Enfermería Clínica 35 (2025) 102124

Enfermería Clínica

www.elsevier.es/enfermeriaclinica

ORIGINAL

# Alcance de práctica de las enfermeras de hospitalización médico-quirúrgica y unidades de cuidados intensivos

**Amaia Saralegui-Gainza[a,b,c], Nelia Soto-Ruiz[a,b,*], Paula Escalada-Hernández[a,b], Cristina García-Vivar[a,b] y Leticia San Martín-Rodríguez[a,b]**

[a] *Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Pública de Navarra (UPNA), Pamplona, España*
[b] *IdiSNA, Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra, Pamplona, España*
[c] *Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España*

Recibido el 24 de enero de 2024; aceptado el 13 de junio de 2024
Disponible en Internet el 9 de julio de 2024

**PALABRAS CLAVE**
Alcance de práctica;
Eficiencia,
Enfermería;
Gestión de personal;
Enfermería médico-quirúrgica;
Unidad de cuidados intensivos

**Resumen**
*Objetivo:* Analizar el alcance de práctica de las enfermeras de unidades de hospitalización médico-quirúrgicas y unidades de cuidados intensivos en el contexto español, y su relación con las características individuales de las enfermeras y de su ámbito de trabajo.
*Método:* Estudio observacional, transversal, realizado en 29 unidades de hospitalización médico-quirúrgica de adultos y 5 unidades de cuidados intensivos de la red pública de Navarra. La variable principal, el alcance de práctica de las enfermeras, se midió mediante el cuestionario de D'Amour en su versión española. Se analizaron los datos con estadística descriptiva e inferencial, estableciendo el nivel de significación en 0,05.
*Resultados:* Un total de 310 enfermeras participaron en el estudio, y los resultados revelaron niveles aceptables del alcance de práctica enfermera. La edad y el trabajar en unidades de cuidados intensivos fueron determinantes a la hora de identificar diferencias en las actividades desempeñadas por las enfermeras en el ejercicio de su profesión. La correlación encontrada muestra que a mayor edad existe mayor probabilidad de expresar puntuaciones más bajas en la dimensión «Cuidado centrado en paciente y familia». En contraste, en la dimensión «Calidad del cuidado y seguridad del paciente» fueron las enfermeras más jóvenes las que puntuaron significativamente más bajo.
*Conclusiones:* Comprender el alcance de práctica de las enfermeras es esencial para abordar la escasez de profesionales en los sistemas de salud. No se trata únicamente de aumentar el número de enfermeras, sino de garantizar que estas estén dedicadas a desempeñar integralmente las funciones propias de su profesión.
© 2024 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/).

* Autor para correspondencia.
*Correo electrónico:* Nelia.soto@unavarra.es (N. Soto-Ruiz).

https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2024.06.004
1130-8621/© 2024 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/).

**KEYWORDS**
Scope of practice;
Efficiency;
Nursing;
Personnel management;
Medical-surgical nursing;
Intensive care unit

**Scope of nursing practice in medical-surgical hospitalization and intensive care units**

**Abstract**
*Aim:* To analyze the scope of nursing practice in medical-surgical and intensive care units in the Spanish context and its relationship with individual characteristics of nurses and their work environment.
*Methods:* A cross-sectional observational study was carried out in 29 medical-surgical hospitalisation units and 5 intensive care units for adults in the public network of Navarre. The main variable, nurses' scope of practice, was measured using the Spanish version of the D'Amour questionnaire. Descriptive and inferential statistics were used to analyse the data, with a significance level of 0.05.
*Results:* A total of 310 nurses participated in the study, and the results showed acceptable levels of nursing scope of practice. Age and working in intensive care units were significant factors in identifying differences in nurses' scope of practice activities. The correlation analysis revealed a statistically significant association between age and the likelihood of expressing lower scores in the dimension «Patient- and family-centered care.» In contrast, younger nurses exhibited significantly lower scores in the «Quality of care and patient safety» dimension.
*Conclusions:* To address the shortage of nurses in health systems, it is essential to understand the scope of nursing practice. The challenge is not only to increase the number of nurses but also to ensure that they are working in the full range of their professional roles.
© 2024 The Author(s). Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

## ¿Qué se conoce?

Canadá y Arabia Saudí han empleado este cuestionario para medir la eficiencia de sus enfermeras, pero no se cuenta con ninguna investigación llevada a cabo en nuestro contexto que mida el nivel en que las enfermeras están trabajando dentro de sus competencias.

