



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRIA EN ENFERMERIA

**FACTORES RELACIONADOS CON EL CUIDADO PERDIDO Y LA
INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE LA ATENCION.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

MAESTRIA EN ENFERMERIA

P R E S E N T A :

E.E.A.C : YESMIN PACHECO VASQUEZ

**DIRECTOR DE TESIS:
MTRA. ROSA AMARILIS ZÁRATE GRAJALES
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX.

AGOSTO 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN. La seguridad del paciente es el mayor reto al que se enfrentan las enfermeras y la literatura reporta principalmente que el cuidado de enfermería, y la omisión del mismo, afecta los resultados de la atención y calidad ya que la realización de los cuidados determinan en gran medida el éxito o fracaso en la recuperación de los pacientes. Este cuidado otorgado y su calidad dependen de diversos factores como nivel de formación de los recursos humanos, la dotación adecuada, la comunicación, el trabajo en equipo y los recursos materiales.

OBJETIVOS. Determinar los factores relacionados con el cuidado de enfermería perdido, y su influencia en la calidad de atención.

METODOLOGÍA. Estudio cuantitativo, transversal y correlacional, en una muestra de 61 enfermeras de los 3 turnos y al menos 1 año de antigüedad laboral (que corresponde al 58% de la población de enfermeras y 61 pacientes con al menos 48 hrs de hospitalización. La muestra calculada a través de la fórmula para poblaciones finitas y variables cuantitativas. Las variables estudiadas son 1) Factores que influyen en el cuidado perdido de enfermería y 2) Cuidado perdido de enfermería con las dimensiones: 1.- Intervenciones de necesidades individuales, 2.- Planificación de alta y educación del paciente, 3.- Intervenciones del cuidado básico, 4.- Intervenciones de evaluaciones continuas. El instrumento utilizado MISSCARE diseñado por Kalisch y Williams, (2009). El análisis estadístico fue a través del paquete estadístico SPSS Versión 24.0.

RESULTADOS. El personal de enfermería considera razón significativa del Cuidado Perdido a las situaciones que tienen que ver con la disposición de Recursos Humanos, por ejemplo: número insuficiente de personal (56%), aumento inesperado de pacientes, la carga de trabajo del servicio (57%), el número insuficiente de personal auxiliar (37%). Los problemas de comunicación también tienen influencia en la Pérdida del cuidado: la asignación desequilibrada de pacientes (31%), la inadecuada entrega de turno o falta de claridad en la entrega recepción de pacientes de otro servicio o unidad (38%), otros departamentos no proporcionen apoyo para la continuidad del cuidado necesario (31%), tensión o fallas en la comunicación otros departamentos (43%), tensión o fallas con el personal médico (34%). Y el factor más importante expresado es la falta de suministros para trabajar: los medicamentos no están disponibles cuando se necesitan (69%), suministros y/o equipos no disponibles cuando se necesitan (69%), y Suministros y/o equipos no funcionan correctamente (69%). Y por supuesto la cantidad de recursos humanos frente a una alta demanda relativa al incremento inesperado de pacientes en el servicio que aumenta la carga de trabajo. Se encontró una relación lineal estadísticamente significativa moderada, y directamente proporcional entre el factor recursos humanos y el cuidado perdido de enfermería ($r_s=0.429$, $p= 0.001$).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES. Beatrice J. Kalisch hace referencia a los a los “cuidados perdidos” desde 2006 y los resultados de esta investigación coinciden en que los factores de mayor peso para el Cuidado perdido son: recursos materiales, escasos de personal y problemas de comunicación. Para la realidad del hospital estudiado se reporta que es importante la influencia de problemas de comunicación, situación que difiere del estudio de Kalisch y Moreno.

PALABRAS CLAVE: CUIDADO DE ENFERMERÍA, GESTION DE LA CALIDAD.

ABSTRACT:

INTRODUCTION. Patient safety is the greatest challenge faced by nurses and the literature mainly reports that nursing care, and the omission of nursing care, affects the results of care and quality since the conduct of care largely determines Success or failure in patient recovery. This care granted and its quality depend on various factors such as the level of training of human resources, adequate staffing, communication, teamwork and material resources. **OBJECTIVES.** Determine the factors related to lost nursing care, and their influence on quality of care. **METHODOLOGY.** Quantitative, transverse and correlational study in a sample of 61 nurses of the 3 shifts and at least 1 year of work (corresponding to 58% of nurses population and 61 patients with at least 48 hours of hospitalization) The calculated sample The variables studied are 1) Factors that influence the nursing care lost and 2) Nursing lost care with the respective dimensions: in four dimensions: 1.- Interventions of individual needs , 2.- Planning of discharge and education of the patient, 3.- Interventions of basic care, 4.-Interventions of continuous evaluations. The instrument used MISSCARE designed by Kalisch and Williams, (2009). Statistical analysis was performed through the statistical package SPSS Version 24.0. **RESULTS.** Nursing staff considers a significant reason for lost care to situations that have to do with human resources provision, for example: insufficient staffing (56%), unexpected increase of patients, workload of the service (57%), The insufficient number of auxiliary staff (37%). (31%), moderate reason the inadequate delivery of the previous shift or lack of clarity in the delivery of patients from another service or unit (38%),), Other departments do not provide support for continuity of care needed (31%), stress or communication failure other departments (43%), tension or failures with medical staff (34%). (69%), supplies and / or equipment not available when needed (69%), and Supplies and / or equipment do not work Correctly (69%). And of course the amount of human resources in the face of a high demand relative to the unexpected increase of patients in the service that increases the workload. A statistically significant linear relation was found moderate, and directly proportional between the factor human resources and the care lost Nursing ($r_s = 0.429$, $p = 0.001$). **DISCUSSION AND CONCLUSIONS.** Beatrice J. Kalisch refers to "lost care" since 2006 and the results of this research agree that the major factors for lost care are: material resources, staff shortages and communication problems. For the reality of the hospital studied, it is reported that the influence of communication problems is important, a situation that differs from the Kalisch and Moreno study.

KEYWORDS: CARE OF NURSING, QUALITY MANAGEMENT.

AGRADECIMIENTO

Gracias a las personas que estuvieron presentes física y espiritualmente durante esta gran meta.

Mi crecimiento intelectual y personal gracias a la UNAM y CONACyT

Descubrí la esencia de la enfermería y la complejidad de la investigación gracias de la Mtra. Rosa A. Zárate Grajales, así como vivir la gestión del cuidado centrada en bases científicas en pro de la calidad y la excelencia.

DEDICATORIA

A mi esposo y a mis hijos, quienes con su acompañamiento y tiempos sacrificados me ayudaron a llegar a la meta. Y a todas y a cada una de las personas que aportaron sus conocimientos al igual que las que me ayudaron y apoyaron para seguir adelante y no darme por vencida.

Contenido

| | |
|--|----|
| I. INTRODUCCIÓN. | 1 |
| II. JUSTIFICACIÓN. | 2 |
| 2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 3 |
| 2.2. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO..... | 6 |
| III.MARCO TEÓRICO. | 8 |
| 3.1. SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CUIDADO PERDIDO. | 8 |
| 3.2. MODELO DEL CUIDADO PERDIDO DE ENFERMERÍA KALISCH BJ..... | 10 |
| 3.2.1 PROCESOS INTERNOS DE LA ENFERMERA..... | 16 |
| 3.2.3. ENTORNO DE PRÁCTICA Y CARACTERÍSTICAS ORGANIZACIONALES..... | 17 |
| 3.2.4. COMUNICACIÓN Y RECURSOS MATERIALES. | 20 |
| IV.HIPÓTESIS | 22 |
| V.OBJETIVO GENERAL | 22 |
| 5.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS..... | 22 |
| VI.MATERIAL Y MÉTODOS. | 23 |
| 6.1. TIPO DE ESTUDIO..... | 23 |
| 6.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO. | 23 |
| 6.3. MUESTRA..... | 23 |
| 6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN..... | 24 |
| 6.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN | 24 |
| 6.6 VARIABLES DE ESTUDIO..... | 24 |
| 6.7. INSTRUMENTO. | 26 |
| 6.8. ESTRATEGIA PARA EL ANÁLISIS DE DATOS..... | 28 |
| 6.9. CONFIABILIDAD Y VALIDEZ. | 29 |
| 6.10. RECURSOS Y APOYO LOGÍSTICO..... | 29 |
| 6.11. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES | 30 |
| VII.RESULTADOS. | 32 |
| 7.1. PERSONAL DE ENFERMERÍA Y CUIDADO PERDIDO | 32 |
| 7.2. PACIENTE Y CUIDADO PERDIDO | 48 |
| VIII. DISCUSIÓN. | 53 |
| IX. CONCLUSIONES. | 56 |
| 9.1. LIMITACIONES Y APORTACIONES..... | 58 |

| | |
|--|----|
| X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 59 |
| XI. ANEXOS | 66 |

I. INTRODUCCIÓN.

La dotación inadecuada de personal en las instituciones de salud está relacionada con la calidad de la atención y también con diversos factores asociados entre ellos la omisión del cuidado, la falta de distribución acorde al nivel de formación lo que presiona a los profesionales de enfermería a disminuir el tiempo de atención acorde a las necesidades de las personas bajo su cuidado. La presente investigación trata de indagar sobre los factores que influyen en el Cuidado Perdido, de acuerdo al Modelo de Kalisch. La visión desde la administración del cuidado en enfermería permite reconocer la interrelación entre la estructura y el proceso de atención es clave para entender la influencia en los resultados de los pacientes, sin embargo también para estudios posteriores en la satisfacción de la enfermera con el cuidado y su labor o jornada diaria.

El personal de enfermería es indispensable para brindar cuidados con calidad y seguridad para los pacientes por lo anterior expuesto existe una clara necesidad de comprender la magnitud de los problemas en la prestación de atención así como describir y analizar los mecanismos que vinculan al personal de enfermería con la calidad y seguridad, aspectos como el clima organizacional y, en particular el entorno de la práctica de enfermería, los cuales han sido identificados como predictores significativos de la calidad del cuidado y la seguridad del paciente.

La calidad del cuidado depende de diversos factores como el nivel de formación de los recursos humanos, la dotación adecuada, la comunicación, el trabajo en equipo y los recursos materiales. Y son estudiados en el presente estudio desde un paradigma cuantitativo, comparativo y correlacional.

II. JUSTIFICACIÓN.

Durante los últimos 20 años múltiples estudios han señalado que, tanto los recursos humanos de enfermería como el ambiente en el que trabajan y las demandas de cuidados de los pacientes, tienen influencia en los resultados de la salud esto influye en la seguridad del paciente pero no ha recibido la atención debida aunque se trata de algo conocido desde el mismo origen de la profesión de enfermería la omisión de los cuidados son tan importantes como los errores de acción.¹

Es necesario conocer las condiciones en que se brinda el cuidado e identificar a través de evidencias a fin de plantear acciones para incrementar la calidad de la atención, la seguridad y satisfacción del paciente todo estos deben estar en conjunto de acciones para preservar la salud del paciente; es aquí donde la participación de las enfermeras se vuelve determinante, la calidad de la atención se ha vuelto una preocupación constante para el Sistema Nacional de Salud ya que los eventos adversos en la salud generan efectos desfavorables en la atención estos generalmente son conocidos como errores e incidentes que son precedidos por omisión en la atención llegando a afectar la calidad y seguridad.²

En estudios se ha reportado que los eventos adversos; en hospitales nacionales han tenido una incidencia del (7.7%) teniendo como principales las neumonías nosocomiales (5.2 %), infecciones de heridas (5.6 %), sepsis y bacteriemias (6.9%) lo que indica la relación que tiene con la atención de enfermería es de gran relevancia debido a que la calidad en la atención se relaciona con una atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente para poder lograr una influencia positiva en los pacientes.³

Por lo que se han realizado estudios que apoyan la evidencia para identificar no solo los eventos adversos relacionados con errores de procedimiento, pero también existen evidencia de aquellos resultados del retraso o la omisión de los cuidados.

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La calidad y seguridad del paciente a nivel mundial es un aspecto relevante para los sistemas hospitalarios. La Organización Mundial de la Salud, estima que uno de cada 10 pacientes sufre eventos adversos mientras reciben atención, estos eventos son daños causados al paciente por un procedimiento cuyo resultado no es atribuible a la enfermedad o condición de salud que originó la hospitalización.

durante la práctica existen también procedimientos que no se realizan de acuerdo a las demandas del paciente, por ejemplo, ayudar en la deambulaci3n, estos se denominan Error de omisi3n. Un error de omisi3n es m3s dif3cil de reconocer que un error de comisi3n (cuidado incorrecto), por lo que representa un problema mayor para el paciente.⁴

La seguridad del paciente es el mayor reto al que se enfrentan las enfermeras y la literatura reporta principalmente que el cuidado de enfermer3a, y la omisi3n del mismo, afecta los resultados de la atenci3n y la calidad ya que las realizaciones de los cuidados determinan en gran medida el 3xito o fracaso en la recuperaci3n de los pacientes.⁵⁻⁶

As3 mismo la calidad de la atenci3n de enfermer3a en los hospitales es variable y esta depende de diversos factores como nivel de formaci3n de los recursos humanos, la dotaci3n adecuada, la comunicaci3n, el trabajo en equipo y los recursos materiales, estos factores se han reconocido que favorecen cuidados de calidad. Por otro lado, tambi3n es conocido que, si las enfermeras est3n presionadas por factores como, falta de personal, escasa competencia, aumento de la dependencia de los pacientes o de la actividad de la unidad o de la complejidad en el cuidado, la capacidad de proveer cuidados con calidad se ve disminuida y favorece los eventos adversos, aumenta la mortalidad e incrementa los motivos para no prestar los cuidados que el paciente necesita .⁷⁻⁸

La práctica de enfermería incluye un amplio rango de tareas diarias, que ante algunas circunstancias como exceso de trabajo el aumento de pacientes y el tiempo adicional en la atención se opta en algún momento por dejar de hacer u omitir cuidados esto favorece el cuidado perdido, este se define como cualquier aspecto de la atención que requiera el paciente que se omita o retrasa significativamente este tiene fuerte relación con la calidad de los cuidados de enfermería. La mayoría de las cuestiones relacionadas con el cuidado perdido surgen de la dotación del personal y la carga de trabajo.⁹

Al respecto se ha identificado aspectos específicos de los denominados cuidados perdidos de enfermería en diversas investigaciones se ha podido reconocer que entre los más omitidos se encuentran la deambulacion, el cambio de posición, la alimentación, la enseñanza del paciente, la planificación del alta, el apoyo emocional, la higiene, la admisión y la documentación de egreso y vigilancia continua. ¹⁰

Por otra parte se reconoce que el 40% del cuidado que no se realiza afecta la calidad total del cuidado, en un estudio realizado se mostró que las enfermeras pasan tan solo el 35% de su tiempo en la atención directa al paciente el resto lo utilizan para actividades administrativas. Se considera que la organización de los hospitales influye en el cuidado perdido, se identificó que hospitales que contaban con mejores ambientes de trabajo, con entornos que apoyan la práctica profesional, así como aquellos en los que las enfermeras tienen autonomía y ejercen al máximo sus competencias profesionales, las enfermeras proporcionan cuidados con estándares más altos de seguridad y calidad; logrando mejores resultados en los pacientes. El 86% de las enfermeras informaron que una o más actividades de atención se habían dejado de hacer, siendo las más frecuentes: reconfortar o hablar con los pacientes (66%) y brindar la educación a los pacientes (52%). ¹¹⁻¹⁵

Es importante mencionar que existe poca evidencia de como las enfermeras determinan la prioridad de los cuidados , pero la mayoría de ellas optan por hacer lo que está prescrito por el médico como es la medicación, sin embargo, el no realizar o retrasar los demás cuidados afecta el bienestar del paciente, lo que incrementa la presencia de EA como úlceras por presión, infecciones asociadas a

la atención, cuyos resultados originan mayor estancia hospitalaria, mortalidad y aumento en el número de reingresos cuando los pacientes no son orientados a su regreso al domicilio después de su estancia hospitalaria pudiendo tener una repercusión en la vida cotidiana del paciente y un impacto en la calidad de la atención .¹⁶

Conviene subrayar que el personal de enfermería tiene la responsabilidad de brindar cuidados con oportunidad y libres de riesgo para los pacientes y para ello es necesario incorporar la cultura de la evaluación de la calidad del cuidado de enfermería como un proceso que busca alcanzar estándares de excelencia dentro de la gerencia del cuidado; para determinar la calidad es necesario definir mecanismos claros, precisos y ágiles, estos pueden ser medidos a través de la percepción de la enfermera ,paciente que permitan establecer procesos en los que se realice la medición, la evaluación y el establecimiento de planes de mejora, acordes con los hallazgos.¹⁷

Esta información puede entonces ser utilizada para inspirar el cambio y poder mejorar en la práctica diaria. Así también es indispensable evaluar la calidad desde la percepción del paciente lo cual cobra mayor importancia; ya que conocer ~~obtener~~ de los entrevistados, respuestas sobre las características y actitudes asociadas al cuidado recibido, es información valiosa para las instituciones prestadoras de servicios de salud, y para los mismos usuarios, lo que permite establecer planes de mejora orientados hacia la satisfacción de las necesidades y los resultados esperados por los pacientes y las instituciones de salud.

En México existe poca evidencia respecto al tema del cuidado perdido por lo que es necesario incrementar los estudios al respecto que permitan emprender acciones de mejora. Por ello el presente trabajo tiene el propósito de estudiar el fenómeno en una institución de salud del estado de Chiapas, por lo que nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores relacionados con el cuidado perdido y su influencia en la calidad de la atención?

2.2. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO.

Los conocimientos científicos, la fundamentación teórica y especialmente la formación humanística y ética son aspectos esenciales para el desempeño de una profesión que tiene un amplio componente humano ya que se desarrolla a través de las relaciones humanas, el cuidado de una persona, lo que implica la preocupación por brindar cuidados de enfermería con calidad. La interacción entre el profesional de enfermería y el paciente está mediada permanentemente, tanto por la necesidad de cuidado directo relacionado con el tratamiento específico como por las necesidades de información, apoyo emocional y educación del paciente. ¹⁷

La orientación, la educación, el apoyo emocional son intervenciones de suma importancia para el paciente son parte fundamental del cuidado ya que ayuda a evitar complicaciones, la readmisión ,mejora el estado de salud fomenta la participación y la toma de decisiones informadas respecto a su atención.

Sin embargo diversos factores del sistema de salud hacen más difícil el reto de concentrarse en la persona a quien se cuida y muchas veces se retrasa, se pierde o se omite el cuidado ,varios reportes de investigación sugieren que debido a la falta de ayuda, a la escasez de enfermeras, el aumentó en la gravedad del paciente y el tiempo limitado para las tareas, múltiples demandas de atención y la insuficiencia de recursos, hace imposible cumplir con todos los requisitos de cuidados de enfermería y en estas circunstancias, las enfermeras pueden abreviar el cuidado o retrasarlo o simplemente omitirlo.¹⁷⁻¹⁸

A pesar de estos factores, la toma de decisiones y prioridades son establecidas por la enfermera quien toma las decisiones respecto a retrasar u omitir los cuidados y estas decisiones están influenciadas también por factores individuales internos, como los valores, las creencias, hábitos, a pesar del hecho de que la mayoría de las enfermeras hacen hincapié en la importancia del apoyo emocional al paciente y su familia ~~es importante~~ y se identifica como un elemento de la atención que se valora profundamente en los planes y en el discurso de los profesionales, con frecuencia pueden ser omitidos o retrasados ocasionando con ello riesgos al

paciente por la discontinuidad en el cuidado y en el tratamiento. Por lo que la importancia de este estudio radica en conocer los factores presentes en el cuidado perdido y su impacto en la calidad .19

Así también explicar la interrelación entre la estructura y el proceso de atención es clave para entender la influencia en los resultados de los pacientes y tomar acciones que nos permitan brindar cuidados con seguridad y calidad lo cual es un desafío a la garantía de la calidad, la gestión y la satisfacción de la enfermera y los pacientes .20

III.MARCO TEÓRICO.

