



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**SATISFACCIÓN LABORAL Y CUIDADO PERDIDO DE
ENFERMERÍA**

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PRESENTA
VICTOR EMMANUEL ALVA LÓPEZ
Nº DE CUENTA 416004768

DIRECTORA DE TESIS
MTRA. ROSA AMARILIS ZÁRATE GRAJALES

BECARIO PAPIIT IN306419

CIUDAD DE MÉXICO, 2021





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.

AGRADECIMIENTOS

Para la Universidad Nacional Autónoma de México y la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, por darme la oportunidad de pertenecer a esta gran casa de estudios.

Al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e innovación Tecnológica (PAPIIT-IN306419), “Cuidado perdido de enfermería, ambiente laboral y su relación con los eventos adversos en hospitales de alta especialidad”. Por formar parte de tan destacada investigación, de conocer y trabajar con los integrantes de proyecto.

A la Mtra. Rosa Amarilis Zárate Grajales, por confiar en mí, ser mi guía, compartir todos sus conocimientos y experiencias; principalmente por su tiempo y el apoyo que en esta situación de pandemia me brindó.

Todo mi respeto y admiración, es un gran ejemplo para las futuras generaciones.

Al Mtro. Luis Ángel Benítez Chavira, quién por su orientación, conocimiento, paciencia y compromiso a este trabajo, se logró concluir.

Sin duda es usted un gran elemento para la universidad.

Al Mtro. Nicolás Santiago, por el apoyo en la gestión para la recolección de datos.

A mis padres Rayo de Luz y Juan Carlos, por la confianza y sus esfuerzos para que yo pudiera cumplir este gran sueño.

Finalmente, a todos aquellos profesores, familiares y amigos que fueron parte de toda mi formación.

DEDICATORIA

A ti Dios mío por todas las oportunidades que me has dado, ser mi guía y permitirme concluir esta meta.

A mis padres Rayo de Luz y Juan Carlos, soy el reflejo de todo lo que han inculcado, su cariño y dedicación fueron mi soporte en los días mas difíciles, todo esto es para ustedes.

A mis amadas Ma. del Carmen y Margarita, parte fundamental de todo mi desarrollo, siempre estarán en mi corazón, gracias por todo su apoyo, cariño y enseñanzas que me dieron en vida.

Erick y Juan, este es un logro más para siempre motivarnos, apoyarnos y crecer juntos.

Para Atena Meade, Gabriela González y Benito Díaz, ustedes son mis ejemplos a seguir, gracias por su apoyo fue muy importante para mi desarrollo personal y mi formación académica.

CONTENIDO

1. RESUMEN.....	5
1.1 INTRODUCCIÓN.....	7
2. ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN	9
2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
2.2. JUSTIFICACIÓN.....	11
2.3. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO.....	12
2.4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	12
2.5. OBJETIVOS.....	13
3. MARCO TEÓRICO	14
3.1. CALIDAD	14
3.1.1 DEFINICIÓN DE CALIDAD	14
3.1.2 DEFINICIÓN DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD.....	15
3.1.3 CALIDAD EN ENFERMERÍA.....	17
3.1.4 CALIDAD EN ENFERMERÍA EN MÉXICO	19
3.2 SATISFACCIÓN LABORAL.....	21
3.2.1 DEFINICIÓN DE SATISFACCIÓN LABORAL.....	21
3.2.2 TEORÍAS DE LA SATISFACCIÓN LABORAL	22
3.2.3 SATISFACCIÓN LABORAL EN MÉXICO	25
3.2.4 SATISFACCIÓN LABORAL Y ENFERMERÍA.....	28
3.3. CUIDADO PERDIDO DE ENFERMERÍA	30
3.3.1 ANTECEDENTES.....	30
3.3.2 REVISIÓN DE LA LITERATURA DEL CUIDADO PERDIDO Y LA SATISFACCIÓN LABORAL	35

4. METODOLOGIA	37
4.1. TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO	37
4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	37
4.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA	37
4.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	37
4.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	37
4.3.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	37
4.4. DEFINICIÓN DE VARIABLES	38
4.5. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN	41
4.6. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD	42
4.7. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	43
4.8. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	44
4.9. ASPECTOS ÉTICOS	44
5. RESULTADOS	46
5.1. RESULTADOS DESCRIPTIVOS	46
5.1.1 CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA	46
5.1.2 SATISFACCIÓN LABORAL	51
5.1.3 CUIDADO PERDIDO DE ENFERMERÍA	53
5.1.4 RAZONES SIGNIFICATIVAS DEL CUIDADO PERDIDO	58
5.2. ANÁLISIS INFERENCIAL.....	62
5.2.1 CUIDADO PERDIDO, CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y LABORALES	62
5.2.2 CUIDADO PERDIDO Y SATISFACCIÓN LABORAL	63
6. DISCUSIÓN	65
7. CONCLUSIONES	73
8. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.....	75
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
10. ANEXOS	83

1 RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El cuidado perdido de enfermería es un fenómeno poco estudiado, no obstante, en los últimos años ha ganado cada vez más interés debido a la preocupación de brindar cuidados de calidad. La literatura concluye que un factor importante relacionado con el cuidado perdido es la satisfacción laboral del profesional, en este sentido, es de interés conocer la relación de estas variables en el contexto mexicano. **OBJETIVO:** Describir la relación entre la satisfacción laboral y el cuidado perdido de enfermería en un hospital regional de alta especialidad. **METODOLOGÍA:** Observacional, descriptivo, transversal y de correlación. El presente estudio forma parte del Proyecto PAPIIT IN306419 “Cuidado perdido de enfermería, entorno laboral y su relación con los eventos adversos reportados en hospitales de alta especialidad de México. Un estudio multicéntrico”. Se incluyeron a 24 enfermeras(os) asignados a los servicios de hospitalización, que proporcionan cuidado directo, con al menos 6 meses de antigüedad adscritos a la subdirección de enfermería y manifiesten de manera voluntaria participar en la investigación. Utilizando el instrumento MISSCARE para enfermería y la teoría de Herzberg. **RESULTADOS:** Se encontró buen nivel de satisfacción laboral en cuanto a pertenecer a la institución (100%) y con el puesto actual (100%), seguido de un 95.8% con el hecho de ser enfermera(o) y un 83.3% con el trabajo en equipo en su servicio. Así mismo, ninguno de los participantes piensa dejar de trabajar en la institución como resultado de una posible insatisfacción. En cuanto al cuidado perdido los visualizaremos por dimensión; en necesidades individuales, muestra una media de 17.39. En la dimensión de Educación y plan de alta (17.39). La dimensión de cuidado básico tiene una media de 25.00. En la dimensión de evaluaciones continuas no se registro cuidado perdido de enfermería. En el análisis inferencial hallamos: una relación positiva moderada entre la edad y el índice global del cuidado perdido ($r_s= 0,452$, $p=0,27$) revelando que entre más edad tiene el personal de enfermería el índice de cuidado perdido aumenta. El turno y la dimensión de planificación de alta y educación presenta: una relación positiva moderada significativa ($r_s= 0,413$, $p=0,45$), sucede lo mismo con el índice global ($r_s= 0,427$, $p=0,37$), indicándonos que hay ciertas tareas de enfermería que se omiten por que

son actividades que se llevan a cabo principalmente en los turnos matutino y vespertino. En relación con el profesional que se siente a gusto con la cantidad del personal en su servicio es adecuada, se encontró una relación positiva moderada significativa con el índice de la dimensión necesidades individuales ($r_s = 0,438$, $p=0,32$), lo que indica, que la enfermera percibe que no hay personal adecuado en su servicio y el índice de cuidado perdido aumenta. Existe una relación entre el ítem de ¿Qué tan satisfecho se encuentra con ser enfermera(o)?, con la dimensión de plan de alta y educación, relación positiva moderada ($r_s = -0,466$, $p=0,22$), lo que indica que, si el personal se encuentra insatisfecho con ser enfermera(o) influye en que el cuidado perdido incremente. El índice global de satisfacción, muestra una relación inversamente proporcional con la dimensión del plan de alta y educación al paciente ($r_s = -0,424$, $p=0,39$), es decir, los profesionales que están más satisfechos, reducen el cuidado perdido en la educación y plan de alta.

CONCLUSIÓN: Observamos la relación entre la satisfacción laboral y el cuidado perdido de enfermería, haciéndose notar que para disminuir estas acciones, se debe contar con un buen nivel de satisfacción laboral en el personal de enfermería. Se recomiendan realizar mayores investigaciones en México, para obtener más información sobre el comportamiento del fenómeno en los diferentes niveles de atención de salud y con ello se generen propuestas que tengan como finalidad la mejora de la satisfacción del profesional y se logre reducir el cuidado perdido en enfermería. **PALABRAS CLAVE:** Satisfacción laboral, Cuidado Perdido, Enfermería.

1.1 INTRODUCCIÓN

Los profesionales de enfermería son de suma importancia para la calidad de los servicios de salud, puesto que se encuentran como primera línea para brindar cuidados libres de riesgo, promoviendo la salud en los pacientes. Por todo esto, es indispensable seguir estudiando las áreas de oportunidad que ayuden al equipo de enfermería, que también beneficie a pacientes y familiares en materia de calidad.

En la actualidad se han percibido diversos factores de riesgo que afectan a la calidad de los cuidados que brinda enfermería, como la dotación inadecuada de personal, la falta de insumos o equipo, liderazgo ineficaz, la insatisfacción del personal, entre otros, que repercuten directamente en que los cuidados se omitan o se pierdan y esta situación llegué ponga en riesgo la seguridad del paciente (evento adverso).

Kalisch desde el 2006 inició investigaciones sobre cuáles son los cuidado de enfermería que se omiten o se pierden, acuñando así el término de cuidado perdido de enfermería. En México Moreno-Monsiváis y cols, han estudiar este fenómeno en los hospitales tanto públicos como privados, demostrando que aún se requiere replicarlo en los demás estados de la república. Puesto que aún existen vacíos sobre el cuidado perdido por ser un término nuevo, siendo apremiante seguir desarrollando estudios, con el fin de beneficiar al equipo de enfermería, pacientes, familiares y a la institución de salud misma.

El presente trabajo abordó el tema de la calidad en servicios de salud y en enfermería, basado en modelo del Dr. Avedis Donabedian. Asimismo en el marco teórico se abordo la satisfacción laboral, mostrando sus antecedentes y la perspectiva de Herzberg sobre su teoría bifactorial, la cual menciona que el nivel de satisfacción laboral depende de las actividades extrínsecas e intrínsecas que llevan a cabo en su lugar de trabajo; de igual forma se retoma el modelo que propuso Kalisch esto para conocer y entender el panorama del cuidado perdido de enfermería mediante el instrumento MISSCARE, con el cual se pretende medir el cuidado

perdido en el hospital gracias a los datos recolectados en el hospital, donde cabe aclarar que este trabajo sólo considera la perspectiva del personal de enfermería. Como veremos más adelante, parte del instrumento toma en cuenta que el cuidado va a depender de diversos factores, tanto independientes como propios del ejercicio de enfermería para llevarse a cabo, los cuales servirán de guía para fortalecer esas áreas de oportunidad. En la parte final se muestran las diversas pruebas estadísticas que nos ayudaron a aclarar la posible relación entre la satisfacción laboral y el cuidado perdido de enfermería.

2 ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años, el concepto de calidad aplicado a los servicios de salud ha ganado cada vez más importancia, por ello, es prioritario sensibilizar a los profesionales del área de la salud, principalmente a enfermería, que sepan para qué se creó, qué persigue y cuál es su fin de brindar un cuidado de calidad,¹ ya que el conocer, aplicar y mejorar la calidad, no solo beneficia a los pacientes y sus familias, también contribuye en un ambiente laboral favorable entre profesionales, un grupo de trabajo más consolidado, responsable de su quehacer y comprometido con la causa común de entregar un servicio de la mejor forma.²

En México y en el mundo los profesionales de enfermería son el recurso humano más numeroso en materia de salud³ y la satisfacción laboral es un factor de gran peso que influye en toda actividad de enfermería, así como un factor de apoyo que agranda los sentimientos de valor, importancia y superación personal dentro de la institución que contribuye a brindar un servicio de calidad.⁴

Loke⁵ define la satisfacción laboral como “un estado emocional positivo o placentero resultante de una percepción subjetiva de las experiencias laborales de la persona” y para Maslow⁶ la satisfacción laboral se alcanza en breves periodos del tiempo, ya que cada persona en cuanto satisface algún aspecto busca o desea satisfacer otros más.

Estudios han demostrado que los profesionales de enfermería presentan niveles medios y altos de satisfacción laboral (\bar{x} = 101/ colocar de cuenta es el puntaje máximo)⁷, Blegen's en su metaanálisis, menciona algunas características que se correlacionan con la satisfacción laboral: nivel de estrés, compromiso organizacional, la comunicación con supervisores y compañeros, la autonomía, el reconocimiento y la rutinización del trabajo.⁸ En otro metaanálisis, Irvine y cols. se comprobaron que la

compensación, las características del trabajo (la autonomía y la retroalimentación), y el ambiente de trabajo (el liderazgo, la relación con jefes, el estrés y la toma de decisiones) estaban moderadamente correlacionados.⁹ Best y cols. muestran una frecuencia de 3,58 en autonomía, 3,48 con buen salario, 3,38 el estatus profesional, 3,12 las interacciones, 2,99 la delegación de tareas y 2,43 en organización, siendo enlistados en orden de importancia.¹⁰ Lo anterior evidencia, que los factores intrínsecos y extrínsecos influyen en el nivel de satisfacción laboral; sin embargo, hay poca información sobre los aspectos que menciona Herzberg (obtención de reconocimiento, ser creativo en el trabajo, posibilidad de desarrollo, entre otros) y la posible relación con la calidad del cuidado de enfermería.

Algunas de las características negativas que pueden presentarse en el personal de enfermería si no tienen un nivel óptimo de satisfacción laboral, tales como presentar síndrome de burnout,¹¹ pérdidas en los niveles de eficacia y eficiencia en el sistema de salud, pero sobre todo, retraso parcial o pérdida total de los cuidados que brinda durante la atención.

En 2006 Beatrice J. Kalisch hizo referencia sobre el cuidado perdido de enfermería definiéndolo como: “cualquier aspecto del cuidado del paciente que es requerido y que se omite de forma parcial o total o que se retrasa significativamente”¹²⁻¹³, concluyendo que de todas las actividades que realiza enfermería las que más se omiten son intervenciones de cuidado básico (cuidado de la boca, apoyo a la deambulación, entre otros), seguido de intervenciones de educación y plan de alta.¹⁴ Además, Kalisch y otros autores han demostrado que los principales factores que se relacionan con el cuidado perdido son: la falta de recursos humanos de enfermería (84.4%); la falta recursos materiales no disponible cuando se necesita (50%) y las fallas en la comunicación con otros departamentos (por ejemplo nutrición, laboratorio, etc., con 40.6%).¹³⁻¹⁴

Un importante factor que está relacionado con el cuidado perdido es la satisfacción laboral, ya que la posición que tiene el profesional de enfermería en la institución, el

sentirse satisfecho con su profesión y trabajar en equipo, condiciona que se pierda o no el cuidado.¹³

Como puede observarse, el cuidado perdido ha sido poco estudiado y más aún, relacionado con la satisfacción laboral desde la perspectiva de los propios factores intrínsecos del profesional, por esto, es de interés realizar esta investigación con el objetivo de analizar dicha relación de estas dos variables, en un hospital regional de alta especialidad, para conocer el nivel de satisfacción laboral de su personal y si este influye de manera positiva o negativa en el cuidado perdido de enfermería.

2.2. JUSTIFICACIÓN

El interés de este trabajo parte de los cambios que hemos venido frecuentando en los últimos años, ayudando a contribuir con la mejora de los cuidados que las enfermeras prestan en diversos escenarios relacionados con el cuidado de la salud, que van desde el instituto de alta especialidad, hasta los domicilios de las personas, las escuelas y los centros de trabajo.³

Sin embargo, la falta de calidad en los cuidados de enfermería es un fenómeno que ha sido estudiado desde diferentes puntos de vista, con diferentes metodologías y conceptualizaciones, pero es Kalisch que recientemente ha acuñado el término de cuidado perdido de enfermería y evidenciado que el personal de enfermería tiende a omitir parcial o totalmente ciertas actividades de enfermería y esto se debe a diferentes factores como la falta de recursos humanos, los recursos materiales, las fallas en la comunicación, la insatisfacción laboral y como este último ha sido estudiado en países desarrollados, pero no en desarrollo como México.

Por lo anterior, es pertinente conocer la satisfacción laboral en la práctica de enfermería en México, retomando la perspectiva de Herzberg, contemplando los diversos puntos para abordar el tema, ya que existen gran variedad de factores que intervienen. Además, de describir el cuidado perdido de enfermería que existe y

buscaremos si existe alguna relación entre estas dos variables y aportar conocimiento sobre el tema.

2.3 IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

El presente estudio contribuirá con un aporte de conocimiento sobre la importancia de la satisfacción laboral y su relación con el cuidado perdido de enfermería en la práctica, en el contexto mexicano. Facilitando la identificación de las razones de la satisfacción laboral, fundamentado con evidencia científica. En cuanto al fenómeno de cuidado perdido de enfermería, nos brindará una visión sobre el impacto que este tiene sobre el personal de enfermería, y, a su vez en los resultados de salud que se esperan de los pacientes, su seguridad y la calidad que puede ofrecer la institución, por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación.

2.4 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué relación existe entre la satisfacción laboral y el cuidado perdido de enfermería en un hospital regional de alta especialidad?

2.5 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Describir la relación entre satisfacción laboral y el cuidado perdido de enfermería en un hospital regional de alta especialidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir el cuidado perdido de enfermería en un hospital regional de alta especialidad.
- Describir la satisfacción laboral de los profesionales de enfermería en un hospital regional de alta especialidad.
- Describir la correlación existente entre la satisfacción laboral y el cuidado perdido de enfermería.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 CALIDAD

3.1.1 DEFINICIÓN DE CALIDAD

Calidad es un concepto utilizado muy frecuentemente en la actualidad, su significado varía en distintas maneras convirtiéndose en un concepto de calidad subjetivo, que se encuentra relacionado con la percepción de cada individuo donde las necesidades y expectativas que le influyen directamente.¹⁵ Demostrando la dificultad para establecer una sola definición de calidad, puesto que dependerá de la necesidad, la expectativa y del factor de satisfacción, para tomar una dirección.