## ¿Qué aporta?

Nos encontramos ante el primer estudio en España que cuantifica las actividades propias que realizan las enfermeras, ya que hasta el momento no existe ningún estudio que ponga valor a cómo las enfermeras españolas están implementando su alcance de práctica.

## Introducción

La escasez de enfermeras se ha convertido en un desafío creciente en los últimos años, y según el Consejo Internacional de Enfermería, debería tratarse como una emergencia de salud pública de importancia internacional por su impacto en los sistemas de salud[1]. A medida que la demanda de atención sanitaria se incrementa, debido al envejecimiento de la población, al aumento de la cronicidad, a los avances tecnológicos y a la complejidad de las enfermedades y sus tratamientos, la necesidad de enfermeras capacitadas se vuelve más prioritaria. El informe europeo *Health at a Galance: Europe 2022* afirma que España ha entrado en un estado de déficit crónico de enfermeras que mantiene al país muy por debajo del ratio de Europa. Según los últimos datos disponibles, España tiene 6,1 enfermeras por cada 1.000 habitantes, siendo el promedio europeo de 8,3, y situándose en 15.° lugar entre los países de la Unión Europea[2]. Esta escasez de enfermeras puede influir en los resultados de salud de los pacientes[3]. McGahan et al.[4] realizaron una revisión de la literatura, y la mayoría de los estudios incluidos demostraron una tendencia entre el aumento del número de enfermeras y la disminución de los resultados adversos para los pacientes. Este hallazgo coincide con otras investigaciones[5], además de con su relación con las tasas de mortalidad en entornos médico-quirúrgicos[6]. Es conocido que la dotación de enfermeras afecta a la cantidad y a la calidad de su trabajo[7], e incluso que las actividades omitidas son mayores cuando el ratio de enfermeras no es el adecuado[8].

Más allá del número de enfermeras, también resulta de interés conocer las funciones que desempeñan. Según el estudio de Yen et al.[9], las enfermeras dedican aproximadamente el 10% de su tiempo a actividades delegables, y fuera de la competencia enfermera, que podrían utilizarse de manera más eficaz para la atención al paciente si estas tareas fuesen ejecutadas por otros profesionales. Enfermeras de países de ingresos elevados consideran que no están trabajando en todo el ámbito de su formación y que están realizando tareas que podrían delegarse y derivarlas a otros profesionales[10,11].

Déry[12] definió el concepto de alcance de la práctica de enfermería como el «conjunto de funciones y responsabilidades llevadas a cabo por enfermeras en relación con sus competencias adquiridas mediante su formación y experiencia» (pp. 118). Cuando las enfermeras desempeñan el conjunto completo de funciones para las que han sido for-

madas y asumen plenamente sus responsabilidades, se habla de un uso óptimo de su ámbito de práctica enfermera[13].

El hecho de que las enfermeras dediquen parte de su tiempo a la realización de tareas ajenas a su alcance de práctica demuestra una infrautilización de recursos humanos y puede traducirse en consecuencias para la organización de cuidados, para la atención a los pacientes, y a nivel económico. Estas últimas pueden llegar a alcanzar millones de dólares anuales según estudios realizados[14]. Por lo tanto, es esencial no solo evaluar los niveles de cobertura y educación de las enfermeras en relación con las tareas para las cuales están formadas y son competentes, sino también analizar sus funciones y obligaciones.

En consecuencia, el objetivo principal de este estudio es analizar el alcance de práctica de las enfermeras de unidades de hospitalización médico-quirúrgicas y unidades de cuidados intensivos (UCI) en el contexto español, y su relación con características individuales de las enfermeras (edad, tiempo de experiencia y nivel de formación) y de su ámbito de trabajo (tipo de unidad, tipo de hospital y ratio enfermera por paciente).

## Método

### Diseño

Se desarrolló un estudio observacional, transversal, para analizar el alcance de práctica de las enfermeras en las unidades de hospitalización médico-quirúrgica y UCI.

### Población y ámbito de estudio

El estudio se realizó en 29 unidades de hospitalización médico-quirúrgica de adultos y cinco UCI de la red pública de una misma comunidad autónoma (Navarra).

