ En el Anexo 1 se incluye el listado de los investigadores del grupo (RN4CAST-España).

KEYWORDS

Work environment;
Practice Environment
Scale of the Nursing
Work Index;
Burnout;
Maslach Burnout
Inventory;
Nursing staff;
Critical care

Work setting, satisfaction and burnout of the nurses in critical care units and hospitalization units. RN4CAST-Spain project**Abstract**

Objective: To know if there are differences between the critical care units and the medical-surgical care units regarding the perception of the nurses working in National Health System hospitals about their work environment, burnout level and job satisfaction.

Method: A cross-sectional study was conducted with 6,417 nurses from the medical-surgical care units and with 1,122 nurses from critical care units of 59 Spanish hospitals with more than 150 beds. Socio-demographic, job satisfaction, perception of work environment (Practice Environment Scale of the Nursing Work Index [PES-NWI questionnaire]) and burnout measured with the Maslach Burnout Inventory (MBI) data were collected.

Results: The PES-NWI showed differences in 4 out of its 5 factors. It showed better values in medical-surgical units in all the factors, except for Staffing and resource adequacy ($P < .001$), where critical care units showed a mean level of agreement of 2.41 versus 2.19 for the medical-surgical units. Regarding burnout, this was higher in the medical-surgical care units ($P = .039$) where 23% (952) of the nurses had high levels. Job satisfaction was lower in the critical care units ($P = .044$) with 70% (578) of nurses being very or strongly satisfied.

Conclusions: The opinion of the nurses, working in critical care units about their hospital is unfavorable. They showed lower levels of burnout than those working in medical-surgical units.

© 2013 Elsevier España, S.L. and SEEIUC. All rights reserved.

Introducción

Los pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Críticos (UC) consumen una gran cantidad de recursos. Una parte sustancial de estos recursos está relacionada con los cuidados de enfermería, y, específicamente, con la dotación de las plantillas de enfermeras.

Establecer la dotación de dichas plantillas es una tarea compleja. En primer lugar, por las grandes diferencias entre los hospitales y las propias unidades. Además, las necesidades de cada paciente, en función de su situación clínica, son muy diversas, como lo es también la experiencia, la formación y la capacitación de las enfermeras que los atienden¹.

Tradicionalmente, los ratios paciente/enfermera en las UC se han establecido en función de la gravedad de los pacientes, la frecuencia de las intervenciones del personal para tareas de monitorización, la administración de tratamientos o los cuidados básicos². Por el contrario, la formación, la experiencia y la habilidad del personal no suelen tenerse en cuenta.

Diversos estudios han demostrado la relación entre los ratios paciente/enfermera y los resultados, en términos de mortalidad, eventos adversos, infecciones, costes y calidad de los cuidados, en el caso de los pacientes, y de deterioro de la calidad del entorno laboral en el caso de los profesionales de enfermería^{2,3}. No obstante, la mayoría de estos estudios se han llevado a cabo en unidades de hospitalización médica o quirúrgica (UMQ), no en UC, y habitualmente con diseños observacionales. En ellos, se sugiere que una peor ratio paciente/enfermera en las UC y un entorno laboral deteriorado se asocian con resultados adversos en los pacientes.

El investigador coreano Shung-Hyun Cho ha realizado varios estudios en el ámbito de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). En 2008 publicó un estudio que tenía por objetivo examinar la relación de la

ratio paciente/enfermera y la mortalidad¹, y reveló que cada paciente adicional por enfermera se asociaba a un aumento del 9% en la probabilidad de muerte (OR: 1,09; IC 95%: 1,04-1,14) y, en esta misma línea, un aumento de 2 o 3 pacientes por enfermera supone un incremento del 18 y 29% en la probabilidad de muerte. Globalmente, por cada paciente más del que se responsabiliza una enfermera, se produce un incremento de 15 muertes/1.000 pacientes. En otro trabajo² se ponía de manifiesto que tan solo una quinta parte de las enfermeras encuestadas percibían que la ratio paciente/enfermera existente en su institución (2,8 pacientes/enfermera) era la adecuada para prestar cuidados de calidad; un 40% mostraron estar insatisfechas con el puesto de trabajo y un 57% presentaban elevados valores de burnout, medidos a través del Maslach Burnout Inventory (MBI). Cuando los profesionales de enfermería percibían una mejor calidad de cuidados, mostraban menor insatisfacción laboral y menor nivel de burnout (OR 0,3 y 0,34 respectivamente).

Estudios realizados en EE. UU. han relacionado también el entorno de trabajo y los cuidados de enfermería en las UCI. En esta línea, un estudio realizado en 2009⁴ y que utilizó la escala Practice Environment Scale-Nursing Work Index (PES-NWI), concluyó que la falta de comunicación médico-enfermera suponía un incremento en algunos efectos adversos, por ejemplo, un incremento en la incidencia de úlceras por presión y un aumento en la incidencia de neumonías asociadas a ventilación mecánica ($p < 0,03$). Cada hora menos que dedicaba la enfermera al paciente suponía el aumento de una unidad en la probabilidad de sepsis ($p < 0,02$).