Estos son algunos ejemplos de calidad: para W. Edwards Deming es traducir las necesidades futuras de los usuarios, para dar satisfacción a un costo que el cliente pagará; Kaoru Ishikawa nos menciona que se logra cuando un producto o servicio es útil, económico y satisfactorio para el consumidor; Philip B. Crosby lo define como la conformidad con los requerimientos, para que no haya malentendidos.¹⁶

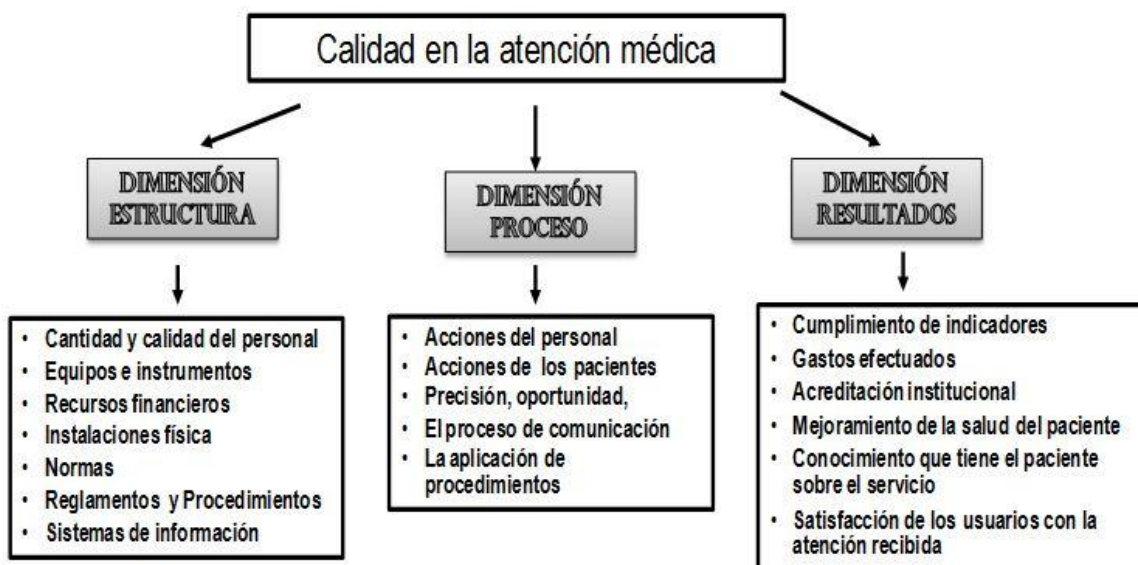
Para la Sociedad Americana para el Control de Calidad (A.S.Q.C) la definen como: “conjunto de características de un producto, servicio o proceso que le confieren su aptitud para satisfacer las necesidades del usuario o cliente”.¹⁷

Por otro lado, la Real Academia Española la define como: “la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie”.¹⁸ Esta definición brinda un panorama para clasificarla y ordenarla en distintos niveles, mediante un referente previo que nos ayuda a poder determinar esta acción. Es por ello que en los últimos años, el concepto de calidad en los servicios de salud ha ganado fuerza. Ello no implica que históricamente estos servicios no hayan estado de acuerdo con brindar excelencia en su trabajo, sino que, ya no se trata exclusivamente de poseer calidad, ahora se trata de producir actos con calidad y que esta sea percibida por el usuario.¹

3.1.2 DEFINICIÓN DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Actualmente la literatura nos muestra la gran variedad de definiciones que han sido utilizadas para el concepto de lo que se percibe como calidad, ahora veremos cómo es que este término se aplica en los servicios de salud, demostrando la importancia que ha adquirido, ya que es imposible pensar en salud sin asociarlo razonablemente al término de calidad. Por ejemplo: Una definición de las más reconocidas fue descrita por Donabedian quién nos dice que: “La calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica de manera tal que maximice sus beneficios a la salud sin aumentar al mismo tiempo los riesgos. También hace mención sobre la valoración de la calidad, siendo este un juicio que se realiza en el proceso de atención de enfermería, haciendo énfasis en establecer los criterios y estándares que permitan realizar un juicio sobre el proceso de calidad de atención e introdujo tres métodos principales de evaluación a la atención de la calidad (Estructura, Proceso y Resultados).³² Figura 1.

Figura 1. Modelo de calidad en la atención médica



Fuente: Torres (2011) a partir de Donabedian (1966)

Este modelo de calidad se convirtió en una de las herramientas más importantes, que hoy día sigue vigente, siendo de gran ayuda para mejorar los procedimientos

en todo el personal del área médica. El grado de calidad es, por lo tanto, el punto en el cual se espera que la atención proveída logre el balance más favorable de riesgos y beneficios”.¹⁹

Por otro lado, Dolci, define la calidad partiendo del punto de vista de lo que el paciente espera al recibir atención médica, “Recibir atención médica con oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos que permita satisfacer las necesidades de salud y las expectativas a un costo razonable”.²¹

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS), nos habla de la calidad de la atención definiéndose como: la práctica que asegura que cada uno de los pacientes reciba los servicios de diagnóstico y terapéuticos adecuados, obteniendo una atención óptima, tomando en cuenta todos los factores, los conocimientos del paciente y del servicio médico, de esta forma, lograr el mejor resultado con el mínimo de riesgos y con la máxima satisfacción del paciente con la atención.²⁰ No debemos olvidar que el objetivo no es la calidad per se, solo como un elemento del proceso administrativo gerencial; es lograr mejores resultados en la recuperación de la salud disminuyendo el riesgo de complicaciones o eventos adversos, mejorando la relación costo – beneficio para la institución y su vez una mayor satisfacción del paciente.²²

Además de ser una parte fundamental del trabajo dentro del proceso de la atención al paciente, es el trabajo que realiza enfermería para que los estándares de calidad de cada institución se cumplan. Para ello la Comisión Interinstitucional Permanente de Enfermería de México, definen calidad como: la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente, que brinda el personal de acuerdo con los estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción de los usuarios y de los prestadores de la atención.²³

Es por esto que debemos tener en cuenta todo el panorama para que la calidad tenga una adecuada planeación, para que el cuidado sea efectivo y seguro, donde

se demuestre el compromiso para realizar el trabajo, de manera eficiente y siguiendo los objetivos de cada una de las instituciones, con capacidad de visualizar más allá de lo que ya se encuentre escrito e involucrando a todo el personal que trabaje en la institución de salud.

3.1.3 CALIDAD EN ENFERMERÍA

El personal de enfermería, es quién se encuentran la mayor parte del tiempo con el paciente al igual que los familiares, además se encargan de crear los vínculos entre ellos y todo el personal del equipo médico. Es por eso, que el tratar de integrar el cuidado de enfermería y calidad, ciertamente puede dejar algunos vacíos. Esto debido a los objetivos que tienen las instituciones de salud y otro lo que el personal de enfermería cree que es mejor, es ahí donde comienza el tira y afloja en cuanto a las necesidades de nuestro quehacer diario y la perspectiva con la que el paciente se encuentre satisfecho, el cual recae gran parte de la responsabilidad para demostrar la calidad de la institución de salud en el personal de enfermería.

Por lo que el tema de la calidad ya era algo serio tiempo atrás, en la labor de enfermería, donde era observada, pero no se le daba la importancia requerida y mucho menos se lograba medir. Posteriormente, se vislumbró que en este campo se requería mayor análisis para mejorar la atención del paciente.²⁴ Ya que el personal de enfermería desempeña una función muy importante en la prestación de servicios de salud, siendo quienes dedican sus vidas a cuidar de las personas en todas las etapas de la vida, administran vacunas que salvan vidas, brindan consejería, y en general, satisfacen las necesidades sanitarias esenciales del día a día.²⁵

Actualmente el equipo de enfermería representa más de la mitad de todo el personal de salud que hay en el mundo, brindando servicios que son esenciales para el sistema sanitario.²⁶ Se hace observable la preocupación de brindar cuidados de

calidad, no como un suceso reciente para la enfermería, pues es considerada como una de las virtudes con las que surgió su ejercicio profesional.

Tomando como referencia a Florence Nightingale quien se considera la pionera de enfermería realizando las primeras contribuciones a la calidad y seguridad del paciente, sin saber que sus aportaciones posteriormente serían de gran utilidad para formar las bases de la calidad en el ámbito de enfermería convirtiéndose en la enfermera pionera de la gestión,²⁷ ya que llevó a cabo una metodología, estrategias para mejorar el cuidado, así como priorizar en función de la razón y nos hace mención de algunos aspectos que debemos tomar en cuenta al brindar atención para así mejorar calidad entre los que destacan aspectos tales como: mantener el aire puro, una dieta adecuada, limpieza tanto personal como de la habitación, favorecer el sueño, administración entre otros detalles.²⁸

Se reconoce todo el trabajo que realizó Florence, apreciando el cuidado desde su misma perspectiva, de manera especial; ya que actualmente se sigue conservando su enfoque hacia el énfasis en el medio, el desarrollo de la observación, la aplicación del análisis y los registros, todo a favor de realizar un cuidado de calidad.

Resaltando con esto que la calidad en la atención de enfermería implica diversos componentes: "La naturaleza de la atención, la razón para proporcionarlos, el objetivo que se propone y los medios físicos, financieros, tecnológicos y humanos necesarios".²⁹

Por ende el concepto de calidad y la seguridad de los cuidados que proporciona enfermería se consideran como un elemento integrador debido a que: favorecen el desarrollo dentro de la disciplina, exhortan a tener un método para la evaluación de los cuidados y se apremian a los profesionales de enfermería como parte importante del equipo de salud.³⁰ Por ello, es relevante tener en cuenta que la calidad y la seguridad de los pacientes, deberían estar sujetas a un proceso continuo, en el cual se permita su medición, demostrando sus mejoras o áreas de oportunidad.

Dentro del tema vemos que uno de los principales desafíos que en pleno siglo XXI se presenta es el reconocimiento a la labor actual de enfermería, ver hacia dónde se dirige su evolución con el fin de incorporar la calidad como un eje principal en los procesos de enfermería.³¹

Fue la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la encargada de recalcar tanto la importancia que tiene la calidad de la atención y la seguridad del paciente como una de las formas más importantes para que se logran los objetivos en salud, proponiendo la mejora en salud de la población y desarrollando un futuro sustentable para el sistema de atención en salud.³³ Si bien el reconocimiento de la calidad es un buen motivo que da pauta a mejorar el sistema de salud, es el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), quien informó sobre la existente escasez de enfermeras en todo el mundo y la relaciona, con las condiciones desfavorables de trabajo, lo que produce desmotivación e insatisfacción, y por consiguiente, la disminución en la calidad de los cuidados.³⁴ Esta noticia hace verídico el hecho de que sea más difícil la tarea del equipo de enfermería, para que todos los pacientes tengan la misma calidad de cuidado, ya sea por el aumento inesperado de pacientes, falta de personal e insumos o simplemente porque la visión ética del personal sea diferente a la institucional.

3.1.4 CALIDAD EN ENFERMERÍA EN MÉXICO

Si bien sabemos que la escasez de enfermeras también se hace presente a nivel mundial, es por ello que en México la atención que brinda el personal de salud debe responder con calidad, respeto, cubriendo las necesidades, expectativas de las personas y se ha propuesto mejorar, garantizando un trato digno a los pacientes, así como, proporcionar información completa y atención oportuna.³⁵

Fue en el 2011 cuando la CONAMED recibió por primera vez y durante un período de cuatro años, de parte de la OPS/OMS, el nombramiento de "Centro Colaborador en materia de Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente", habiéndose

concedido recientemente la ratificación del mismo para un nuevo periodo 2019-2023. Siendo sus funciones principales: el fomento a una cultura de la calidad de la atención, la mejora de la seguridad del paciente, actividades vinculadas a la promoción, divulgación, capacitación, investigación, integración de información y desarrollos conceptuales y metodológicos sobre la Clasificación Internacional de Seguridad del Paciente (CISP) y temas afines.³⁸

En el país contamos con el Programa Sectorial de Salud, donde se establecen objetivos dirigidos a: “Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad”, “Asegurar la generación y uso efectivo de los recursos en salud” y “Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud”.³⁶ Y los servicios de salud del país son evaluados para demostrar si cumplen con la incorporación del sistema INDICAS (Indicadores de Calidad en Salud) cuya función es para medir la calidad de la atención asistencial que otorga el personal de enfermería. Este programa tiene el objetivo de mejorar la calidad técnica, la percibida y la calidad en la gestión evaluando a su vez las líneas de acción del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD).³⁷

Además con el actual gobierno en México la atención médica, la hospitalaria, el suministro de materiales y medicamentos son prioridad nacional, objetivo que pretende lograrse con la creación del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar, bajo los principios de calidad médica, participación social, competencia técnica, pertenencia cultural, trato no discriminatorio, digno y humano. Resaltadas en el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024.³⁵

Si bien el cumplir con los estándares de calidad en México, en cuanto la atención de enfermería se refiere, se debe exteriorizar que la atención no siempre se otorga conforme a los atributos con los que idealmente se contemplan en la definición de “calidad de la atención de enfermería” y tienen que ver tanto con la dimensión técnica operativa como con la dimensión interpersonal y con los resultados reflejados en salud.³⁹ Desencadenando inquietud por mejorar la calidad de la atención al paciente y su seguridad, es por eso que enfermería desempeña un papel

crucial cuando hablamos de la calidad de la atención, siendo el principal recurso que contribuye a elevar el nivel de salud y de bienestar de la población. Por tal motivo algunos investigadores han vinculado la calidad y la satisfacción como dos conceptos que generan gran interés por su aplicabilidad en la gerencia; siendo estudiados desde mediados del siglo XX sin embargo, el hablar de calidad y satisfacción aún resulta complejo.⁴⁰

3.2 SATISFACCIÓN LABORAL

3.2.1 DEFINICIÓN DE SATISFACCIÓN LABORAL

Para comenzar a entender la satisfacción laboral y poder desarrollar el tema debemos tener en cuenta que no es un término unívoco, es por ello que se recopilaron algunas de las definiciones, que proceden de la conceptualización de algunos autores. Por ejemplo: Taylor asume que la satisfacción en el trabajo, está totalmente relacionada con el salario recibido, es decir, con los incentivos.⁴¹ Barbash la considera dinámica, alude a la constante adaptación del individuo para mantener el nivel de satisfacción que le conviene y de allí, esta resulta una “función de sus propias capacidades para adaptarse a una situación de trabajo dada o para modificarla en función de sus propias necesidades”.⁴² Locke expone que, la satisfacción se entiende como resultante de una evaluación que pone de manifiesto la divergencia entre los valores del individuo, lo que espera de su empleo y la percepción que tiene de su empleo.⁴³ Maslow explica que el ser humano raramente alcanza un grado de satisfacción completa, excepto en breves periodos de tiempo. Es la satisfacción de un deseo, en cuanto este es realizado aparece otro en su lugar. Comenta que hay dos hechos importantes: primero, que el ser humano nunca está satisfecho, excepto de una forma relativa y segundo, esas necesidades parecen ordenarse en una especie de jerarquía de predominio.⁴⁴ Salgado y cols. mencionan que se entiende como una respuesta emocional positiva con el puesto de trabajo, como resultado de la evaluación de si el puesto cumple o promueve los valores laborales del individuo.⁴⁵

Bravo y cols. La definen como una actitud o conjunto de actitudes que desarrolla una persona que se encuentra en situación de trabajo, estas actitudes pueden dirigirse al trabajo en general o puntos específicos del mismo.⁴⁶ La satisfacción es importante en el trabajo en cualquier profesión, no sólo por el bienestar de las personas en su puesto de trabajo, sino también en términos de productividad y calidad, es básicamente, un concepto que engloba las actitudes de las personas hacia diversos aspectos de su trabajo como dice Chiang y cols.⁴⁷

3.2.2 TEORÍAS DE LA SATISFACCIÓN LABORAL

En los últimos 30 años se han incrementado los casos sobre los estudios de los factores de satisfacción e insatisfacción en el trabajo.⁴⁸ Algunos de estos antecedentes de la satisfacción laboral se retoman desde el análisis de las diversas teorías expuestas por diversos autores entre los que destacan: Taylor quien opinaba que había que incentivar a las personas que beneficiaban más en el trabajo, con el fin de que no perdieran interés por el mismo. Tomando que el salario debería depender de la productividad dando como resultado la diferencia de sueldos entre empleados. Creyendo que un mayor sueldo aumentaría la autoestima y sería signo de mejor categoría.⁴¹

Para Maslow hay una jerarquización de las necesidades humanas y seguidamente una sobre las satisfacciones a esas necesidades. Mostrando cinco necesidades básicas y colocándolas en forma de pirámide, la base corresponde a las necesidades fisiológicas, seguido de las necesidades de seguridad y protección, necesidades sociales y de pertenencia, necesidades de estima y culminando con las necesidades de autorrealización.⁴⁴ En su teoría de la jerarquía de las necesidades, manifiesta que una vez satisfechos los requisitos básicos para la vida, el comportamiento humano se dirige hacia otras motivaciones.

Herzberg, con su teoría de la motivación-higiene, presentó revolucionarias ideas. Retomando una de ellas, que menciona, a la satisfacción y la insatisfacción laboral

como dos dimensiones distintas e independientes, donde las estrategias motivacionales que se habían venido empleando (como mejorar las relaciones humanas, aumentar los incentivos salariales y establecer condiciones adecuadas de trabajo), eran incorrectas; ya que tales elementos no generaban una mayor motivación, cuando mucho prevenían o eliminaban la insatisfacción.^{49,50}

Es por tal motivo que el presente trabajo retoma la teoría bifactorial de Herzberg, para el análisis de la satisfacción laboral. Observando que el modelo de Herzberg considera que todos los individuos poseen un conjunto de necesidades básicas que se deben de satisfacer, es así como postula que los trabajadores tienen dos conjuntos de estas necesidades básicas las cuales son: las necesidades motivadores (intrínsecas) y las necesidades higiénicas (extrínsecas). Figura 2.