3.1. SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CUIDADO PERDIDO.

La atención y seguridad del paciente constituye una actividad compleja, ya que en ella se conjugan aspectos inherentes al sistema de salud y acciones humanas que deben estar basadas en conocimiento, evidencia científica, normas y ética. Las enfermeras tienen un papel central en la seguridad del paciente. Se ha establecido que existe una relación muy fuerte entre la dotación de enfermería en los hospitales y los resultados del paciente tales como mortalidad, eventos adversos.²¹

Los eventos adversos generalmente son precedidos de errores, incidentes y omisiones en la atención. Este es un fenómeno universal que amenaza la seguridad y la calidad de atención definido en el 2006 por Kalisch, en la seguridad del paciente el cuidado perdido de enfermería se considera un error por omisión y se define como: **“cualquier aspecto del cuidado de enfermería requerido que es omitido, o demorado en parte o en su totalidad significativamente” referencia.** Este es un problema que las instituciones de salud y las enfermeras enfrentan, ya que realizan múltiples intervenciones prescritas por otros profesionales de la salud y ellas mismas también planean, diagnostican y evalúan las respuestas de los pacientes y la atención de enfermería, sin embargo ~~por lo tanto~~, hay cuidados que no pueden ser proporcionados en su totalidad.²²

De acuerdo al movimiento de seguridad del paciente se han identificado dos grandes tipos de errores; actos de comisión (errores por acciones) y actos de omisión (no realizar) estos conducen a resultados adversos reales o potencialmente negativos en los resultados de la atención al paciente. Una agencia de investigación de calidad en salud en los Estados Unidos, refiere que los errores de omisión

son más difíciles de reconocer que los actos de comisión ~~errores~~ de eventos adversos, pero probablemente, representan un problema mayor ya que se le ha dado poca atención a este tipo de errores y afectan en gran medida la seguridad del paciente y puede conducir a resultados adversos potencialmente peligrosos.²³

25

La omisión del cuidado es un problema generalizado en los hospitales; los recursos humanos, materiales, la complejidad del paciente, las delegaciones ineficaces, la falta de comunicación y las estrategias de priorización han sido identificadas como factores para la omisión del cuidado dejando a los pacientes vulnerables.^{24,25} Un investigador reportó que (6%) de todas las dosis del medicamento se omitieron, otros estudios revelaron (69%) de todos los errores de medicación fueron errores de omisión en el análisis de la dosificación, así también el tipo de cuidados de enfermería perdidos que ocurren en el hospital los que se perdieron con mayor frecuencia fueron las actividades de apoyo a la deambulación (84%), la evaluación de la eficacia de los medicamentos (83%), el cambio de postura (82%), el cuidado de la boca (82%), la enseñanza de los pacientes (80%) y la puntualidad de la administración de medicamentos por razón necesaria (80%). Por otro lado las cuatro actividades de cuidado que se perdían con menos frecuencia incluyen la evaluación del paciente en cada turno (17%), monitorización de la glucosa (26%), el lavado de manos (30%) y la revaloración focalizada (36%). Las razones identificadas en el estudio para el cuidado perdido fueron las relacionadas con recursos humanos (85%), recursos materiales (56%) y la comunicación (38%).²⁶

El cuidado perdido abarca una gama de diversas responsabilidades esenciales y por lo tanto la falta de información de los factores limita implementar intervenciones específicas para reducir este fenómeno.

El modelo para evaluar el cuidado perdido está diseñado para predecir la relación que existe entre el entorno y la práctica, los procesos de cuidado directo de enfermería y los resultados en los pacientes. Este se considera como una forma de evaluar el proceso de cuidado directamente relacionada con los resultados del paciente, y muestra que la calidad de la atención se ve comprometida cuando la

enfermera no concluye en tiempo y forma la atención necesaria y requerida por los pacientes. Este modelo también permite identificar las características de la organización que impactan los procesos de atención de enfermería y la toma de decisiones para priorizar los cuidados.

3.2. MODELO DEL CUIDADO PERDIDO DE ENFERMERÍA KALISCH BJ.

Este modelo fue elaborado y definido por la investigadora Kalisch en el año 2006, y examina tres conceptos del modelo de Calidad de Donabedian, la estructura, el proceso y el resultado. **La estructura** hace mención a las características del hospital y de la unidad de atención del paciente y las características del personal de enfermería. En relación al **proceso** de cuidado de enfermería se plantea que es allí en donde se origina la pérdida o se toma la decisión de omitir algunos aspectos de la atención y el **resultado** se refiere a los efectos directos de la atención en los pacientes. Kalisch identificó que el cuidado de enfermería que se omite con mayor frecuencia son: La evaluación de necesidades individuales, la Planeación del alta y la educación, el cuidado básico, las valoraciones continuas. Al respecto se ha desarrollado un marco conceptual del modelo de cuidado perdido haciendo referencia a los factores estructurales, incluye los recursos humanos de enfermería, el número y tipo de personal, el nivel de competencia del personal de enfermería, la formación y la experiencia del personal, la disponibilidad de los recursos materiales los medicamentos, equipo, así como aquellos relacionados con el trabajo en equipo y la comunicación con el equipo de salud enfermeras y médicos, o entre enfermeras y auxiliares. Cuando uno o más de estos recursos no se encuentran disponibles en una organización o durante un período de trabajo, las enfermeras tienen que dar prioridad a las actividades que ella considera de mayor importancia para el paciente.

23

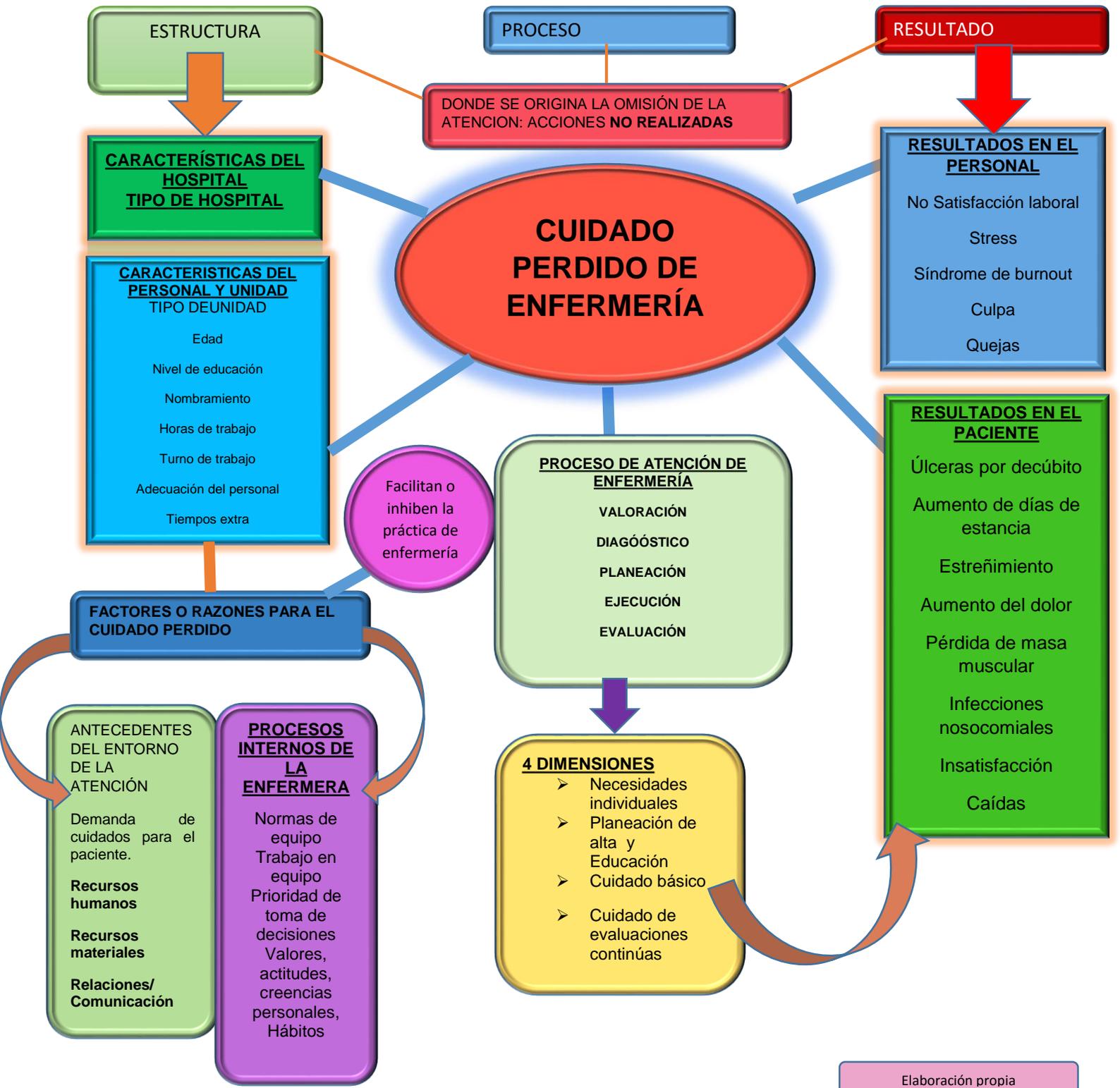
En este modelo, la enfermera se enfrenta con recursos humanos restringidos; utiliza el proceso de enfermería para determinar las prioridades clínicas y tomar decisiones sobre si se debe retrasar u omitir ciertos aspectos de la atención. Este proceso de decisión está influenciado principalmente por cuatro factores a nivel individual: la

percepción de la enfermera o normas; El juicio de la enfermera acerca de la importancia de los diversos aspectos de la atención en relación con las condiciones de los pacientes; valores, actitudes creencias; y la práctica habitual de la enfermera. El resultado del proceso de priorización frente a la escasez de recursos humanos, materiales o el tiempo favorecen la omisión de cuidados de enfermería las consecuencias más habituales del cuidado perdido son retraso en la toma o aplicación de medicamentos o bien la omisión de cuidados tales como omitidos; como deambulación, cambio de posición , cepillado de dientes, surgiendo complicaciones como, úlceras por presión, caídas, neumonía asociada al ventilador u otras infecciones nosocomiales; aumento de la duración de la estancia; y la disminución de la satisfacción del paciente. Las condiciones de la organización también pueden promover la normalización del cuidado perdido ya que estos no dan lugar a efectos adversos observables. La experiencia de trabajar bajo presión de tiempo y de recursos puede reforzar inconscientemente la aceptación de retrasar u omitir la atención, lo que lleva a una práctica habitual de cuidados perdidos en las instituciones.²³⁻²⁴

Existen tres antecedentes del cuidado perdido de enfermería; el primero hace mención a los recursos laborales como el número y tipo del recursos humanos en enfermería ,el nivel de competencia, la formación , la experiencia laboral y la disponibilidad en relación con las demandas de cuidados de los pacientes. Las investigaciones han mostrado que el aumento del personal de enfermería se asocia con una disminución de cuidados omitidos. Las enfermeras que trabajan en unidades con mayor personal es menos probable que omitan los cuidados que tengan que ver con las necesidades fisiológicas ,los signos vitales y monitorización de la glucosa esto puede indicar que las enfermeras dan alta prioridad al otorgamiento de dichos cuidados como las necesidades físicas inmediatas, las órdenes de los médicos y a la obligación normativa para documentar los resultados de las actividades de enfermería que se encontraban en tercer lugar. Por otro lado, consideran en el último lugar en la escala de prioridades, la deambulación, la enseñanza al paciente y el apoyo emocional que con frecuencia son relacionadas

con cuidado perdido, en estos estudios ~~cuando~~ no se encontraron diferencias significativas entre hospitales con alta y baja dotación de personal.²⁵⁻²⁶

MODELO DEL CUIDADO PERDIDO



El segundo contempla los recursos materiales; como los medicamentos, suministros y equipos, su disponibilidad y cómo influyen estos en el momento de brindar la atención. El tercer elemento antecedente es el trabajo en equipo y la comunicación entre los miembros del equipo interdisciplinario; enfermeras, auxiliares de enfermería, médicos, laboratoristas, nutrición etc. cuando los recursos humanos y materiales disponibles se encuentran en conflicto para proporcionar cuidados, las enfermeras deben tomar decisiones o dar prioridad en relación a cuales cuidados brindar y cuales omitir.²⁷

Existen diversos estudios sobre el cuidado perdido a nivel mundial y estos han referido que los cuidados de enfermería perdidos potencialmente pueden dar lugar a resultados negativos, incluso mortales en los pacientes por ejemplo el impacto de no apoyar la deambulaci3n. A manera de ejemplo se ha documentado que los pacientes, especialmente los mayores de 65 a1os de edad, a menudo abandonan el hospital con menos capacidad para moverse, la falta de deambulaci3n en los pacientes se ha relacionado con complicaciones como el delirio, la neumonía, el retraso en la cicatrizaci3n de heridas, úlceras por decúbito, aumento de días de estancia, estreñimiento, aumento del dolor o malestar, p3rdida de masa muscular, fatiga, y discapacidad física. La deambulaci3n frecuente y eficaz ha demostrado que aumenta la perfusi3n local, los niveles de oxígeno en los tejidos y los movimientos intestinales, evitando así la trombosis venosa, Íleo paralítico, ambas causas importantes de morbilidad y mortalidad en los hospitales.²⁸⁻²⁹

3.2. LOS RECURSOS HUMANOS Y LA CALIDAD DE LA ATENCI3N EN SALUD.

El personal de enfermería experimenta mayores cargas de trabajo a consecuencia de estancias hospitalarias más cortas, aumentando el promedio de pacientes, menos recursos y escasos de enfermeras a nivel nacional. La crisis económica a nivel mundial ha dado como resultado reducciones al gasto en salud, de muchos gobiernos. Aunque la OMS reconoce a las enfermeras como recurso humano importante para el servicio de salud, la enfermería generalmente se considera un

“costo” lo que hace que sea un objetivo constante para reducir costos por los administradores de los hospitales. Estos recortes combinados con el fenómeno de la escasez permanente de enfermeras hacen que el racionamiento del cuidado sea algo cada vez más común en los servicios de salud.³⁰⁻³²

Siendo estos de gran importancia ya que el número, nivel de competencia, educación y experiencia de personal pueden ayudar a la elección del retraso u omisión de la atención al paciente. Enfermería desde hace varios años y desde diferentes frentes ha puesto sobre la mesa los principales problemas de la profesión los escasos recursos humanos, la presión del tiempo y las exigencias de la competencia, de ahí la necesidad de una adecuada dotación de personal de enfermería para evitar las consecuencias del cuidado omitido. La evaluación de los planes nacionales o locales de dotación de personal deben incluir no sólo las necesidades manifestadas por las áreas de enfermería, sino también una cuidadosa evaluación de cómo la frecuencia de la demanda o la complejidad del paciente afectan a la adecuación de la dotación de personal y la calidad de la atención.³³

Esta la calidad debe ser proporcionada consistentemente de la forma correcta y en el momento necesario ya que se evalúa a partir de seis objetivos: seguridad, eficacia, cuidado centrado en el paciente, oportuna, eficiente, y equitativa. La consecución de los seis objetivos se ve gravemente comprometidos si estos no se cumplen y se ve reflejado en la calidad de los procesos de atención, investigaciones han reportado que del (55% al 98%) del personal de enfermería ha dejado uno o más elementos del cuidado de enfermería sin terminar en su turno y cuando se le ha preguntado a los pacientes su percepción, indican que al menos (55%) de ellos muy probable no reciben los cuidados de enfermería en el momento adecuado. Los pacientes dieron calificaciones más altas a la asistencia técnica, pero no así a la relación interpersonal lo que fue fundamental para la percepción del paciente acerca de atención en su conjunto. Si bien se sabe que la percepción de los pacientes hospitalizados es un proceso complejo ya que depende de las características específicas como cultura, expectativas, factores personales, experiencias previas y la propia enfermedad; el 32% percibieron que la atención de enfermería era

medianamente desfavorable, los pacientes refirieron que las enfermeras a veces no se dirigen a ellos por su nombre y no demuestran amabilidad durante la atención.³⁴

El concepto cuidado perdido se perfila como un importante indicador tanto de la seguridad y la satisfacción del paciente como de los procesos de calidad de la atención implementados en los países en los últimos años; los cuidados de enfermería perdidos se visualizan como un indicador de proceso para medir directamente la evolución del paciente; ya que cuando los cuidados de enfermería no son completos, se ve comprometida la calidad de la atención y la seguridad del paciente. Un creciente número de estudios demuestran una relación significativa entre cuidados de enfermería perdidos y los resultados del paciente que pueden ser considerados predictores más consistentes de la calidad. La comprensión de la relación entre el entorno de la práctica de enfermería y los cuidados perdidos puede dar una idea sobre los factores de riesgo modificables, lo que conduciría a mejores resultados en los pacientes.³⁵

Es indudable la relación entre los cuidados perdidos con falta de calidad de la atención en las instituciones de salud, lo cual sugiere que importantes errores de omisión existen en la práctica de enfermería para pacientes hospitalizados. En un estudio en el que se preguntó la percepción de los aspectos fundamentales de la atención de enfermería; los pacientes concluyeron que no se prestaba la suficiente atención, a los aspectos de la comunicación, el respeto a su dignidad, la planificación del alta y la seguridad.³⁶

Por otro lado la evidencia ha demostrado que la falta de personal es una amenaza para la calidad y la seguridad del paciente. Sin embargo, el simple aumento del número de enfermeras puede no ser la solución si el ambiente de trabajo no es propicio para la toma de decisiones, así la calidad de la atención también puede estar estrechamente relacionada con la variación en los entornos hospitalarios. Esto contribuye a perder cuidados de enfermería también lo que se ha demostrado es que las enfermeras que tienen menor nivel de preparación eran menos propensas a reconocer que los cuidados de enfermería repercutían en la calidad y en los resultados del paciente.³⁷⁻³⁸

Al respecto de los recursos humanos también se muestran al menos siete factores que influyen en la calidad del cuidado; el déficit de personal, aprovechamiento inadecuado del recurso humano existente, el tiempo requerido para realizar las intervenciones de enfermería, trabajo en equipo deficiente, delegación ineficaz, hábitos y costumbres así como la negación. Por lo que estudiar el cuidado perdido, es de gran importancia para conocer los atributos que son de relevancia, así como el impacto en la calidad de los cuidados de enfermeras.³⁹⁻⁴⁰

El cuidado perdido podría ser utilizado como un indicador de la calidad total, ya que los cuidados son parte sustancial en la atención sanitaria y, por este motivo, influyen decisivamente en la calidad si esta se encuentra presente es una de las primeras fuentes de reducción de costos, eventos adversos, disminución de omisiones en el cuidado y menor mortalidad. Sin embargo, a veces es difícil conocer el impacto que tiene la calidad en los cuidados de los profesionales de enfermería por ello es necesario identificar los aspectos concretos que posibilitan y permiten la valoración de la calidad en su relación estrecha con los recursos humanos de enfermería y los cuidados, la importancia de las acciones y sus consecuencias en el estado de salud de las personas la evaluación de la calidad se basaría en la cuantificación de los problemas que estuvieran relacionados con la prestación de cuidados u omisiones en los mismos. Para enfermeras y pacientes es importante identificar las causas del cuidado perdido durante la estancia hospitalaria ya que este puede ayudar a desarrollar intervenciones orientadas a las áreas de oportunidad que afectan el cuidado del paciente. Cuando los factores como antecedentes del entorno y factores internos de las enfermeras se conjuntan la atención tienen más probabilidades de retrasarse u omitirse .⁴¹