Otro estudio estadounidense analizó los posibles factores que pueden impulsar la decisión de cambiar de puesto de trabajo a las enfermeras de las UCI⁵ y observó que el 52% de las que manifestaron su intención de abandonar su puesto de trabajo como enfermeras lo harían por las condiciones de trabajo. Las principales causas podían agruparse

en 3: la práctica profesional, las competencias profesionales y la antigüedad. Una mejor percepción respecto a su práctica profesional se relacionaba con un descenso del 48% en la probabilidad de abandonar el puesto de trabajo durante el año siguiente y el aumento en las competencias de los profesionales de enfermería suponía una disminución del 39% de esta probabilidad. Del mismo modo, por cada año de antigüedad se observaba una disminución del 3% en la probabilidad de abandono.

En Australia se realizó un estudio³ que tenía por objetivo evaluar si la implantación de sesiones clínicas de enfermería tenía influencia en los cambios producidos en el entorno laboral, y se observó que la implantación de dichas sesiones suponía un aumento en la puntuación de las escalas utilizadas (Nursing Worklife Satisfaction Scale), de tal modo que aumentaba la percepción de la autonomía y el estatus profesional, aumentando consecuentemente la satisfacción laboral.

En España, casi todos los trabajos realizados sobre estos aspectos se centran en el estudio del burnout de las enfermeras, aunque en la mayoría se han estudiado muestras pequeñas y, en algunos, se han estudiado diferentes tipos de unidades. En Barcelona⁶, se estudiaron enfermeras de urgencias, semicríticos y sala de medicina interna, sin encontrar diferencias significativas del nivel de burnout entre los 3 tipos de unidades. En Granada⁷, encontraron un mayor desgaste en los bloques de hospitalización y servicios generales, y menor en los bloques de especialidades y quirúrgico. En Madrid⁸, no se encontraron diferencias entre el burnout de las enfermeras de la UCI de Cardiología y las de hospitalización; tampoco en Vigo⁹, entre enfermeras de servicios especiales (UCI, Salud Mental, Urgencias) y el resto de servicios. En el País Vasco¹⁰, se compararon enfermeras que trabajaban en cuidados paliativos con enfermeras de otras unidades de hospitalización, sin encontrar diferencias en el nivel de burnout.

Dada la evidencia observada, resulta necesario el estudio de este fenómeno en los profesionales de enfermería del Sistema Nacional de Salud en España. Este estudio tiene como objetivo: conocer si existen diferencias en la percepción del entorno laboral, el nivel de burnout y la satisfacción con el trabajo entre enfermeras de UC y de hospitalización en hospitales del Sistema Nacional de Salud.

Los resultados que se presentan son una parte de los obtenidos en el estudio RN4CAST¹¹, realizado en 12 países europeos, entre ellos España (RN4CAST-España)¹².

Material y métodos

Estudio observacional, analítico y transversal, realizado entre los años 2009 y 2010.

El proyecto RN4CAST establecía la inclusión de hospitales de más de 150 camas y pertenecientes al Sistema Nacional de Salud¹¹. En el proyecto RN4CAST-España se añadió como criterio de inclusión la existencia de UC¹². Se consideraron UC aquellas donde estaba establecido que el tiempo de ingreso del paciente era superior a 24 h. Se partió de una población de 185 hospitales que cumplían dichos criterios y se seleccionó una muestra aleatoria de 34 hospitales.

Dentro de cada hospital se tomaron 3 unidades como mínimo: una de hospitalización médica (UM), una quirúrgica

(UQ) y una de UC, seleccionando el número de unidades a estudiar en función del tamaño del hospital, según el número de camas. Se excluyeron las unidades de urgencias, laboratorios, radiología y otros servicios en los que los pacientes no son hospitalizados. En el proyecto RN4CAST se estableció como criterio un mínimo de 50 enfermeras por hospital.

Se realizó un muestreo aleatorio estratificado por comunidad autónoma y número de camas del hospital, para representar todas las comunidades autónomas y todos los tamaños de los hospitales. Además de los 34 hospitales seleccionados, se adhirieron al estudio de forma voluntaria otros 26 hospitales, que cumplían los criterios de selección, resultando una muestra final de 60 hospitales. Se seleccionaron de forma aleatoria las unidades de hospitalización y se incluyó en el estudio a todas las enfermeras que trabajaban en dichas unidades, independientemente de su relación contractual con el hospital (temporal o fija). Se excluyó a las enfermeras ausentes por vacaciones, incapacidad laboral o permisos de cualquier tipo, durante el periodo de la recogida de datos.

Se recogieron datos sociodemográficos, laborales, percepción del entorno laboral, satisfacción laboral, burnout y calidad autopercibida de los cuidados prestados, así como sobre la seguridad de dichos cuidados, utilizando un único cuestionario.

Para medir la percepción del entorno laboral, se utilizó la versión española validada del PES-NWI¹³ y para medir el burnout, se ha utilizado la versión española del MBI¹⁴.