Según el modelo los factores extrínsecos sólo pueden desarrollar la prevención hacia la insatisfacción laboral o evitarla cuando ésta exista, pero no pueden producir la satisfacción ya que ésta estaría determinada por los factores intrínsecos.⁵¹

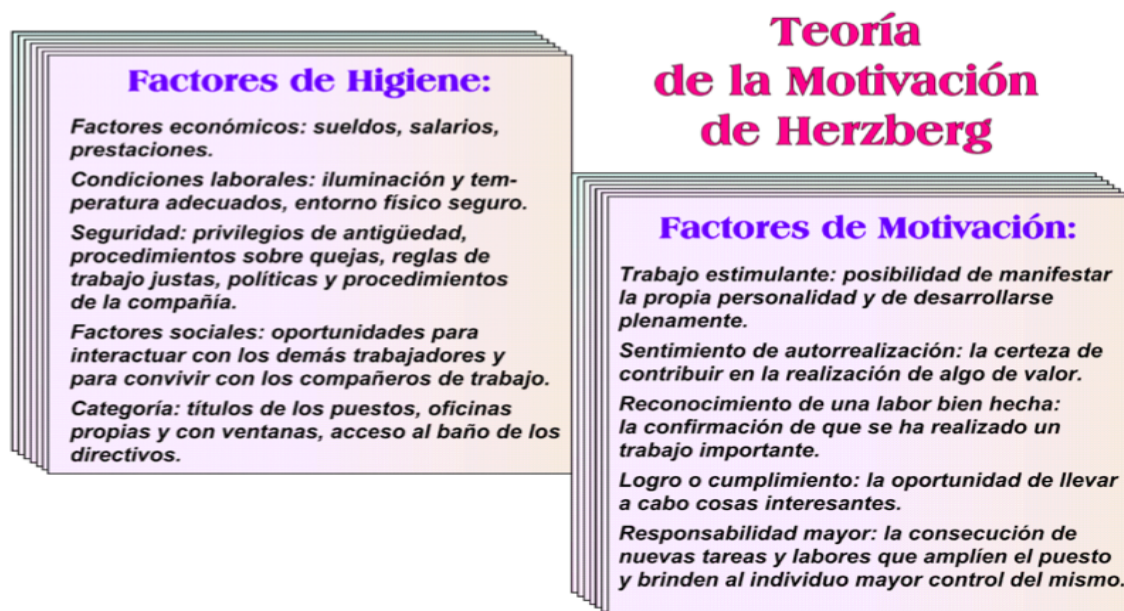
Figura. 2 Teoría bifactorial de Herzberg



Fuente: NTP 394: Satisfacción laboral: escala general de satisfacción.

Es entonces que el efecto de estos factores de motivación son algo más estables que los de higiene. Figura 3. Ya que como se estipula crea motivación como un creador de comportamiento, de esta manera, establece que muchas de las personas que ejecutan los factores de higiene mejoran parte del ambiente laboral, pero no generan motivación.⁵² Mostrando que los factores higiénicos se pueden comparar con las necesidades primarias de Maslow (necesidades fisiológicas y necesidades de seguridad) y los factores motivacionales con las necesidades secundarias (de estigma y autorrealización).⁵³

Figura 3. Teoría de la motivación de Herzberg



Fuente: Como debe verse el tema de la Lealtad de las personas a sus organizaciones dentro de la era que ahora conocemos como la era de la Globalización.

Ya que la motivación laboral es un estado interno, que se activa, traza un curso a nuestros pensamientos y se relaciona con factores capaces de provocar, mantener y dirigir la conducta hacia un objetivo, debe tomarse en cuenta que todos ellos generan conductas que varían de acuerdo al grado de activación o de intensidad del comportamiento.⁵⁴ A raíz de este estudio Herzberg, comienza a generar

cuestionamientos sobre qué es lo que realmente motiva a los trabajadores, si se están motivando y si el hacerlo o no hacerlo está influyendo sobre los trabajadores y su productividad.⁵⁵ Por tales motivos el presente estudio utilizará los ítems del instrumento MISSCARE para enfermería, con un enfoque especial en los factores que desarrolla la teoría de Herzberg, para comprender la postura de la satisfacción laboral en el personal de un hospital regional de alta especialidad.

3.2.3 SATISFACCIÓN LABORAL EN MÉXICO

México ha realizado múltiples estudios concluyendo que es uno de los países que han manifestado mayor insatisfacción laboral en el mundo. Datos del informe de la firma Gallup de 2016 muestran que en México sólo 12% de los trabajadores están satisfechos con su trabajo, mientras que un 28% no duda en afirmar que está totalmente insatisfecho con su empleo.⁵⁶ Sin embargo, a principios del 2019 se publicó una nota, donde menciona que México lidera la lista de mayor satisfacción laboral en América Latina. Esto de acuerdo con un estudio realizado por Love Mondays.⁵⁶

En varias investigaciones que se han desarrollado en México, se ha retomado la teoría de Herzberg para poder mostrar lo siguiente: García-Ramos y cols. estudiaron la satisfacción laboral del personal de salud; realizando un estudio transversal, descriptivo a 277 trabajadores. Evaluando la satisfacción intrínseca y extrínseca. Los resultados más altos indican que respecto a la satisfacción laboral medida a través de la dimensión intrínseca muestra que: son los enfermeros y laboratoristas los mejor puntuados con un total de 5.9 colocándolos como algo satisfechos. La satisfacción laboral a través de la dimensión extrínseca se encontró: con un puntaje total de 5.4 al personal elevadorista colocándose como algo satisfechos.⁵⁷

Alba y cols. investigaron el grado de satisfacción laboral en una muestra de 159 enfermeras del Hospital General de México. Gracias a su instrumento se pudo evaluar los factores intrínsecos y extrínsecos. Reportaron que el mayor porcentaje

de satisfacción se encontró en: sanar y apoyar a los pacientes (20.8%), reconocimiento de su trabajo por sus superiores (18.2%), ingresar y pertenecer a ese hospital (12.6%); de esta manera vemos que la parte intrínseca muestra mayor relación con los principales factores que la originaron.⁵⁵

Por otra parte, Ponce-Gómez y cols. evalúan la satisfacción laboral del personal de enfermería en un hospital de gineco- obstetricia del Instituto Mexicano del Seguro Social, la muestra se constituyó por 212 enfermeras. Los resultados muestran que la satisfacción laboral alcanzó un índice global de 3.42 ± 0.55 ; los hombres y el personal de turno vespertino son quienes muestran mayores índices de satisfacción.⁵⁸

Tapia y cols. analizan la satisfacción laboral en enfermeras del hospital de oncología del Centro Médico Nacional siglo XXI IMSS, el estudio fue de carácter observacional, descriptivo y transversal para establecer el nivel de satisfacción laboral en 230 enfermeras, evaluando factores extrínsecos e intrínsecos. Los resultados muestran, que el personal de enfermería se muestran mayormente muy insatisfechos, superando a muy satisfecho en cuanto a: las condiciones físicas del trabajo (17%), hacia el superior inmediato (19%), el salario (19%), en la relación entre dirección y trabajadores del hospital (24%), en cuanto a las habilidades de promocionar (17.8%), el modo en que tu hospital está gestionado (20%) y en cuanto a la atención prestada a las sugerencias que haces (21%). Mostrando que el grado de satisfacción laboral general del personal de enfermería se encuentra en un nivel de indiferencia y poco satisfecho debido a que los factores extrínsecos se presentan como mayoría, siendo identificadas las características que lo identifican en este grupo.⁵⁹

Por su parte, Gómez-Cardona y cols. determinaron el grado de satisfacción laboral del personal de enfermería en un hospital de segundo nivel en el estado de Aguascalientes. Aplicaron el instrumento denominado cédula de evaluación del grado de satisfacción laboral a 40 enfermeras; los resultados indicaron que el 43%

del personal de enfermería refiere estar muy satisfecho, identificando que las variables con mayor satisfacción fueron: el trabajo, el salario, los compañeros, el servicio y el turno. Las variables con menor satisfacción fueron: relación con jefes y superiores, posibilidades de ascenso, incentivos y organización en el trabajo. Mostrando un balance entre los factores intrínsecos y extrínsecos, aunque no se muestran divididos en el documento, sabemos que factores se identifican en cada grupo.⁶⁰

Hernández y cols. realizaron una investigación sobre satisfacción laboral a una muestra de 594 profesionales del personal de enfermería en cuatro instituciones de salud, evaluando los factores intrínsecos y extrínsecos sobre satisfacción laboral. Los resultados indican que el grado de satisfacción laboral en estas instituciones va de medio a alto, ya que de una calificación global que podía ubicarse entre 26 y 130 puntos el valor global promedio obtenido fue de 101 ± 10 . Los factores identificados con insatisfacción fueron la promoción y competencia profesional, los mejor calificados la relación interpersonal con los jefes y con los compañeros. Los factores extrínsecos no mostraron diferencias estadísticamente significativas.⁴

García-Hernández y cols. realizaron la medición de la satisfacción laboral con el personal de enfermería en dos instituciones de salud pública del estado de Hidalgo, usando el instrumento S20/23, con la finalidad de identificar la relación de los factores intrínsecos y extrínsecos con la satisfacción laboral. En cuanto los resultados, las puntuaciones medias obtenidas de manera general para las dos instituciones, considerando lo expuesto en la teoría de Herzberg, referente a los factores internos y externos; en tal sentido, se observa que en ambos hospitales, la media más alta, se identifica en la satisfacción intrínseca, mientras que es más baja la percepción de la satisfacción extrínseca.⁶¹

Como se puede observar en los resultados de los estudios previos sobre la satisfacción laboral en el trabajo de enfermería, se mostró una incidencia entre los factores intrínsecos sobre los extrínsecos, aceptando la teoría de Herzberg donde

los factores de motivación ayudan a mantener un adecuado nivel de satisfacción entre el personal, en cambio los factores de higiene son más aceptados para no caer en el sentir de la insatisfacción pero sin llegar a producir aspectos más contundentes sobre la satisfacción laboral.

3.2.4 SATISFACCIÓN LABORAL Y ENFERMERÍA

El concepto ha sido por varios años de gran interés para el personal de la salud, preocupados por los problemas de trabajo los cuales son importantes en cualquier tipo de profesión y no solo en los términos de bienestar que desea la persona, sino también en términos de productividad y calidad.⁶ Por ello, es importante mencionar que al mantener elevados los niveles de satisfacción laboral nos permite mejorar los procesos, promueve el trabajo en equipo y aumenta la calidad de la atención de enfermería y el rendimiento de su productividad, así como la satisfacción de los usuarios.⁵⁵

Entendiendo que la satisfacción laboral es la actitud general de la persona hacia su trabajo, entendiendo al trabajo no solamente como las actividades o tareas, debe de tomarse en cuenta la interacción que se tiene con los compañeros y jefes, el cumplir con los objetivos y las metas; es decir, hablar de satisfacción laboral implica una gran cantidad de aspectos del empleado.⁶ Para ello se han identificado factores clave para la satisfacción laboral como: el logro, reconocimiento, responsabilidad, crecimiento personal, vida personal, comunicación, administración y políticas de la empresa, posición o estatus, posibilidad de perfeccionamiento, seguridad social y laboral, beneficios adicionales, contenido del trabajo, oportunidades de ascensos, supervisión, remuneración, relaciones humanas, condiciones físicas del trabajo, libertad dentro del trabajo.⁶²

También se señalan a los hospitales magnéticos como con una cultura institucional que influye de manera positiva en la retención de las enfermeras, en la satisfacción personal y profesional, pues les da autonomía para actuar en el ámbito profesional,

procurando el reconocimiento y promoviendo la calidad del cuidado.⁶³ De ahí que la satisfacción laboral en enfermería sea considerada actualmente como un desafío para las instituciones de salud, por los costos laborales altos y la escasez de profesionales. Por la antes visto la satisfacción se refiere al cambio, es el gusto que se experimenta una vez que se ha cumplido un deseo. Por lo cual, se puede considerar que cuando una enfermera está motivada, mejorará su trabajo y como resultado de esto, aumentará su satisfacción laboral y el desempeño laboral.⁵⁵

Diferentes estudios han demostrado que enfermeras más satisfechas tienden a niveles más altos de compromiso en la institución donde labora.⁶¹ Por otro lado, están los factores del entorno de trabajo, encargados de producir una experiencia laboral positiva en las enfermeras, demostrando una mayor producción de resultados positivos en su trabajo.⁶ Para tener calidad en la prestación de los servicios no solo se debe enfocar en las expectativas de la institución (oportunidades, costos, morbilidad, mortalidad y ausencia de quejas, ambiente agradable, menor tiempo de espera, privacidad, ser atendido por personal cualificado que brinde atención eficiente); sino también a la satisfacción laboral del trabajador (que cuente con equipo e instrumental, reconocimiento de sus superiores y remuneración adecuada a su nivel y desempeño).⁴⁸

Reiterando que la satisfacción del trabajador y su desempeño se considera como un determinante importante para la calidad de atención, pues es poco posible que se realice un trabajo con calidad y eficiencia si no se cuenta con la satisfacción sobre su desempeño y con los resultados del mismo. La motivación y satisfacción de los trabajadores deben ser metas para la institución y así aumentar la productividad.⁶⁴ Como muestran diversos autores es necesario que las enfermeras puedan tener oportunidad de dar todos los cuidados a sus pacientes para poder sentir satisfacción y no caer en el cuidado perdido de enfermería.

3.3 CUIDADO PERDIDO DE ENFERMERÍA

3.3.1 ANTECEDENTES

En variadas publicaciones podemos encontrar a diversos autores mencionando el mismo fenómeno y creando su conceptualización como por ejemplo: Sochalski quien utilizó el término “task undone y unfinished care” (tareas no finalizadas, por falta de tiempo). Schubert con el término “implicit rationing of nursing care” (racionamiento del cuidado de enfermería, por falta de recursos de enfermería). Kalisch acuñando el término “missed nursing care” (cuidado perdido de enfermería, por retraso u omisión). Ausserhofer utilizando “nursing care left undone” (cuidado de enfermería dejado de lado, debido a la escasez de recursos).¹²

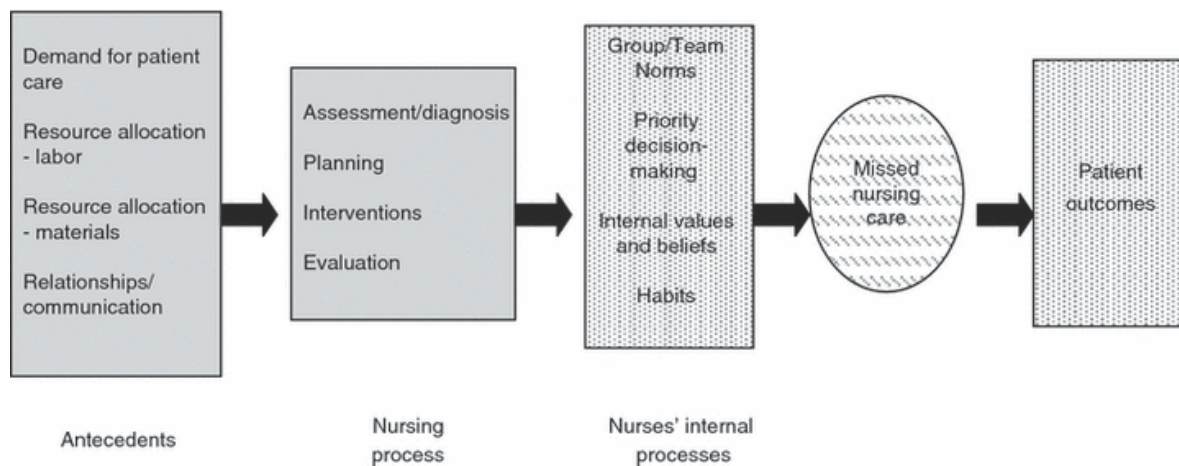
Como podemos observar los autores nos mencionan el mismo fenómeno cada uno con diferentes términos, evidenciando que una de las limitantes es la estandarización de un solo término, haciendo esto uno de los problemas que podemos encontrar al estudiarlo. Para poder medir el cuidado perdido de enfermería Kalisch creó un instrumento llamado MISSCARE de enfermería el cual se describe más adelante.

Para fines de este trabajo se utilizó el concepto de cuidado perdido de enfermería, término recientemente acuñado y con un problema global por las inconsistencias que existen en su terminología. En este trabajo utilizaremos la interpretación de la Dra. Kalisch, quien en 2006, utilizó el término missed nursing care, quién le dio la definición de: “cualquier aspecto de la atención que requiere el paciente y que se omite (en parte o en su totalidad) o se retrasa”; hecho que amenaza la calidad en la atención pudiendo repercutir como un evento adverso en el paciente, en su seguridad y la calidad de la atención al ser un fenómeno recientemente explorado.¹²

Kalisch propone el Missed Nursing Care Model (Figura 4) el cual se basa en el modelo de la calidad de la atención de Donabedian en la primer dimensión de estructura encontramos los antecedentes (el contexto del entorno como uno de los

factores externos a las enfermeras), este incluye: los recursos laborales, los materiales, factores de relación y de comunicación. En la segunda dimensión de proceso esta se divide en dos: nursing process (incluye el proceso de atención de enfermería y el cómo cada enfermera lleva a cabo su atención) y nurses' internal process (este incluye las normas del equipo, la toma de decisiones, valores, creencias y hábitos). En estas dimensiones vemos los factores relacionados para que se presente o no el cuidado perdido de enfermería, en caso de presentarse este producirá implicaciones en los pacientes lo que equivaldrían a la tercera dimensión (resultados) del modelo de calidad de Donabedian.⁶⁵

Figura 4. Missed Nursing Care Model



Fuente: Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis - 2009.