3.2.1 PROCESOS INTERNOS DE LA ENFERMERA.

Se han encontrado algunas otras razones para el cuidado perdido, y estas hacen referencia a los procesos internos de las enfermeras como son los valores, actitudes, creencias y la presión del equipo de trabajo que dan como resultado omisiones en la atención. Las propias enfermeras comentaron que cuando se

consultó con los miembros del equipo el por qué no completar otros aspectos de la atención, no era raro decir: "Oh, nosotros no hacemos eso", no te preocupes por eso, "lo importante es". Las normas de equipo dentro del cual los individuos operan en conjunto son normas relativas a conductas aceptadas por sus miembros. Los enfermeros tienen creencias y valores sobre sus funciones y responsabilidades construidos sobre sus valores personales y normas culturales.. Según Afaf Meleis, las respuestas humanas son diversas y complejas, y las enfermeras/os tienen sus propias preferencias seleccionando las congruentes con su propia ética y valores, formación, y su historia personal ya que todos tienen valores que les guían consciente o inconscientemente.⁴²

Por otro lado las enfermeras informan que se sienten angustiadas cuando no completan todo el cuidado que el paciente necesita, refieren ansiedad cuando estaban a cargo de un paciente con demasiados cuidados ya que tenían que dejar pendiente el cuidado de los demás pacientes asignados, también se pudo observar que las enfermeras con más de 20 años en servicio apuntan a una reducción importante de proporcionar el cuidado integral y en muchas ocasiones entran en conflicto entre lo que se puede hacer y las necesidades de los pacientes. Como resultado, las enfermeras experimentan emociones como culpa, miedo, vergüenza, frustración y estrés a lo largo de su jornada de trabajo y de los años de vida en el trabajo. Los valores y las actitudes tienen un efecto sobre la atención al paciente ya que este es factor clave para decidir proporcionar u omitir cuidados. ⁴³

3.2.3. ENTORNO DE PRÁCTICA Y CARACTERÍSTICAS ORGANIZACIONALES.

La comprensión de la relación entre el entorno , la práctica de enfermería y los cuidados perdidos puede dar una idea sobre los factores de riesgo que pueden ser modificables. La evidencia indica que cuando se mejora el entorno de la práctica de enfermería la cantidad de cuidado perdido en los hospitales puede ser disminuido de (7,3%) a (13,5%), ciertas características negativas en el ambiente de trabajo, como la insatisfacción laboral, síndrome de burnout (agotamiento emocional) y la rotación de personal, se han asociado significativamente con los resultados del

cuidado. Un estudio sugiere que más del (30%) de las enfermeras tenían puntuaciones más altas de burnout, y un mayor agotamiento esto puede explicar la relación entre el personal de enfermería, cuidados con poca calidad y el aumento de las tasas de infección relacionadas con la atención sanitaria. Algunos investigadores sugieren que abordar el entorno de trabajo y el desgaste de las enfermeras son esenciales para lograr la seguridad y calidad. Si se aumenta el indicador de dotación de recursos humanos de enfermería sugiere que las intervenciones dirigidas a mejorar cualquiera de las dimensiones del entorno de trabajo de enfermería reducirían la cantidad de cuidados de enfermería perdidos. Los entornos que son favorables para la práctica, que procuran suficientes recursos para la prestación de cuidados de enfermería tienen un fuerte impacto en el cuidado y la calidad se encuentra presente.⁴⁴⁻⁴⁵

Enfermería tiene una importante labor en la seguridad del paciente y la calidad de la atención y es el fundamento de la práctica de la enfermería. Pero en recientes estudios se ha encontrado que el tipo de unidad o de organización también puede ser un factor que contribuye al cuidado de enfermería perdido al comparar los cuidados perdidos en unidades de salud diferentes, los resultados del estudio mostraron que los cuidados de enfermería perdidos por ejemplo eran significativamente menos omitidos en las unidades de. También se ha relacionado el ambiente de trabajo ya que si es adecuado tiende a disminuir la omisión en el cuidado.⁴⁶

El modelo de cuidado omitido plantea específicamente que las características del ambiente de trabajo organizacional impactan los procesos de atención en enfermería y en la toma de decisiones de los cuidados que se omiten, lo que a su vez conduce a resultados negativos para el paciente. El comportamiento organizacional se ha identificado también como un factor importante en la mejora de la calidad y la seguridad de la atención hospitalaria ya que se ha documentado que el tiempo que las enfermeras invierten en otras actividades no directas de cuidado puede afectar la calidad en su conjunto.⁴⁷

Las enfermeras se esfuerzan por cumplir con los estándares básicos de la atención con respecto a la seguridad del paciente, pero factores como ajuste en los presupuestos, organización deficiente o cambiante aumenta el potencial de errores, omisiones y esto da como resultado cuidados más pobre en los pacientes. Una de las estrategias utilizadas en los últimos años de reformas del sistema de salud en el mundo para abatir costos de la atención ha sido la reducción de personal en las organizaciones hospitalarias es la reducción de personal de enfermería , estrategia cada vez más frecuente como un ahorro de costos y a menudo se reduce el número de enfermeros o se reemplazan algunos miembros del personal profesional por el personal auxiliar de enfermería. Los costos de estas decisiones suelen ser altos, diferentes investigaciones han evidenciado que incrementan la mortalidad, aumentan la estancia hospitalaria y los costos de las complicaciones asociados con las omisiones del cuidado dan como resultado el aumento de las muertes de pacientes, eventos adversos tales como las úlceras de presión, caídas con lesiones e infecciones del tracto urinario entre otras .48-49

En términos organizacionales, gran parte de la efectividad de la atención depende del desempeño de sus recursos humanos y en los servicios de enfermería depende de la gestión de enfermería en quien recae el liderazgo y la administración para dirigir las actividades laborales. Su liderazgo determina los resultados, pues su labor es la de hacer cumplir las funciones asignadas desde una perspectiva estratégica, a fin de desarrollar el potencial de cada enfermera a través de un liderazgo asertivo. La función que cumple la enfermera, en el cuidado de los pacientes, juega un papel destacado ya que su labor y el impacto de ésta dan el resultado final de la misión institucional. Es sabido que el trabajo de enfermería debe reunir las condiciones necesarias y suficientes para que se dé el cuidado, con conocimiento dirigido hacia el bienestar de los demás. Sin embargo la evidencia empírica muestra que el nivel de insatisfacción de los trabajadores de la salud en los hospitales , ejemplos de ellos son las expresiones de quejas constantes sobre diversos aspectos laborales relacionados con las remuneraciones, el entorno físico, los jefes, los compañeros de trabajo, el exceso de trabajo, el poco valor que da la institución a su trabajo, entre otros el clima

organizacional puede marcar la diferencia en el cuidado con calidad ,y en la disminución de omisiones.⁵⁰

3.2.4. COMUNICACIÓN Y RECURSOS MATERIALES.

La comunicación exitosa debe propiciar un ambiente neutral facilitar la transmisión de la información, un factor que contribuye a la calidad de la atención es la comunicación ineficaz y causa una barrera en el personal de enfermería. La comunicación efectiva es una meta universal para la seguridad del paciente y una función de las enfermeras gestoras ya que esta estrategia puede contribuir a disminuir el cuidado perdido. La comunicación inadecuada o la falta de ésta, influye en la planeación de los cuidados que se le brindaran al paciente, la mala comunicación en el servicio ,entre enfermeras deteriora los aspectos de la atención impactando la capacidad de brindar cuidados de calidad.⁵¹⁻⁵²

El cuidado de Enfermería debe ser permanente y brindarse a lo largo del día, para ello se requiere la participación de un equipo. Esto supone que las enfermeras estarán en contacto con otros profesionales y el paciente y que la interacción involucra a más de dos personas; por este motivo puede suceder que se presenten diferentes enfoques, métodos y estrategias por parte de los enfermeros para establecer el cuidado del paciente de ahí la importancia de mantener una adecuada comunicación.⁵³

Estudios señalan que entre las condiciones facilitadoras de la ocurrencia de los eventos adversos se encuentra la falta de comunicación entre los profesionales, provocando la fragmentación de la responsabilidad por la asistencia, la discontinuidad en la atención y la inadecuada información. Se estima el 60% de los incidentes se consideran evitables. Considerando que estos están relacionados con un fallo humano, su ocurrencia está asociada, frecuentemente, a la vergüenza, castigos y pérdida de prestigio por parte de los profesionales la tendencia es ocultarlo no comunicarlo especialmente en los casos en que resulten daños,

perdiéndose una gran oportunidad de aprendizaje. Un estudio mostro que el (39.1%) del cuidado se omitía y que no era comunicado y estos errores de omisión eran evidenciados por otros profesionales de salud.⁵⁴

En los hospitales es frecuente observar que todo el personal tiene un ritmo de trabajo acelerado; sin embargo, la comunicación no puede ser escasa, debe ser constante y existir una relación de compañerismo, que permita a los miembros del equipo realizar sus actividades de manera que el paciente reciba atención con calidad. Se han encontrado estudios en donde la comunicación en el hospital es deficiente esta es de tal importancia que puede identificar las áreas de riesgo dentro de los hospitales. La Organización Mundial de la Salud determinó seis acciones básicas denominadas metas internacionales para la seguridad del paciente y la segunda meta internacional es mejorar la comunicación efectiva, determinándola en todo el proceso de hospitalización y promoviendo mejoras específicas en cuanto a la seguridad del paciente .⁵⁵

Otro aspecto relevante en la práctica enfermera, son los diferentes instrumentos usados para otorgar cuidados. El profesional de enfermería está rodeado de una amplia variedad de objetos que posibilitan su labor en un espacio, tiempo y lugar determinado. Es importante reconocer que la diversidad y complejidad del material para el cuidado aumenta constantemente y actualmente se incluyen recursos que tienen una complejidad, costo y disponibilidad que tienen como objeto facilitar la labor de la enfermera .La falta o falla de suministros y equipos necesarios para la asistencia favorecen las interrupciones y omisiones en el trabajo.⁵⁶

Algunos autores refieren que la falta de materiales ocasionan un ambiente estresante que lleva a la deficiencia en la calidad de la asistencia; En un estudio sobre fármacos en Sudáfrica informa que entre los factores de estrés y cuidados omitidos y que habían recibido puntuaciones altas estaban la falta de medicamentos. Factores como trabajar con suministros inadecuados, equipos escasos o deficientes, son generadores de estrés ya que limitan el trabajo y evitan actuar con eficacia en situaciones difíciles al no disponer de recursos

materiales se pone en peligro el cuidado de los enfermos y propicia las omisiones y cuidados y la escasa calidad.⁵⁷

IV.HIPÓTESIS

De acuerdo la evidencia científica suponemos que los recursos humanos de enfermería, el nivel de formación, la comunicación y las características organizacionales influyen en la presencia del cuidado perdido y en la calidad de la atención percibida por los pacientes.

V.OBJETIVO GENERAL.

- Determinar los factores relacionados con el cuidado de enfermería perdido, y su influencia en la calidad de atención.

5.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Identificar los cuidados de enfermería que más se omiten durante la estancia hospitalaria de los pacientes.
- Identificar las características organizacionales en donde se realiza el cuidado de enfermería.
- Describir la percepción del cuidado desde la perspectiva del paciente hospitalizado y personal de enfermería.
- Determinar características laborales del personal de enfermería y su relación con el cuidado perdido.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS.

6.1. TIPO DE ESTUDIO.

Cuantitativo, trasversal y correlacional

6.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO.

La población del estudio se conformará por 220 enfermeras y pacientes adultos hospitalizados en servicios de un hospital de segundo nivel en San Cristóbal de las casas Chiapas durante el mes de marzo del 2017.

6.3. MUESTRA.

Para el cálculo de la muestra se utilizó la fórmula de pruebas finitas.

FÓRMULA:

$$n = \frac{Nz^2pq}{d^2(N-1) + z^2pq}$$

El personal de enfermería que participara en el estudio, corresponde a

Tamaño de la población = 220

Error máximo aceptable: 5 %

Porcentaje estimado de la muestra: 10%

Nivel deseado de confianza: 95%

FÓRMULA:

$$n = \frac{Nz^2pq}{d^2(N-1) + z^2pq} \quad p = \frac{a}{a+b} = \frac{10}{10+90} = \frac{10}{100} = p = 0.1$$

$$d^2(N-1) + z^2pq \quad (a+b) \quad (10+90) \quad 100$$

VALORES

$$z = 1.96 \quad N = 220 \quad p = 0.1$$

$$N = 220$$

$$a = 10 \quad d = 0.05$$

$$z = 1.96$$

$$d^2 = (0.05)^2 = 0.0025$$

$$z^2 = 3.8416$$

$$n = \frac{220(1.96)^2(0.1)(0.1)}{0.0025(220-1) + (3.8416)(0.1)(0.1)}$$

$$0.0025(220-1) + (3.8416)(0.1)(0.1) = 105 \text{ muestra}$$

6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Enfermería

- Personal de enfermería que acepte participar en el estudio adscrito a los servicios de hospitalización adultos que tenga al menos un año de antigüedad, de los 3 turnos.

Pacientes

- Tener 18 a 70 años.
- Pacientes conscientes y ubicados en tiempo, lugar y que acepten participar.
- Tener mínimo 48 horas de hospitalización.

6.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Enfermería

- Se excluirá al personal de enfermería que durante el periodo de recolección de información se encuentre incapacitado o en periodo vacacional, así como a los que rehúsen participar.
- Personal de enfermería de los servicios de pediatría por la dificultad del consentimiento informado.

Paciente

- Pacientes con alteraciones del lenguaje.
- Pacientes sedados por acción medicamentosa
- Pacientes de muy avanzada edad con incapacidad (deterioro cognitivo) para resolver el instrumento y firmar el consentimiento informado.

6.6 VARIABLES DE ESTUDIO.

INDEPENDIENTE

Factores que influyen en el cuidado perdido de enfermería.

Definición conceptual: Son las razones y obstáculos en la prestación de atención que el personal de enfermería por lo que los cuidados de enfermería se pierden.⁴²

Definición operacional: Son las razones que el personal de enfermería atribuye al cuidado perdido tales como la dotación de enfermeras, los recursos materiales, la

comunicación y la percepción de las cualificaciones del personal de enfermería. (Medido a través del instrumento MISSCARE).

DEPENDIENTE

Cuidado perdido de enfermería.

Definición conceptual: Es cualquier aspecto del cuidado requerido por el paciente que se omite ya sea en parte o en su totalidad o se retrasa significativamente.¹²

Definición operacional: se refiere a las intervenciones de cuidado que el paciente requiere de acuerdo a necesidades durante la hospitalización y que no se ejecutan o se retrasan.

(Medido a través del Instrumento MISSCARE).

INTERVINIENTES

- 👤 Género (femenino, masculino)
- 👤 Nivel de formación (auxiliar, técnica, general, licenciada, especialista con pos técnico y especialista con posgrado)
- 👤 Edad

Calidad de atención percibida por el paciente: Es la respuesta expresada por el paciente sobre la percepción obtenida acerca del cuidado que le brinda la enfermera.

Definición operacional: Es la opinión que se obtiene de los pacientes a través del instrumento MISSCARE.

Calidad de la Atención: Otorgar atención al usuario, con oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos, con el propósito de satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas, las de los prestadores de servicios y las de la institución.⁴⁴

6.7. INSTRUMENTO.

Se utilizó la encuesta MISSCARE diseñado por Kalisch y Williams, (2009) para medir cuantitativamente el cuidado perdido y los factores para la pérdida del cuidado. La encuesta está constituida por 3 apartados, el primero abarca datos demográficos y laborales que consta de 23 ítems. El segundo apartado llamado por la autora **parte A** menciona los cuidados que se omiten, esta se divide en cuatro dimensiones:

- 1.- Intervenciones de necesidades individuales
- 2.- Planificación de alta y educación del paciente
- 3.- Intervenciones del cuidado básico
- 4.-Intervenciones de evaluaciones continuas

Está integrada por 24 ítems y de respuestas con escala tipo likert con un rango de respuesta 5 siempre se pierde, 4 frecuentemente se pierde, 3 de vez en cuando se pierde, 2 rara vez se pierde, 1nunca nunca se pierde y 0 no aplica, la opción no aplica se incluye para aquellos cuidados que no son realizados por el turno de la noche. Con esta escala se califican las respuestas con 5 y 4 como cuidados no realizados ,1 a 3 cuidados realizados.

Realizando una ponderación con esta escala Likert:

| RANGO | PONDERACION | CRITERIO DE INTERVENCION |
|-----------|------------------------------|---|
| 0 A 33 % | SIEMPRE SE PIERDE | ESTE CUIDADO SIEMPRE SE PIERDE, OCASIONA RIESGO EN LA VIDA DEL PACIENTE Y EN EL CUIDADO OTORGADO DURANTE SU HOSPITALIZACIÓN. SE DEBEN ENCONTRAR LAS CAUSAS DEL MOTIVO DE NO OTORGAMIENTO. |
| 34 A 66 % | ALGUNAS VECES SE PIERDE | ESTE CUIDADO OCASIONALMENTE SE PIERDE, Y PUEDE PONER Y OCASIONA LA DISMINUCIÓN EN LA CALIDAD D ELA ATENCIÓN OTORGADA. SE DEBEN GENERAR INDICADORES DE CONTROL DE CALIDAD QUE LLEVEN A CONCOER LAS CAUSAS DE ELLO Y SOLUCIÓN |
| 67 – 100% | SIEMPRE SE OTORGA EL CUIDADO | ESTE CUIDADO ES OTORGADO, SE TRATA DE INTERVENCIONES QUE DEBEN SER CONTINUADAS Y REFORZADAS |

La tercera sección llamada **sección B**, en esta sección se presentan las razones para el cuidado perdido esta parte se refiere a todos aquellos factores que hacen que se pierdan los cuidados de enfermería como:

- 1.- Recursos humanos.
- 2.- Recursos Materiales.
- 3.- Comunicación.

Esta comprende de 18 preguntas de respuesta tipo likert de 4 puntos que va de mayor a menor, donde 4 es una razón significativa, 3 razón moderada, 2 razón menor y 1 no es una razón. El puntaje mínimo de esta parte es de 17 y el máximo de 68 donde a mayor puntaje es una razón significativa para que se omitan los cuidados de enfermería.

La distribución y agrupación de los reactivos del instrumento MISSCARE utilizado se muestra en la siguiente tabla.

| APARTADO | DIMENSIÓN | ITEMS |
|--|--|---------------------|
| Primer apartado | Datos sociodemográficos y laborales | 1 a 12 |
| Apartado A (Cuidado perdido) | Intervenciones de necesidades individuales | 5,10,19,20,21,22,23 |
| | Planificación del alta y educación al paciente | 9,14 |
| | Intervenciones de cuidado básico | 1,2,3,4,11,12,13,24 |
| | Intervenciones de cuidado con evaluaciones continuas | 6,7,8,15,16,17,18 |
| Apartado B (Factores relacionados con el cuidado perdido) | Recursos humanos | 1,2,3,4,5,11,17 |
| | Comunicación | 7,8 ,12,13,14,15,16 |
| | Recurso material | 6,9,10 m |

La sección C. representa la opinión acerca de la calidad de la atención otorgada a los pacientes a su cargo para conocer la percepción que los pacientes tienen sobre el cuidado que proporcionan enfermeras se construyó un apartado de 10 ítems con respuesta tipo likert va de mayor a menor donde 5 es siempre, 4 frecuentemente, 3 a veces, 2 rara vez, 1 nunca donde a mayor puntaje la percepción es positiva sobre la calidad del cuidado que brindan las enfermeras a los pacientes a su cargo.