El PES-NWI, desarrollado y validado por Lake en 2002¹⁵, consta de 31 ítems valorados en una escala Likert de 1 a 4 puntos (1 = totalmente en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = de acuerdo y 4 = totalmente de acuerdo). Estos 31 ítems se agrupan en 5 factores: Dotación y adecuación de recursos, Relaciones laborales enfermera-médico, Habilidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de su responsable, Fundamentos enfermeros para unos cuidados de calidad y Participación de la enfermería en cuestiones del hospital. Cabe señalar que en el proyecto RN4CAST se ha utilizado el PES-NWI modificado, que tiene 32 ítems. Esta modificación consistió en añadir 4 ítems nuevos y eliminar 3 del PES-NWI original. Así, para la escala con 32 ítems, se añadieron los ítems: *Los médicos valoran las observaciones y juicios de las enfermeras*, *Los médicos reconocen la contribución de las enfermeras al cuidado de los pacientes*, *Los médicos respetan a las enfermeras como profesionales* y *Los médicos tienen a las enfermeras en gran estima*; y se han eliminado los ítems: *La supervisora consulta al personal sobre los problemas del día a día y los procedimientos*, *Se utilizan los diagnósticos de enfermería* y *Las supervisoras utilizan los errores como oportunidades para aprender, no como crítica*. Disponible previa solicitud al autor de correspondencia.

La versión española validada coincide con el PES-NWI original de 31 ítems.

Los hospitales fueron clasificados en función de los resultados obtenidos en el PES-NWI¹⁶. Una puntuación media mayor de 2,5 indica que las enfermeras tienden a estar de acuerdo con la presencia de ese factor en su entorno laboral. Así, el hospital será bueno o favorable si tiene 4 o 5 factores con puntuación media superior a 2,5; mixto en caso de tener 2 o 3 y pobre o desfavorable en caso de tener 1 o ningún factor con dicha puntuación.

Tabla 1 Medias y desviaciones estándar de cada uno de los factores del Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI), según tipo de unidad

Factor	Media (DE) UMQ	Media (DE) UC	p
Factor 1: Dotación y adecuación de recursos	2,19 (0,68)	2,41 (0,68)	<0,001
Factor 2: Relaciones laborales enfermera-médico	2,40 (0,67)	2,41 (0,67)	0,592
Factor 3: Habilidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de sus responsables	2,61 (0,69)	2,40 (0,71)	<0,001
Factor 4: Fundamentos enfermeros para unos cuidados de calidad	2,57 (0,53)	2,38 (0,53)	<0,001
Factor 5: Participación de la enfermería en cuestiones del hospital	2,14 (0,52)	2,04 (0,51)	<0,001

DE: desviación estándar; UC: unidades de cuidados críticos; UMQ: unidades médicas y quirúrgicas.

El MBI¹⁷ es la herramienta más utilizada para medir el agotamiento debido al trabajo. Consta de 3 dimensiones: Agotamiento emocional (AE), Despersonalización (DP) y Realización personal (RP). Contiene 22 ítems medidos en una escala Likert de 1 a 7 puntos («nunca», «algunas veces al año o menos», «una vez al mes o menos», «algunas veces al mes», «una vez a la semana», «varias veces a la semana», «todos los días»). El AE contiene 9 ítems, con una puntuación máxima de 54; la DP, 5 ítems, con una puntuación máxima de 30; y la RP, 8 ítems y una puntuación máxima de 48.

El MBI establece que las 3 dimensiones se categorizan en 3 grupos cada una (bajo, medio y alto), según los valores: AE: bajo ≤ 18 , medio [19-26], alto ≥ 27 ; DP: bajo ≤ 5 , medio [6-9], alto ≥ 10 ; RP: bajo ≥ 40 , medio [39-34], alto ≤ 33 ¹⁷. Para el cuestionario global, se establece un burnout alto cuando 2 o 3 de las 3 dimensiones anteriores tienen niveles altos; medio, cuando 2 o 3 tienen niveles medios o hay una escala en cada nivel; y bajo cuando 2 o 3 tienen niveles bajos¹².

Un investigador responsable en cada comunidad autónoma coordinó la recogida de datos en los hospitales, los cuales fueron introducidos y extraídos por el equipo investigador.

Los cuestionarios fueron autocumplimentados, previa firma de un consentimiento informado. Se consideraron debidamente cumplimentados aquellos que no tenían más del 15% de las preguntas sin contestar.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables, utilizando frecuencias absolutas y porcentajes para las cualitativas; y media y desviación estándar o mediana, valor mínimo y valor máximo para las cuantitativas. Para el análisis comparativo se han utilizado las pruebas estadísticas Ji cuadrado, t de Student y U de Mann-Whitney, dependiendo de la tipología y distribución de las variables, previa comprobación de su distribución. Para todos los casos se ha asumido un nivel de confianza del 95%.

Se ha garantizado en todo momento el anonimato de las participantes y la confidencialidad de los datos. Todos los investigadores han cumplido con las recomendaciones de buenas prácticas científicas y con la legislación vigente respecto a la investigación y protección de datos de carácter personal. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación Clínica del Hospital Universitario Vall d'Hebron.

En Fuentelsaz-Gallego et al. (2012) hay una descripción más detallada de la metodología del estudio.