Para el cálculo del tamaño muestral se utilizaron los siguientes parámetros: error tipo I de 0,05, error tipo II de 0,2 (potencia del 80%) y efecto mínimo detectable correspondiente a una relación de intensidad moderada entre las variables de interés (0,35). El tamaño resultante se penalizó con el objetivo de contemplar el resto de las variables que participan en el estudio, estimando un coeficiente de determinación para todas ellas de 0,2. Además se contempló una tasa de no respuesta del 5%. Teniendo todo esto en cuenta, se estimó un tamaño muestral de 310 sujetos. Se realizó un muestreo de conveniencia. Se invitó a participar en el estudio a 402 enfermeras que desempeñaban funciones clínicas o de atención directa al paciente y se excluyó a enfermeras con menos de 6 meses de servicio en la institución y aquellas que ocupaban cargos de gestión. La muestra se configuró con 310 enfermeras que respondieron al cuestionario y que cumplían criterios de inclusión.

### Variables e instrumentos de medida

La variable principal, el alcance de práctica de las enfermeras, se midió mediante el cuestionario de D'Amour[15] en su versión española (E-ASCOP, Cuestionario del Alcance de Práctica de las Enfermeras)[16]. La consistencia interna del instrumento original mostró un valor de alfa de Cronbach de 0,89, similar a la que mostró la adaptación al contexto español, con un valor alfa de 0,90. En cuanto a la definición de las características de la escala, cada ítem puede puntuarse de 1 a 6, en función del nivel de implementación del ámbito de práctica en cada supuesto, en relación con la frecuencia con la que las enfermeras describen la realización de las actividades de su responsabilidad. En el caso de responder 1, se estaría indicando que esta actividad se realiza «nunca», mientras que al optar por la respuesta 6 se estaría señalando que la actividad se realiza «siempre». La puntuación final del cuestionario resulta de la media de cada una de las preguntas. Por lo tanto, una puntuación de 3 o menos sugeriría que el desarrollo del ámbito de práctica es subóptimo. En el mejor de los casos, la puntuación máxima sería 6, y las puntuaciones superiores a 3 indicarían que las actividades de enfermería se están realizando con mayor frecuencia, por lo que el ámbito de la práctica se está ejecutando de manera eficiente. El cuestionario está compuesto por 20 ítems, divididos en dos principales dimensiones: «Cuidado centrado en paciente y familia» y «Calidad del cuidado y seguridad del paciente»[16].

Se recogieron también variables sociodemográficas mediante un cuestionario *ad hoc*: edad y tiempo de experiencia (en años), nivel de formación (grado o posgrado), tipo de unidad (médico-quirúrgica/UCI) y clasificación de hospital (terciario/comarcal).

El ratio enfermera paciente se describe como el número mínimo de enfermeras a cargo de un número determinado de pacientes[17]. La variable se evaluó con un único ítem en el que se preguntaba por el número de pacientes que tenían asignados en el último turno.

### Recogida de datos

Se elaboró un cuestionario en línea a través de la plataforma web SurveyMonkey©. La invitación a participar en el estudio se realizó con la colaboración de las jefaturas de enfermería de las unidades implicadas, que remitieron, a través del correo corporativo, un mensaje con información sobre el proyecto, el consentimiento para participar y el enlace al cuestionario de respuesta.

### Análisis de datos

Los datos fueron analizados mediante el software estadístico SPSS v. 25.0, utilizando estadística descriptiva para definir la variable a estudio y estadística inferencial para determinar algún tipo de asociación entre las variables recogidas, mediante test bivariados y de correlación simple. El nivel de significación fue establecido en 0,05.

### Consideraciones éticas

El estudio cumplió los principios éticos establecidos por la Declaración de Helsinki. Se obtuvo la aprobación de la Comisión de Ética, Experimentación Animal y Bioseguridad de la Universidad Pública de Navarra (PI: 005/19). Se solicitó también autorización de los centros sanitarios que participaban en el estudio. Todos los participantes proporcionaron su con-