Al cuidado perdido de enfermería lo podemos ubicar en el modelo de Donabedian como una falla en la etapa del proceso, ya que por algún tipo de falta en los recursos o la organización, se dejarán tareas inconclusas provocando efectos negativos en los pacientes que reciben la atención, para los cuales algunos autores los han dividido en dos categorías: una es la satisfacción del paciente y la otra los resultados del mal cuidado que se proporcionó (eventos adversos).⁶⁶ Demostrando que el cuidado perdido puede convertirse en amenaza latente para la seguridad del paciente y la calidad de la atención. Provocando una baja percepción de la calidad

de los cuidados en la enfermera incitando a la insatisfacción laboral, la intención de renunciar, una alta tasa de rotación y sentimientos de culpabilidad.⁶⁷

En los últimos años se ha retomado la exploración del tema en diversos países, evidenciando que en América Latina solo Brasil y México han mostrado interés por el fenómeno como lo muestra Zárate-Grajales y col. en su trabajo que permite apreciar las diversas posturas y abordajes con los que se ha llevado a cabo.¹² Por su parte en México Moreno-Monsiváis y cols.⁶⁸ han analizado el cuidado perdido de enfermería, en su artículo omisión en atención de enfermería para pacientes hospitalizados menciona que los elementos del cuidado perdido desde la perspectiva del personal de enfermería. Al realizar el análisis por cada dimensión se muestra el porcentaje de cuidado perdido, en las intervenciones de necesidades individuales: el personal señaló un mayor cuidado perdido en el siguiente orden: el apoyo emocional al paciente o la familia (21,3%), asistir a las visitas de evaluación del cuidado interdisciplinario (14,7%) y los medicamentos administrados dentro de los 30 minutos antes o después de la hora programada (11,1%). En la dimensión de planificación del alta y educación al paciente: nos muestra un 5,7% en educación al paciente acerca de su enfermedad, las pruebas y los estudios de diagnóstico y un 10,8% en cuanto al plan del alta del paciente y educación. La dimensión de intervenciones de cuidado básico, en la asistencia en la deambulación tres veces al día o según la indicación (42,0%) de cuidado perdido, seguida de la alimentación del paciente cuando la comida está caliente (30,2%) y la asistencia en el cuidado de la boca (21,3%). Finalmente, en las intervenciones de cuidados con evaluaciones continuas, el principal cuidado perdido correspondió a las evaluaciones y reevaluaciones de pacientes por turno y por condición de salud, con el 13,5 y el 12,8% respectivamente.

En el 2017 Hernández-Cruz y cols.¹³ nos muestran otro trabajo donde analizan el mismo fenómeno en México, donde realizan el estudio en dos instituciones una pública y una privada. Nos muestra sus resultados por dimensión: En intervenciones de cuidado básico se encontró mayor pérdida de los cuidados, en ambas

instituciones, predominó la omisión en cuidado de la boca (68.7% pública, 35.4% privada), seguido alimentación del paciente cuando la comida aún está caliente (62.4% pública, 25.0% privada); el cuidado con menor omisión fue el cuidado de piel y heridas (15.6% pública, 2.1% privada). En cuanto a planificación del alta y educación del paciente, en la institución pública es planificación del alta del paciente (40.5%) la cual reporta mayor pérdida y en la institución privada corresponde a enseñanza al paciente durante su estancia hospitalaria (9.3%). En intervenciones de necesidades individuales, presentó mayor omisión en ayudar con las necesidades de ir al baño en un tiempo no mayor a 5 minutos de la solicitud y asistir a las visitas de evaluaciones del cuidado interdisciplinarias (ambas con 56.2%). En la institución privada, el apoyo emocional al paciente o familia (16.7%), seguido de asistir a las visitas de evaluaciones del cuidado interdisciplinarias (12.5%). En la institución pública, la administración en menos de 15 minutos a solicitudes de medicamentos PRN (15.6%) y por último en la privada el evaluar la eficacia de los medicamentos (0%). Las intervenciones de cuidado con evaluaciones continuas, el elemento que más se predominó, en la institución pública es reevaluaciones al paciente de acuerdo con su condición de salud con 25.0%; en la privada fue el cuidado del sitio y de soluciones IV/vía central y las evaluaciones de acuerdo con las políticas del hospital y la documentación del paciente completa con los datos necesarios cada una con 8.3%; el elemento con menor índice de omisión en ambas instituciones es en cuanto al balance de líquidos de ingresos y egresos (6.3% pública y 2.1% privada).

Zárate y col.¹² También nos muestran los factores que influyen en el cuidado perdido como: la falta de apoyo administrativo, niveles inadecuados en los aspectos de recursos humanos, aumento inesperado en número y en gravedad de los pacientes, los ingresos y egresos, que los medicamentos no estén disponibles cuando se necesitan y la mala comunicación entre todo el equipo interdisciplinario.

En cuanto a los factores relacionados Moreno-Monsiváis y cols. nos muestra: En relación con recursos humanos, perciben como una razón significativa en más del

50% al aumento inesperado en el volumen de pacientes (65%), seguido de personal insuficiente (58.8%) y, por último, las situaciones de urgencia de los pacientes (46.9%). En lo correspondiente a los recursos materiales, mencionan como una razón significativa, el que los medicamentos no están disponibles cuando se necesitan (50%), seguida de que los suministros/equipos no estén disponibles y que no funcionen correctamente cuando se necesitan con un 36.9% y 33.8%, respectivamente. Respecto a los factores de comunicación, la asignación de pacientes desequilibrada con un 40.6%, seguida de demasiados cuidados a pacientes que ingresan y egresan, con el 36.9%, y la falta de apoyo de los miembros del equipo con el 35.6 %.⁶⁸

Hernández-Cruz y cols.¹³ nos muestran los factores determinantes en el cuidado perdido de enfermería se encuentran por agrupados por dimensión en tanto a los recursos humanos, el personal de enfermería de la institución pública mencionó que el aumento inesperado en el volumen de pacientes o carga de trabajo en el servicio (84.4%) tomándolo como una razón significativa, seguido de número insuficiente del personal (75%). El personal de la institución privada mencionó que el número insuficiente del personal (47.9%) es una razón significativa, seguido del aumento inesperado en el volumen de pacientes o carga del trabajo de servicio (41.7%). En los elementos de comunicación, en la institución pública percibe como una razón significativa la tensión o fallas en la comunicación con otros departamentos auxiliares de apoyo y otros departamentos no proporcionaron el cuidado necesario (por ejemplo nutrición, laboratorio, etc.), ambas con 40.6%; la tensión o fallas en la comunicación con el personal médico (31.3%). En la institución privada menciona que la enfermera responsable del paciente no está disponible cuando se le solicita (31.3%) y tensión o fallas en la comunicación con el personal médico (27.1%). De acuerdo al factor de recurso material; ambas instituciones mencionaron como una razón significativa a los suministros y equipo no estén disponibles cuando se necesitan (pública 50%, privada 22.9%) y a los suministros y equipos no funcionan correctamente (pública 46.9%, privada 20.8%).

Cada uno de los estudios presentados, muestra índices de cuidado perdido tanto en hospitales públicos como privados, dando pauta a que se le dé continuidad y nos acerquemos más a la discusión para su mejora, visualizando como un importante fenómeno que claramente arremete contra la seguridad del paciente y todos los involucrados que pertenecen al sistema de salud deberían retomarlo, abriendo pasó a su estudio para brindar cuidados con calidad.

3.3.2 REVISIÓN DE LA LITERATURA DEL CUIDADO PERDIDO Y SATISFACCIÓN LABORAL

Al realizar la búsqueda de la información se observó poca existencia sobre la información que se estudie la relación entre la atención de enfermería con la atención personal y la satisfacción en el trabajo.⁷ Un artículo menciona que se encontró estrechamente ligada la atención que se pierde, con los eventos adversos, la calidad, la intención de irse y la disminución de la satisfacción laboral de la enfermera.⁶⁹ Se ha demostrado que las enfermeras que son más propensas a dejar su trabajo están relacionadas con la deficiencia del cuidado necesario, trabajan en un entorno con bajos recursos, hay poco personal o clima de seguridad es deficiente.⁷⁰

Otro estudio menciona a los hospitales magnet, que estos tienen una estructura hospitalaria menos jerárquica, donde las enfermeras tienen una mayor autonomía e influencia en la toma de decisiones en el lugar de trabajo, contribuyendo a una mayor satisfacción en las enfermeras.⁷¹ También se menciona que cuando el personal de enfermería ven que sus pacientes están recibiendo cuidados de calidad y que los elementos que se requieren para su atención se han completado, aumenta la satisfacción. Por el contrario, cuando ven que los elementos de la atención de enfermería se pierden, aumenta su insatisfacción.⁷

Dado que la insatisfacción laboral y el agotamiento son factores modificables, su asociación con el incremento en la pérdida de los cuidados sugiere trabajar para disminuir el agotamiento mejorando tanto la calidad de la atención como la

satisfacción del personal.⁷⁰ Demostrando que sólo mediante la comprensión de los elementos que afectan a la atención del paciente podemos poner en práctica intervenciones específicas dirigidas a minimizar los cuidados perdidos de enfermería, que a su vez debería conducir a una mayor satisfacción en el trabajo, la ocupación y la mejora en los resultados de salud del paciente.⁷

Teniendo en cuenta esto, Mandal y Cols. Sugieren que el monitorizar continuamente los factores del racionamiento en la atención de enfermería, sería una opción para mejorar la seguridad del paciente, evitando eventos adversos, del mismo modo puede usarse para predecir: el desgaste, las intenciones de dejar la institución y la satisfacción laboral de enfermería.⁷² Se encuentra relevante realizar una investigación en México del fenómeno de cuidado perdido de enfermería y la relación que puede tener con la satisfacción laboral, bajo la teoría de Herzberg; ya que si bien se observado a la satisfacción laboral bajo la teoría bifactorial de manera independiente, sería un buen ejercicio el realizar más estudios sobre la relación que pudiera tener con el cuidado perdido de enfermería y de ser posible comparar con los resultados previos.

4 METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO:

El carácter de este estudio observacional, descriptivo, transversal y de correlación.⁷³ El presente estudio forma parte del Proyecto PAPIIT IN306419 “Cuidado perdido de enfermería, entorno laboral y su relación con los eventos adversos reportados en hospitales de alta especialidad de México. Un estudio multicéntrico”.

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA:

Nuestra población de estudio está conformada por 177 enfermeras del hospital regional de alta especialidad. El muestreo fue a conveniencia con un total de 24 enfermeras de dicha institución. Dicha muestra es una submuestra de la muestra total del proyecto PAPIIT IN306419.

4.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

4.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Profesionales de enfermería de ambos sexos asignados a los servicios clínicos de hospitalización, que proporcionan cuidado directo, con al menos 6 meses de antigüedad adscritos a la subdirección de enfermería y manifiestan de manera voluntaria participar en la investigación.

4.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Coordinadores, supervisores y jefes de servicio de enfermería, así como pasantes en servicio social, estudiantes, enfermeras en etapas de inducción al puesto y profesionales que no aceptaron contestar o participar en la investigación

4.3.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Profesionales que deseen abandonar el estudio de la investigación e instrumentos que no terminan de llenarse (<4 datos perdidos)

4.4. DEFINICIÓN DE VARIABLES

Tabla 1. Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Dimensión	Indicador	Ítem	Valor
Cuidado perdido de enfermería	Se refiere a cualquier aspecto de la atención que requiera el paciente que se omite o retrasa significativamente y esto se relaciona con los factores de recursos humanos, comunicación y recursos materiales ¹² .	Todo cuidado de la atención que requiera el paciente y sea omitido o retrasado durante la hospitalización	Dependiente	Cuidado de enfermería perdido	Necesidades individuales (7)	28, 33, 42, 43, 44, 45, 46	Escala tipo Likert: 5 = Siempre se pierde 4 = Frecuentemente se pierde 3 = De vez en cuando se pierde 2 = Rara vez se pierde 1 = Nunca se pierde 0 = No aplica
					Planificación del alta y educación al paciente (2)	32, 37	
					Cuidado básico (8)	24, 25, 26, 27, 34, 35, 36, 47	
					Evaluaciones continuas (7)	29, 30, 31, 38, 39, 40, 41	
Satisfacción	Actitud o conjunto de actitudes que desarrolla una persona que se encuentra en situación de trabajo, estas actitudes pueden dirigirse al trabajo en general o puntos específicos del mismo ⁴⁶ .	Se refiere a las actitudes de las personas hacia diversos aspectos de su trabajo como dice que suponen la posible obstaculización de los cuidados, plasmados en el instrumento misscare.	Independiente	Satisfacción laboral	Satisfacción (5)	19, 20, 21, 22, 23	Escala tipo Likert: 5 = Muy satisfecho 4 = Satisfecho 3 = Neutral 2 = Insatisfecho 1 = Muy insatisfecho

Tabla 2. Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Nivel de medición	Propiedades	Valor
Servicio	Se refiere a la unidad en la cual la institución ubica al profesional de enfermería para el desempeño de las funciones inherentes al cargo.	Se refiere a la unidad donde se encuentra adscrito el profesional de enfermería	Cualitativa Nominal	En orden de aparición	=, #	Codificación de acuerdo al orden de aparición
Edad	Tiempo que ha vivido la persona	Tiempo de vida en años Cumplidos	Cuantitativa discontinua	Años cumplidos	=, #, >, <, 0 absoluto	Dato duro
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas	Características que distinguen a la persona como masculino y femenino	Cualitativa nominal	Masculino y femenino	=, #	1= Masculino 2= femenino
Experiencia laboral	Años que tiene la enfermera (o) ejerciendo la profesión.	Años cumplidos que tiene la enfermera (o) ejerciendo la profesión.	Cuantitativa discontinua	Años cumplidos	=, #, >, <, 0 absoluto	Dato duro
Turno	Se refiere al tiempo en jornada laboral de la enfermera (o), que se clasifica en matutino, vespertino, nocturno o jornada acumulada.	Se refiere jornada laboral de la enfermera (o), que se clasifica en matutino, vespertino, nocturno o jornada acumulada o en horas.	Cualitativa nominal	En orden de aparición	=, #	Codificación de acuerdo al orden de aparición
Categoría	Cada una de las clases establecidas en una profesión, carrera o actividad	Se refiere al puesto de trabajo designado por la institución; atendiendo a la naturaleza y al nivel de las funciones.	Cualitativo ordinal	De enfermera general a especialista	=, #, >, <	1=enfermera general A 2= enfermera general B 3=enfermera general C 4=enfermera especialista A 5= enfermera especialista B 6= enfermera especialista C
Antigüedad en el servicio	Tiempo remoto. Se refiere al periodo de tiempo laborado en la Institución.	Se refiere al periodo de tiempo en años o meses que lleva laborado el profesional de enfermería en la institución de salud, considerando la fecha de ingreso al momento de la recolección de datos.	Cuantitativa discontinua	Años cumplidos	=, #, >, <, 0 absoluto	Dato duro

Tabla 3. Continuación de operacionalización de variables

Formación académica	Se refiere al periodo de tiempo laboral en un área determinada.	Se refiere al periodo de tiempo en años que lleva laborado el profesional de enfermería en un área (servicio) de la institución de salud, considerando la fecha de ingreso al área hasta el momento de la recolección de datos	Cuantitativa discontinua	Años concluidos	=, ≠, >, <, 0 absoluto	Dato duro
Escolaridad	Es el sistema educativo altamente institucionalizado, cronológicamente graduado y jerárquicamente estructurado que se extiende por una institución académica.	Último grado académico alcanzado por el profesional de enfermería al momento de la recolección de datos y comprobable con cédula y título.	Cualitativo ordinal	Grado académico	=, ≠, >, <	1=enfermera general 2=enfermera general con postécnico 3=licenciada en enfermería 4=LE con especialidad 5=maestría 6=doctorado
Horas/semanas	Se refiere al tiempo representado en horas por semana que el profesional de enfermería cumple con la jornada laboral.	Suma de número total de horas que cumple laboralmente el profesional de enfermería en una semana	Cuantitativa discontinua	Horas cumplidas	=, ≠, >, <, 0 relativo	Dato duro
Horas extra	Se refiere a las horas adicionales a la jornada laboral que cumple el profesional de enfermería	Suma de número total de horas que cumple laboralmente el profesional de enfermería en una semana fuera de su horario establecido por la institución de salud	Cuantitativa discontinua	Horas cumplidas	=, ≠, >, <, 0 relativo	Dato duro
Promedio paciente	Número de pacientes asignados al profesional de enfermería por jornada laboral.	Número de pacientes asignados al profesional de enfermería por jornada laboral considerando la escala establecida en la institución de salud.	Cualitativo ordinal	Pacientes por enfermera	=, ≠, >, <	Orden jerárquico

4.5 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

El instrumento MISSCARE fue diseñada por Kalisch y Williams en 2009,⁶⁵ para medir de manera cuantitativa el cuidado perdido y los factores que lo ocasiona. El instrumento ha sido aplicado a enfermeras (os) y pacientes, en unidades médico – quirúrgicas, unidades intermedias, de cuidados intensivos, rehabilitación, centros comunitarios, unidades pediátricas; en diversos países.

El instrumento MISSCARE para profesionales de enfermería, integrado por 63 ítems y dividido en tres secciones.

La sección A abarca los primeros 23 ítems donde se registran los datos sociodemográficos, laborales y de satisfacción laboral, esta última dimensión, cuatro de los reactivos (19 – 22) son medidos por una escala de tipo Likert donde: 5 es Muy satisfecho, 4: Satisfecho, 3: Neutral, 2: Insatisfecho y 1: Muy insatisfecho. La sección B menciona los cuidados perdidos de enfermería integrada por 24 ítems, tipo de respuesta en escala tipo Likert, con un rango de 5 posibles respuestas donde: 5 es: Siempre, 4: Frecuentemente, 3: De vez en cuando, 2: Rara vez y 1: Nunca. A reserva de algunos casos especiales donde algún cuidado no se lleve a cabo se anotará como no aplicar (NA).

La sección C consta de 17 preguntas con 4 posibles respuestas en escala tipo Likert que van de mayor a menor donde: 4 es una: Razón significativa, 3: Razón moderada, 2: Razón Menor y 1: No es una razón. La distribución y agrupación de los reactivos del instrumento MISSCARE se muestra en la tabla 4.

Tabla 4. Secciones del instrumento MISSCARE

SECCIÓN	DIMENSIÓN	ÍTEMS
A	Datos sociodemográficos y laborales.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18.
	Satisfacción laboral.	19, 20, 21, 22, 23.
B (Cuidado perdido)	Intervenciones de necesidades individuales.	28, 33, 42, 43, 44, 45 y 46.
	Intervenciones de planificación de alta y educación al paciente.	32 y 37.
	Intervenciones de cuidado básico.	24, 25, 26, 27, 34, 35, 36 y 47.
	Intervenciones de cuidado de evaluaciones continuas.	29, 30, 31, 38, 39, 40 y 41.
C (Razones para que se presente el cuidado de enfermería perdido)	Factores relacionados con el recurso humano.	48, 49, 50, 51, 52, 55, 63 y 64.
	Factores relacionados con recursos materiales.	53, 56 y 57.
	Factores relacionados con la comunicación.	54, 58, 59, 60, 61 y 62.