Resultados

Se entregaron 7.539 cuestionarios, de los que se recogieron 5.654 contestados (75%). De los 6.417 cuestionarios destinados a unidades médicas y quirúrgicas (UMQ) se recogieron 4.811 cumplimentados (75%) y de los 1.122 entregados en UC se recogieron 843 (75%). Se excluyó uno de los 60 hospitales participantes por incumplir el protocolo del estudio. Se obtuvieron datos de un total de 240 UM, 222 UQ y 70 UC. Información completa disponible en: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-el-instituto/fd-organizacion/fd-estructura-directiva/fd-subdireccion-general-redes-centros-investigacion2/fd-centros-unidades2/fd-investen-isciii-2/docus/Informe_global_Spain.pdf

Datos sociodemográficos y características laborales

Las enfermeras que trabajaban en las UMQ tenían una media de edad de 37,6 años (DE=9,7) y las de las UC 37,1 años (DE=8,8). El porcentaje de mujeres en las UMQ fue del 89% (4.225) y en las UC del 84% (704), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

La mediana de experiencia laboral de las enfermeras de las UMQ fue de 12 años (mín=1, máx=43; Q1=6, Q3=20) y para las de UC, 13 años (mín=1, máx=37; Q1=7, Q3=20). Trabajaban la jornada completa 3.878 (88%) enfermeras de las UMQ, mientras que en las UC lo hacían 715 (92%), mostrando diferencia significativa entre los grupos ($p=0,001$). La ratio paciente/enfermera era inferior en las UC (3/1; mín=2/1, máx=20/1) que en las UMQ (12/1; mín=1/1, máx=38/1).

Con respecto al grado de satisfacción de las enfermeras con la elección de la carrera de Enfermería, el 45% (2.120) en UMQ y el 44% (362) en UC indicó estar muy satisfecha de la elección; el 29% (1.353) en UMQ y el 33% (274) en UC moderadamente satisfecha, el 10% (484) en UMQ y el 7% (60) en UC, algo insatisfecha y el 16% (775) en UMQ y el 16% (135) en UC muy insatisfecha.

Entorno laboral

Las puntuaciones medias de los 5 factores que componen el PES-NWI para cada tipo de unidad se presentan en la [tabla 1](#). Los factores mejor valorados (media=2,6) en las UMQ fueron: «habilidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras

Tabla 2 Clasificación de los hospitales en función del Practice Environment Scale of the Nursing Work Index, según tipo de unidad

Clasificación	Frecuencia (%) UMQ	Frecuencia (%) UC	p
Hospital desfavorable	2.048 (42,6)	406 (48,2)	0,009
Hospital mixto	1.903 (39,5)	306 (36,3)	
Hospital favorable	860 (17,9)	131 (15,5)	

UC: unidades de cuidados críticos; UMQ: unidades médicas y quirúrgicas.

por parte de sus responsables» y «fundamentos enfermeros para unos cuidados de calidad». En las UC no se obtuvieron medias superiores a 2,5 para ninguno de los factores: en 4 de ellos la media fue de 2,4. El factor peor valorado en ambos tipos de unidad fue «participación de la enfermería en cuestiones del hospital».

El 48% (406) de las enfermeras de las UC clasificó su hospital como desfavorable, porcentaje que difiere de forma estadísticamente significativa ($p = 0,009$) del porcentaje de enfermeras de las UMQ que clasifica su hospital como desfavorable (43%; 2.048) (tabla 2).

A la pregunta sobre la evaluación general del entorno laboral en el hospital (adecuación de recursos, relación con los compañeros y apoyo de la supervisora), cuyas categorías de respuesta eran malo, regular, bueno o excelente, el 51% (2.433) de las enfermeras de UMQ y el 47% (389) de las de UC lo valoraron como bueno o excelente, mostrando diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,029$).

Burnout

El agotamiento laboral, medido a través del MBI, clasificó al 23% (952) de las enfermeras de UMQ y al 18% (139) de UC en niveles altos de burnout global, mostrando diferencias de los porcentajes de enfermeras en cada uno de los niveles de burnout entre ambos tipos de unidad ($p = 0,039$). El 28% (1.251) de las enfermeras de UMQ y el 19% (156) de UC tenían niveles altos de agotamiento emocional. El 34% (1.490) de las enfermeras de UMQ y el 39% (302) en UC mostró altos niveles de agotamiento en realización personal. La despersonalización fue superior en UMQ, con un 23% (1.079) con niveles altos de agotamiento, frente al 17% (136) de las UC. Los porcentajes de enfermeras en cada nivel mostraron diferencias estadísticamente significativas en las 3 dimensiones ($p < 0,001$) (tabla 3).

Satisfacción con el trabajo

De cara a la satisfacción laboral indicada por las enfermeras, el 66% (3.158) de las que trabajaban en UMQ y el 70% (578) en UC reflejó estar «moderadamente satisfecha» o «muy satisfecha» en el trabajo actual, siendo estadísticamente diferente entre ambos grupos ($p = 0,044$). El 27% (1.264) de las enfermeras en UMQ y el 25% (204) en UC mostraron su intención de dejar el trabajo en el hospital actual en caso de tener la opción, sin reflejar diferencias ($p = 0,223$). Preguntando en detalle determinados aspectos del trabajo, la causa de mayor insatisfacción fueron las oportunidades de desarrollo profesional, encontrándose «muy insatisfecha» o «algo insatisfecha» el 68% (3.231) en las UMQ y el 71% (595)

Tabla 3 Distribución de los niveles de agotamiento laboral en función del Maslach Burnout Inventory, según tipo de unidad