La encuesta quedó integrada por 33 reactivos divididos en dos secciones. La primera sección contiene datos de identificación del paciente, únicamente se consideraron seis preguntas. Las preguntas 7 y 8 miden la satisfacción del paciente con el equipo de salud en general y la atención de enfermería, correspondientes a ¿Qué tan satisfecho (a) se encuentra con la atención en general recibida durante su hospitalización actual (todo el equipo de salud)? y ¿Qué tan satisfecho (a) se encuentra con la atención de enfermería recibida durante su hospitalización actual?, y se incluyó una pregunta abierta con el fin de conocer la percepción del paciente acerca de ¿A qué atribuye usted que algunos cuidados no se realicen “Siempre” por parte del personal de enfermería? el rango de respuestas para estas preguntas se compone de una escala tipo Likert que va de mayor a menor, 5 muy satisfecho, 4 Satisfecho, 3 Neutral, 2 Insatisfecho y 1 Muy Insatisfecho.

El puntaje mínimo de estos reactivos es de dos y el máximo de 10, donde a mayor puntaje mayor satisfacción del 19 paciente con la atención recibida de todo el equipo de salud y del personal de enfermería.

6.8. ESTRATEGIA PARA EL ANÁLISIS DE DATOS

Los resultados se analizaron en el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 21 para Windows. Para determinar las características generales de la población de estudio, se utilizaron frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión para las variables continuas.

Se utilizó estadística descriptiva como frecuencias y porcentajes, así mismo se construyeron índices y se analizaron a través de medias, medianas, desviación estándar e intervalos de confianza al 95%. Para identificar los factores que se relacionan con el cuidado perdido se utilizó la prueba de Kruskal Wallis. Correlación de Spearman a fin de dar respuesta a los objetivos del estudio.

Al personal que participó se le solicitó la firma del consentimiento informado; se verificó que no se interfiriera con sus actividades programadas; se les proporcionó la encuesta MISSCARE y se les dieron las instrucciones para su llenado; asimismo,

se les comentó que respecto a la libertad de retirarse del estudio en el momento que consideraran.

Se seleccionó en forma aleatoria a un paciente con los criterios de inclusión establecidos para la aplicación de la encuesta de opinión para pacientes , se acude a su habitación para pedirle su participación explicándole en qué consistía el estudio, una vez que acepto participar se le solicito la firma del consentimiento informado y posteriormente se aplicó la encuesta MISSCARE para paciente; se verifica la ausencia del personal de enfermería en la habitación, con la finalidad de asegurar la confianza y confidencialidad de la información.

6.9. CONFIABILIDAD Y VALIDEZ.

El instrumento demostró validez aparente y de contenido, los valores del coeficiente alfa de Cronbach que se 0, 89, calculados para las partes A y B del instrumento, fueron superiores a 0.70, siendo considerados adecuados. Esta validez es para poblaciones mexicanas en estudios previos realizados por la Universidad de Nuevo Leon.⁹

La confiabilidad tras la prueba piloto de la sección 1 Cuidado perdido, alcanzó alpha de Cronbach de .867, y de sección 2 Razones para el cuidado perdido, un alpha de .718; y de la sección 3 Percepción de la calidad del cuidado un alpha de .701. En general estos niveles de confiabilidad nos otorgan pruebas de una consistencia interna de los ítems y general del instrumento.

La confiabilidad, se verifica a través de la consistencia interna de sus ítems, determinada con el coeficiente alfa de Cronbach, que mostró resultados ~~mostraron~~ con un índice aceptable de 0.89

6.10. RECURSOS Y APOYO LOGÍSTICO.

Recursos Materiales

 Laptop

- 📄 Impresora
- 📄 Apoyo CONACYT
- 📄 Copias
- 📄 Lápices
- 📄 Programa estadístico

Recursos humanos

- 📄 Encuestador
- 📄 Recursos físicos

Hospital de las culturas san Cristóbal de las casas Chiapas.

6.11. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

La investigación se apegó a las disposiciones establecidas en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Hospital de las Culturas San Cristóbal de las Casas Chiapas. Se solicitó la autorización de los participantes a través del consentimiento informado y en todo momento se respetó su dignidad, privacidad, bienestar y derechos. (anexar a la tesis ambos la aprobación del Hospital y la carta de consentimiento informado)

En relación a lo establecido en el Artículo 13, se respetaron los derechos y se cuidó el bienestar del personal de enfermería y de los pacientes, así como su dignidad, por lo que se les brindara un trato serio durante el estudio, también se les explicara que tienen el derecho de retirarse del estudio en el momento que así lo decidieran sin que esto afectara sus derechos en la institución.⁵⁸

En cuanto al Artículo 14, fracción V, VI, VII, VIII, se conto con el Consentimiento Informado para el estudio, se les informó del objetivo de la investigación y se les solicitó el consentimiento de manera escrita.⁵⁸

La investigación se realizada por personal profesional de enfermería con conocimiento para la realización del estudio. Además, se contó con el dictamen del Comité de Ética en Investigación de la institución.⁵⁸

Artículo 16, se protegerá en todo momento la privacidad y confidencialidad del personal de enfermería, al no identificarles por su nombre. Los instrumentos se respondieron de forma individual, en el área asignada por las autoridades; además los datos que se obtengan no serán proporcionados a personas ajenas al estudio.⁵⁸

Artículo 17, fracción I, en el que se manifiesta el tipo de riesgo implicado, para el personal de enfermería se consideró una investigación sin riesgo, debido a que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada.⁵⁸

Artículo 18, se determina que, al detectar algún riesgo para la salud del personal de enfermería, o en caso de que los participantes así lo determinaran, se suspendería la investigación.⁵⁸

Artículo 21, fracción VI, VII y VIII, a los participantes del estudio se les proporcionó respuesta a cualquier pregunta y/o aclaración de dudas.

Además se les explicara que tendrían la libertad de retirar su consentimiento del estudio en el momento que lo desearan. Así como, la seguridad de que no se identificaría su nombre o dirección.⁵⁸

Artículo 57 y 58, Fracciones I, II del Capítulo V, la participación será voluntaria y no influenciada por ninguna autoridad, al personal de enfermería se dejó en claro que la información proporcionada no perjudicaría su situación laboral.⁵⁸

La declaración de Helsinki principio de ética 11, 23, 24,27.⁵⁹

VII.RESULTADOS.

7.1. PERSONAL DE ENFERMERÍA Y CUIDADO PERDIDO

En este capítulo se presentarán resultados obtenidos del estudio primero se describe la caracterización de la muestra y posteriormente los resultados de las pruebas realizadas, frecuencias porcentajes y estadística inferencial.

La muestra está conformada por 61 enfermeras participantes con predominio de género femenino en un 70%, y del género masculino 30% la edad promedio se ubicó entre 32 ± 7 . (Cuadro 1).

El cuadro 1. Se muestra datos sociodemográficos del personal de enfermería, predomina y referente al nivel de formación el 66% cuenta con Licenciatura en enfermería, con antigüedad en un 62% de entre 1 y 7 años y el 66% labora en servicios de hospitalización de adultos.

Cuadro 1.

Datos Sociodemográficos del personal de Enfermería.

| Variable | f | % |
|---------------------------|------------|----------|
| Sexo | | |
| Masculino | 18 | 30 |
| Femenino | 43 | 70 |
| Nivel de formación | | |
| Enfermera General | 13 | 21 |
| Lic. en Enfermería | 40 | 66 |
| Especialistas | 8 | 13 |
| Edad | Media 32 ± | 7 |
| Antigüedad | | |
| 1-7 años | 38 | 62 |
| 8-14 años | 15 | 25 |
| 15 años y mas | 8 | 13 |
| Servicio | | |
| Hospitalización | 34 | 66 |
| Área Crítica | 27 | 44 |

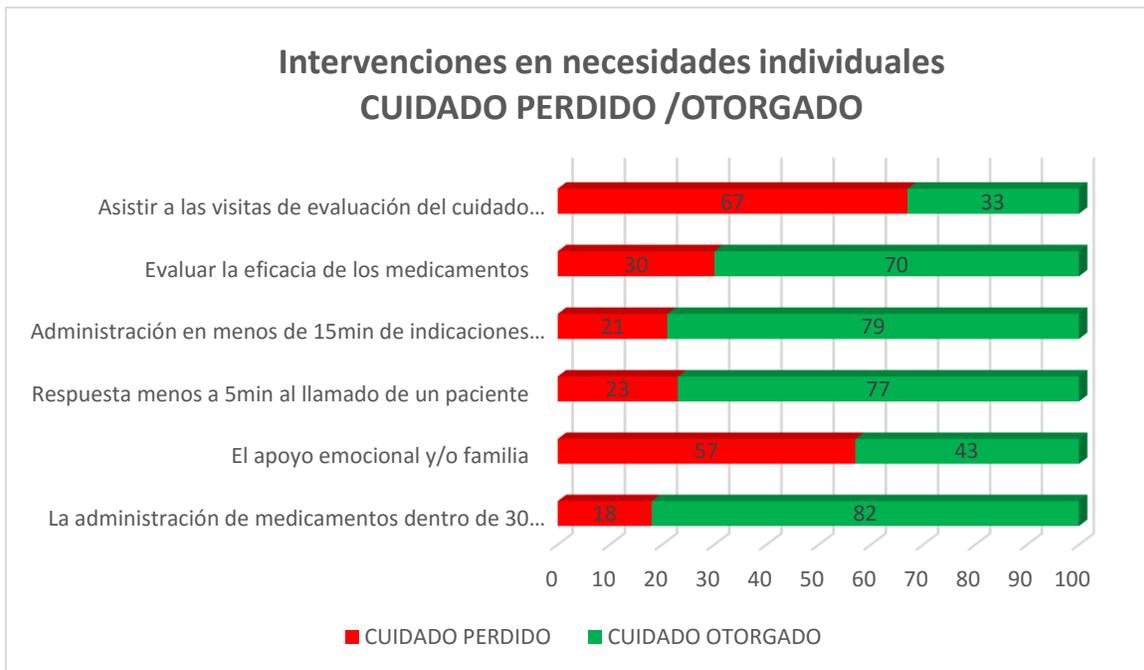
En relación a los resultados relacionados con los elementos del cuidado en el Cuadro 2. Se identifican las que corresponde a las intervenciones de necesidades individuales; el personal de enfermería refiere que la administración de medicamentos y respuesta menor a 5 min es el cuidado que más se otorga y los cuidados que según la percepción del personal de enfermería se pierden u se omite es el apoyo emocional al paciente (57%), asistir a las visitas interdisciplinarias (67%).

Cuadro 2.

Dimensión 1. Intervenciones en necesidades individuales

| Elementos del cuidado | Cuidado Perdido | | Cuidado Otorgado | |
|--|-----------------|----|------------------|----|
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| La administración de medicamentos dentro de 30 min antes o después de la hora programada | 11 | 18 | 50 | 82 |
| El apoyo emocional y/o familia | 35 | 57 | 26 | 43 |
| Respuesta menos a 5min al llamado de un paciente | 14 | 23 | 47 | 77 |
| Administración en menos de 15min de indicaciones de medicamentos PRN | 13 | 21 | 48 | 79 |
| Evaluar la eficacia de los medicamentos | 18 | 30 | 43 | 70 |
| Asistir a las visitas de evaluación del cuidado interdisciplinarias | 41 | 67 | 20 | 33 |

Gráfico 1.



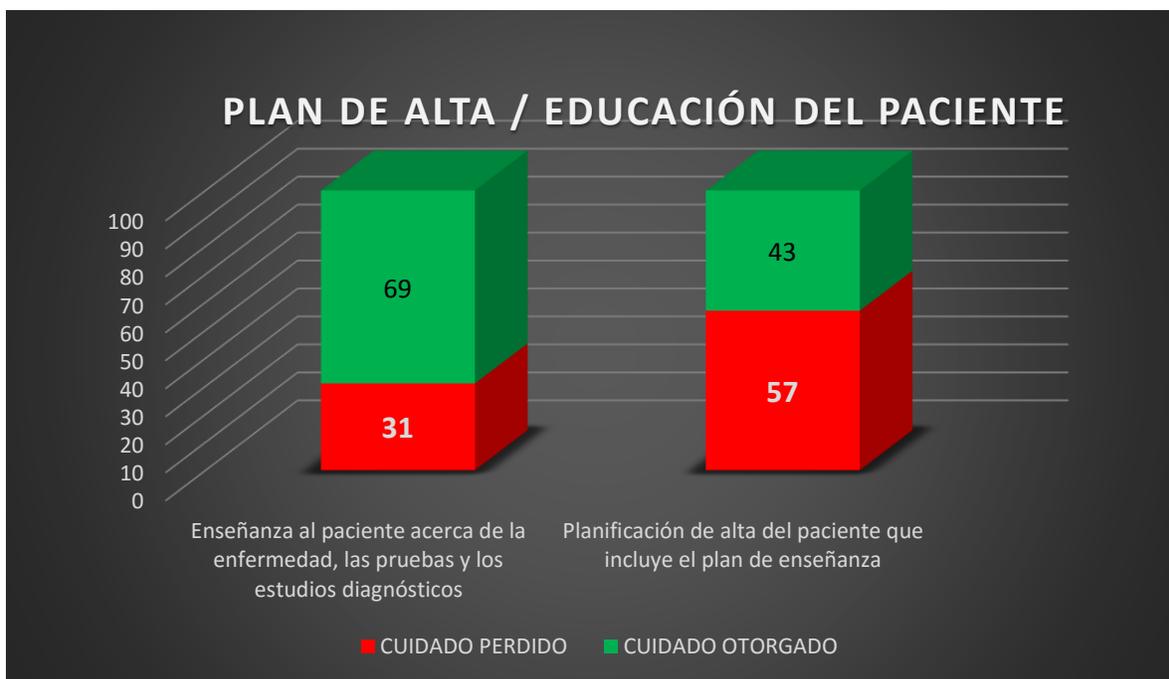
Cuadro 3. Se presenta la dimensión relacionada con el cuidado y el plan de alta y la educación del paciente donde se muestra que el que más se omite es la planificación de Alta (57 %). Ya que no se considera un cuidado que deba ser planificado a pesar de que se reconoce su importancia.

Cuadro 3.

Dimensión 2. Plan de Alta y Educación del Paciente.

| Elementos del Cuidado | Cuidado Perdido | | Cuidado Otorgado | |
|--|-----------------|----|------------------|----|
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| Enseñanza al paciente acerca de la enfermedad, las pruebas y los estudios diagnósticos | 19 | 31 | 42 | 69 |
| Planificación de alta del paciente que incluye el plan de enseñanza | 35 | 57 | 26 | 43 |

Gráfico No. 2



Cuadro 4. En la dimensión Intervenciones del Cuidado Básico los cuidados que con mayor frecuencia se omiten o se pierden son la asistencia a la deambulaci3n (82%), el cuidado de la boca (70 %), y dentro de los cuidados otorgados el que siempre se brinda es ayudar a las necesidades de eliminaci3n (85%).

Cuadro 4.

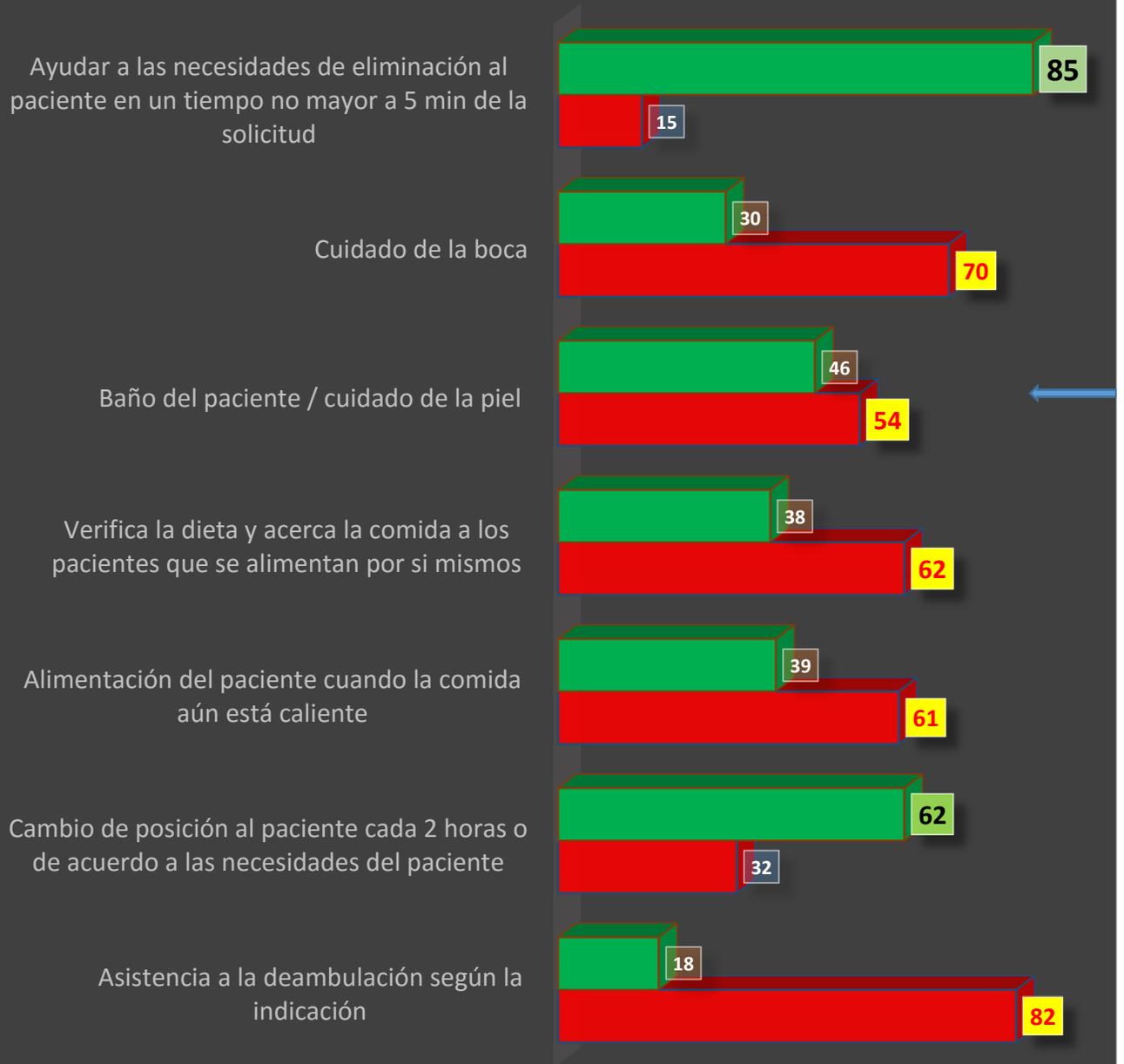
Dimensi3n 3. Intervenciones del cuidado b3sico.

| Elementos del Cuidado | Cuidado Perdido | | Cuidado Otorgado | |
|---|-----------------|----|------------------|----|
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| Asistencia a la deambulaci3n seg3n la indicaci3n | 50 | 82 | 11 | 18 |
| Cambio de posici3n al paciente cada 2 horas o de acuerdo a las necesidades del paciente | 23 | 38 | 38 | 62 |
| Alimentaci3n del paciente cuando la comida a3n est3 caliente | 37 | 61 | 24 | 39 |
| Verifica la dieta y acerca la comida a los pacientes que se alimentan por si mismos | 38 | 62 | 23 | 38 |
| Ba3o del paciente / cuidado de la piel | 33 | 54 | 28 | 46 |
| Cuidado de la boca | 43 | 70 | 18 | 30 |
| Ayudar a las necesidades de eliminaci3n al paciente en un tiempo no mayor a 5 min de la solicitud | 9 | 15 | 52 | 85 |

Gr3fico No. 3

INTERVENCIONES DEL CUIDADO BÁSICO

■ CUIDADO OTORGADO ■ CUIDADO PERDIDO



El cuadro 5. Corresponde a la dimensión de cuidados relativos a las evaluaciones continuas, muestra que el cuidado que más se omite es el lavado de manos con un (59%) el cuidado más otorgado los signos vitales según la Indicación (87%).