4.6 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

La encuesta MISSCARE se encuentra validada y cuenta con una confiabilidad estadística. El coeficiente de correlación de Pearson arrojó un valor de 0,87 en la parte B constituida por 24 ítems que mide los elementos del cuidado perdido y 0,86 en la parte C con 17 ítems; para este estudio se realizó la adaptación lingüística del instrumento MISSCARE para población mexicana⁷⁴, sometiendo la encuesta a la validación de expertos para calificar la claridad y relevancia de cada pregunta. Posteriormente, se realizó una prueba piloto en un hospital de tercer nivel, en el

servicio de medicina interna y otro en el área de pediatría para poder determinar estadísticamente la consistencia de la Encuesta MISSCARE.

4.7 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

El presente trabajo deriva del proyecto multicéntrico PAPIIT IN306419, en el cual participan diversas instituciones de salud pública, retomando el instrumento MISSCARE de Kalisch para medir el cuidado perdido; cada institución presentó el proyecto ante su comité de investigación y ética, donde fue sometido para su aceptación, posteriormente se entregó un plan de trabajo al hospital en donde se dan sugerencias de los momentos en los que se pueden aplicar los instrumentos; en el caso del hospital regional de alta especialidad, fueron aplicados los instrumentos durante la jornada laboral, sin interferir en las actividades del cuidado que proporciona enfermería. Se presentó la persona encargada por la institución para la aplicación de los instrumentos, a partir de las ocho de la mañana en la oficina de los jefes encargados de los servicios del primer, segundo y cuarto piso de hospitalización; solicitando el permiso para poder iniciar con la recolección de datos, posteriormente se dirigió con el personal de enfermería para explicarles el objetivo de la investigación, reiterando que es de manera voluntaria y anónima su participación, y en caso de querer abandonar el proyecto no habría ningún tipo de repercusión, como se estipula en el consentimiento informado.

Una vez que se obtuvo la autorización de los participantes, se prosiguió a la aplicación del instrumento MISSCARE, previo a la capacitación del llenado del instrumento a los enfermeros; para mantener un control en la investigación se cuenta con un folio que solo será conocido por los encuestadores, cuidado en todo momento la privacidad del personal de enfermería. Al finalizar se agradeció a cada participante y se le hizo mención que en caso de tener alguna duda podía acercarse al encargado del proyecto de su hospital.

4.8 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó el programa de SPSS versión 25, para el análisis de la información a partir de estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y medias, medianas, desviación estándar para las variables continuas. Para aceptar o rechazar la hipótesis de esta investigación se utilizó la Prueba No Paramétrica de Spearman.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

El presente trabajo de investigación se realizó bajo lo estipulado el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, que establece criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos cataloga esta investigación sin riesgo, ya que no se manipularon las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos participantes en el estudio. Se contempla el artículo 22 donde respaldamos el consentimiento informado de manera verbal y escrita, así como respetar el derecho a retirarse en caso de presentarse alguna molestia en los participantes. Nos encontramos en predisposición de lo que establece la Declaración de Helsinki, aplicando los cuatro principios bioéticos:

- **No maleficencia, beneficencia:** demostrando un buen uso de la información confidencial con fines meramente académicos.
- **Justicia:** al respetar el anonimato de los participantes y la confidencialidad de los datos recabados.
- **Autonomía:** En cuanto a la toma de decisiones, sin anteponer el beneficio propio.

Para el desarrollo del proyecto PAPIIT IN306419, se presentó el protocolo ante comité de investigación y ética de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia,

para ser aprobado, una vez que este fue aprobado se sometió a la aprobación de los comités de ética e investigación, de todas las instituciones participantes en el proyecto para la participación de su institución. Anexo 1. Además, se diseñó y aplicó el consentimiento informado a los participantes de esta investigación.

5 RESULTADOS

5.1 RESULTADOS DESCRIPTIVOS

En este apartado son expuestos los resultados que se obtuvieron de la encuesta MISSCARE para enfermería aplicado a 24 enfermeras pertenecientes a un hospital regional de alta especialidad. La primera parte se compone de la caracterización de la muestra (variables demográficas y laborales del personal), la segunda parte analiza la satisfacción laboral, la tercera parte analiza el cuidado perdido y por último los factores que influyen para que se presenten estas omisiones.

5.1.1 CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

La población tuvo un dominio del género femenino con el 62.5%, y una media de edad de 32 ± 5 , teniendo un mínimo de edad de 25 y un máximo de 44 años, el grupo de edad con mayor proporción fue de los 31 a los 35 años (50%), seguido de los 36 a 40 años (20.9%). El 75% de la población contaba con una formación académica de licenciatura, mientras que solo el 8.3% tenía algún grado de especialidad. Por otra parte, el 16.7% del personal alcanzaba el grado de maestría, como se muestra en la tabla 5.

Tabla 5. Datos sociodemográficos del personal de enfermería (n = 24)		
Datos sociodemográficos	<i>f</i>	%
Género		
Masculino	9	37.5
Femenino	15	62.5
Edad ± DE *	32	± 5
Edades		
18 – 25	2	8.2
26 – 30	4	16.7
31- 35	12	50
36 – 40	5	20.9
41 – 45	1	4.2
Nivel de Formación		
Técnico en enfermería	0	0
Posttécnico en enfermería	0	0
Licenciatura de enfermería	18	75.0
Especialidad	2	8.3
Maestría	4	16.7
Fuente: encuesta MISSCARE para el personal de enfermería		
*Media de edad ± Desviación estándar		

La tabla 6 muestra las características laborales del personal de enfermería donde el predominio de la categoría asignada en la institución fue la de enfermera general C con un 58.3%. El 41.7% de la muestra laboraba en el turno nocturno. El 33.3% restante correspondía al turno matutino. En cuanto a la antigüedad en la institución en años se muestra que el 45.8% se encuentra entre los 7 y 8 años de antigüedad, seguido con el 29.2% los que tienen entre 1 y 2 años. En la antigüedad en el servicio en el que se encuentran actualmente el 58.3% tiene 1 año y el 25% 2 años de antigüedad en el servicio. La experiencia laboral del personal tiene un 50% del personal que se encuentra entre los 6 y 10 años. 29.2% del personal cuenta entre 1 y 5 años. El 66.7% del personal trabaja ≤ 40 horas. En cuanto a las horas de tiempo extra que ha laborado el personal en los últimos 3 meses encontramos que el 54.2% del personal refirió no haber trabajado horas extra, seguido por el grupo que trabajó desde una hasta 80 horas en los últimos tres meses con 29.1%. La

frecuencia con la que el personal siente que son una cantidad adecuada para su servicio fue del 50%, quienes marcaron que algunas veces.

En la tabla 7 se muestra el promedio de las variables de características laborales como los pacientes asignados al personal de enfermería se ubicó con una media de 6, los ingresos y egresos corresponden a 1 paciente, por su parte vemos que el promedio del número de horas que se trabaja por semana es de 48 y el número de horas extra en los últimos 3 meses es de 30.

Tabla 6. Datos laborales del personal de enfermería		(n=24)	
Datos sociolaborales		f	%
Categoría			
Auxiliar de enfermería		2	8.3
Enfermeros generales A		4	16.7
Enfermeros generales B		0	0
Enfermeros generales C		14	58.3
Enfermeros especialistas A		0	0
Enfermeros especialistas B		0	0
Enfermeros especialistas C		4	16.7
Turno			
Matutino		8	33.3
Vespertino		5	20.8
Nocturno		10	41.7
Jornada acumulada.		1	4.2
Antigüedad en la institución (en años)			
1 a 2 años		7	29.2
3 a 4 años		0	0
5 a 6 años		6	25
7 a 8 años		11	45.8
Antigüedad en el servicio (en años)			
1 año		14	58.3
2 años		6	25
3 años		3	12.5
4 años		1	4.2
Experiencia Laboral (en años)			
1 a 5 años		7	29.2
6 a 10 años		12	50
11 a 15 años		4	16.8
16 a 20 años		0	0
21 a 25 años		1	4.2
Número de horas que habitualmente trabaja por semana			
≤ 40 hrs		16	66.7
> 40 hrs		8	33.3
En los últimos 3 meses cuantas horas de tiempo extra ha trabajado			
0 horas		13	54.2
1 a 80 horas		7	29.1
81 a 160 horas		3	12.5
161 a 240 horas		1	4.2
Con qué frecuencia siente que la cantidad del personal en su servicio es adecuada			
Siempre		0	0
Casi siempre		6	25
Algunas veces		12	50
Casi nunca		6	25
Nunca		0	0

Fuente: encuesta MISSCARE para el personal de enfermería

Tabla 7. Promedio de pacientes asignados al personal de enfermería, número de horas de trabajo semanal y horas extra.

(n=24)

Características	Media	Intervalo de confianza 95%	
		Inferior	Superior
Promedio de pacientes asignados	6	5.44	6.06
Ingresos durante el turno	1	1.19	1.89
Egresos durante el turno	1	.40	1.19
Número de horas que habitualmente trabaja por semana	48	41	54
En los últimos 3 meses cuantas horas de tiempo extra ha trabajado	30	7.67	53.91

Fuente: encuesta MISSCARE para el personal de enfermería

5.1.2 SATISFACCIÓN LABORAL

En el siguiente rubro se muestra la satisfacción que percibe el personal de enfermería en los servicios. En el primer análisis de los datos, se realizó de manera individual cada uno de los ítems, el paso siguiente fue recategorizar los ítems de escala tipo Likert a una medición dicotómica agrupándose en dos categorías como se muestra en la tabla 8.

Tabla 8. *Categorización de variables dicotómicas de satisfacción*

5 = Muy satisfecho	Satisfecho = 0
4 = Satisfecho	
3 = Neutral	
2 = Insatisfecho	Insatisfecho = 1
1 = Muy insatisfecho	

Dentro de nuestros resultados observamos que el 100% se encuentra satisfecho con laborar en la institución, con el mismo porcentaje se encuentra la satisfacción del personal con su puesto actual y nadie del personal entrevistado piensa dejar de laborar en la institución. Es el 95.8% que se encuentran satisfechos con el hecho de ser enfermera(o) y un 83.3% en cuanto al trabajo en equipo como se muestra en la tabla 9.

Tabla 9. Satisfacción del personal de enfermería relacionada con su trabajo (n=24)

SATISFACCIÓN	Satisfecho		Insatisfecho	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Satisfacción laboral	Media 3.79 ± DE			
Qué tan satisfecho se encuentra de laborar en la institución	24	100	0	0
Qué tan satisfecho se encuentra en su puesto actual	24	100	0	0
Qué tan satisfecho se encuentra de ser enfermera(o)	23	95.8	1	4.2
Qué tan satisfecho está con el trabajo en equipo en su servicio	20	83.3	4	16.7
Planea dejar de laborar en la institución como resultado de insatisfacción.	SI		NO	
	0	0	24	100

Fuente: encuesta MISSCARE para el personal de enfermería
* ± Desviación estándar

5.1.3 CUIDADO PERDIDO DE ENFERMERÍA

Continuando con el análisis, se recategorizaron los ítems de la escala tipo Likert a una medición dicotómica, quedando dos categorías para definir si los cuidados se llevan a cabo o se pierden como se muestra en la tabla 10. Seguido a esto se sumaron los ítems por dimensión y puntaje total, calculando un índice en una escala de 0 – 100.

El índice global de cuidado perdido percibido por el personal de enfermería fue de 30.43 (IC_{95%} 15.25-45.61). Por dimensión, con mayor pérdida o retraso están los cuidados de cuidado básico 25 (IC_{95%} 11.56-38.43), seguido por los cuidados de necesidades individuales 17.39 (IC_{95%} 1.95-32.83), enseguida se encuentra la educación y plan de alta con 17.39 (IC_{95%} 0.63-34.15), y por último, cuidados relacionados con la evaluación continua donde no se presenta el cuidado perdido. Tabla 11.

Tabla 10. *Categorización de variables dicotómicas del cuidado perdido de enfermería*

0 = No aplica	
1 = Nunca se pierde	Cuidado Realizado = 0
2 = Rara vez se pierde	
3 = De vez en cuando se pierde	
4 = Frecuentemente se pierde	Cuidado Perdido = 1
5 = Siempre se pierde	

Tabla 11. *Cuidado perdido de enfermería global y por dimensiones.*

n = 24	Media , %	Intervalo de Confianza 95%	
		Inferior	Superior
Media, %			
Global	30.43	15.25	45.61
Necesidades individuales	17.39	1.95	32.83
Educación y Plan de Alta	17.39	0.63	34.15
Cuidado básico	25.00	11.56	38.43
Evaluación continua del cuidado	0	0	0

La primer dimensión del cuidado perdido de enfermería del instrumento MISSCARE corresponde a la intervención de necesidades individuales, solo en dos de sus siete ítems mostraron la presencia del cuidado perdido, con un 12.5% en la asistencia de las visitas de la evaluación del cuidado interdisciplinario y un 16.7% para la ayuda de las necesidades de ir al baño en un tiempo no mayor a los 5 minutos, representado en la tabla 12.

Tabla 12. *Dimensión de intervenciones de las necesidades individuales. (n=24)*

Elemento del cuidado	Cuidado perdido		Cuidado Realizado	
	f	%	f	%
Administrar medicamentos dentro de los 30 minutos antes o después de la hora programada	0	0	24	100
Brindar apoyo emocional al paciente y familia	0	0	24	100
Responder en menos de 5 minutos al llamado del paciente	0	0	24	100
Administrar medicamentos a solicitud o PRN en menos de 15 minutos	0	0	24	100
Evaluar la eficacia de los medicamentos	0	0	24	100
Asistir a las visitas de evaluación del cuidado interdisciplinario	3	12.5	21	87.5
Ayuda con las necesidades de ir al baño en un tiempo no mayor a 5 minutos de solicitud	4	16.7	20	83.3

Fuente: encuesta MISSCARE para el personal de enfermería

En la segunda dimensión de intervención de planificación y alta del paciente encontramos: solo un 4.2% de cuidado perdido con la educación al paciente acerca de las enfermedades, las pruebas y los estudios de diagnóstico, por último un 8.3% de cuidado perdido en la elaboración de un plan de alta y de educación al paciente, como se muestra en la tabla 13.

Tabla 13. Dimensión de intervenciones de planificación del alta y educación al paciente. (n=24)				
Elemento del cuidado	Cuidado perdido		Cuidado Realizado	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Educación al paciente acerca de la enfermedad las pruebas y los estudios de diagnóstico	1	4.2	23	95.8
Elaborar el plan de alta y de educación al paciente	2	8.3	22	91.7

Fuente: encuesta MISSCARE para el personal de enfermería

En la tercer dimensión de intervenciones de cuidado básico se encontró: en cuanto al asistir al paciente en la deambulacion tres veces al día tiene un 29.2% de cuidado perdido, en cuanto a la alimentación cuando aún está caliente la comida el 12.5% lo marca como cuidado perdido, con 8.3% se encuentra cuidado perdido en la verificación de la dieta y acercar la comida el paciente que se alimenta por sí mismo y el cuidado de la boca. Para cambiar de posición al paciente cada dos horas o de acuerdo con las necesidades del paciente y el baño de pacientes y el cuidado de su piel tenemos un 4.2% de cuidado perdido, mostrado en la tabla 14.

Tabla 14. Dimensión de intervenciones de cuidado básico. (n=24)				
Elemento del cuidado	Cuidado perdido		Cuidado Realizado	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Asistir al paciente en la deambulaci3n 3 veces al d3a o seg3n la indicaci3n	7	29.2	17	70.8
Cambiar de posici3n al paciente cada 2 horas o de acuerdo con las necesidades del paciente	1	4.2	23	95.8
Alimentar al paciente cuando la comida est3 caliente	3	12.5	21	87.5
Verificar la dieta y acercar la comida a los pacientes que se alimentan por s3 mismos	2	8.3	22	91.7
Ba3ar al paciente / y cuidado de la piel	1	4.2	23	95.8
Realizar el cuidado de la boca	2	8.3	22	91.7
Lavado de manos	0	0	24	100
Cuidar la piel y heridas	0	0	24	100

Fuente: encuesta MISSCARE para el personal de enfermer3a

Su cuarta dimensi3n que corresponde a intervenciones de cuidado con evaluaciones continuas identificando que en ninguno de los 3tems muestran cuidado perdido, en ella se encuentran actividades como: la evaluaci3n de los signos vitales seg3n la indicaci3n, el control de ingresos y egresos, el registro de todos los datos necesarios, la monitorizaci3n de la glucosa seg3n la indicaci3n, realizar evaluaciones por turno, realizar reevaluaciones de acuerdo con su condici3n de salud y el cuidado de accesos vasculares y de soluciones IV tabla 15.

Tabla 15. Dimensión del cuidado con evaluaciones continuas. (n=24)

Elemento del cuidado	Cuidado perdido		Cuidado Realizado	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Evaluar signos vitales según la indicación	0	0	24	100
Controlar ingresos y egresos (balance de líquidos)	0	0	24	100
Registrar todos los datos necesarios	0	0	24	100
Monitorizar glucosa según la indicación	0	0	24	100
Realizar evaluaciones de los paciente por turno	0	0	24	100
Reevaluar al paciente de acuerdo con su condición de salud	0	0	24	100
Cuidar y evaluar los accesos vasculares y soluciones IV de acuerdo con la políticas del hospital	0	0	24	100

Fuente: encuesta MISSCARE para el personal de enfermería

5.1.4 RAZONES SIGNIFICATIVAS DEL CUIDADO PERDIDO

En este siguiente apartado vemos la razones por las cuales se puede perder el cuidado, realizando la recategorización de los ítems de escala tipo Likert a una medición dicotómica, dando como resultado dos categorías, como se muestra en la tabla 16. Seguido a esto se sumaron los ítems por dimensión y puntaje total, calculando un índice en una escala de 0 – 100.

El índice global de las razones significativas del cuidado perdido fue 53.23 (IC_{95%} 49.02-57.45). En cuanto a sus dimensiones, la dimensión que perciben que es la mayor razón significativa para que se pierda el cuidado son los recursos humanos (25.52, IC_{95%} 23.85-27.18), seguido de la comunicación (17, IC_{95%} 14.71-19.28) y los recursos materiales (10.71, IC_{95%} 10.08-11.34). Tabla 17.

Tabla 16. Categorización de variables dicotómicas de las razones del cuidado perdido de enfermería

1 = No es una razón	0 = No es una razón para que el cuidado se pierda
2 = Razón menor	
3 = Razón moderada	1 = Si es una razón para que el cuidado se pierda
4 = Razón Significativa	

Tabla 17. Razones significativas del Cuidado Perdido de Enfermería.