Nivel	Frecuencia (%) UMQ	Frecuencia (%) UC	p
<i>Agotamiento emocional</i>			
Bajo	2.160 (47,4)	464 (57,7)	<0,001
Medio	1.144 (25,1)	184 (22,9)	
Alto	1.251 (27,5)	156 (19,4)	
<i>Realización personal</i>			
Bajo	1.729 (38,8)	244 (31,1)	<0,001
Medio	1.232 (27,7)	237 (30,3)	
Alto	1.490 (33,5)	302 (38,6)	
<i>Despersonalización</i>			
Bajo	2.523 (54,3)	484 (59,5)	<0,001
Medio	1.047 (22,5)	194 (23,8)	
Alto	1.079 (23,2)	136 (16,7)	
<i>Burnout global</i>			
Bajo	2.015 (47,7)	380 (50,2)	0,039
Medio	1.260 (29,8)	238 (31,4)	
Alto	952 (22,5)	139 (18,4)	

UC: unidades de cuidados críticos; UMQ: unidades médicas y quirúrgicas.

en las UC ($p = 0,007$). Por otro lado, la causa de mayor satisfacción fue el derecho a bajas por enfermedad, estando «moderadamente satisfechas» o «muy satisfechas» el 77% (3.650) de las enfermeras de las UMQ y el 77% (637) en las UC ($p = 0,477$).

Calidad y seguridad de los cuidados prestados

Con respecto a la percepción de la calidad de los cuidados prestados en la unidad en la que trabajaba la enfermera, calificada como mala, aceptable, buena o excelente, el 71% de las enfermeras de UMQ y el 74% de las UC la percibieron como buena o excelente, sin diferencias significativas ($p = 0,213$). El 21% (990) en UMQ y el 25% (203) en UC consideró que la calidad de los cuidados se había deteriorado en el último año, siendo la diferencia entre las unidades estadísticamente significativa ($p = 0,027$). La seguridad del paciente fue valorada como aceptable por el 49% (2.351) y como buena por el 40% (1.917) en UMQ y como aceptable por el 44% (369) y como buena por el 46% (381) de las enfermeras en UC, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,023$). Otros aspectos relacionados con la seguridad del paciente se reflejan en la tabla 4.

Tabla 4 Frecuencia en los aspectos relacionados con la seguridad del paciente, según tipo de unidad

Aspecto	Categoría	Frecuencia (%) UMQ	Frecuencia (%) UC	p
El personal tiene la sensación de que los errores se utilizan en su contra	Muy en desacuerdo	348 (7,4)	56 (6,7)	0,002
	En desacuerdo	1.384 (29,3)	250 (30,1)	
	Indiferente	1.136 (24,1)	165 (19,8)	
	De acuerdo	1.527 (32,3)	276 (33,2)	
Durante los cambios de turno se pierde información relevante sobre el cuidado del paciente	Muy de acuerdo	326 (6,9)	85 (10,2)	0,130
	Muy en desacuerdo	582 (12,3)	84 (10,1)	
	En desacuerdo	2.190 (46,3)	373 (44,8)	
	Indiferente	431 (9,1)	74 (8,9)	
Durante el traslado de pacientes a otras unidades se pierde información	De acuerdo	1.304 (27,6)	262 (31,5)	0,780
	Muy de acuerdo	224 (4,7)	39 (4,7)	
	Muy en desacuerdo	354 (7,4)	61 (7,4)	
	En desacuerdo	1.835 (38,6)	326 (39,2)	
El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de quienes tienen la autoridad	Indiferente	543 (11,4)	105 (12,6)	0,006
	De acuerdo	1.768 (37,2)	299 (36)	
	Muy de acuerdo	258 (5,4)	40 (4,8)	
	Muy en desacuerdo	695 (14,7)	147 (17,7)	
En esta unidad planteamos la manera de prevenir que los errores se repitan	En desacuerdo	1.822 (38,4)	350 (42,1)	<0,001
	Indiferente	924 (19,5)	147 (17,7)	
	De acuerdo	1.166 (24,6)	170 (20,5)	
	Muy de acuerdo	133 (2,8)	17 (2)	
Se nos informa de los cambios que se han implantado, basados en la notificación de efectos adversos	Muy en desacuerdo	182 (3,8)	45 (5,4)	<0,001
	En desacuerdo	642 (13,5)	148 (17,7)	
	Indiferente	646 (13,6)	142 (17)	
	De acuerdo	2.655 (55,8)	416 (49,9)	
Las acciones de la dirección hacen evidente que la seguridad de los pacientes es una de las principales prioridades	Muy de acuerdo	631 (13,3)	83 (10)	0,091
	Muy en desacuerdo	287 (6,1)	88 (10,5)	
	En desacuerdo	1.063 (22,5)	217 (26)	
	Indiferente	953 (20,1)	161 (19,3)	
	De acuerdo	2.077 (43,9)	324 (38,8)	
	Muy de acuerdo	353 (7,4)	45 (5,4)	
	Muy en desacuerdo	549 (11,5)	112 (13,5)	
	En desacuerdo	1.210 (25,5)	220 (26,5)	
	Indiferente	1.257 (26,5)	226 (27,2)	
	De acuerdo	1.423 (30)	236 (28,4)	
	Muy de acuerdo	309 (6,5)	37 (4,4)	

UMQ: Unidades médicas y quirúrgicas; UC: Unidades de cuidados críticos.