**Tabla 1** Descripción de la muestra en los distintos centros

| Variables | Hospital terciario (n = 272) | | | | | Hospital comarcal (n = 38) | | | | | Total (n = 310) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Media | Mediana | DE | Rango observado | | Media | Mediana | DE | Rango observado | | Media | Mediana | DE | Rango observado | |
| | | | | Min. | Max. | | | | Min. | Max. | | | | Min. | Max. |
| Edad | 40,06 | 41,00 | 9,46 | 23 | 59 | 40,08 | 40,00 | 8,85 | 40,08 | 40,00 | 40,06 | 41,00 | 9,38 | 23 | 59 |
| Tiempo de experiencia | 11,84 | 11,00 | 8,67 | 0 | 35 | 10,00 | 7,00 | 8,51 | 10,00 | 7,00 | 11,62 | 10,00 | 8,66 | 0 | 35 |
| Ratio | 6,43 | 7,00 | 3,87 | 0 | 20 | 8,89 | 10,00 | 3,57 | 8,89 | 10,00 | 6,73 | 8,00 | 3,92 | 0 | 20 |
| E-ASCOP | 4,03 | 4,03 | 0,80 | 2,25 | 5,90 | 4,04 | 3,95 | 0,87 | 4,04 | 3,95 | 4,02 | 4,00 | 0,73 | 2,2 | 5,9 |
| Fx. 1 | 4,46 | 4,50 | 0,83 | 2,20 | 6,00 | 4,43 | 4,50 | 1,00 | 4,43 | 4,50 | 4,41 | 4,50 | 0,83 | 2,2 | 6 |
| Fx. 2 | 3,60 | 3,60 | 0,78 | 1,70 | 5,80 | 3,64 | 3,35 | 0,88 | 3,64 | 3,35 | 3,6 | 3,55 | 0,79 | 1,7 | 5,8 |

DE: desviación estándar; E-ASCOP: Puntuación Cuestionario del Alcance de Práctica de las Enfermeras; Fx. 1: Dimensión 1 Cuidado centrado en paciente y familia; Fx. 2: Dimensión 2 Calidad del cuidado y seguridad del paciente.

sentimiento informado antes de su inclusión en el estudio, y se aseguró la confidencialidad de los datos y el anonimato de las respuestas.

## Resultados

Participaron un total de 310 enfermeras. La media de edad fue de 40,06 años (DE = 9,38), con un rango entre 23 y 59. Respecto al nivel de formación de las enfermeras, el 81,30% (n = 252) poseían únicamente la formación de grado, mientras que el 18,70% (n = 58) contaban con una formación más amplia, con estudios de posgrado. El tiempo de experiencia medio como enfermeras fue de 11,62 años (DE = 8,86), con un mínimo inferior a 12 meses y máximo de 35 años. El 87,7% (n = 272) estaban vinculadas a un hospital terciario, y el 12,30% (n = 38), a un hospital comarcal. Ejercían su profesión en unidades de hospitalización médico-quirúrgicas el 64,80% (n = 201), y el 35,20% (n = 109), en UCI. El ratio enfermera-paciente medio fue de 6,37 pacientes por enfermera (DE = 3,92), con un rango de 0 a 20 pacientes. En la tabla 1 se muestran las características descriptivas de la muestra agrupadas por el tipo de hospital, mientras que en la tabla 2 se muestran las puntuaciones medias del Cuestionario del Alcance de Práctica de las Enfermeras y de cada una de las dimensiones.

Se compararon las medias de puntuación con las variables cuantitativas (edad, tiempo de experiencia y ratio enfermera-paciente), encontrándose diferencias significativas solo para la relación de la edad respecto a cada una de las dimensiones del cuestionario (tabla 3). La correlación encontrada muestra que a mayor edad existe mayor probabilidad de expresar puntuaciones más bajas en la dimensión «Cuidado centrado en paciente y familia» respecto a las jóvenes, mientras que, en la segunda dimensión, «Calidad del cuidado y seguridad del paciente», fueron las enfermeras más jóvenes las que obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas.

En cuanto a las variables cualitativas, solo se encontraron diferencias respecto al tipo de unidad de hospitalización y UCI, siendo estas últimas las que declararon niveles significativamente más bajos (3,854 respecto a 4,123 de las enfermeras de hospitalización) en su alcance de práctica (tabla 4).