<i>n</i> = 24	Media, %	Intervalo de Confianza 95%	
		Inferior	Superior
Media, %			
Global	53.23	49.02	57.45
Recursos Humanos	25.52	23.85	27.18
Recursos Materiales	10.71	10.08	11.34
Comunicación	17.00	14.71	19.28

Al igual que el apartado de cuidado perdido de enfermería, las razones para que se presente el cuidado de enfermería perdido serán analizadas por dimensiones.

Tabla 18. Factores de recursos humanos que influyen en el cuidado perdido de enfermería. (n=24)

Elemento del factor	No es una razón		Si es una razón	
	f	%	f	%
Número insuficiente de personal de enfermería (falta de personal).	0	0	24	100
Situaciones de urgencia de usted u otros pacientes (por ejemplo, el estado del paciente se agrava).	0	0	24	100
Aumento inesperado en el número de pacientes y / o carga de trabajo del servicio.	0	0	24	100
Número insuficiente de personal de apoyo (Camilleros, inhalo terapia, técnicos)*	0	0	23	95.8
Asignación desigual de pacientes (algunas enfermeras tienen muchos pacientes asignados y otras pocos).	2	8.3	22	91.7
Falta de apoyo entre el personal del servicio.	4	16.7	20	83.3
Demasiados cuidados a pacientes que ingresan y egresan	2	8.3	22	91.7

Fuente: encuesta MISSCARE para el personal de enfermería
 *Algunos profesionales no contestaron la pregunta y se tomó como un dato perdido

La primera dimensión trata los factores relacionados con el recurso humano, donde el número insuficiente de personal de enfermería, las situaciones de urgencia y el aumento inesperado de pacientes muestra que el 100% del personal cree que sí es una razón. Con un 95.8% encontramos como que si es una razón el número insuficiente del personal de apoyo, la asignación desigual de pacientes y los cuidados a lo pacientes que ingresan y egresan muestran un 91.7% que si son una razón, por último el 83.3% dice que si es una razón la falta de apoyo entre el personal, todo representado en la tabla 18.

La segunda dimensión se encarga de los factores relacionados con los recursos materiales en el cual muestra que: los medicamentos no estén disponibles cuando se necesita, que el equipo para mi atención no está disponible cuando se necesita y que el equipo para mi atención no funciona correctamente cuando se necesita, todas con un 100% en que si son una razón para que el cuidado se pierda, tabla 19.

Tabla 19. Factores de recurso material que influyen en el cuidado perdido de enfermería (n=24)

Elemento del factor	No es una razón		Si es una razón	
	f	%	f	%
Medicamentos no disponibles cuando se necesitan.	0	0	24	100
El equipo (tecnología médica) para mi atención no está disponible cuando se necesita	0	0	24	100
El equipo (tecnología médica) para mi atención no funciona correctamente cuando se necesita	0	0	24	100

Fuente: encuesta MISSCARE para el personal de enfermería

En la tercer y última dimensión habla de los factores relacionados con la comunicación: el 91.7 % menciona que si es una razón la falta de claridad en las indicaciones en el cambio de turno, al igual que problemas de comunicación con otros departamentos auxiliares de apoyo. El 95.8 % cree que sí es una razón las deficiencias en el cuidado de otros departamentos, los problemas de comunicación entre el personal de enfermería y los problemas entre el personal médico. Con 79.2% vemos que si es una razón que el personal auxiliar de enfermería no comunique el cuidado que no se realiza y por último el 87.5% menciona que si es una razón cuando la enfermera responsable no esté disponible, como se ve en la tabla 20.

Tabla 20. Factores de comunicación en cuidado perdido de enfermería (n=24)

Elemento del factor	No es una razón		Si es una razón	
	f	%	f	%
Falta de claridad en las indicaciones cuando se cambia de turno o cuando un paciente cambia de un servicio a otro.	2	8.3	22	91.7
Deficiencias en el cuidado proporcionado por otros departamentos (por ejemplo, nutrición, laboratorio, etc.).	1	4.2	23	95.8
Problemas de comunicación con otros departamentos auxiliares de apoyo (nutrición, laboratorio, etc.).	2	8.3	22	91.7
Problemas de comunicación entre el personal de enfermería	1	4.2	23	95.8
Problemas de comunicación entre el personal médico	1	4.2	23	95.8
El personal auxiliar de enfermería no comunica el cuidado que no se realiza.*	3	12.5	19	79.2
La enfermera responsable no está disponible. *	2	8.3	21	87.5

Fuente: encuesta MISSCARE para el personal de enfermería

*Algunos profesionales no contestaron la pregunta y se tomó como un dato perdido

5.2 ANÁLISIS INFERENCIAL

5.2.1 CUIDADO PERDIDO, CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y LABORALES

Se realizó una prueba de correlación entre los ítems de las características demográficas y laborales con las 4 dimensiones y la dimensión global del cuidado perdido de enfermería, mediante la prueba de Spearman para identificar si existe o no correlación entre las variables. Al llevar a cabo la prueba, distinguimos que de entre las variables cuantitativas que son: años de educación formal, edad de la enfermera(o), antigüedad en la institución, antigüedad en el servicio actual, el tiempo de experiencia laboral, el número de horas que habitualmente trabaja por semana, número de horas que ha trabajado en los últimos 3 meses, el promedio de pacientes asignados y el número de ingresos y egresos que generalmente tiene en un turno ($p > 0.05$).

Así mismo, se encontró una relación positiva moderada significativa entre la edad del profesional de enfermería con el índice global de cuidado perdido ($r_s = 0,439$, $p = 0,32$), lo que quiere decir, que entre más edad tiene el personal de enfermería el índice de cuidado perdido aumenta. En relación a la experiencia laboral con el índice global, también se encontró una relación positiva moderada significativa ($r_s = 0,452$, $p = 0,27$), indicando que cuando el personal de enfermería tiene más años de experiencia, el índice de cuidado perdido aumenta.

En relación a las variables categóricas como: si pasa gran parte del tiempo trabajado en ese servicio, nivel educativo, sexo, categoría asignada, turno de trabajo, turno en el que siente que trabaja mejor y la frecuencia con la que percibe que la cantidad del personal en su servicio es adecuada, no están relacionadas con el cuidado perdido y sus dimensiones ($p > 0.05$).

En cuanto al turno de trabajo con la dimensión 2 de planificación del alta y educación al paciente muestran una relación positiva moderada significativa ($r_s= 0,413$, $p=0,45$), sucede lo mismo con el índice global ($r_s= 0,427$, $p=0,37$), aludiendo que el turno si influye en que se haga presente el cuidado perdido en ciertas tareas como el educar al paciente en cuanto a su enfermedad o pruebas que se le realizarán así como la elaboración de un plan de alta, los cuales generalmente se llevan a cabo durante los turnos matutino y vespertino.

En relación a si el profesional se siente a gusto con la cantidad del personal en su servicio es adecuada, se encontró una relación positiva moderada significativa con el índice de la dimensión necesidades individuales ($r_s= 0,438$, $p=0,32$), lo que quiere decir, que la enfermera percibe que no hay personal adecuado en su servicio, el índice de cuidado perdido aumenta.

5.2.2 CUIDADO PERDIDO Y SATISFACCIÓN LABORAL

Para responder a nuestra pregunta de investigación, se realizó una prueba de correlación Spearman, entre los ítems de satisfacción laboral y las dimensiones de cuidado perdido así como si índice global, tabla 21.

Tabla 21. *Correlaciones no paramétricas entre satisfacción laboral global y las dimensiones del cuidado perdido.*

	Satisfacción laboral global
	Coefficiente de correlación/ valor de p
Índice Cuidado Perdido Global	-0.271 / 0.200
Necesidades individuales	-0.270 / 0.202
Plan de alta y educación al paciente	-0.424* / 0.039
Cuidado básico	-0.234 / 0.272
Evaluaciones continuas	-

Prueba de Correlación Spearman

Existe una relación entre el ítem 3 del apartado de satisfacción laboral que se refiere a ¿Qué tan satisfecho se encuentra con ser enfermera(o)?, se encontró una relación positiva moderada con la dimensión de plan de alta y educación al paciente ($r_s = -0,466$, $p=0,22$), lo que indica que, si el personal se encuentra insatisfecho con ser enfermera(o) influye en que el cuidado perdido incremente. A diferencia de la relación entre las dimensiones de cuidado perdido y los índices globales (tanto de cuidado perdido y satisfacción laboral) nos indican lo siguiente: el índice global de satisfacción, muestra una relación inversamente proporcional con la dimensión del plan de alta y educación al paciente ($r_s = -0,424$, $p=0,39$), es decir, los profesionales que están más satisfechos, reducen el cuidado perdido en la educación y plan de alta.

6 DISCUSIÓN

Desde hace tiempo se tienen antecedentes de que la satisfacción laboral es un elemento clave que aporta gran influencia en los trabajadores, esto se ve reflejado en que se realicen o no actividades particulares de cada trabajo, para este caso hablamos sobre la profesión de enfermería, haciendo relevantes los hallazgos sobre la pérdida u omisión de los cuidados de enfermería, como parte de esta influencia en el personal; el conocimiento que se tiene del cuidado perdido de enfermería se ve destacado particularmente en los últimos 11 años, donde se han ido visualizando las principales razones que influyen en el desempeño del personal.⁴⁻¹²

Cabe mencionar que de los artículos que se ocuparon como referencia en este trabajo, no todos incluyen resultados que puedan ser comparables, ya que algunos ocupan otros instrumentos para conocer el contexto del cuidado perdido de enfermería. Teniendo presente esto se analizaron los resultados de acuerdo al contexto mexicano con enfoque solamente a la percepción del personal de enfermería; esto también nos permitió describir los elementos de la satisfacción laboral y de los cuidados perdidos de enfermería que se vislumbran durante la jornada laboral del personal, así como las razones por las cuales no se llevan a cabo.

Para el ejercicio de este trabajo se utilizaron los porcentajes de los cuatro ítems de satisfacción laboral que se manejaron en el instrumento MISSCARE y realizar la correlación con las cuatro dimensiones del cuidado perdido. El primer ítem, hace referencia a la satisfacción que tiene el personal con relación a laborar en la institución, siendo el 100% del personal que se encuentra satisfecho. Con esta información deducimos que esto puede deberse a diversos factores como: que existe una comparación con el modelo que se utiliza en este tipo de hospitales públicos haciéndose muy comparable con el modelo de hospital privado,⁷⁷ otra razón es la intención con la que se creó que es bajo un nuevo tipo de proyecto de prestación de servicios (PPS) el cual opera de acuerdo al modelo integrador de

atención a la salud (MIDAS) y por último los aspectos que tiene el trabajador frente a las actividades que realiza entre la interacción con los compañeros del trabajo, su jefe, las remuneraciones y los ascensos y/o promociones.⁷⁸

El siguiente ítem menciona la relación que tiene la satisfacción laboral con el puesto actual, observando que en dos de los estudios realizados anteriormente muestran un 54% y 69% de satisfacción en relación al mismo ítem, mientras que nuestros resultados muestran un 100% de satisfacción⁴⁻¹³. El resultado que obtuvimos puede ser influenciado por el modelo integrador de atención a la salud que maneja la institución, lleva a cabo acciones para capacitar a sus recursos y se promueve como una organización relacional, es decir, que a los profesionales se les reconoce su interdependencia e incentiva a la formación de propuestas innovadoras para mejorar su gestión.⁷⁸

En cuanto al grado de satisfacción que se tiene con el hecho de ser enfermera/o nuestros resultados señalan que el 95.8% se encuentran satisfechos, los otros estudios muestran porcentajes por arriba del 50% y hasta un 78%.¹³⁻⁶⁹ Observando una notable diferencia que puede deberse a que es un centro de alta especialidad, se recolectaron datos de varios servicios, donde realizan tareas variadas, complejas y laboriosas lo que se ha señalado satisfacen más al trabajador, a comparación con las actividades rutinarias que exigen una menor capacidad.

Trabajo en equipo, esta es una frase muy usada en diversos contextos, pero en cualquiera de estos tiene el mismo fin, promueve tener un lugar de trabajo más equitativo y efectivo. Lo que nos lleva al siguiente ítem sobre el nivel de satisfacción que tiene el personal con el trabajo en equipo de su servicio, siendo el porcentaje más bajo 83.3% en comparación a los ítems antes mencionados. Este elemento mostrará una variación importante de acuerdo al contexto con la región donde se estudie este fenómeno, ya sea por la educación o la cultura que se tenga, cabe señalar que esto implica a varios factores que intervienen como lo son: las relaciones interpersonales, el clima laboral, la motivación y el compañerismo.

Algo que llama la atención es que ya se había tomado en cuenta el factor de satisfacción laboral en una investigación realizada en 2013, pero no se tornó relevante para en otros países, hasta el año pasado donde se vuelve a retomar en un estudio realizado en la República Checa dato que parece relevante para poder comprender el sentir de los trabajadores y como es que influye en su manera de trabajar.^{75,76}

El siguiente apartado a discutir es el cuidado perdido de enfermería, como ya se ha dicho este no es un fenómeno nuevo, es una actividad que ya se presentaba en las instituciones de salud, solo que no se contaba con un término universal lo que dificulta su estudio fue B. Kalisch quién acuñó este término, el cual fue un parteaguas para que diversos países incluido México llevarán a cabo su estudio, prestando atención a estas acciones que se estaban perdiendo, entender por qué y mostrando las necesidades que se tienen para poder mejorarlas, mediante el instrumento MISSCARE para enfermería.⁶⁵

En conjunto se muestra una similitud entre los estudios realizados en México, donde se muestra que la dimensión que más cuidado perdido de enfermería muestra son: las intervenciones de cuidado básico, en segundo puesto las intervenciones de planificación de alta y educación al paciente, seguidas de las intervenciones de necesidades individuales y por último las intervenciones de evaluaciones continuas.^{13,14,68,80}

En la dimensión del cuidado básico se incluyen los cuidados que se deben brindar de forma diaria, en los que el paciente necesita apoyo para realizarlos durante su estancia hospitalaria (como la asistencia en la deambulación o en cuanto al cambio de posición cada dos horas, etc.) dependiendo de las necesidades que requiera cada uno, es en estas actividades donde se encontró mayor porcentaje de cuidado perdido. En nuestros resultados se puede observar que nuestro principal cuidado que se pierde u omite es en el asistir al paciente en la deambulación tres veces al día o según la indicación con un 29.2 %, seguido de alimentar al paciente cuando

la comida esté caliente (12.5%), después de estos tenemos el cuidado de la boca, verificar la dieta y acercar la comida a los pacientes que se alimentan por sí mismos ambos ítems con 8.3% y por último tenemos a cambiar de posición al paciente cada dos horas o de acuerdo con sus necesidades, bañar al paciente y el cuidado de su piel estos dos con un 4.2%, dichos se asemejan con lo publicado por Moreno-MonsiváisMG y cols. y con Moreno en cuanto a la posición de estos, pero diferentes porcentajes.^{68,80} A diferencia de otros estudios que hacen referencia en que tienen como principal cuidado perdido de enfermería el Cuidado de la boca, seguido de la alimentación al paciente cuando la comida aún está caliente.^{13,14}

La dimensión de planificación de alta y educación al paciente son las encargadas de aquellas actividades que se emplean para definir un plan a seguir, este debe estar acorde a las necesidades y requerimientos del paciente, todo esto necesario para su alta. Dentro de esta intervención se encuentran dos elementos muy importantes que son la educación al paciente y el plan de cuidado que requiere. Pasando a los resultados de esta dimensión encontramos una similitud entre la posición de los resultados que expusimos junto con otros tres estudios, en primer lugar nuestro resultados colocan a la elaboración del plan de alta y educación al paciente en primer lugar con un 8.3%, seguido de educar al paciente acerca de la enfermedad, las pruebas y los estudios de diagnóstico con 4.2%. Moreno-MonsiváisMG y cols. muestran 10.8% y 5.7% respectivamente. Hernández-CruzR en su estudio muestra en sus resultados la visión de un hospital público y un privado, en el hospital público muestra 40.5% en la primera actividad y un 9.3% en la segunda actividad pero del hospital privado. Moreno indica 10.8% y 5.7% de acuerdo a cada una de las actividades.^{13,68,80}

La siguiente dimensión corresponde a las intervenciones de necesidades individuales, son aquellas tareas que se realizan con la finalidad de identificar y priorizar la atención que brinda el personal enfermería, como ejemplo tenemos la valoración de la efectividad de los medicamentos hasta el apoyo emocional al paciente y/o de la familia. Nuestros resultados solo muestran dos cuidados que se

pierden, ponen en primer lugar tenemos la ayuda con las necesidades de ir al baño en un tiempo no mayor a 5 minutos de la solicitud con un 16.7% y en segundo lugar la asistencia a las visitas de evaluación del cuidado interdisciplinario 12.5%, similar a lo que presenta Hernández-Cruz en relación al hospital público ambos ítems con 56.2%, pero no con el privado.¹³ En los otros estudios también hacen mención de estas dos actividades, pero el primer cuidado que se pierde es el apoyo emocional al paciente o familia.^{13,14,68,80}

Entre los cuidados que tienen menor índice de cuidado perdido en los otros estudios están: medicamentos administrados dentro de los 30 minutos antes o después de la hora programada (11.1%) lectura 1 y 4, administración en menos de 15 minutos a solicitudes de medicamentos PRN (15.6%).¹³

Por último tenemos la dimensión de evaluaciones continuas, en este apartado se analizan los resultados de los cuidados que fueron brindados y que se modificaron en el plan de atención, con el propósito de cubrir las necesidades de atención individualizada; por lo que es importante la valoración de los cuidados de enfermería (signos vitales, control de ingresos, balance de líquidos, hasta la documentación que maneje de cada uno de sus pacientes). Este estudio muestra que hay una completa realización de las actividades que se marcan dentro de esta dimensión por parte del personal de enfermería de esta institución contrario a lo que ya se ha publicado. Considerando que el personal está muy consciente de que estos datos pueden brindar signos de alarma que pueden ser atendidos con de manera inmediata funcionando de manera preventiva para problemas más complejos en la salud del paciente, además que son actividades determinadas por las indicaciones médicas.