Entre las tareas que desempeñaban las enfermeras, la frecuencia de la realización de extracciones de sangre rutinarias, el traslado de pacientes dentro del hospital y la limpieza de habitaciones de pacientes mostraron diferencias significativas entre ambos grupos ($p < 0,001$) siendo más frecuente su realización en las UC. En el resto de tareas donde se encontró diferencia significativa, se muestra mayor frecuencia en las UMQ (tabla 5). Por otro lado, el 19% (908) de las enfermeras de las UMQ y el 8% (63) de las UC aseguró no haber realizado una vigilancia adecuada del paciente por falta de tiempo, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$). Otras actividades que dejaron de realizar por falta de tiempo se muestran en la tabla 6.

Discusión

Según las enfermeras, hay una mejor dotación y adecuación de recursos en las UC que en las unidades de hospitalización, medida a través de la escala validada PES-NWI^{11,13}.

Sin embargo, las enfermeras de UC reflejan una valoración inferior que las unidades de hospitalización en cuanto al liderazgo, los fundamentos de enfermería para prestar cuidados de calidad y la participación que tiene la enfermería en cuestiones hospitalarias. Esto hace que las UC hagan una clasificación del hospital más desfavorable que las unidades de hospitalización¹⁸.

Se observa un alto desacuerdo con los aspectos que son competencia de mandos intermedios o superiores, donde las enfermeras que desempeñan su trabajo en UC muestran mayor desacuerdo en cuestiones de gestión acerca de la seguridad del paciente. No obstante, en aspectos que atañen al trabajo en equipo de cara a compañeras de unidad, no hay diferencias en los grados de acuerdo.

Es cierto que las tareas que desempeñan las enfermeras en ambos tipos de unidades son diferentes, debido a que las necesidades de los pacientes y, por lo tanto, los cuidados a llevar a cabo, no son los mismos. Sin embargo, en las UC se percibe, por parte del personal, menos falta de tiempo para desempeñar tareas propias de enfermería, siendo las

Tabla 5 Frecuencia en las tareas realizadas por las enfermeras en el último turno de trabajo, según tipo de unidad

Tarea	Categoría	Frecuencia (%) UMQ	Frecuencia (%) UC	p
Repartir o recoger bandejas de comida	Nunca	2.598 (54,9)	586 (70,4)	<0,001
	A veces	1.787 (37,7)	229 (27,5)	
	Frecuentemente	351 (7,4)	17 (2,1)	
Proporcionar cuidados que no son de enfermería	Nunca	440 (9,3)	104 (12,6)	0,008
	A veces	3.437 (72,6)	590 (71,4)	
	Frecuentemente	855 (18,1)	132 (16)	
Tramitar traslados y transporte (incluyendo traslados a centros de larga estancia)	Nunca	2.024 (42,9)	445 (54,2)	<0,001
	A veces	1.833 (38,8)	234 (28,5)	
	Frecuentemente	862 (18,3)	142 (17,3)	
Realizar extracciones sanguíneas de rutina	Nunca	739 (15,6)	50 (6)	<0,001
	A veces	1.496 (31,5)	191 (23)	
	Frecuentemente	2.509 (52,9)	589 (71)	
Trasladar a pacientes dentro del hospital	Nunca	2.545 (53,9)	371 (44,8)	<0,001
	A veces	1.542 (32,6)	231 (27,9)	
	Frecuentemente	639 (13,5)	226 (27,3)	
Cubrir servicios no propios de enfermería por ser necesarios fuera del horario laboral de estos	Nunca	3.531 (75,1)	638 (77,1)	0,370
	A veces	1.018 (21,6)	161 (19,5)	
	Frecuentemente	154 (3,3)	28 (3,4)	
Conseguir suministros o equipos	Nunca	1.303 (27,6)	244 (29,4)	0,569
	A veces	2.699 (57,1)	463 (55,7)	
	Frecuentemente	724 (15,3)	124 (14,9)	
Limpiar habitaciones de pacientes o equipos	Nunca	3.842 (81,3)	616 (74,3)	<0,001
	A veces	784 (16,6)	177 (21,4)	
	Frecuentemente	101 (2,1)	36 (4,3)	
Contestar el teléfono, realizar tareas administrativas	Nunca	97 (2,1)	17 (2)	<0,001
	A veces	943 (19,8)	263 (31,5)	
	Frecuentemente	3.714 (78,1)	556 (66,5)	

UC: unidades de cuidados críticos; UMQ: unidades médicas y quirúrgicas.

unidades de hospitalización las que dejan, según los profesionales encuestados, más tareas pendientes de realizar.

El nivel de burnout que se llega a padecer está en función de la unidad en la que la enfermera desempeña su labor, ya que las de unidades de hospitalización declararon un nivel más alto de burnout que las de críticos, a pesar de que en estas es más bajo el nivel de satisfacción y grado de acuerdo con las directrices del hospital. Solo en aspectos

relacionados con la realización personal se detecta mayor nivel de burnout en las UC, lo que coincide con los resultados de otros estudios, como el realizado en China¹⁹.