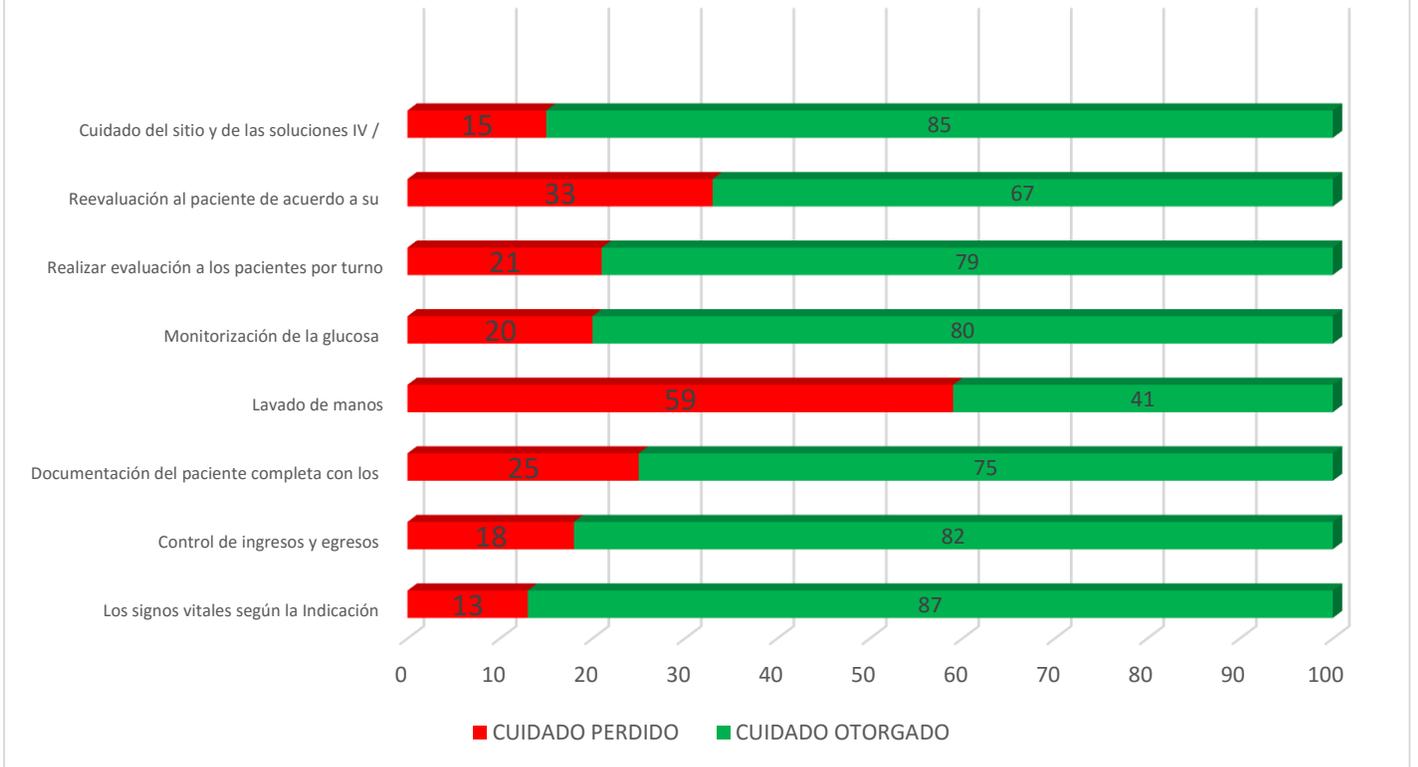
Cuadro. 5 Dimensión 4.

Cuidados con Evaluaciones Continuas

| Elementos del Cuidado | Cuidado Perdido | | Cuidado Otorgado | |
|--|-----------------|----|------------------|----|
| | f | % | f | % |
| Los signos vitales según la Indicación | 8 | 13 | 53 | 87 |
| Control de ingresos y egresos | 11 | 18 | 50 | 82 |
| Documentación del paciente completa con los datos necesarios | 15 | 25 | 46 | 75 |
| Lavado de manos | 36 | 59 | 25 | 41 |
| Monitorización de la glucosa según indicaciones | 12 | 20 | 49 | 80 |
| Realizar evaluación a los pacientes por turno | 13 | 21 | 48 | 79 |
| Reevaluación al paciente de acuerdo a su condición | 20 | 33 | 41 | 67 |
| Cuidado del sitio y de las soluciones IV / vía central y las evaluaciones de acuerdo con las política del hospital | 9 | 15 | 52 | 85 |

Gráfico No. 4

Dimensión 4. Cuidados con Evaluaciones Continuas



En el cuadro No. 6. Se puede visualizar en una ponderación del 1 al 100% de cumplimiento, el promedio en que se realiza cada una de las actividades medidas a través de la guía de cotejo de Cuidado Perdido/Otorgado. Donde a través de la prueba inferencial de comparación de medias (t Student, = 2.5308, p=.001) se mostraron las diferencias en los cuidados que siempre se otorgan y que son: Los signos vitales (70%), Apoyo emocional (67%), Baño del paciente /Cuidado de la piel (79%). Así como los Cuidados que siempre se pierden: Cuidado a la boca (22%) y Cuidado a Heridas y Piel (32%).

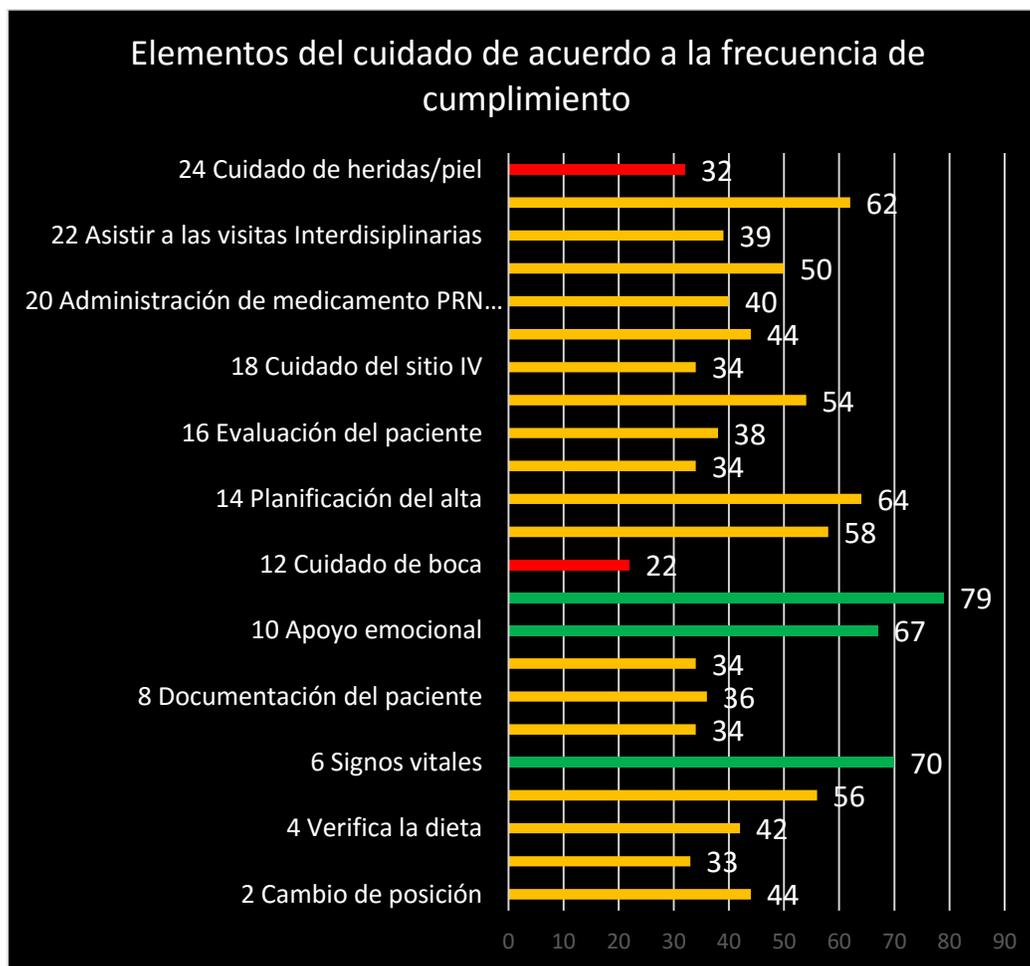
Cuadro No. 6. Elementos del cuidado de acuerdo a la frecuencia de cumplimiento

| | Media | D.E. | INTERPRETACIÓN |
|--|-------|-------|-------------------------|
| 1. Deambulaci3n | 33 | 1.459 | ALGUNAS VECES SE PIERDE |
| 2 .Cambio de posici3n | 44 | 1.378 | ALGUNAS VECES SE PIERDE |
| 3 .Alimentaci3n del paciente | 33 | 1.467 | ALGUNAS VECES SE PIERDE |
| 4 .Verifica la dieta | 42 | 1.757 | ALGUNAS VECES SE PIERDE |
| 5 .Administraci3n de medicamentos | 56 | 1.213 | ALGUNAS VECES SE PIERDE |
| 6 .Signos vitales | 70 | 1.048 | SIEMPRE SE OTORGA |
| 7 .Balance de l3quidos | 34 | 1.293 | ALGUNAS VECES SE PIERDE |
| 8 .Documentaci3n del paciente | 36 | 1.204 | ALGUNAS VECES SE PIERDE |
| 9 .Enseñanza al paciente | 34 | 1.433 | ALGUNAS VECES SE PIERDE |
| 10. Apoyo emocional | 57 | 1.326 | CASI SIEMPRE SE PIERDE |
| 11 .Baño del paciente/ cuidado de piel | 79 | 1.455 | SIEMPRE SE OTORGA |
| 12 .Cuidado de boca | 22 | 1.417 | NUNCA SE OTORGA |
| 13 .Lavado de manos | 58 | 1.672 | ALGUNAS VECES SE PIERDE |
| 14 .Planificaci3n del alta | 64 | 1.478 | ALGUNAS VECES SE PIERDE |
| 15 .Monitorizaci3n de Glucosa | 34 | 1.269 | ALGUNAS VECES SE PIERDE |
| 16 .Evaluaci3n del paciente | 38 | 1.288 | ALGUNAS VECES SE PIERDE |
| 17 .Reevaluaci3n por turno | 54 | 1.380 | ALGUNAS VECES SE PIERDE |
| 18 .Cuidado del sitio IV | 34 | 1.107 | ALGUNAS VECES SE PIERDE |

| | | | |
|---|----|-------|-------------------------|
| 19 .Respuesta menor de 5min | 44 | 1.354 | ALGUNAS VECES SE PIERDE |
| 20 .Administración de medicamento PRN menosde15 min | 40 | 1.203 | ALGUNAS VECES SE PIERDE |
| 21 .Evaluar eficacia de los medicamentos | 50 | 1.309 | ALGUNAS VECES SE PIERDE |
| 22 .Asistir a las visitas Interdisciplinarias | 39 | 1.464 | ALGUNAS VECES SE PIERDE |
| 23 .Ayudar a las necesidades de eliminación | 62 | 1.439 | ALGUNAS VECES SE PIERDE |
| 24 .Cuidado de heridas/piel | 32 | 1.110 | NUNCA SE OTORGA |

T Student (Comparación de Medias) = 2.5308, p=.001

Gráfico No. 5



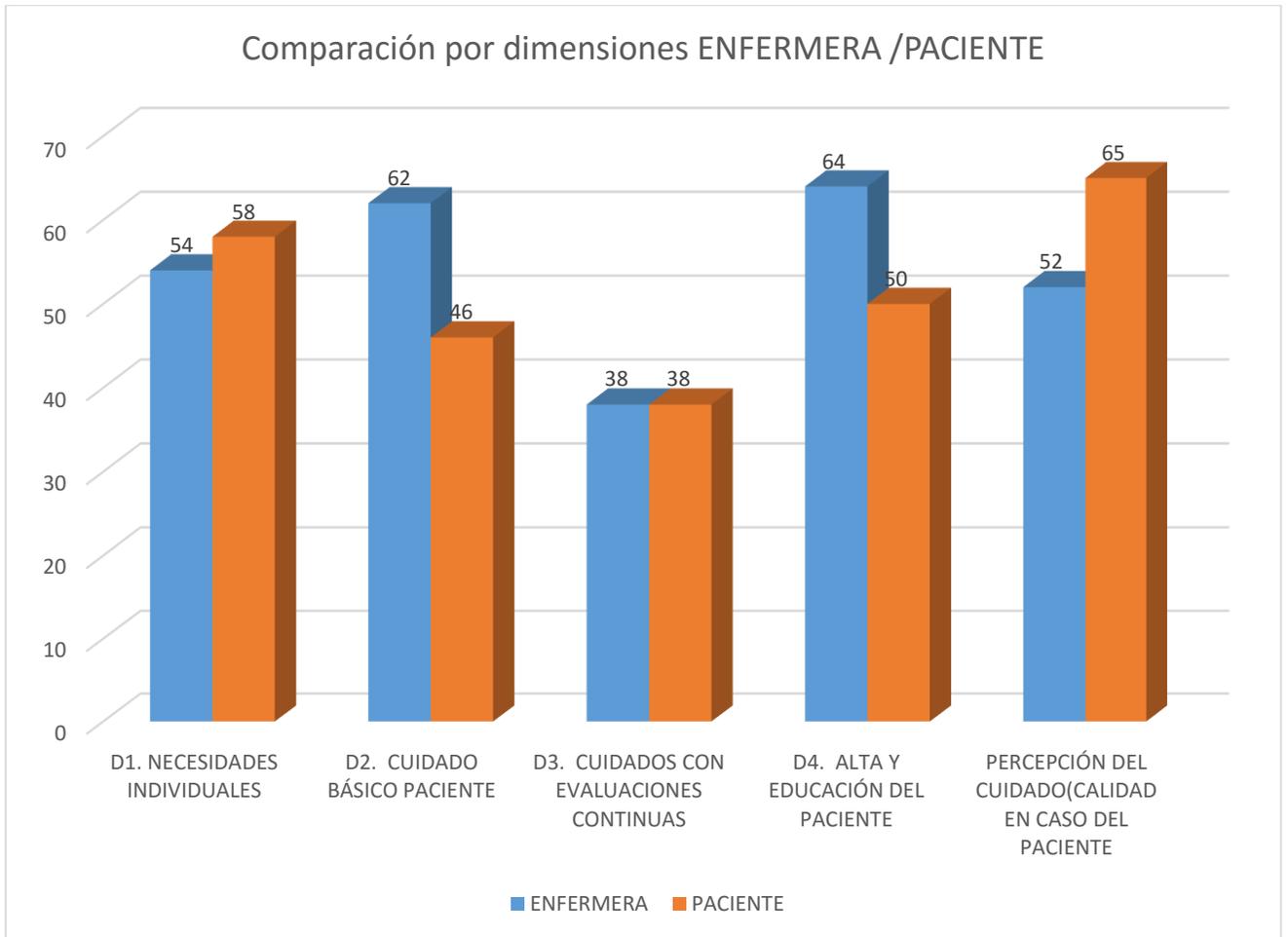
Cuadro No. 7. Respecto a la comparación por dimensiones, se realizó una prueba de relación de Pearson, no detectando relación entre la opinión del personal de enfermería y la opinión del paciente ($p > .05$).

Cuadro No. 7.
Comparación por dimensiones

| PERCEPCIÓN DE LA ENFERMERA | Media | Desviación estándar | INTERPRETACION |
|---|-------|---------------------|------------------------------------|
| D1. NECESIDADES INDIVIDUALES | 54% | .754 | CASI SIEMPRE SE PIERDE |
| D2. CUIDADO BÁSICO PACIENTE | 62% | .753 | CASI SIEMPRE SE PIERDE |
| D3. CUIDADOS CON EVALUACIONES CONTINUAS | 38% | .722 | CASI SIEMPRE SE PIERDE |
| D4. ALTA Y EDUCACIÓN DEL PACIENTE | 64% | 1.100 | CASI SIEMPRE SE PIERDE |
| PERCEPCIÓN DEL CUIDADO PERDIDO | 52% | .574 | CASI SIEMPRE SE PIERDE |
| PERCEPCIÓN DEL PACIENTE | | | |
| D1. NECESIDADES INDIVIDUALES | 58% | .703 | CASI SIEMPRE ME OTORGAN EL CUIDADO |
| D2. CUIDADO BÁSICO PACIENTE | 46% | .688 | CASI SIEMPRE ME OTORGAN EL CUIDADO |
| D3. CUIDADOS CON EVALUACIONES CONTINUAS | 38% | .722 | CASI SIEMPRE ME OTORGAN EL CUIDADO |
| D4. ALTA Y EDUCACION DEL PACIENTE | 50% | 1.010 | CASI SIEMPRE ME OTORGAN EL CUIDADO |
| PERCEPCIÓN DEL PACIENTE DEL CUIDADO OTORGADO (CALIDAD EN LA ATENCIÓN) | 65% | .463 | CASI SIEMPRE ME OTORGAN EL CUIDADO |

$r_p = .312$, $p = .001$

Gráfico No. 6



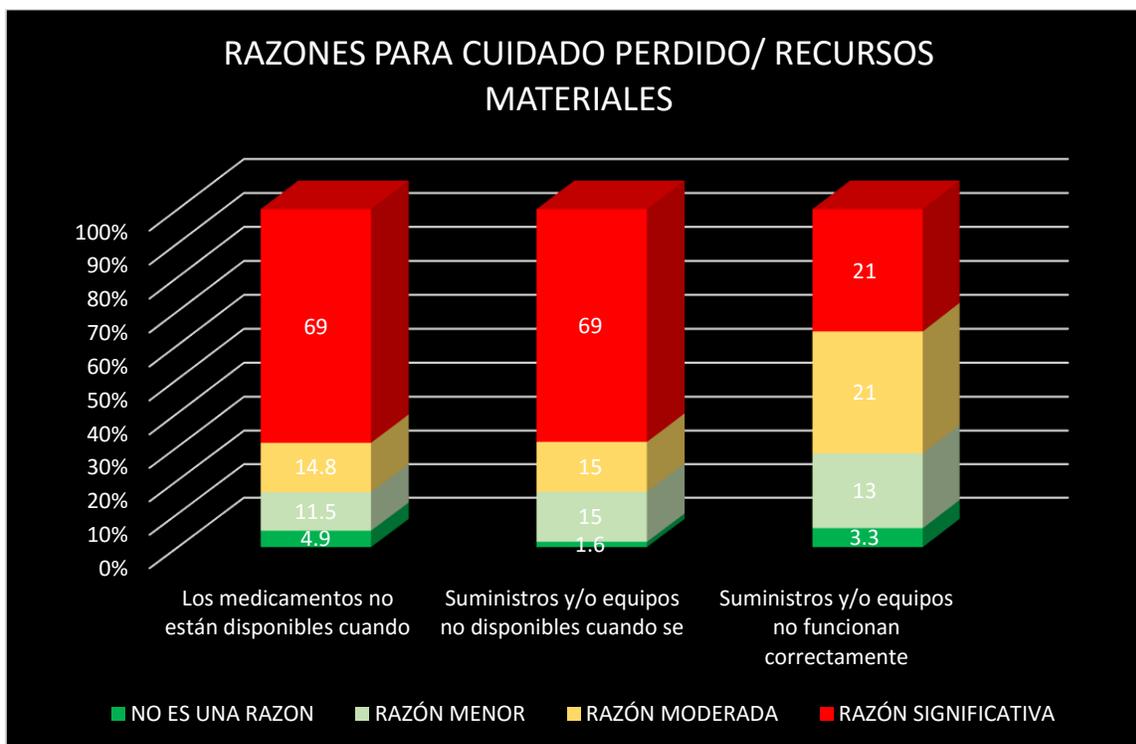
$r_p > .05$

El cuadro 8. Los recursos materiales el personal de enfermería percibe que las principales razones están en que los medicamentos no están disponibles cuando se necesitan, suministros y/o equipos no disponibles cuando se necesitan Suministros y/o equipos no funcionan correctamente cuando se necesitan todos ellos razones significativas para el cuidado perdido. El personal le otorga un porcentaje del 69% como una razón para el Cuidado Perdido.