## Discusión

El objetivo del estudio fue analizar el alcance de práctica de las enfermeras en las unidades de hospitalización médico-quirúrgicas y UCI en el contexto español. Se obtuvieron valores más altos (E-ASCOP = 4,03) en el alcance de práctica de las enfermeras que el del ámbito de Canadá (ASCOP = 3,47)[18]. En cualquiera de los dos casos, al ser puntuaciones superiores a 3, indicaron que el ámbito de la práctica se estaba ejecutando de manera eficiente. No obstante, las puntuaciones obtenidas en un estudio realizado en Arabia Saudí revelaron niveles de práctica moderadamente más altos (A-ASCOP = 4,59)[19], incluso más que en el realizado en Líbano (L-ASCOP = 4,42)[20], que continúa siendo superior al del contexto español. La diferencia encontrada puede ser explicada por la naturaleza de acceso al sistema sanitario de cada país. En España, con superar la titulación de grado es suficiente para acceder al mundo laboral, a diferencia del contexto árabe, donde es necesario además aprobar un examen de competencias previo a la incorporación a un puesto en el hospital[21]. Esta exigencia puede hacer que las enfermeras sean más conscientes de aquellas competencias que tienen que poseer y poner en práctica para poder conseguir su trabajo, y esto puede que influya en que posteriormente implementen más su alcance de práctica.

La dimensión «Cuidado centrado en el paciente y familia» obtuvo una media de 4,41, casi un punto por encima de la dimensión «Calidad del cuidado y seguridad del paciente», resultados que concuerdan con la literatura, ya que ante situaciones de altas cargas de trabajo, son las actividades más indirectas o menos relacionadas con el paciente las que tienden a quedar sin realizarse, y sin embargo comprometiendo la calidad y la seguridad de los cuidados[22]. Según White et al.[23], las enfermeras dejan de realizar actividades que aportan valor añadido a la atención al paciente y tienden a asumir tareas que podrían ser desempeñadas por otros profesionales. La valoración clínica del paciente, la planificación al alta y las actividades relacionadas con la formación a los pacientes sobre sus autocuidados son ejem-

**Tabla 2** Cuestionario del Alcance de Práctica de las Enfermeras (E-ASCOP)

| Dimensión | Escala | Media | Mediana | DE | Rango observado | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Min. | Max. |
| 1. Cuidado centrado en paciente y familia | 1-6 | 4,41 | 4,50 | 0,83 | 2,20 | 6,00 |
| 2. Calidad del cuidado y seguridad del paciente | 1-6 | 3,60 | 3,55 | 0,79 | 1,70 | 5,80 |
| Cuestionario E-ASCOP | 1-6 | 4,03 | 4,00 | 0,73 | 2,20 | 5,90 |

DE: desviación estándar; E-ASCOP: Puntuación Cuestionario del Alcance de Práctica de las Enfermeras.

**Tabla 3** Correlaciones entre las variables cuantitativas y el alcance de práctica

| | Edad | | Tiempo de experiencia | | Ratio enfermera-paciente | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Correlación de Pearson | Sig. (2-colas) | | Sig. (2-colas) | | Sig. (2-colas) |
| E-ASCOP | −0,025 | 0,661 | 0,025 | 0,667 | 0,100 | 0,079 |
| Fx. 1 | −0,147 | 0,01* | −0,05 | 0,376 | 0,069 | 0,224 |
| Fx. 2 | 0,146 | 0,01* | 0,136 | 0,17 | 0,112 | 0,048 |

* $p < 0,1$.
E-ASCOP: Puntuación Cuestionario del Alcance de Práctica de las Enfermeras; Fx. 1: Dimensión 1 Cuidado centrado en paciente y familia; Fx. 2: Dimensión 2 Calidad del cuidado y seguridad del paciente.

**Tabla 4** Relación de las variables cualitativas y el alcance de práctica mediante la t de Student

| | | | | IC 95% | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Diferencia de medias | Inferior | Superior | Sig. (2-colas) |
| *Nivel de formación* | | | | | | |
| | Grado | Posgrado | | | | |
| n | 252 | 58 | | | | |
| Fx.1 | 4,432 | 4,548 | 0,114 | −0,127 | 0,359 | 0,348 |
| Fx. 2 | 3,589 | 3,667 | 0,079 | −0,149 | 0,306 | 0,496 |
| E-ASCOP | 4,108 | 4,108 | 0,097 | −0,110 | 0,305 | 0,357 |
| *Tipo de unidad* | | | | | | |
| | Hospitalización | UCI | | | | |
| n | 201 | 109 | | | | |
| Fx. 1 | 4,551 | 4,274 | 0,277 | 0,080 | 0,473 | 0,006* |
| Fx. 2 | 3,696 | 3,430 | 0,262 | 0,079 | 0,447 | 0,005* |
| E-ASCOP | 4,123 | 3,854 | 0,270 | 0,100 | 0,439 | 0,002* |
| *Tipo de hospital* | | | | | | |
| | Terciario | Comarcal | | | | |
| n | 272 | 38 | | | | |
| Fx. 1 | 4,457 | 4,429 | 0,028 | −0,313 | 0,369 | 0,867 |
| Fx. 2 | 3,597 | 3,647 | −0,050 | −0,321 | 0,220 | 0,715 |
| E-ASCOP | 4,027 | 4,038 | −0,011 | −0,259 | 0,237 | 0,931 |