Hay estudios, tanto a nivel del estado español^{6,8-10} como internacional^{19,20}, que no indican niveles de burnout diferentes según el tipo de unidad estudiada. Otros, en cambio, encuentran resultados contradictorios: en México se encontraron niveles más altos de burnout en las UC²¹ y,

Tabla 6 Tareas no realizadas por las enfermeras por falta de tiempo, según tipo de unidad

Tarea	Frecuencia (%) UMQ	Frecuencia (%) UC	p
Vigilancia adecuada del paciente	908 (18,9)	63 (7,5)	<0,001
Cuidado de la piel	1.165 (24,2)	70 (8,3)	<0,001
Higiene oral	1.930 (40,1)	82 (9,7)	<0,001
Manejo del dolor	334 (6,9)	34 (4)	0,002
Hablar y reconfortar al paciente	1.819 (37,8)	215 (25,5)	<0,001
Educación sanitaria	2.097 (43,6)	341 (40,5)	0,090
Tratamientos y técnicas	239 (5)	20 (2,4)	0,001
Administrar medicación a su hora	477 (9,9)	61 (7,2)	0,014
Preparar al paciente y su familia para el alta	1.378 (28,6)	137 (16,3)	<0,001
Registrar adecuadamente los cuidados de enfermería	1.006 (20,9)	124 (14,7)	<0,001
Hacer o actualizar planes de cuidados de enfermería	1.898 (39,5)	313 (37,1)	0,203
Planificar el cuidado del paciente	1.258 (26,1)	193 (22,9)	0,046
Cumplir pauta de cambios posturales frecuentes	787 (16,4)	118 (14)	0,085

UC: unidades de cuidados críticos; UMQ: unidades médicas y quirúrgicas.

en España, los niveles más altos se dieron en unidades de hospitalización²².

Es importante hacer hincapié en establecer un buen ambiente laboral, ya que la existencia de un mal ambiente puede llevar al abandono de la profesión por parte de la enfermera²³. Los profesionales de las UCI tienen una visión más crítica que los de las unidades de hospitalización, sobre todo en sus relaciones con las estructuras directivas de los hospitales. Además, parece haber una cierta contradicción en la percepción de aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes en las UC, puesto que, aunque la opinión general de los profesionales sobre este tema es moderadamente satisfactoria, cuando se abordan cuestiones concretas sus opiniones son más negativas.

Debido a esto, surge la necesidad de estudiar más en profundidad las posibles carencias en seguridad de los cuidados del paciente en las UC, contando con las perspectivas de los profesionales de enfermería, como se ha explorado ya en algunos estudios²⁴.

La comparación de los resultados obtenidos con los hallados en otros estudios realizados, a veces resulta difícil, ya que los instrumentos de medición utilizados han sido diferentes²⁵ o difiere el sistema de puntuación^{26,27}. En un estudio similar realizado en España, no se encontraron diferencias en el nivel de estrés entre las enfermeras de unidades de medicina intensiva y de hospitalización²⁷, en concordancia con los resultados del presente estudio.

Entre las limitaciones del presente estudio, cabe destacar que no se pudo hacer un muestreo de las enfermeras participantes, debido a la imposibilidad de conseguir los listados de las enfermeras en todos los hospitales, por lo que se seleccionaron aleatoriamente las unidades. Otra limitación es el diseño del estudio, que no permite establecer causalidad entre las variables, para lo que se deberían realizar estudios con otro tipo de diseño.

Aunque no es una limitación, cabe considerar, de cara a la interpretación de los resultados, que aunque las diferencias encontradas entre las enfermeras de los 2 tipos de unidades de hospitalización estudiados son estadísticamente significativas (debido al tamaño de la muestra), estas diferencias no son importantes en algunos de los ítems estudiados.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación

El proyecto RN4CAST está financiado por el Séptimo Programa Marco de la Unión Europea (FP7 n.º 223468) y el proyecto RN4CAST-España, por el FIS (n.º expediente PI080599).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A las enfermeras y direcciones de los hospitales participantes por haber hecho posible llevar a cabo este proyecto. A Antonio Serrano Pinto, por su contribución a la contextualización de este manuscrito.

Anexo 1. Consorcio RN4CAST-España

Carmen Fuentelsaz-Gallego, Teresa Moreno-Casbas, Esther González-María, Teresa Gómez-García, Ana María González Martín, Cristina Quesada Ramos, Eduardo Candel Parra, Enrique Oltra Rodríguez, Eva Abad Corpa, Francisco Javier Guerra Bernal, Francisco Lozano Olea, José Rodríguez Escobar, Lara Martínez Gimeno, Lena Ferrús Estopa, Leticia San Martín Rodríguez, María Isabel Orts Cortés, Manuel Rich Ruiz, Marta Alonso Carreño, Pablo Uriel Latorre, Silvia Esteban Sepúlveda y Tomás Sebastián Viana.