Cuadro. 8. Razones para el Cuidado Perdido / Recursos Materiales.

| Recursos Materiales | No es una Razón | | Razón menor | | Razón moderada | | Razón significativa | |
|--|-----------------|-----|-------------|------|----------------|------|---------------------|----|
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| Los medicamentos no están disponibles cuando se necesitan | 3 | 4.9 | 7 | 11.5 | 9 | 14.8 | 42 | 69 |
| Suministros y/o equipos no disponibles cuando se necesitan | 1 | 1.6 | 9 | 15 | 9 | 15 | 42 | 69 |
| Suministros y/o equipos no funcionan correctamente cuando se necesitan | 2 | 3.3 | 8 | 13 | 13 | 21 | 38 | 62 |

Gráfico No. 7

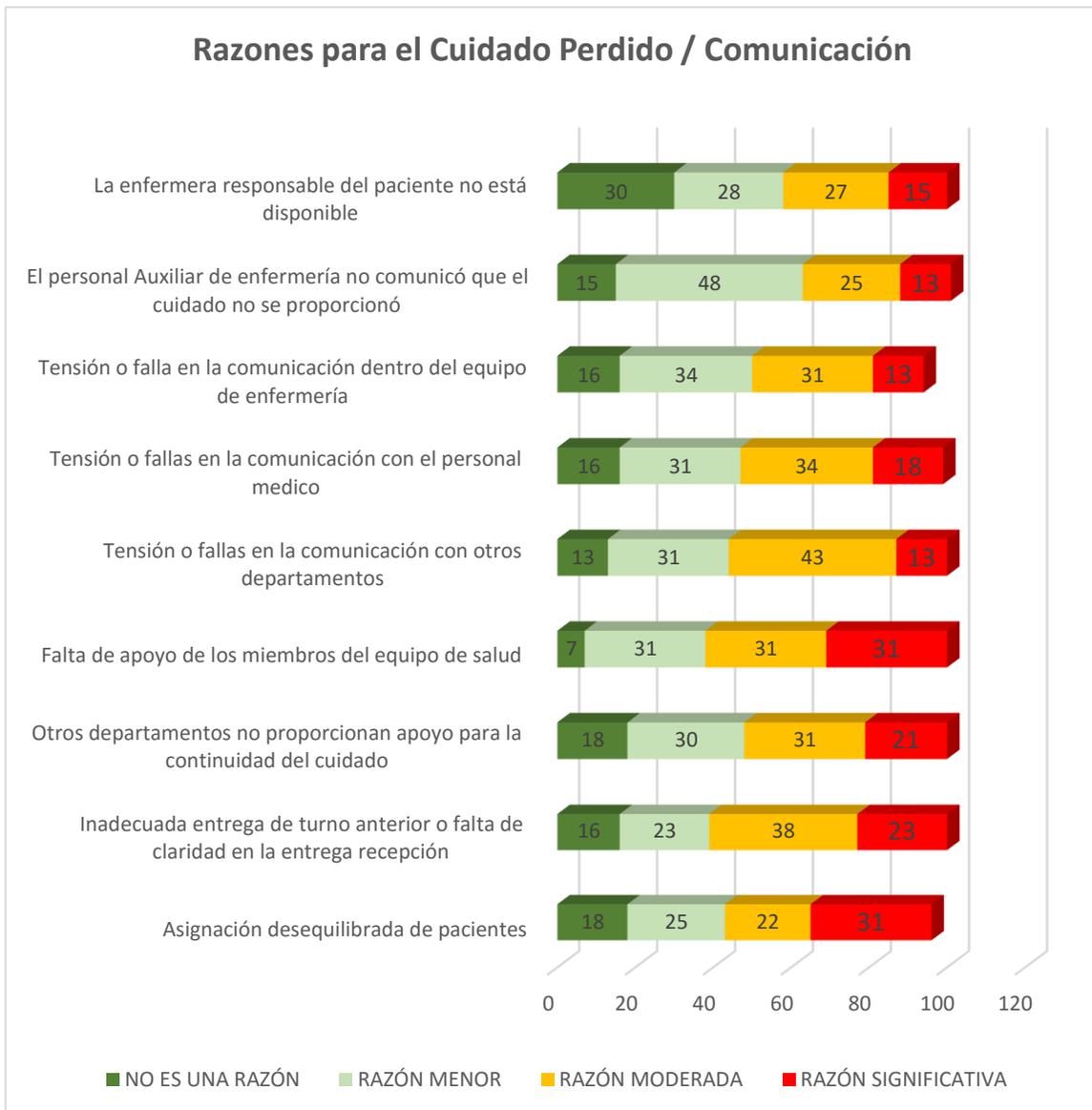


Cuadro 9. Las enfermeras perciben como razón significativa la asignación desequilibrada de pacientes (31%), razón moderada la inadecuada entrega de turno anterior o falta de claridad en la entrega recepción de pacientes de otro servicio o unidad (38%), otros departamentos no proporcionan apoyo para la continuidad del cuidado necesario (31%), tensión o fallas en la comunicación con otros departamentos (43%), tensión o fallas con el personal médico (34%).

Cuadro.9 Razones para el Cuidado Perdido / Comunicación.

| Comunicación | No es una Razón | | Razón menor | | Razón moderada | | Razón significativa | |
|--|-----------------|----|-------------|----|----------------|----|---------------------|----|
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| Asignación desequilibrada de pacientes | 11 | 18 | 15 | 25 | 16 | 22 | 19 | 31 |
| Inadecuada entrega de turno anterior o falta de claridad en la entrega recepción de pacientes de otro servicio o unidad | 10 | 16 | 14 | 23 | 23 | 38 | 14 | 23 |
| Otros departamentos no proporcionan apoyo para la continuidad del cuidado necesario (nutrición, laboratorios, rayos x, etc.) | 11 | 18 | 18 | 30 | 19 | 31 | 13 | 21 |
| Falta de apoyo de los miembros del equipo de salud | 4 | 7 | 19 | 31 | 19 | 31 | 19 | 31 |
| Tensión o fallas en la comunicación con otros departamentos | 8 | 13 | 19 | 31 | 26 | 43 | 8 | 13 |
| Tensión o fallas en la comunicación con el personal medico | 10 | 16 | 19 | 31 | 21 | 34 | 11 | 18 |
| Tensión o falla en la comunicación dentro del equipo de enfermería | 10 | 16 | 21 | 34 | 22 | 31 | 8 | 13 |
| El personal Auxiliar de enfermería no comunicó que el cuidado no se proporcionó | 9 | 15 | 29 | 48 | 15 | 25 | 8 | 13 |
| La enfermera responsable del paciente no está disponible | 18 | 30 | 17 | 28 | 16 | 27 | 9 | 15 |

Gráfico No. 8



Cuadro 10. El personal de enfermería considera razón significativa las situaciones que tienen que ver con la disponibilidad de Recursos Humanos, por ejemplo: número insuficiente de personal (56%), aumento inesperado de pacientes, la carga de trabajo del servicio (57%), el número insuficiente de personal auxiliar (37%).

Cuadro.10.

| Recursos Humanos | No es una Razón | | Razón menor | | Razón moderada | | Razón significativa | |
|---|-----------------|----|-------------|----|----------------|----|---------------------|----|
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| El número insuficiente de personal | 6 | 10 | 10 | 16 | 11 | 18 | 34 | 56 |
| Las situaciones de urgencias del paciente | 4 | 7 | 14 | 23 | 25 | 41 | 18 | 30 |
| Aumento inesperado en el volumen de pacientes y / o de la carga de trabajo del servicio | 4 | 7 | 9 | 15 | 13 | 21 | 35 | 57 |
| El número insuficiente de personal auxiliar | 6 | 10 | 17 | 29 | 14 | 24 | 22 | 37 |

Razones para el Cuidado Perdido / Recursos Humanos.

7.2. PACIENTE Y CUIDADO PERDIDO

Cuadro. 11. Los datos sociodemográficos relacionados con el paciente muestran que el género masculino predomina siendo el (61%), edad de 18 a 27 años siendo el (60%), y con educación básica (43%).

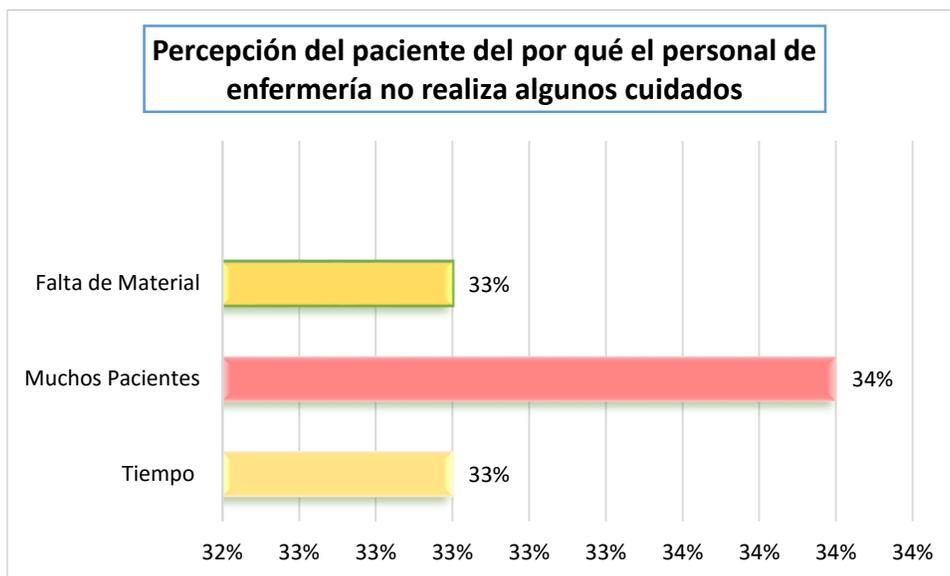
Cuadro.11
Datos Sociodemográficos del paciente.

| Variable | f | % |
|--------------------|----------|----------|
| Sexo | | |
| Hombre | 37 | 61 |
| Mujer | 24 | 39 |
| Edad | | |
| 18 a 27 años | 31 | 60 |
| 28 a 37 años | 18 | 30 |
| 38 a 48 años | 9 | 15 |
| 49 a 58 años | 1 | 1 |
| 69 años y más | 1 | 1 |
| | 2 | 3 |
| Escolaridad | | |
| Primaria | 26 | 43 |
| Secundaria | 26 | 43 |
| Preparatoria | 9 | 14 |

Gráfico No. 9. Como se puede observar en la gráfica los pacientes perciben que el factor más importante relacionado con el cuidado que le otorgan las enfermeras en la sobrecarga de trabajo siendo el (34%).

Gráfico 9.

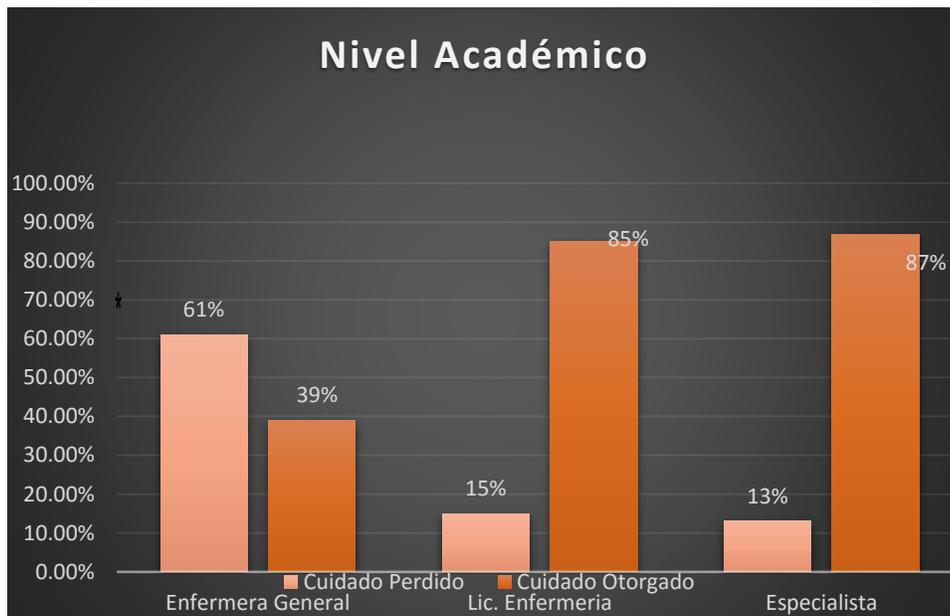
Percepción del paciente acerca de los factores por los que el cuidado de enfermería se pierde.



Se observaron diferencias en el nivel académico entre enfermeras generales, licenciadas y especialistas. ($\chi^2 = 11.98$, $gl = 2$, $p = 0.02$).

Como se puede apreciar en la gráfica, las enfermeras generales son las que más presentan cuidado perdido. Lo que quiere decir que existe al menos un menor Cuidado Otorgado por parte de las Enfermeras Generales. A diferencia de las enfermeras Licenciadas y Especialistas, quienes tienen mayor porcentaje de cumplimiento para en el otorgamiento del Cuidado. Lo que nos lleva a pensar que el nivel académico es un factor positivo para evitar la omisión de los cuidados ya que tienen al parecer una mayor responsabilidad para el Cuidado del paciente es decir a mayor nivel Académico mayor responsabilidad en el cuidado.

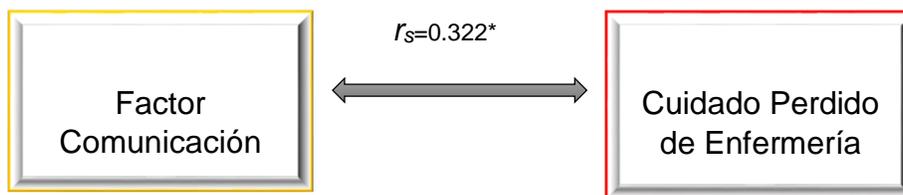
Grafico 10. Cuidado perdido y otorgado de acuerdo al nivel académico.



Chi cuadrado * $\chi^2 = 11.98$ $p = 0.02$.

Se encontró una relación lineal estadísticamente significativa, débil y directamente proporcional entre el factor comunicación y el cuidado perdido de enfermería ($r_s=0.322$, $p= 0.011$). Este resultado nos permite afirmar que al menos en 30% de los casos en que hay Cuidado Perdido, existe influencia del Factor Comunicación. Aun cuando se visualiza una débil relación, no se puede dejar de lado la necesidad de fortalecer los factores en la Comunicación entre miembros del equipo de salud ni en los cambios de turno para dar el Cuidado con características como claridad, oportunidad, continuidad y eficacia. Así como el hecho de propiciar una comunicación asertiva. (Figura 2).

Esquema 1. Relación entre el cuidado perdido y factor comunicación.*

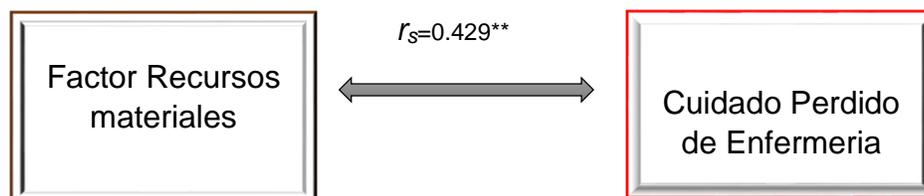


* $p \leq 0.05$

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Se encontró una relación lineal estadísticamente significativa moderada, y directamente proporcional entre el factor recursos materiales y el cuidado perdido de enfermería ($r_s=0.429$, $p= 0.001$). (Figura 2) Esto podría explicar que al menos el 42% de los casos que presenta Cuidado Perdido tiene como factor preponderante a la existencia de Recursos Materiales.

Grafico 3. Relación entre el cuidado perdido y factor recursos materiales.



** $p= \leq 0.001$

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Cuadro 10.El paciente de refiere sentirse satisfecho con la atención recibida por el personal de enfermería siendo el (43%) y el (23%) refiere insatisfacción con el cuidado recibido y un 16% se muestra muy insatisfecho con el cuidado recibido.

Cuadro 10. Satisfacción del paciente con el cuidado recibido.

| | Muy satisfecho | | Satisfecho | | Insatisfecho | | Muy Insatisfecho | |
|---|----------------|----|------------|----|--------------|----|------------------|----|
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| Satisfacción del paciente con el cuidado recibido | 11 | 18 | 26 | 43 | 14 | 23 | 10 | 16 |

VIII. DISCUSIÓN.

Durante los últimos años múltiples estudios han señalado que, tanto el número adecuado de enfermeras como el ambiente de trabajo y las demandas de cuidados de los pacientes, tienen un importante impacto en los resultados en salud, en la seguridad del paciente y en la calidad de la atención en su conjunto.

Aunque este fenómeno es conocido desde el mismo origen de la profesión de enfermería, la conceptualización de los cuidados omitidos, en la literatura científica es relativamente nuevo, Beatrice J. Kalisch hace referencia a los a los “cuidados perdidos” desde 2006 cuando publicó un estudio cualitativo basado en 25 grupos focales de profesionales de enfermería (enfermeras y auxiliares) de 2 hospitales los cuales delinearon los elementos del cuidado que más se afectan por este problema y así también las razones por lo que las enfermeras “omiten cuidados”.²⁴

El presente estudio permitió conocer los elementos del cuidado de enfermería que más se pierden o se omiten durante la estancia de los pacientes en un hospital del Estado de Chiapas, se evaluaron las intervenciones relacionadas con necesidades individuales y se encontró que los cuidados que no se omiten son los relativos a las actividades dependientes como la administración de medicamentos y los más omitidos o los que se pierden son los relacionados con las actividades independientes de enfermería como es el apoyo emocional, la visita interdisciplinar con resultados muy similares a los reportados por Kalisch y Moreno en donde menciona que aquellos cuidados que las enfermeras más omitían son los antes mencionados.⁶⁻³⁴ Esta situación puede estar relacionado con la obligación de documentar ya que el expediente clínico se convierte en un informe continuo de la asistencia al paciente y el personal de enfermería tiene la responsabilidad de incluir en el registro información clara y lógica, describiendo con precisión toda la asistencia prestada ya que es la mejor defensa del personal de enfermería frente a cualquier situación de demanda por mala práctica o negligencia.^{46 -47.}

En el caso de los medicamentos la norma 004 refiere que se debe registrar los procedimientos realizados y ministración de medicamentos siendo estos uno de los cuidados menos perdidos. Estos resultados coinciden con los encontrados en el presente estudio donde se evidencia que los cuidados menos omitidos son los que se tienen que registrar en el expediente clínico y en las hojas de enfermería.^{26-27-28.}

El apoyo emocional es uno del cuidado que más se pierde hasta un (57%), recordar que en los seres humanos es una necesidad básica el hecho de tener un familiar o de reconocer los temores de la hospitalización ya que crea una inestabilidad emocional que dependerá de los mecanismos de afrontamiento de cada persona para poder llevar esta situación de allí la importancia de que el personal de enfermería brinde un apoyo emocional efectivo que contribuya a mejorar la calidad del cuidado, el personal de enfermería debe ser capaz de brindar apoyo emocional no solo al paciente, sino a su familiar logrando empatía, confianza, comprensión y sensibilidad “el cuidado no solo requiere que la enfermera (o) sea científica (o), académica (o) y clínica (o), sino también, un agente humanitario y moral, que considere la familia como copartícipes en las transacciones de cuidados humanos” en un estudio realizado mostro que el (77.2%) de los pacientes necesita apoyo emocional.⁶¹

Otro elemento de esta dimensión que el personal percibió con mayor omisión fue el de asistencia a las visitas de evaluaciones interdisciplinarias. La omisión en esta intervención es similar, aunque en menor proporción a lo encontrado por Kalisch.⁴⁴ esto a decir de los reportes se podría deber a las altas demandas de trabajo, así como al sistema de trabajo, donde frecuentemente no se puede asistir a la visita interdisciplinaria.^{11, 20}

Con referencia a las razones para haber omitido cuidados otros estudios coinciden que el no tener personal profesional en número adecuado aumenta la posibilidad de eventos adversos, el personal de enfermería experimenta mayores cargas de trabajo, la escasez de enfermeras hacen que el racionamiento del cuidado sea algo común en la atención.³²⁻³³ Una de las razones más significativas de acuerdo a la percepción del personal de enfermería es la insuficiencia de materiales, en

particular con la falta de algún medicamento cuando era necesario, cabe mencionar que el estado de Chiapas se encuentra en escasos de insumos en la mayoría de los hospitales como lo reporta el periódico la jornada, afirman que se han suspendido 70 por ciento de las cirugías programadas debido a la falta de sueros e hilos para suturar, entre otros materiales, pues las autoridades se las han proporcionado en forma muy "limitada " médicos, enfermeras comentaron que llevan meses con falta de medicamentos e insumos, y han tenido que sufrir junto con los pacientes y sus familiares la crisis en el sector salud⁶²⁻⁶³.