IC 95%: intervalo de confianza del 95%; E-ASCOP: Puntuación Cuestionario del Alcance de Práctica de las Enfermeras; Fx. 1: Dimensión 1 Cuidado centrado en paciente y familia; Fx. 2: Dimensión 2 Calidad del cuidado y seguridad del paciente.

plo de las actividades esenciales que llegan a ser omitidas, lo cual podría corregirse si las enfermeras delegasen tareas más sencillas en las auxiliares de enfermería y se hiciesen cargo de aquellas actividades que solo ellas pueden realizar[24]. En relación con la variabilidad en las respuestas del cuestionario, es crucial destacar que las diferencias significativas se evidenciaron en ambas dimensiones con respecto a la edad de las participantes. Las enfermeras más jóvenes destacaron por llevar a cabo un mayor número de actividades relacionadas con el «Cuidado centrado en el paciente y familia», mientras que las de mayor edad se distinguieron por su contribución en actividades vinculadas a la «Calidad del cuidado y seguridad del paciente». Las enfermeras con más experiencia, a menudo, pueden involucrarse más activamente en la práctica basada en la evidencia y asumir roles en la promoción de la investigación a medida que avanzan sus carreras[25,26]. La edad, el tiempo de experiencia, el nivel de educación, el ratio enfermera paciente y el tipo de unidad, entre otras muchas, han sido muy estudiadas en la literatura en relación con el alcance de práctica de

las enfermeras[27,28]. En este sentido, enfermeras con menos tiempo de experiencia y menor nivel de educación están relacionadas con niveles más bajos de implementación del proceso de enfermería[27], mientras que en nuestro estudio ha sido la edad la variable evidenciada respecto a su relación con el alcance de práctica. Otros estudios consideran el ratio de enfermeras por paciente un indicador bruto del tiempo de enfermería disponible y asocian un mayor número de personal con una mejor calidad de la atención al paciente[29]. Sin embargo, en nuestro estudio no se encontraron diferencias significativas respecto al ratio. Cabe aclarar que en ambos tipos de unidad existen enfermeras que desempeñan actividades de refuerzo y que no tienen pacientes asignados.

Finalmente, el pertenecer a la UCI disminuyó la puntuación en el E-ASCOP de manera significativa en sus dos dimensiones. Esto puede deberse a que por los avances tecnológicos y el aumento de las necesidades asistenciales, las competencias específicas de las enfermeras de UCI han evolucionado[30]. Esta adquisición de nuevas responsabilidades puede haber comprometido el trabajo más allá de su alcance de práctica y haber centrado a las enfermeras de UCI en tareas más específicas de la UCI, como el cuidado de dispositivos específicos y equipos complejos. Sería interesante analizar a este grupo de enfermeras de manera particular en próximos trabajos.

### Limitaciones del estudio

Una de las principales limitaciones del estudio es que fue realizado en un único ámbito geográfico limitado en el territorio español, no reflejando necesariamente la variabilidad normativa y asistencial del Sistema Nacional de Salud. Se incluyeron todos los hospitales de la red pública. Además, la muestra incluida pertenece mayoritariamente a hospitales de tercer nivel. Para una generalización de los resultados son necesarios estudios con mayor dispersión geográfica y con inclusión de diferentes perfiles o roles profesionales. Por todo ello, futuros estudios podrían plantearse para analizar las diferencias entre las distintas zonas geográficas de todo el país, e incluso se podría realizar un estudio en el que se incluyesen también los hospitales de la red privada, apreciando así las diferencias tanto geográficas como organizacionales.

## Conclusiones

Este estudio es pionero en cuantificar el alcance de práctica de las enfermeras en unidades de hospitalización médico-quirúrgicas y de cuidados intensivos en el contexto español.

Los resultados mostraron niveles aceptables del alcance de práctica de las enfermeras de unidades de hospitalización médico-quirúrgicas y UCI.

La edad y el trabajar en la UCI fueron determinantes a la hora de identificar diferencias en las actividades que realizan las enfermeras propias de su profesión.