A diferencia de los demás estudios con los que estamos comparando nuestros resultados, ellos muestran cuidado perdido en distintas actividades como: realizar las evaluaciones y reevaluaciones de los pacientes por turno y por estado de salud (13.5% y 12.8%) Moreno-MonsiváisMG, para Hernández-Cruz y cols. Los cuidados

que más se pierden son: la documentación del paciente completa con los datos necesarios y realizar evaluaciones de los pacientes por turno ambos con 5.6% y el balance de líquidos con 1.4%. Hernández-CruzR en la institución pública el principal elemento que se pierde es la reevaluación al paciente de acuerdo a su condición de salud (25%) en la privada fue el cuidado del sitio y de soluciones IV y las evaluaciones de acuerdo a las políticas del hospital y la documentación del paciente completa con los datos necesarios (cada uno con 8.3%) el elemento con menor omisión en ambas instituciones corresponde al balance de líquidos - control de ingresos y egresos (6.3% pública y 2.1% privada). En el trabajo de Moreno muestra que tienen un mayor índice de cuidado perdido las evaluaciones de los pacientes por turno tiene un 13.5% y con menor índice están la documentación completa y el cuidado del sitio IV ambas con 1.9%.^{13,14,68,80}

Los factores que influyen en el cuidado perdido de enfermería se dividen en 3 dimensiones, esta información será tomada desde la perspectiva de enfermería y la compararemos con los resultados de los trabajos que se usaron para las actividades de cuidado perdido. Cabe mencionar que todas las razones se consideraron como que si son una razón para que el cuidado se pierda, algunos presentan mayor porcentaje que otros pero todos son razones para que se omitan o pierdan, como en la información proporcionada de Moreno-Monsiváis MG y Moreno.^{68,80}

El primer factor relacionado es con el recurso humano: Donde el número insuficiente de personal de enfermería, situaciones de urgencia de usted u otros pacientes y demasiados cuidados a pacientes que ingresan o egresan con un 100%, con el menor porcentaje tenemos la asignación desigual de pacientes con un 83.3%. En los estudios de Hernández-Cruz y Hernández-CruzR solo nos muestran los que se consideraron los más relevantes, que son: número insuficiente de personal de enfermería y aumento inesperado en el número de pacientes y/o carga de trabajo para ambos estudios.^{13,14}

El segundo factor relacionado con el recurso material los 3 ítems que la componen (medicamentos no disponibles cuando se necesitan, el equipo para la atención no funciona y que no esté disponible cuando se necesitan) tienen un 100%, en los demás estudios también son considerados estos tres pero con menos porcentaje.

El tercer factor relacionado es con la comunicación: los tres ítems que tienen mayor porcentaje son: deficiencias en el cuidado proporcionado por otros departamentos, problemas de comunicación entre el personal de enfermería y problemas de comunicación entre el personal médico, con un 95.8%. Los otros estudios consideran principalmente las deficiencias en el cuidado proporcionado por otros departamentos, problemas de comunicación con otros departamentos auxiliares de apoyo, problemas de comunicación entre el personal médico y que la enfermera responsable no esté disponible cuando se necesita.

En cuanto la posible relación entre la satisfacción laboral y el cuidado perdido de enfermería, en la búsqueda bibliográfica se encontraron algunos artículos que hablan sobre el tema de la relación entre estos dos factores pero no se puede realizar una comparación con estos, debido al uso otros instrumentos de recolección que contienen otro tipo de información, diferente al que se usó en este trabajo, de igual forma sabemos que en la información que se presenta en contexto mexicano no se ha estudiado la relación entre ambos.

En los ítems que conforman el apartado de satisfacción laboral del personal de enfermería, vimos que el porcentaje de respuestas más alto fue el de satisfacción en el primero de ellos se refiere a que tan satisfecho se encuentra de laborar en esta institución, que junto con la satisfacción del puesto actual donde observamos en los resultados muestran que ambos tienen un 100% de satisfacción. La siguiente pregunta se refiere a el hecho de estar satisfecho siendo enfermera(o), presenta un 95.8% de satisfacción, seguido del nivel de satisfacción que tienen con el trabajo en equipo de su servicio (83.3%). Observando de manera general que el personal cuenta con un buen nivel de satisfacción laboral, al llevar a cabo la prueba de correlación de Spearman vemos que solo uno de los ítems tuvo correlación con una

de las dimensiones, en el cual se acepta lo que propone Frederick Herzberg en su teoría, mencionando que si se están motivando o no los trabajadores influye su productividad laboral.⁵⁵ Sin embargo los demás ítems carecen de relación.

A pesar de esto observamos que es poco el cuidado perdido que se tiene en la institución y que el poco personal con bajo nivel de satisfacción o desmotivado influye en que el cuidado perdido incremente; mientras se mantenga el nivel de satisfacción (o se encuentre motivado el personal) se logran reducir los cuidados perdidos u omitidos por enfermería.

7. CONCLUSIONES

Este trabajo, inició por la inquietud de saber si la satisfacción laboral influye en los cuidados que brinda el personal de enfermería. En la medida en que se fue desarrollando, comprendimos que es un proceso complejo donde intervienen componentes como la forma de trabajar de la institución y la percepción que tiene cada uno de los participantes con referente a su propia satisfacción laboral.

Exteriorizando la omisión de cuidados que se hicieron presentes y las razones tanto de los cuidados independientes como en los propios de enfermería, presentes en el instrumento MISSCARE, haciendo la percepción del personal de enfermería la fuente primaria para poder conocer su nivel de satisfacción, los cuidados y las razones por las cuales ellos creían que no se realizaban durante la estancia de sus pacientes, afectando directamente en los resultados de la calidad de su atención.

A pesar de ese hecho el cuidado perdido de enfermería puede reducirse cuando se propicia un ambiente positivo en el trabajo, donde se puedan implementar recomendaciones que encontramos en la teoría bifactorial de Herzberg, logrando aumentar la satisfacción; reflejándose en una atención de calidad hacia los pacientes y la familia, acortando los tiempos de estancia, reduciendo el ausentismo, el reingreso de pacientes y la intención de irse traduciéndose en la minimización de gastos para las instituciones de salud.

Por lo anterior, se expone la necesidad de conocer y estudiar el nivel de satisfacción laboral de enfermería en cada hospital e institución de salud de manera regular, convirtiendo esta actividad en un tema realmente enriquecedor, dándonos a conocer cada una de las particularidades que tienen cada uno, ampliando nuestra visión sobre las áreas de oportunidad, pudiéndose manejar de manera casi inmediata ya que tienen la gran ventaja de ser actividades de bajo costo, al alcance de todos y con gran impacto para las instituciones de salud.

Se conocen diversas teorías que estudian la satisfacción laboral y una de las más importantes y bajo la cual se encuentra el presente trabajo es la teoría bifactorial de Herzberg en la cual nos apoyamos para identificar los factores que se ven implicados para lograr la satisfacción del personal de enfermería, enfatizando de manera sencilla qué, son los factores extrínsecos los encargados de aumentar el nivel de la satisfacción laboral en el personal y que los intrínsecos no potencializan ni disminuyen el nivel de satisfacción que ya se tiene.

Tomemos en cuenta que el cuidado perdido un concepto fundamental en el trabajo de enfermería, que si bien es un término muy reciente, el significado que engloba tiene que ver con hechos que no son nuevos para enfermería con lo que se puede vislumbrar que el personal es consciente de la atención que pierde u omite, es más pueden identificar fácilmente, pero el hecho de que no se hable del tema libremente y que tenga que preguntarse de manera forzada no permite su discusión, normalizando esta actitud por el estigma, el sentimiento de vergüenza y el miedo a un reproche por parte de los jefes o del mismo paciente; esto hace que no se menciona ni se le dé seguimiento oportuno.

8 LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Parte de las limitaciones de este estudio son: el tamaño de nuestra muestra (que fue relativamente pequeño) para poder explorar mejor el fenómeno en la institución, al igual que la poca evidencia publicada del tema en la población mexicana.

Estos hallazgos pueden ser considerados por las demás instituciones de los demás niveles de atención e incluso hospitales rurales, como el que es el modelo MIDAS con el que trabaja esta institución y compararlos con el modelo con el que trabajan reportan los mismos niveles tanto de satisfacción como de cuidado perdido de enfermería, también se sugiere realizar el estudio de manera continua para descartar problemas a futuro y desarrollar una guía sobre las actividades que ya han sido aplicadas y han funcionado para aumentar la satisfacción laboral del personal de enfermería.

También se lograron identificar vacíos en cuanto al conocimiento del cuidado perdido en contexto mexicano, que se debe aprovechar para realizar aportes y generar nuevo conocimiento, como: el estudiarlo en diversos contextos culturales, se puede agregar el factor de burnout, también considerar a los jefes de cada servicio para conocer la gestión de sus recursos y actualmente podría estudiarse el fenómeno ante una pandemia.

9 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Forrellat M. Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter. [Internet]. 2014 [citado 2020 Ene 12]; 30(2): 179 – 183. Disponible en: <https://bit.ly/38wG7bo>
2. Rodríguez A. Creando una cultura de calidad hospitalaria. Rev MED wave [Internet]. 2013 [citado 2020 Ene 12];13(09):1-15. Disponible en: <https://bit.ly/37kqJyK>
3. Zárate R. La Gestión del Cuidado de Enfermería. Index Enferm [Internet]. 2004 [citado 2020 Ene 12]; 13(44-45):42-46. Disponible en: <https://bit.ly/37sXVnO>
4. Hernández M, Hernández A, Nava M, Pérez T, Hernández M, Matus R, et al. Satisfacción laboral del profesional de enfermería en cuatro instituciones de salud. Enferm univ [Internet]. 2012 [citado 2020 Ene 12]; 9(1):7-15. Disponible en: <https://bit.ly/2ROkiNQ>
5. Gargallo A. La satisfacción laboral y sus determinantes en las cooperativas. Dialnet [Internet]. 2008 [citado 2020 Ene 12]; 2(7):563-575. Disponible en: <https://bit.ly/37pKEMQ>
6. Pablos MM. Estudio de Satisfacción Laboral y Estrategias de Cambio de las Enfermeras en los Hospitales Públicos de Badajoz y Cáceres [Tesis Doctoral en Enfermería]. España: Universidad de Extremadura; 2016.
7. Kalisch B, Tschannen D, Lee H. Does missed nursing care predict job satisfaction. Rev Journal of healthcare management [Internet]. 2011 [citado 2020 Ene 13]; 56(2):117-133. Disponible en: <https://bit.ly/30UUeoC>
8. Blegen MA. Nurses' job satisfaction: a meta-analysis of related variables. Nurs Res [Internet]. 1993 [cited 13 January 2020]; 42(1):36-41. Disponible en: <https://bit.ly/3alpuvh>
9. Irvine DM, Evans MG. Job satisfaction and turnover among nurses: integrating research findings across studies. Nurs Res [Internet]. 1995 [cited 13 January 2020]; 44(4):246-254. Disponible en: <https://bit.ly/2NVHrg2>
10. Best MF, Thurston NE. Measuring nurse job satisfaction. J Nurs Admin [Internet] 2004 [cited 13 January 2020]; 34(6):283-290. Disponible en: <https://bit.ly/2TQztJ7>
11. Roth E, Pinto B. Síndrome de Burnout, Personalidad y Satisfacción Laboral en Enfermeras de la Ciudad de La Paz. Redalyc [Internet]. 2010 [cited 14 January 2020]; 8(2):62-100. Disponible en: <https://bit.ly/36jFk8>
12. Zárate-Grajales RA, Mejías M. Cuidado perdido de enfermería. Estado del arte para la gestión de los servicios de salud. Enferm univ [Internet]. 2019 [citado 2020 Mar 11]; 16(4):436-451. Disponible en: <https://bit.ly/2Srkeov>

13. Hernández-Cruz R, Moreno MG, Cheverría S, Landeros M, Interrial MG. Cuidado de enfermería perdido en pacientes hospitalizados en una institución pública y una privada. Index Enferm [Internet]. 2017 [citado 2020 Ene 14]; 26(3):142-146. Disponible en: <https://bit.ly/38B4B3l>
14. Hernández-Cruz R, Moreno-Monsiváis G, Cheverría-Rivera S, Díaz-Oviedo A. Factores que influyen en el cuidado de enfermería perdido en pacientes de un hospital privado. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2017 [citado 2020 Ene 14]; 25(1) 1-8. Disponible en: <https://bit.ly/2U4ywNB>
15. Significados [Internet]. Consulado: Significados.com; 2017 [Citado 2020 Mar 21]. Disponible en: <https://bit.ly/2zVXBSL>
16. Méndez JC. Gestipolis [Internet]. Bogotá: Gestipolis; 2013 [citado 2020 May 6]. Calidad concepto y filosofías: Deming, Juran, Ishikawa y Crosby; [1 pantalla]. Disponible en: <https://bit.ly/2xMNdMq>
17. Varo J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios: un modelo de gestión hospitalaria. 1ª ed. Madrid: Díaz de Santos; 1994.
18. Crespo G. Gestipolis [Internet]. Bogotá: Gestipolis; 2011 [citado 2020 Ene 14]. Una definición de calidad; [2 pantallas]. Disponible en: <https://bit.ly/2yeYm97>
19. Durán R, Rodríguez K, Gomero R. Calidad de atención recibida en el servicio de Cuidados Intensivos Adultos en hospital de Baracoa, Guantánamo. Rev Inf Cient [Internet]. 2016 [citado 2020 Mar 10]; 95(1):1-10. Disponible en: <https://bit.ly/2yn1GyR>
20. Conexionesan. Los diferentes conceptos de calidad en salud [Internet]. Perú: ESAN graduate school of business; 2016 [citado 2020 Ene 14]. Disponible en: <https://bit.ly/2NQRVgX>
21. Fajardo-Dolci G. Calidad de la atención, Ética Médica y Medicina Defensiva. Rev CONAMED [Internet]. 2008 [citado 2020 Mar 21]; 13(4):3-4. Disponible en: <https://bit.ly/2Wn1N5t>
22. Rodríguez A. La calidad de la acción de enfermería. Enferm Global [Internet]. 2005 [Citado 2020 Mar 21]; 3(2):1-9. Disponible en: <https://bit.ly/2SuF4ml>
23. Ramírez-Muñoz V, Gallegos-Carballo L, Bolado-García PB, Gamboa-López GJ, Medina-Escobedo CE. Percepción del familiar y el paciente sobre el trato digno otorgado por el personal de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2016 [Citado 2020 Ene 15]; 24(2):109-114. Disponible en: <https://bit.ly/2RSCNB0>
24. Moreno A. La calidad de la acción de enfermería. Rev. Enfermería Glob [Internet]. 2005 [Citado 2020 Feb 13]; 6(0):1-9. Disponible en: <https://bit.ly/2VGrYEv>
25. Organización Mundial de la salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 3 de Enero de 2020 [Citado 2020 Mar 21]. Disponible en: <https://bit.ly/2YuaKMZ>

26. Organización Mundial de la salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 7 de Abril de 2020 [Citado 2020 Mar 21]. Disponible en: <https://bit.ly/3ffsxgT>
27. Martínez A, Rojas X, Rosas L, Zárate-Grajales RA, Flores LF. Florence Nightingale, pionera en el modelo de gestión. Rev CuidArte [Internet]. 2017 [Citado 2020 Mar 21]; 6(11):44-52. Disponible en: <https://bit.ly/2Yw2UTc>
28. Rioja KK, Cigarroa G, Zárate RA. Florence Nightingale: principios y evolución en la gestión de calidad del siglo XXI. Rev Mex Enf [Internet]. 2015 [Citado 2020 Mar 24]; 3(1):13-16. Disponible en: <https://bit.ly/2Wm5CYK>
29. Abaunza M. ¿El proceso de enfermería hace parte de la calidad del cuidado?. Av Enferm [Internet]. 2007 [citado 2020 Mar 10]; 25(2):141-147. Disponible en: <https://bit.ly/3aUF3Pn>
30. Guevara B, Evies A, Rengifo J, Salas B, Manrique D, Palacio C. El cuidado de enfermería: una visión integradora en tiempos de crisis. Enferm. glob. [Internet]. 2014 [Citado 2020 Mar 03]; 13(33):318-327. Disponible en: <https://bit.ly/3dZSZt3>
31. Febré N, Mondaca-Gómez k, Méndez-Celis P, Badilla-Morales V, Soto-Parada P, Ivanovic P, Reynaldos K, Canales M. Calidad en enfermería: su gestión, implementación y medición. Rev Med Clin Condes. [Internet] 2018 [Citado 2020 Mar 12]; 29(3):278-287. Disponible en: <https://bit.ly/2VJAjHU>
32. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed?. JAMA Network. 1988; 260 (12): 1743-1748. [Citado 2020 Enero 16] PMID: 3045356
33. Flores-Alpízar CA, Ponce-Moreno R, Ruíz-Jalomo MR, Corral-Quiroz RJ. Factores relacionados con la calidad de atención de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2015 [citado 2020 Mar 11]; 23(3):143-148. Disponible en: <https://bit.ly/2VZA3F2>
34. Baumann A. Entornos de práctica favorables. CIE [Internet]. 2007 [citado 2020 Ene 18]; 1(1):5-33. Disponible en: <https://bit.ly/2Yr6AFH>
35. Presidencia de la República. Programa Nacional de Salud 2001-2006 [Internet]. México: Secretaría de Salud; 2006 [citado 2020 Mar 10]. Disponible en: <https://bit.ly/38sHnxm>
36. Secretaría de salud. Calidad en salud [Internet]. México: Gobierno de México; 2020 [citado 2020 Mar 22]. Disponible en: <https://bit.ly/35uFKha>
37. Secretaría de salud. ¿Qué es el sistema INDICAS? [Internet]. México: Gobierno de México; 2016 [citado 2020 Mar 11]. Disponible en: <https://bit.ly/3fglKm0>
38. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Boletín del centro colaborador de calidad y seguridad en el paciente CONAMED- OPS [Internet]. México: Gobierno de México; 2019 [citado 2020 Mar 11]. Disponible en: <https://bit.ly/37mlbmo>