En el factor de comunicación, el personal de enfermería percibe como una razón significativa que la falta de apoyo de los miembros del equipo de salud los hallazgos difieren de los reportados por Kalisch y Moreno ³²⁻³⁴; la comunicación interdisciplinar es la que sostiene y favorece la continuidad del cuidado, además evita errores en la atención. Por lo anterior, se debe fortalecer el trabajo en equipo, en este sentido el rol de los administradores de enfermería se considera relevante para modificar el sistema de trabajo a nivel organizacional. La enfermera depende del trabajo cuando las enfermeras trabajan en equipo son más productivas y mayor es la calidad de la atención que prestan hay menos errores y los pacientes están más satisfechos. Se reconoce generalmente que el trabajo en equipo es esencial para la seguridad del paciente.⁶⁴

IX. CONCLUSIONES.

De acuerdo al planteamiento de hipótesis que dice:

De acuerdo la evidencia científica suponemos que los recursos humanos de enfermería, el nivel de formación, la comunicación y las características organizacionales influyen en la presencia del cuidado perdido y en la calidad de la atención percibida por los pacientes.

Por medio de prueba T de Student de Comparación de Medias, podemos confirmar que los factores influyentes para el Cuidado perdido son:

La baja disponibilidad de Recursos Materiales tales como medicamentos o suministros del cuidado o equipos que no funcionan correctamente al ser requeridos en la atención (69%); así como el aumento inesperado de Volumen de pacientes (aumento de la carga de trabajo inesperada) (57%); y el número insuficiente del personal (56%).

Por parte de la percepción del paciente se tiene que el 34% opina que la razón de situaciones de cuidado perdido sea el número de pacientes por servicio, a continuación de la falta de materiales (33 %) y el tiempo necesario para dichas actividades (33%).

La confiabilidad tras la aplicación del instrumento de la sección 1 Cuidado perdido, alcanzó alpha de Cronbach de .887, y de sección 2: Razones para el cuidado perdido, un alpha de .83; y de la sección 3 Percepción de la calidad del cuidado un alpha de .790. Lo que da cuenta de la consistencia interna de los ítems.

Necesitamos retomar los orígenes de nuestra razón de ser y no solo la de hacer es de gran relevancia incrementar estudios acerca del cuidado perdido ya que estos nos llevaran a encontrar estrategias para disminuir la omisión de los cuidados ya que debe estar implícito el reconocer las debilidades de nuestra practica solo de

esta manera podremos encontrar oportunidades para mejorar y hacer común la cultura de calidad en de los cuidados que brindamos.

Es una oportunidad el poder identificar las características del entorno de la práctica de enfermería, para poder modificarlas y participar en mejoras con esfuerzo combinado de las enfermeras que brindan atención directa a los pacientes, enfermeras gestoras y la administración del hospital, buscando reducir significativamente la pérdida de atención y mejorar los resultados y la satisfacción de los pacientes.

Los hallazgos indican que la cantidad de cuidado perdido puede disminuir mejorando el ambiente de la práctica de enfermería, con mayor personal y de adecuación de recursos mejorar el ambiente de trabajo de enfermería mejora significativamente la práctica de enfermería.

La atención de enfermería en los hospitales es variable esto depende del tipo de unidad también puede ser un factor que contribuye a el cuidado perdido. Sin embargo, otro factor que contribuye al cuidado perdido es el trabajo en equipo.

Al identificar los factores que contribuyen al cuidado perdido en los hospitales, se podrán encontrar intervenciones apropiadas. Las intervenciones efectivas deben ser dirigidas directamente a las actividades de atención de enfermería y al fortalecimiento del trabajo en equipo dentro de unidades.

Es así que podemos concluir que la esencia de la profesión de en enfermería es el cuidado si bien es cierto que la tecnología y avances en procedimientos nos han ayudado a brindar mejor atención no debemos de perder de vista que hay intervenciones y cuidados que son la raíz del bienestar de nuestros pacientes. Los programas de Abasto y Suministro hospitalario deberán por su parte hacer un análisis de la Relación necesidad de insumos / calidad del insumo comprado / uso adecuado/inadecuado por servicio, para eficientar dicho proceso de distribución que es vital dese la etapa ESTRUCTURA y que influya en PROCESO (ejecución de

procesos del cuidado) y RESULTADOS (satisfacción del paciente y satisfacción de la enfermera con su actividad).

9.1. LIMITACIONES Y APORTACIONES.

Las limitaciones del estudio es utilizar datos de encuestas de auto-reporte, las respuestas no pueden ser descartadas. Encontrar horarios adecuados para la participación de las enfermeras.

Las aportaciones de este estudio destaca la importancia de una dotación adecuada de personal de enfermería para garantizar la atención de enfermería necesaria para pacientes.

Revela oportunidades de mejora para gestores de calidad y proporciona percepción de pacientes para mejorar los procesos de enfermería. Se pudo conocer que un factor que compromete el cuidado es el tiempo empleado en conseguir medicamentos que faltan al igual que equipos.

Las dificultades del Hospitales del estado para obtener recursos materiales para brindar cuidado adecuadamente este es un factor determinante para la capacidad para entregar toda la atención y cuidados con calidad que el paciente merece.

La identificación del problema permite conocer áreas de oportunidad para implementar estrategias de mejora en el ambiente laboral las plantillas de personal la contratación de profesionales entre otras acciones tendientes a la mejora de la seguridad paciente y la calidad del cuidado, rescatar la esencia del cuidado y la autonomía profesional en las acciones independientes de cuidado.

Continuar esta línea de investigación en los hospitales del Estado de Chiapas a fin de identificar el problema general y actuar en consecuencia comparando los resultados.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Meijome Sánchez JM. El camino de los cuidados perdidos. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2016; 4 (2): 6-12.
- 2.- Delgado BM, Márquez VH, Santacruz VJ. La Seguridad del Paciente: eje toral de la calidad de la atención. En: Alcántara BMA. La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia. México: SSA; 2012.127-46.

Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/dgr-editorial_01.html
- 3.-Molina Gómez FJ, Pérez Castro J A, Vázquez Agama, Sarabia, Soto Arreola. Eficacia de las intervenciones de enfermería dependientes en expedientes de queja médica de la CONAMED. Revista CONAMED, vol. 20, Suplemento 1 2015, págs. S21-S26. ISSN 2007-932X.
4. - Ball, J. E., Murrells, T., Rafferty, A. M., Morrow, E. & Griffiths, P. “Care left undone” during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. BMJ Quality Safety.2013. 23,116–125.
- 5.- Organización Mundial de la Salud (OMS). Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Version 1.1; 2009.
6. - Kalisch, B., Tschannen, D., Lee, H., Friese, C. Hospital variation in Missed Nursing Care. American Journal of Medical Quality, 2011; 26(4), 291-299.
7. - Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH. Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality. JAMA. 2002; 290(12):1617-1623.doi:10.1001/jama.290.12.1617.<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=197345>.
- 8.- Siqueira Dias L, Castilho, Caliri MH, Larcher, Kalisch Beatrice, Dantas. Adaptación cultural y análisis de la consistencia interna del instrumento MISSCARE para uso en Brasil. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2013 Apr [cited 2016 Apr 16]; 21(2): 610-617.Disponible en:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pidhttp://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000200019.

9.-Moreno Monsiváis MG, Moreno Rodríguez C, Interrial Guzmán MG. Omisión en atención de enfermería para pacientes hospitalizados. Aquichan. 2015; 15(3):329338.DOI:5294/aqui.2015.15.3.

http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/viewFile/4647/pdf_1.

10. - Bolton LB, Donaldson NE, Rutledge DN, Bennett C, Brown DS. The impact of nursing interventions: overview of effective interventions, outcomes, measures, and priorities for future research. Medical

11. -Aiken LH, Cimiotti JP, Sloane DM, Smith HL, Flynn L, Neff DF. Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. Medical Care. 2011; 49:1047–1053.

12.-Kalisch BJ, Laughlin M, Dabney BW. Percepciones de los pacientes de cuidados de enfermería perdido la Joint Commission Diario de Calidad y Seguridad del Paciente 2012; 38: 161-167.

13.-Beltrán SO. Atención al detalle, un requisito para el cuidado humanizado. Index Enferm [Internet]. 2015 Jun [citado 2016 Abr 14]; 2(1-2): 49-53. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo>.

14.-González I, Demandes I, Araneda J, Latrach A C, Febré N. Importancia de las competencias en la formación de enfermería. Aquichan .2011: 305-315.

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa>

15.Torres CC, Butraigo VM. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes oncológicos hospitalizados; Rev Cuid 2011; 2(2): 138- 48.

16. Ramírez Perdomo, C A; Parra Vargas, My. Percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. Avances en Enfermería, [S.l.], v. 29, n. 1, p. 97-108, jan. 2011. ISSN 2346-0261. Disponible en: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35861/37067>

17. Papastavron E, Patanayioti A, Esthion G. Rationing of nursing care and nurse-patient outcomes: a systematic review of quantitative studies. *Int J Salud Gestión de Plan* 2013 publicado en línea en Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com) DOI: 10.1002 / hpm.2160.
18. Kane RL 1, Shamliyan TA, Mueller C, Duval S, Wilt TJ. La asociación de los niveles de dotación de personal de enfermería registrado y los resultados del paciente: revisión sistemática y meta-análisis.
19. Sermeus, Linda H Aiken, Koen Van den Heede, Peter Griffiths, María Teresa Moreno Casbas, Reinhard Busse. et al. La predicción de la enfermera en Europa, RN4CAST. *BMJ*; 344 [internet].2012. [28 01 2016]; Volume344 (171): Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e1717>.
20. Sochalski J. Is more better? The relationship between nurse staffing and the quality of nursing care in hospitals. *Med Care*, 2004; 42 (2 suppl):1167-73.
21. Waller DB, Kalisch B. Nurse staffing levels and patient-reported missed nursing care. *J Nurs care Qual* 2015; 30(4).pp306-312.
22. - Cho SH, Kim YS, Yeon K N, Yous J, Lee ID. Effects of increasing nurse staffing on missed nursing care. 2015; *International Nursing Review* 62, 267–274.
23. - Kalisch B.J, Landstrom G.L, Hinshaw A.S. Missed nursing care: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2009 65(7), 1509–1517 doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x
- 24.-Kalisch B, Willams A. Development and Psychometric Testing of a Tool to Measure Missed Nursing Care. *JOMA* mayo 2009; 39 (5): pp 211-219.
- 25.-Phoenix BN, Gravlin G, Hasten R, Kalisch B. Unrevealing care omission. *Jona* 2011; 41(12), pp510-1512.
- 26.- Kalisch BJ, Tschannen D, Kyung H L. Do staffing levels predict missed nursing care? *International Journal for Quality in Health Care* 2011; 23 (3) pp.302–308.

- 27.-Kalisch J B, Faan PhD; McLaughlin M, Waller B D. Patient Perceptions of Missed Nursing Care. The Joint Commission. 2012; abril 38 (4) pp161-167.
- 28.-Kalisch J B. Missed nursing care: View from the hospital bed (Part Two).RNL.2010; 36 (3).
- 29.-Lucero RJ, Lake Eileen T, Aiken L H. Nursing care quality and adverse events in US hospitals. J Clin Nurs 2010 August; 19(15-16): 2185–2195. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03250.x.
- 30.-Potter P, Wolf L, Boxerman S, Grayson D, Sledge J, Dunagan C, Bradley Evanoff. An Analysis of Nurses' Cognitive Work: A New Perspective for Understanding Medical Errors.Advances in Patient Safety: Vol. 1
- 31.-Schreuders LB, Remner P A, Geelhoed E, Finn J. Nurse Perceptions of the impact of nursing care on patient outcomes: An exploratory study. Contemporary Nurse; 2012 41(2):190–197. <https://www.researchgate.net/publication/229154616>.
32. -C. A., Jones, T. L., Yoder, and L. H. Unfinished nursing care: An important performance measure for nursing care systems. Nursing Outlook, 2016, APRIL 64(2), 124-136. <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2015.12.010>.
- 33.- Bola J E, Murrells T, Rafferty A M, Morrow E, Griffiths P. Cuidado dejado de hacer' durante los turnos de enfermería: asociaciones con la carga de trabajo y la calidad de la atención percibida. BMJ Qual Saf; 2012 doi: 10.1136 / bmjqs--001767
- 34.- Hessels J, Flynn L, Jeannie P, Cimiotti, Cadmus E, Robyn R.M, Gersho. The impact of the nursing practice environment on missed nursing care; Clinical Nursing Studies, 2015. 3, (4). www.sciedu.ca/cns
- 35.-Maloney S, Fend JL, Hardin SR. Is Nursing Care Missed? A Comparative Study of Three North Carolina Hospitals; MEDSURG 2015 • 2B0 24/(4).
36. - Tschannen, D., Kalisch, B.J., & Lee, K.H. Missed nursing care: The impact on intention to leave and turnover.2010; Canadian Journal of Nursing Research, 42(4), 22-39.

37- Kalisch B.J, Landstrom G.L, Hinshaw A.S. Missed nursing care: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 2009; 65(7), 1509–1517doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x.

38.- Moreno R C. Cuidado de enfermería perdido en pacientes hospitalizados en una institución privada. Tesis que para obtener el título maestra en enfermería Universidad de Nuevo Leon.2014.

39.- Nigenda G, Magaña-Valladares L, Ortega Altamirano. Recursos humanos para la salud en el concepto de la reforma sanitaria en México: formación profesional y mercado laboral. *Gaceta Médica de México*. 2013; 149:555-61. [Internet]; 2013 [acceso2015-03-15]. Disponible en:
http://www.anmm.org.mx/GMM/2013/n5/GMM_149_2013_5_555-561.pdf.

40.- Casares, E. La Comunicación en la Organización; la Retroalimentación como Fuente de Satisfacción. *Razón y Palabra*. Abril-Mayo (2007). Disponible electrónicamente en www.razonypalabra.org

41.- Bautista R. L M, Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander. *Aquichan* 2008874-84. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74108108>.

42. Mompert García M P, Durán Escribano M. La calidad en la atención a la salud y los cuidados enfermeros. *Administración y gestión*; 21pp 1-31.

43.- World Health Organization. Marco conceptual de la clasificación Internacional para la seguridad del paciente: versión 1.1. WHO. 2009 Ene Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf

44. - Kalisch BJ. Missed nursing care: View from the hospital bed (Part Two). *Reflections on Nursing Leadership RNL*. EE. UU. 2010. Disponible en: http://www.reflectionsonnursingleadership.org/Pages/Vol36_3_Kalisch_PartTwo.aspx

45.- OMS. Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Ginebra: OMS; 2007.

- 46.-Kalisch BJ. Missed nursing care: a qualitative study. *J Nurs Care Qual.* 2006; 21(4): 306–13. [Consultado el 07 de enero 2016]. Disponible en <http://southbaynursingqsen.pbworks.com/f/Missed%20Care.pdf>
- 47.-Wiwanitkit V .Why nursing care is missed? *Int J Clin Ther Diagn.* (2014) 2(2), 1. Doi: <http://dx.doi.org/10.19070/2332-2926-140007e>
- 48.-Beltrán ÓA. Factores que influyen en la interacción humana del cuidado de Enfermería. *Invest.Educ.enferm.*2006;24(2):144-150. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid
- 49.- Pananaguá Thatianny B, Braga Queren P, Bezerra Queiroz AL, Bavez de Camargo S, Azevedo Filho F, et al. Eventos Adversos: Instrumento de gerencia de asistencia para la seguridad del paciente en el servicio de urgencias; enfermería global.2014; 34: pp 206-219.
- 50.- Alba-Leonel A, Fajardo-Ortiz G, Tixtha López A, Papaqui-Hernández J. La comunicación enfermera-paciente en la atención hospitalaria, caso México. *Enf Neurol (Mex).* , 2012 .11 (3): 138-141. <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123d.pdf>
- 51.- Arredondo -González CP, Cuesta Benjumea MC, Ávila Olivares J A. El Mundo material para los Cuidados de Enfermería. *Index Enferm;* 22(1-2): 65-69. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962013000100014&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100014>.
- 52.- Robles V I, Armendáriz A M, Ortega Orbilia A, Molina Seañez O. Afrontamiento al Estrés en Enfermeras de Unidad de Cuidados Intensivos; *Desarrollo Cientif Enferm.* Junio 2012; 20 (5).Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/20pdf/20-160.pdf>
- 53.-Hessels, A. J., Flynn, L., Cimiotti, J. P., Cadmus. The Impact of the Nursing Practice Environment on Missed Nursing Care. *Clinical Nursing Studies, E., & Gershon.*2015 3(4), 60–65. <http://doi.org/10.5430/cns.v3n4p60>

54. - Castner J, Yow-Wu B, Dean-Baar W. Multi-Level Model of Missed Nursing Care in the Context of Hospital Merger. *Western Journal of Nursing Research*; 2015. 37(4) 441–461.
55. - Needleman J. Nursing skill mix and patient outcomes Qual Saf Published Online.2016.01-4.
56. - Vera de Corbalán M, Samudio M. Clima organizacional de enfermería en los hospitales regionales del Instituto de Previsión Social; Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud, Diciembre 2013 11(2) 41-54
- 58.- Secretaría de Salud. (1987). Ley General de Salud y Códigos de México (16ªed.)Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. México.
- 59.- Declaración de Helsinki de la Asociación médica mundial Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.
<http://bvs.sld.cu/revistas/recursos/helsinki.pdf>
- 60.-Bautista LM, Arias MF, Carreño ZO. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Rev Cuid.* 2016; 7(2): 1297-1309. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.330>
- 61.- Moya Ruiz M A. Estudio del estado emocional de los pacientes en hemodiálisis. *Enferm Nefrol [Internet]*. 2017 Mar [citado 2017 Jun 06] ; 20(1): 48-56. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php>
- 62.- <http://www.jornada.unam.mx/2013/04/07/estados/027n1est>.
- 63.-<http://www.proceso.com.mx/474024/abasto-medicamentos-en-hospitales-chiapas>.
- 64.-Kalisch B J, PhD, RN, FAAN; Sallie J. Weaver, MS; Salas E. What Does Nursing Teamwork Look Like? A Qualitative Study; *J Nurs Care Qual.* 24, (4), pp. 298–307