Bibliografía

1. Cho SH, Hae Hwang J, Jaiyon Kim. Nurse staffing and patient mortality in intensive care units. *Nurse Research*. 2008;57:322–30.
2. Cho SH, June KJ, Kim YM, Cho YA, Yoo CS, Yun SC, et al. Nurse staffing, quality of nursing care and nurse job outcomes in intensive care units. *J Clin Nurs*. 2009;18:1729–33.
3. Aitken LM, Burmeister E, Clayton S, Dalais C, Gardner G. The impact of nursing round on the practice environment and nurses satisfaction in intensive care: Pre-test post-test comparative study. *Int J Nurs Stud*. 2011;48:918–25.
4. Manojlovich M, Antonakos CL, Ronis DL. Intensive care units communication between nurses and physicians, and patients» outcomes. *Am J Critic Care*. 2009;18:21–30.
5. Stone PW, Larson EL, Mooney-Kane C, Smolowitz J, Lin SX, Dick AW. Organizational climate and intensive care unit nurses» intention to leave. *Crit Care Med*. 2006;34:1907–12.
6. Ibáñez N, Puigdesens A, Abio A. Prevalencia del síndrome de burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. *Enferm Clin*. 2004;14:142–51.
7. Molina JM, Avalos F, Giménez I. Burnout en enfermería de atención hospitalaria. *Enferm Clin*. 2005;15:275–82.
8. Díaz-Muñoz MJ. Síndrome del quemado en profesionales de Enfermería que trabajan en un hospital monográfico para pacientes cardíacos. *NURE Inv*. 2005.
9. Pualto MJ, Antolín R, Moure L. Prevalencia del síndrome del quemad@ y estudio de factores relacionados en l@s enfermer@s del CHUVI (Complejo Hospitalario Universitario de Vigo). *Enferm Global-Esp*. 2006;5.
10. Martínez M, Centeno C, Sanz-Rubiales A, del Valle ML. Estudio sobre el síndrome de burnout en profesionales de enfermería de cuidados paliativos del País Vasco. *Rev Med Univ Navarra*. 2009;53:3–8.
11. Sermeus W, Aiken LH, van den Heede K, Rafferty AM, Griffiths P, Moreno-Casbas MT, et al. Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nursing*. 2011;10:6. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6955-10-6>.
12. Fuentelsaz-Gallego C, Moreno-Casbas T, López-Zorraquino D, Gómez-García T, González-María E. Percepción del entorno laboral de las enfermeras españolas en los hospitales del

- Sistema Nacional de Salud. Proyecto RN4CAST-España. *Enferm Clin.* 2012;22:261–8.
13. Fuentelsaz-Gallego C, Moreno-Casbas MT, González-María E. Validation of the Spanish version of the questionnaire Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Int J Nurs Stud.* 2013;50:274–80.
 14. Seisdedos N. Manual MBI, Inventario «burnout» de Maslach. Madrid: TEA Ediciones; 1997.
 15. Lake ET. Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Res Nurs Health.* 2002;25:176–88.
 16. Friese CR, Lake ET, Aiken LH, Silber JH, Sochalski J. Hospital nurse practice environments and outcomes for surgical oncology patients. *Health Serv Res.* 2008;43:1145–63.
 17. Maslach C, Jackson SE. *The Maslach Burnout Inventory: Manual.* 2.ª ed. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press; 1986. p. 20.
 18. Squires A, Aiken LH, van den Heede K, Sermeus W, Bruyneel L, Lindqvist R, et al. A systematic survey instrument translation process for multi-country, comparative health workforce studies. *J Nurs Stud.* 2013;50:264–73.
 19. Lin F, St John W, McVeigh C. Burnout among hospital nurses in China. *J Nurs Manag.* 2009;17:294–301.
 20. Sahraian A, Fazelzadeh A, Mehdizadeh AR, Toobaee SH. burnout in hospital nurses: A comparison of internal, surgery, psychiatry and burns wards. *Int Nurs Rev.* 2008;55:62–7.
 21. Balseiro L, Torres MA, Ayala T. El síndrome burnout en el personal de Enfermería que labora en las áreas críticas y no críticas de un hospital público y de un privado, en México, D.F. *Enfermería Universitaria.* 2007;4:11–8.
 22. Del Río O, Perezagua MC, Vidal B. El síndrome de burnout en los enfermeros/as del hospital Virgen de la Salud de Toledo. *Rev Enferm Cardiol.* 2003:24–9.
 23. Heinen MM, van Achterberg T, Schwendimann R, Zander B, Matthews A, Kózka M, et al. Nurses' intention to leave their profession: A cross sectional observational study in 10 European countries. *Int J Nurs Stud.* 2013;50:174–84.
 24. Rivera-Romero RL, Curiel-Balsera E, Torres-Campos M, Quesada-García G. Percepción de la cultura de seguridad por la enfermería en una unidad de cuidados intensivos. *Enferm Clin.* 2012;22:313–4.
 25. García-Pozo A, Moro-Tejedor MN, Medina-Torres M. Evaluación y dimensiones que definen el clima y la satisfacción laboral en el personal de enfermería. *Rev Calid Asist.* 2010;25:204–7.
 26. Ríos MI, Peñalver F, Godoy C. Burnout y salud percibida en profesionales de enfermería de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva.* 2008;19:169–78.
 27. Santana L, Hernández E, Eugenio P, Sánchez-Palacios M, Pérez R, Falcón R. Síndrome de burnout entre el personal de enfermería y auxiliar de una unidad de cuidados intensivos y el de las plantas de hospitalización. *Enferm Clin.* 2009;19:31–4.