El alcance de práctica de las enfermeras resulta fundamental para comprender que, al abordar la escasez de enfermeras en los sistemas de salud, no se trata simplemente de aumentar el número de profesionales, sino de garantizar que estas enfermeras estén dedicadas a realizar las funciones propias de su profesión.

## Financiación

Financiación obtenida por la 1.ª Convocatoria de proyectos de investigación para profesores de centros miembros de la Conferencia Nacional de Decanas de Enfermería (CNDE) [Código de beca PI_013CNDE].

## Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

A todas las enfermeras que han participado en este estudio.

## Bibliografía

1. Buchan J, Catton H. Recover to rebuild. Investing in the nursing workforce for health system effectiveness. Ginebra (Suiza): Internation Council of Nurses; 2023. p. 1–76 [consultado 13 Nov 2023]. Disponible en: https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-07/ICN_Recover-to-Rebuild_report_EN.pdf
2. OECD, Union E. Health at a Glance: Europe 2022. 2022 [consultado 30 Nov 2023]. Disponible en: https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/507433b0-en
3. Lasater KB, Aiken LH, Sloane D, French R, Martin B, Alexander M, et al. Patient outcomes and cost savings associated with hospital safe nurse staffing legislation: An observational study. BMJ Open. 2021;11:e052899, http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052899.
4. McGahan M, Kucharski G, Coyer F, Winner ACCCN Best Nursing Review Paper 2011 sponsored by Elsevier. Nurse staffing levels and the incidence of mortality and morbidity in the adult intensive care unit: A literature review. Aust Crit Care. 2012;25:64–77, http://dx.doi.org/10.1016/j.aucc.2012.03.003.
5. McHugh MD, Aiken LH, Sloane DM, Windsor C, Douglas C, Yates P. Effects of nurse-to-patient ratio legislation on nurse staffing and patient mortality, readmissions, and length of stay: a prospective study in a panel of hospitals. Lancet. 2021;397:1905–13, http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00768-6.
6. Dall'Ora C, Saville C, Rubbo B, Turner L, Jones J, Griffiths P. Nurse staffing levels and patient outcomes: A systematic review of longitudinal studies. Int J Nurs Stud. 2022;134:104311, http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104311.
7. Clarke SP. More nursing, fewer deaths. Qual Saf Health Care. 2006;15:2–3, http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2005.017343.
8. Griffiths P, Recio-Saucedo A, Dall'Ora C, Briggs J, Maruotti A, Meredith P, et al. The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. J Adv Nurs. 2018;74:1474–87, http://dx.doi.org/10.1111/jan.13564.
9. Yen PY, Kellye M, Lopetegui M, Saha A, Loversidge J, Chipps EM, et al. Nurses' time allocation and multitasking of nursing activities: A time motion study. AMIA Annu Symp Proc. 2018;2018:1137–46. PMCID: PMC6371290; PMID: 30815156.
10. Colombo F. The nursing workforce: Past trends, future developments. London: OECD Health Division; 2016 [consultado 1 Dic 2023]. Disponible en: https://www.oecd.org/health/health-systems/Nursing-workforce-February2016.pdf
11. Gravlin G, Phoenix Bittner N. Nurses' and nursing assistants' reports of missed care and delegation. J Nurs Adm. 2010;40:329–35, http://dx.doi.org/10.1097/NNA.0b013e3181e9395e.
12. Déry J. L'étendue effective de la pratique d'infirmières en pédiatrie: ses déterminants et son influence sur la satis-