XI. ANEXOS



ANEXO. 1



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO PROGRAMA DE MAESTRIA EN ENFERMERIA CRONOGRAMA

2017

| MES | FEBRERO | | | | MARZO | | | | ABRIL | | | | MAYO | | | |
|------------------------|---------|---|---|---|-------|---|---|---|-------|---|---|---|------|---|---|---|
| SEMANA | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Revisión de protocolo | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Recolección de muestra | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Procesamiento de datos | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Resultados | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Conclusiones | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Discusión | | | | | | | | | | | | | | | | |

ANEXO 2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| VARIABLE | CONCEPTO | DEFENICION OPERACIONAL | TIPO DE VARIABLE | DIMENSIONES | INDICADORES | ITEM | NIVEL DE MEDICION |
|---|---|--|----------------------------|--|---|---|-------------------|
| Factores que influyen en el cuidado perdido de enfermería | Son las razones y obstáculos en la prestación de atención por las que los cuidados de enfermería se | Se refiere a las razones del personal, en cuanto a la dotación de recursos humanos, recurso material y a la calidad comunicación entre miembros del equipo | Cuantitativa Independiente | Recurso humano Comunicación | 4=Razón significativa 3=Razón moderada 2=Razón de menor motivo 1=No es una razón para que se pierda el cuidado | Sección B: 1, 2, 3, 4, 5, 11 y 17 Sección B: 7, 8, 12, 13, 14, 15 y 16 | Ordinal |

| | | | | | | | |
|--|------------|--|--|------------------|--|-------------------------|--|
| | pierden.22 | interdisciplinario, medido a través 17 preguntas del cuestionario MISSCARE. | | Recurso Material | | Sección B: 6, 9 y 10 | |
|--|------------|--|--|------------------|--|-------------------------|--|

| VARIABLE | CONCEPTO | DEFENICION OPERACIONAL | TIPO DE VARIABLE | DIMENSIONES | INDICADORES | ITEM | NIVEL DE MEDICION |
|-------------------------------|---|--|--------------------------|---|---|---|-------------------|
| Cuidado perdido de enfermería | Es cualquier aspecto del cuidado del paciente requerido que se omite (ya sea en parte o en su totalidad) o se | Se refiere a las intervenciones de cuidado que el paciente requiere durante su hospitalización y que no se ejecutan o se | Cuantitativa Dependiente | Intervenciones de necesidades individuales Intervenciones de cuidado básico Planificación del alta y educación del paciente | 5=Siempre 4=Frecuentemente 3=De vez en cuando 2=Rara vez 1=Nunca 0=No aplica | Sección A: 5, 10, 19, 20, 21, 22 y 23 Sección A: 1, 2, 3, 4, 11, 12, 13 y 24. Sección A: 9 y 14. | Ordinal |

| | retrasa Significativamente. ²² | retrasan de acuerdo a sus necesidades. Se medido a través del cuestionario MISSCARE | | Intervenciones de cuidado con evaluaciones continuas | | Sección A: 6, 7, 8, 15, 16, 17 y 18 | |
|----------|--|---|------------------|--|-------------|---|-------------------|
| VARIABLE | CONCEPTO | DEFENICION OPERACIONAL | TIPO DE VARIABLE | DIMENSIONES | INDICADORES | ITEM | NIVEL DE MEDICION |

| | | | | | | | |
|------------------------|---|--|---------------|--|--|--|---------|
| Calidad de la atención | Es la respuesta expresada del paciente sobre la impresión obtenida acerca del cuidado que le brinda la enfermera. | La opinión que se obtiene a través del instrumento MISSCARE para pacientes | Interviniente | <p>Pacientes</p> <p>Intervenciones de necesidades individuales</p> <p>Intervenciones de cuidado básico</p> <p>Planificación del alta y educación del paciente</p> <p>Intervenciones de cuidado con</p> | <p>5=Siempre</p> <p>4=Frecuentemente</p> <p>3=De vez en cuando</p> <p>2=Rara vez</p> <p>1=Nunca</p> <p>0=No aplica</p> | <p>Sección A: 5, 10, 19, 20, 21, 22 y 23</p> <p>Sección A: 1, 2, 3, 4, 11, 12, 13 y 24.</p> <p>Sección A: 9 y 14.</p> <p>Sección A: 6, 7, 8, 15, 16, 17 Y 18</p> | Ordinal |
|------------------------|---|--|---------------|--|--|--|---------|

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|---------------------------|--|--|--|
| | | | | evaluaciones continuas | | | |
|--|--|--|--|---------------------------|--|--|--|

| VARIABLE | CONCEPTO | DEFENICION OPERACIONAL | TIPO DE VARIABLE | DIMENSIONES | INDICADORES | ITEM | NIVEL DE MEDICION |
|------------------------|--|---|------------------------------|---|---|---|-------------------|
| Calidad de la atención | Otorgar atención al usuario, con oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos, con el propósito de satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas, las de los prestadores de servicios y las de la institución. | La opinión que se obtiene a través del instrumento MISSCARE para enfermeras | Cualitativa Interviniente | Al atender a los paciente. Aplico Ambiente de trabajo | 5=Siempre 4=Frecuentemente 3=De vez en cuando 2=Rara vez 1=Nunca 0=No aplica | Sección C: 1,2,3,4,5,6 7,8,9. 10,11,12 | Ordinal |

| | | | | | | | |
|--|----|--|--|--|--|--|--|
| | 44 | | | | | | |
|--|----|--|--|--|--|--|--|

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

CUIDADO DE ENFERMERÍA PERDIDO

HOSPITALIZADOS HOSPITAL DE LAS CULTURAS SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS CHIPAS.

La E.E.A.E.C Yesmin Pacheco Vasquez estudiante de la Maestría en Enfermería, me ha solicitado participar en su estudio de investigación titulado “FACTORES RELACIONADOS CON EL CUIDADO PERDIDO Y LA INFLUENCIA EN LA CALIDAD” me ha informado que los datos que yo le proporcione serán utilizados con fines científicos.

Me explicó que los datos que le proporcione serán confidenciales y que tengo derecho a terminar mi participación en cualquier momento, si así lo decido.

Comprendo que se me aplicará el Cuestionario “Cuidados de enfermería perdido” Encuesta MISSCARE, para personal de enfermería. Conocer las razones para que no se den los cuidados de enfermería. Se me informó que tardaré aproximadamente 20 minutos en contestar las preguntas.

Se me ha explicado que este estudio no tendrá riesgos, se me harán preguntas relacionadas con los cuidados que se les proporcionan a los pacientes hospitalizados, así como las razones para que no se den los cuidados de enfermería. Se me ha explicado que la información que proporcione será anónima y totalmente confidencial.

Se me notificó que con los resultados obtenidos se podrán proponer estrategias para mejorar los cuidados de enfermería que se proporcionan a los pacientes hospitalizados en la institución.

En caso de que tenga dudas, comentarios o quejas relacionadas con el estudio podré comunicarlo. Se me aseguró que los datos obtenidos serán tratados de manera confidencial por el investigador y que no se podrá identificar a que participante corresponde cada uno de los cuestionarios. Así mismo, que una vez finalizado el estudio, los cuestionarios se resguardaran



CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Acepto participar en el estudio de investigación al que he sido invitado (a) por la E.E.A.E.C "Yesmin Pacheco Vasquez, se me ha explicado y dado a conocer en qué consiste el estudio.

Firma del participante Fecha

Firma y nombre del Investigador Fecha

Encuesta MISSCARE para Enfermera

Beatrice J. Kalisch.

La presente encuesta tiene por objeto recabar la información sobre algunos de sus datos personales y conocer su opinión sobre los cuidados recibidos por las enfermeras durante su hospitalización. Marque solo una casilla por pregunta con lo que usted considera se retrasa el cuidado de enfermería o bien no se pueda proporcionar. Según su vivencia en el hospital.

Instrucciones: a continuación en las preguntas de opción múltiple, elija el número y coloque una "X"

| | |
|--|---|
| 1. Nivel de formación 1) _____ Auxiliar Enfermería 2) _____ Nivel Técnico 3) _____ Enfermera General 4) _____ Licenciado en Enfermería 5) _____ Enfermera Especialista 6) _____ Posgrado en Enfermería (Maestría _____ Doctorado _____) | 2. Servicio : 3. Sexo : Masculino () Femenino () |
| 4. Edad en años cumplidos: | 5. Categoría asignada en la institución _____ Auxiliar Enfermería _____ Enfermera General _____ Enfermera Especialista |
| 6. Turno de trabajo: | 7. Antigüedad en la institución(años) : |
| 8. Antigüedad en el servicio actual (años): | 9. Experiencia laboral (años): |
| 10. En su turno ¿Cuál es el promedio de pacientes que se le asignan? | 11. ¿Cuántos pacientes ingresan por lo regular en el turno? |
| 12. ¿Cuántos pacientes egresan por lo regular en el turno? | |

Sección A Cuidados Perdidos de Enfermería.

Este estudio tiene el propósito de recabar información acerca del cuidado perdido definido como cualquier aspecto del cuidado que el paciente requiere y que se omite ya sea en parte o en su totalidad o bien se retrasa significativamente.

Marque un solo número por pregunta en el factor que según su experiencia considera hacen que el cuidado de enfermería se retrase o se omita.,

¿Con qué frecuencia se presentan los siguientes elementos del cuidado de enfermería perdido en su servicio?

| | |
|-----------------------------|---|
| No aplica | 6 |
| Siempre se pierde. | 5 |
| Frecuentemente se pierden. | 4 |
| De vez en cuando se pierde. | 3 |
| Rara vez se pierden. | 2 |
| Nunca se pierde. | 1 |

Elementos del Cuidado

| | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1)Asistencia en la deambulaci3n o seg3n la indicaci3n | | | | | | |
| 2)Cambio de posici3n al paciente cada 2 horas o de acuerdo a las necesidades del paciente | | | | | | |
| 3)Alimentaci3n del paciente cuando la comida a3n est3 caliente | | | | | | |
| 4) Verifica la dieta y acerca la comida a los pacientes que se alimentan por si mismos | | | | | | |
| 5) La administraci3n de medicamentos dentro los 30 minutos antes o despu3s de la hora programada. | | | | | | |
| 6) Los signos vitales seg3n la indicaci3n | | | | | | |
| 7) Control de ingresos y egresos (balance de l3quidos) | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8) Documentación del paciente completa con los datos necesarios | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9) Enseñanza al paciente acerca de la enfermedad ,las pruebas y los estudios de diagnostico | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10) El apoyo emocional y /o familia | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11) Baño del paciente / cuidado de la piel | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12) Cuidado de la boca | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13) Lavado de manos | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 14) Planificación de alta del paciente que incluye el plan de enseñanza | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 15) Monitorización de la glucosa según indicaciones | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 16) Realizar evaluación de los pacientes por turno | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 17) Reevaluación al paciente de acuerdo a su condición de salud | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 18) Cuidado del sitio y de las soluciones IV / vía central y las evaluaciones de acuerdo con la política del hospital | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 19) Respuesta menor a 5 minutos al llamado de un paciente | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 20)Administración en menos de 15 minutos de indicaciones de medicamentos PRN | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 21) Evaluar la eficacia de los medicamentos | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 22) Asistir a las visitas interdisciplinarias de evaluación del cuidado | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 23) Ayudar con las necesidades de eliminación al paciente en un tiempo no mayor a 5 minutos de la solicitud | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 24) Cuidado de heridas /piel | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

Sección B Razones para que se presente el Cuidado Perdido de Enfermería

Pensando en los cuidados perdidos de enfermería en su unidad de trabajo clínico, indique el tipo de **RAZON** por la que a su juicio se pierden los cuidados de enfermería. **Marque solo una casilla por cada pregunta.**

| | |
|----------------------------|----------|
| Razón significativa | 4 |
| Razón moderada | 3 |
| Razón menor | 2 |
| No es una razón | 1 |

Razones para el Cuidado Perdido de Enfermería

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1)El número insuficiente de personal | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2) Las situaciones de urgencias del paciente | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3) Aumento inesperado en el volumen de pacientes y / o de la carga de trabajo del servicio | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4) El número insuficiente de personal auxiliar | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5) Asignación desequilibrada de pacientes | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6) Los medicamentos no están disponibles cuando se necesitan | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7) Demasiados cuidados en los pacientes | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8) Inadecuada entrega de turno anterior o falta de claridad en la entrega recepción de pacientes de otro servicio o unidad | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9) Otros departamentos no proporcionan apoyo para la continuidad del cuidado necesario (nutrición, laboratorios, rayos x, etc.) | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10) Suministros y /o equipos no disponibles cuando se necesitan | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11) Suministros y / o equipos no funcionan correctamente cuando se necesitan | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12)Falta de apoyo de los miembros del equipo de salud | 4 | 3 | 2 | 1 |

Encuesta MISSCARE para Paciente

Beatrice J. Kalisch.

La presente encuesta tiene por objeto recabar la información sobre algunos de sus datos personales y conocer su opinión sobre los cuidados recibidos por las enfermeras durante su hospitalización. Marque solo una casilla por pregunta con lo que usted considera se retrasa el cuidado de enfermería o bien no se pueda proporcionar. Según su vivencia en el hospital. **Instrucciones:** a continuación en las preguntas de opción múltiple, elija el número y coloque una "X"

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 13) Tensión o fallas en la comunicación con otros departamentos | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 14) Tensión o falla en la comunicación dentro del equipo de enfermería | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 15) Tensión o fallas en la comunicación con el personal medico | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 16) El personal Auxiliar de enfermería no comunico que el cuidado no se proporcione | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 17) La enfermera responsable del paciente no está disponible | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 18) Demasiados cuidados a pacientes que ingresan y egresan | 4 | 3 | 2 | 1 |

| Calidad de Atención | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1) Hago las cosas adecuadas a la persona adecuada en el momento preciso | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | |
| 2) Se cuándo hacer frente y actuar ante una situación concreta | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | |
| 3) Escucho las preguntas y preocupaciones de los pacientes | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | |
| 4) Trabajo en equipo | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | |
| 5) Constantemente evaluó mis cuidados | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | |
| 6) Conozco y aplico los indicadores de calidad | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | |
| 7) Me siento tranquila(o) por la atención que le brindo al paciente | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | |
| 8) El ambiente de trabajo es el adecuado | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | |
| 9) Mantengo vigentes mis conocimientos a través de cursos de capacitación | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | |
| 10) Siempre tengo una actitud positiva ante los cambios | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | |
| 11) Hay ausentismo laboral de mi servicio | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | |
| 12) La distribución del personal de enfermería en los servicios es adecuada | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | |
| 13) De acuerdo a tu experiencia profesional que factor interviene más para omitir ciertos cuidados | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

Sección C. Representa su opinión acerca de la calidad de la atención otorgada a los pacientes a su cargo.

| | | | |
|-----------------------|----------|--------------------------------|----------|
| Siempre | 5 | Valores, Creencias | 5 |
| Frecuentemente | 4 | Tiempo | 4 |
| A veces | 3 | Patología | 3 |
| Rara vez | 2 | Experiencia profesional | 2 |
| Nunca | 1 | Actitud | 1 |

Pregunta 13

14.- ¿A qué cuidados le das prioridad?

15.- ¿Qué criterio utilizas para priorizar los cuidados de enfermería?

16.- ¿Qué otro factor crees que propicie el cuidado perdido de enfermería?

¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!



| | |
|--|--|
| 1.Nombre del servicio donde se le atiende: | |
| 2.Número de años de escolaridad formal : | |
| 3.Grado de estudios 1)_____ Primaria 2)_____ Secundaria 3)_____ Preparatoria 4)_____ Licenciatura 5)_____ Posgrado | 4.Sexo: Masculino _____ Femenino _____ |
| 5.Edad: | |
| 6)¿Qué tan satisfecho (a) se encuentra con la atención en general recibida durante su hospitalización actual (todo el equipo de salud) Muy satisfecho _____ Satisfecho _____ Neutral _____ Insatisfecho _____ Muy Insatisfecho _____ | |
| 7) ¿Qué tan satisfecho (a) se encuentra con la atención de enfermería recibida durante su hospitalización. Muy satisfecho _____ Satisfecho _____ Neutral _____ Insatisfecho _____ Muy Insatisfecho _____ | |

| | |
|-------------------------|----------|
| Siempre | 5 |
| Frecuentemente | 4 |
| De vez en cuando | 3 |
| Rara vez | 2 |
| Nunca | 1 |

| Elementos del cuidado | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1) Le ayudan a caminar. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2) Le ayudan para cambiar de posición de acuerdo a sus necesidades | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3)Le apoyan para tomar alimentos cuando la comida aún está caliente | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4) Verifican que la dieta fuera la indicada y se la acercaron | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5) Le administración los medicamentos dentro de los 30 minutos o después de la hora programada | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6)Le tomaron los signos vitales (presión, pulso, temperatura) en cada turno | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7) Le preguntaron que comió, que tomo y cuantas veces (los ingresos y egresos) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8) Observo que hicieran registros de datos en la hoja de enfermería cada que acudían a revisarlo | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9) Le explicaron acerca de la enfermedad ,las pruebas y los estudios de diagnostico | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10) Usted o su familia se sintió escuchado, animado y en confianza con la enfermera (apoyo emocional) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11) Le dieron apoyo para bañarse / cuidado de la piel | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12) Le apoyaron para realizar aseo de la boca | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13) Le apoyaron para el lavado de manos | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 14)Le han dado información para el alta hospitalaria | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 15)Le realizaron chequeo de glucosa en caso de tenerlo indicado | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 16) Valoraron su condición actual en cada turno | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 17) Reevaluaron su condición de acuerdo a el turno | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 18) Le revisaron el sitio y las soluciones Intravenosas o sueros instalados | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 19) Respondieron a su llamado en menos de 5 minutos | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 20) En caso de solicitar medicamentos de urgencia se los han administrado en un tiempo menor de 5 minutos | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 21) Evaluaron la eficacia de los medicamentos | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 22) Asistieron a la visitas de evaluación con otros profesionales médicos , nutriólogos etc. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 23) Le ayudaron a ir al baño en un tiempo no mayor a 5 minutos de la solicitud | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 24) Le apoyaron a los cuidados de sus heridas /piel (en caso necesario) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

25. ¿A que le atribuye usted que algunos cuidados no lo realicen siempre las enfermeras?

| | |
|-------------------------|----------|
| Siempre | 5 |
| Frecuentemente | 4 |
| De vez en cuando | 3 |
| Rara vez | 2 |
| Nunca | 1 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 26.-Las enfermeras lo tratan bien | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 27.-Muestran interés por brindarle comodidad física. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 28.-Toman tiempo para aclararle sus dudas | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 29.-La presencia del personal de enfermería le hace sentir tranquilo (a) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 30.- Le explicaron anticipadamente los procedimientos | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 31.- Le responden sus preguntas con seguridad | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 32.- El personal de enfermería se presenta con su nombre | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 33.- Le dedican el tiempo necesario | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 34.- Lo (a) llaman por su nombre | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 35.- Se muestran respetuosas (os) con sus creencias y valores | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 36.-Le explican que las (o) llamen en caso de que necesite algo | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 37.-Le preguntan cómo esta , como se siente y lo que piensa de su enfermedad | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 38.-Reconoce lo que necesita físicamente, psicológicamente, espiritualmente | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!