faction professionnelle [tesis doctoral]. Montréal: Université de Montréal; 2014 [consultado 16 Oct 2023]. Disponible en: https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/10843
13. Abt M, Lequin P, Bobo ML, Vispo Cid Perrottet T, Pasquier J, Ortoleva Bucher C. The scope of nursing practice in a psychiatric unit: A time and motion study. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2022;29:297–306, http://dx.doi.org/10.1111/jpm.12790.
14. Storfjell JL, Ohlson S, Omoike O, Fitzpatrick T, Wetasin K. Non-value-added time: The million dollar nursing opportunity. JONA J Nurs Adm. 2009;39:38–45, http://dx.doi.org/10.1097/NNA.0b013e31818e9cd4.
15. D'Amour D, Dubois CA, Déry J, Clarke S, Tchouaket E, Blais R, et al. Measuring actual scope of nursing practice: A new tool for nurse leaders. J Nurs Adm. 2012;42:248–55, http://dx.doi.org/10.1097/NNA.0b013e31824337f4.
16. Saralegui-Gainza A, Soto-Ruiz N, Escalada-Hernández P, García-Vivar C, Rivera D, San Martín-Rodríguez L. Assessing the reliability and validity of the Spanish Version of the Actual Scope of Nursing Practice Scale. Healthcare. 2023;11:1170 [consultado 17 Dic 2023]. Disponible en: https://www.mdpi.com/2227-9032/11/8/1170
17. Wynendaele H, Willems R, Trybou J. Systematic review: Association between the patient-nurse ratio and nurse outcomes in acute care hospitals. J Nurs Manag. 2019;27:896–917, http://dx.doi.org/10.1111/jonm.12764.
18. Déry J, Clarke SP, D'Amour D, Blais R. Scope of nursing practice in a tertiary pediatric setting: Associations with nurse and job characteristics and job satisfaction: Scope of nursing practice. J Nurs Scholarsh. 2018;50:56–64, http://dx.doi.org/10.1111/jnu.12352.
19. Aljohani KA, Alamri MS, al-Dossary R, Albaqawi H, Hosis KA, Aljohani MS, et al. Scope of nursing practice as perceived by nurses working in Saudi Arabia. Int J Environ Res Public Health. 2022;19:4220, http://dx.doi.org/10.3390/ijerph19074220.
20. Younan L, Clinton M, Fares S, Samaha H. A descriptive study of the composition and scope of practice of nursing staff in acute care hospitals of Lebanon. J Nurs Regul. 2019;9:34–41, http://dx.doi.org/10.1016/S2155-8256(19)30014-6.
21. Almotairy MM, Innab A, Alqahtani N, Nahari A, Alghamdi R, Moafa H, et al. Comprehensive licensure review and adaptive quizzing assignments for enhancement of end-of-programme exit examination scores in Saudi Arabia: A quasi-experimental study. BMJ Open. 2023;13:e074469, http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2023-074469.
22. Ball JE, Murrells T, Rafferty AM, Morrow E, Griffiths P. 'Care left undone' during nursing shifts: Associations with workload and perceived quality of care. BMJ Qual Saf. 2014;23:116–25, http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001767.
23. White K, Macfarlane H, Hoffmann B, Sirvas-Brown H, Hines K, Rolley JX, et al. Consensus statement of standards for interventional cardiovascular nursing practice. Heart Lung Circ. 2018;27:535–51, http://dx.doi.org/10.1016/j.hlc.2017.10.022.
24. Müller R, Cohen C, Delmas P, Pasquier J, Baillif M, Ortoleva Bucher C. Scope of nursing practice on a surgery ward: A time-motion study. J Nurs Manag. 2021;29:1785–800, http://dx.doi.org/10.1111/jonm.13318.
25. Gerrish K, Ashworth P, Lacey A, Bailey J. Developing evidence-based practice: Experiences of senior and Junr clinical nurses. J Adv Nurs. 2008;62:62–73, http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04579.x.
26. Boström AM, Ehrenberg A, Gustavsson JP, Wallin L. Registered nurses' application of evidence-based practice: A national survey. J Eval Clin Pract. 2009;15:1159–63, http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2753.2009.01316.x.
27. Miskir Y, Emishaw S. Determinants of nursing process implementation in North East Ethiopia: Cross-sectional study. Nurs Res Pract. 2018;2018:e7940854, http://dx.doi.org/10.1155/2018/7940854.
28. Blackwell CW, Neff DF. Certification and education as determinants of nurse practitioner scope of practice: An investigation of the rules and regulations defining NP scope of practice in the United States. J Am Assoc Nurse Pract. 2015;27:552–7, http://dx.doi.org/10.1002/2327-6924.12261.
29. De Cordova PB, Pogorzelska-Maziarz M, Eckenhoff ME, McHugh MD. Public reporting of nurse staffing in the United States. J Nurs Regul. 2019;10:14–20, http://dx.doi.org/10.1016/S2155-8256(19)30143-7.
30. Santana-Padilla YG, Santana-Cabrera L, Bernat-Adell MD, Linares-Pérez T, Alemán-González J, Acosta-Rodríguez RF. Training needs detected by nurses in an intensive care unit: A phenomenological study. Enferm Intensiva (Engl Ed). 2019;30:181–91, http://dx.doi.org/10.1016/j.enfie.2019.05.001.