39. Presidencia de la República. PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2019-2024 [Internet]. México: Secretaría de gobernación; 2019 [citado 2020 Mar 10]. Disponible en: <https://bit.ly/3dd78TS>
40. Borré YM, Vega Y. CALIDAD PERCIBIDA DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA POR PACIENTES HOSPITALIZADOS. Cienc Enferm [Internet]. 2014 [citado 2020 Ene 28]; 20(3): 81-94. Disponible en: <https://bit.ly/2zUHTY0>
41. Taylor FW. Scientific management: comprising Shop management, The principles of scientific management and Testimony before the special House committee. 1ª ed. New York: Harper; 1947.
42. Barbash J. Job Satisfaction Attitudes Surveys. 1ª ed. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 1976.
43. Locke EA. What is Job Satisfaction?. 4ª ed. San Francisco Organizational Behavior and Human Performance; 1969.
44. Maslow AH. Motivación y personalidad. 1ª ed. Barcelona: Díaz de Santos; 1991.
45. Salgado JS, Remeseiro C, Iglesias M. Cima organización y satisfacción laboral en una PYME. Psicothema [Internet]. 1996 [Citado 2020 May 6]; 8(2):329-335. Disponible en: <https://bit.ly/3fn1Cjc>
46. Chiang MM, Salazar CM, Núñez A. Clima organizacional y satisfacción laboral en un establecimiento de salud estatal: hospital tipo. Theoria [Internet]. 2007 [Citado 2020 May 6]; 16(2):61-76. Disponible en: <https://bit.ly/2zju7xT>
47. Guzmán CP, Pontes P, Szuflița M. Empowerment y satisfacción laboral. Rei Do Crea [Internet]. 2015 [Citado 2020 May 6]; 4(1):66-73. Disponible en: <https://bit.ly/3dnLFal>
48. Sánchez MG, García MLE. Satisfacción laboral en los entornos de trabajo. Una exploración cualitativa para su estudio. Scientia et Technica [Internet]. 2017 [Citado 2020 Mar 24]; 22(2):161-166. Disponible en: <https://bit.ly/2z8vtv2>.
49. Herzberg F, Mausner B, Snyderman BB. The motivation to work. 2ª ed. New York: John Wiley & Sons; 1959.
50. Manso JF. El legado de Frederick Irving Herzberg. Rev Univ EAFIT [Internet] 2002 [Citado 2020 Mar 22]; 128(4):79-86. Disponible en: <https://bit.ly/2xwaTo1>
51. Pérez J, Fidalgo M. Satisfacción laboral: escala general de satisfacción. NTP [Internet] 1993 [Citado 2020 Mar 23]; 1(1):1-6. Disponible en: <https://bit.ly/2xwbFBr> (figura 2)
52. Ríos F. Cómo debe verse el tema de la Lealtad de las personas a sus organizaciones dentro de la era que ahora conocemos como la era de la globalización. Rev Centro Inv [Internet]. 2005 [Citado 2020 Mar 21]; 6(23):101-119. Disponible en: <https://bit.ly/3b1K9to>

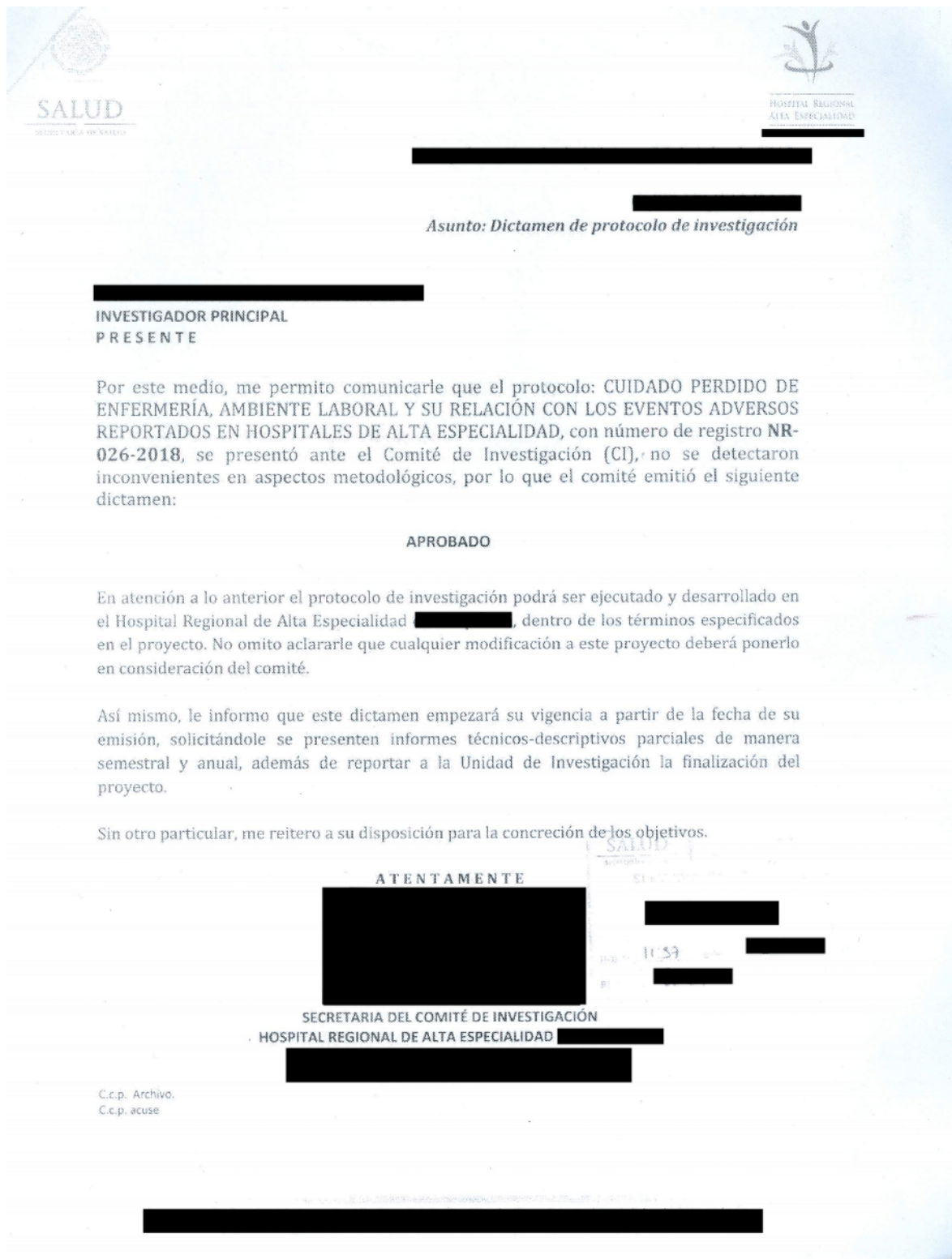
53. CEOLEVEL [Internet]. Madrid: Project Management; 22 de Junio de 2015 [Citado 2020 Mar 23]. Disponible en: <https://bit.ly/3b2e0BT>
54. Marin HS, Placencia MP. Motivación y satisfacción laboral del personal de una organización de salud del sector privado. Horiz Med [Internet] 2017 [Citado 2020 Mar 23]: 17(4):42-52. Disponible en: <https://bit.ly/2WrXcii>
55. Alba-Leonel A, Salcedo-Álvarez RA, Zárate-Grajales RA, Higuera-Ramírez F. Satisfacción laboral del personal de enfermería en el hospital general de México. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2008 [Citado 2020 Mar 22]; 16(3):155-160. Disponible en: <https://bit.ly/3fgvHkx>
56. Roastbrief. México destaca en satisfacción laboral según Love Mondays [Internet]. Roastbrief. 7 de enero de 2019 [citado 2020 Mar 10]. Disponible en: <https://bit.ly/2z2ez1g>
57. García-Ramos M, Luján-López ME, Martínez-Corona MÁ. Satisfacción laboral del personal de salud. Rev Enferm IMSS [internet]. 2007 [Citado 2020 May 5]; 15(2):63-72. Disponible en: <https://bit.ly/2zyikeU>
58. Ponce-Gómez J, Reyes-Morales h, Ponce-Gómez G. Satisfacción laboral y calidad de atención de enfermería en una unidad médica de alta especialidad. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2006 [Citado 2020 May 5]; 14(2):65-73. Disponible en: <https://bit.ly/2LiLtxk>
59. Tapia-Martínez H, Ramírez-Rodríguez C, Islas-García E. Satisfacción laboral en enfermeras del hospital de oncología Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS. Enferm Univ [Internet] 2009. [Citado 2020 May 5]; 6(4):21-25. Disponible en: <https://bit.ly/35Oo3cQ>
60. Gómez-Cardona JP, Becerra-de Anda ML, Beltrán-Márquez JMG, García-Luévano BE, y Gómez-Olmos MT. Satisfacción personal del personal de enfermería del área administrativa. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [Internet] 2012. [Citado 2020 May 5]; 20(1) 5-9. Disponible en: <https://bit.ly/2Z5UmTp>
61. García-Hernández Y, Martínez-García MD, Rivera-López MI, Gutiérrez-Fragoso G. Satisfacción laboral del personal de enfermería en dos instituciones de salud públicas: caso Hidalgo, México. Rev Cienc Admin [Internet] 2016. [Citado 2020 May 5]; 37(1):26-42. Disponible en: <https://bit.ly/2WInQut>
62. Zambrano RM, Vera FB. Evaluación de los factores de satisfacción laboral en el personal y su incidencia en el clima organizacional de las cooperativas de transporte Intercantonal con sede en los Cantones Tosagua y Bolívar . Obs Econ Latinoam [internet]. 2019 [citado 2020 Mar 22]; 3(10):1-22. Disponible en: <https://bit.ly/2Sw54OQ>
63. Zapata M, Alcaraz GM. Satisfacción laboral de las enfermeras en salas de hospitalización de adultos. Un sentimiento ambivalente. Invest Educ Enferm [Internet]. 2012 [Citado 2020 Mar 22]; 30(2):178-187. Disponible en: <https://bit.ly/3fkmGXQ>

64. Salinas-Oviedo C, Laguna-Calderón J, Mendoza MR. Las satisfacci3n laboral y su papel en la evaluaci3n de la calidad de la atenci3n m3dica. Salud P3blica M3x [Internet]. 1994 [Citado 2019 Dic 03]; 36(1):22-29. Disponible en: <https://bit.ly/2NVGpR8>
65. Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. JAN. 2009; 65(7); 1509-1517. [Citado 2020 Mar 30] DOI:10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x
66. Recio-Saucedo A, Dall'Ora C, Maruotti A, et. al. What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. J Clin Nurs. 2017; 27: 2248-2259. [Citado 2020 Mar 30] DOI:10.1111/jocn.14058
67. Papastavrou E, Andreou P, Efstathiou G. Rationing of nursing care and nurse-patient outcomes: a systematic review of quantitative studies. Int J Health Plann Mgmt. 2014; 29 (3): 3-25. [Citado 2020 Mar 30] DOI:10.1002/hpm.2160
68. Moreno-Monsiv3is MG, Moreno-Rodr3guez C, Interrial-Guzm3n MG. Omisi3n en atenci3n de enfermer3a para pacientes hospitalizados. Aquichan [Internet]. 2015 [Citado 2020 May 7]; 15(3):329-338. DOI: 10.5294/aqui.2015.15.3.2
69. Burmeister EA, Kalisch BJ, Xie B, Doumit MAA, Lee E, Ferraresion A, et al. Determinants of nurse absenteeism and intent to leave: An international study. J Nurs Manag [Internet]. 2019 [Citado 2020 Mar 31]; 27(1):143-153. Disponible en: <https://bit.ly/2KWp9JV>
70. Clark RRS, Lake E. Burnout, job dissatisfaction and missed nursing care among maternity nurses. J Nurs Manag [Internet]. 2020 [Citado 2020 Mar 31]; N3o especial. Disponible en: <https://bit.ly/2KUtnS7>
71. Smith JG. Does missed care in isolated rural hospitals matter?. West J Nurs Res [Internet]. 2018 [Citado 2020 Mar 31]; 40(6):775-778. Disponible en: <https://bit.ly/3deDjCk>
72. Bisognano M, Kenney C. Buscando o Triple Aim na Sa3de. 1ª ed. Brasil: Atheneu; 2015.
73. Salamanca AB. El AEIOU de la Investigaci3n en Enfermer3a. 2ª ed. Espa3a: Fuden; 2013.
74. Hern3ndez R. Factores que influyen en el cuidado perdido de enfermer3a en pacientes de un hospital privado [Tesis de maestr3a en administraci3n de la atenci3n de enfermer3a]. M3xico: Universidad Aut3noma de San Luis Potos3; 2015.
75. Zelen3kov3 R, Jarošov3 D, Plevov3 I, Jan3kov3 E. Nurses' perceptions of professional practice environment and its relation to missed nursing care and nurse satisfaction. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2020 [Citado 2020 May 27];17(11):1-10. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/11/3805>.

76. Kalisch BJ, Doumit M, Lee KH, Zein JE. Missed nursing care, level of staffing, and job satisfaction: Lebanon versus the United States. *J Nurs Adm.* [Internet] 2013 [Citado MAr 05]; 43(5):274-279. doi:10.1097/NNA.0b013e31828eebaa
77. Fernández B, Paravic T. Nivel De Satisfacción Laboral En Enfermeras De Hospitales Públicos Y Privados De La Provincia De Concepción, Chile. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2003 [Citado 2020 Ene 26] ; 9(2): 57-66. Disponible en: <https://bit.ly/3itAzUX>
78. Hernández H, Castro JME, Robledo HG, González J, Medina J, Delint ET, Gay JG, Vázquez M, Rodríguez C, Ochoa JA, Trujillo JC. *Innovaciones en gestión hospitalaria en México, el caso de los hospitales regionales de alta especialidad HRAE. 1ª ed. México: Secretaría de Salud; 2006.*
79. Saltos M, Pérez CN, Suárez R, Linares SM. Análisis de la carga laboral del personal de enfermería, según gravedad del paciente. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2018 [citado 26 Ene 2020]; 34(2):1-5. Disponible en: <https://bit.ly/2NQC2E>
80. Moreno C. *Cuidado de enfermería perdido en pacientes hospitalizados en una institución privada [Tesis de maestría en Ciencias de Enfermería]. México: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2014.*

10 ANEXOS

Anexo 1. Dictamen de protocolo de investigación



Logo of the Ministry of Health (SALUD) and Hospital Regional de Alta Especialidad.

[Redacted]

[Redacted]

Asunto: Dictamen de protocolo de investigación

[Redacted]

**INVESTIGADOR PRINCIPAL
PRESENTE**

Por este medio, me permito comunicarle que el protocolo: CUIDADO PERDIDO DE ENFERMERÍA, AMBIENTE LABORAL Y SU RELACIÓN CON LOS EVENTOS ADVERSOS REPORTADOS EN HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD, con número de registro NR-026-2018, se presentó ante el Comité de Investigación (CI), no se detectaron inconvenientes en aspectos metodológicos, por lo que el comité emitió el siguiente dictamen:

APROBADO

En atención a lo anterior el protocolo de investigación podrá ser ejecutado y desarrollado en el Hospital Regional de Alta Especialidad [Redacted], dentro de los términos especificados en el proyecto. No omito aclararle que cualquier modificación a este proyecto deberá ponerlo en consideración del comité.

Así mismo, le informo que este dictamen empezará su vigencia a partir de la fecha de su emisión, solicitándole se presenten informes técnicos-descriptivos parciales de manera semestral y anual, además de reportar a la Unidad de Investigación la finalización del proyecto.

Sin otro particular, me reitero a su disposición para la concreción de los objetivos.

ATENTAMENTE

[Redacted Signature]

[Redacted Stamp]

SECRETARIA DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN
HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD [Redacted]

[Redacted]

C.c.p. Archivo.
C.c.p. acuse

[Redacted]

Fuente: Archivos del proyecto PAPIIT IN-306419.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

El presente documento pretende obtener su autorización voluntaria para participar en la investigación **“Analizar el cuidado perdido de enfermería en el ambiente laboral y su relación con los eventos adversos reportados en hospitales de alta especialidad. Un Estudio multicéntrico”**.

Por favor, lea cada uno de los planteamientos, ante cualquier duda consulte con el investigador. Sí decide participar en la investigación, coloque su firma al final del documento.

Introducción y Propósito

El investigador _____ me ha preguntado si quiero participar en el estudio de investigación **“cuidado perdido de enfermería en el ambiente laboral y su relación con los eventos adversos reportados en hospitales de alta especialidad. Un Estudio multicéntrico”**. Esta investigación se realizará con el fin de recolectar información para la gestión de proyectos de mejora en la prestación de servicios. También se me explicó que la información que proporcione será confidencial.

Procedimientos

Se me informó que mi participación consistirá en responder una encuesta. Se me ha explicado que al contar con alguna duda en el llenado correcto de la encuesta existe la oportunidad de realizar preguntas al investigador.

Riesgos/Beneficios

Se me comunicó que el estudio no implicará para mí ningún tipo de riesgo debido a que solamente responderé una encuesta, también que mi participación es de suma importancia ya que con los resultados de la investigación se podrán realizar mejoras en los protocolos de atención, se me aclaró que no obtendré ganancias económicas y que los resultados no serán utilizados en perjuicio de mi persona.

Participación Voluntaria / Abandono

Se me explicó que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio en el momento que lo crea pertinente, además, se me informó que esta decisión no afectará mi situación laboral, profesional, personal y será anónima.

Preguntas

En caso de dudas o aclaraciones acerca del estudio y mi participación, se me ha explicado que puedo comunicarme a la Unidad de Investigación de la ENEO que se encuentra en el 3er piso de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, ubicada en Camino Viejo a Xochimilco y Viaducto Tlalpan s/n Col. San Lorenzo Huipulco, Delegación Tlalpan. CDMX. C.P. 14370. En un horario de 8:00 a 15:00.

Confidencialidad

Me ha comunicado que la información que obtenga de mi participación será para fines de investigación. Los investigadores serán las únicas personas autorizadas para el manejo de ésta. También se me informó que no se revelarán mis datos personales y los datos se darán a conocer de manera general.

Se me ha explicado que la información que se obtenga de mi participación será utilizada únicamente para fines de investigación. Los investigadores serán las únicas personas autorizadas para el manejo de ésta. Autorizo la publicación de los resultados de esta investigación, con la condición de que en todo momento se mantenga el secreto profesional y no se publique mi nombre o revele mi identidad

Consentimiento para participar en el estudio

Se me ha explicado en que consiste el estudio, incluyendo posibles riesgos y beneficios de mi participación, así como de que puedo optar libremente por dejar de participar en cualquier momento que lo desee.

Luego de haber leído, comprendido y recibido las respuestas a mis preguntas con respecto a este formato de consentimiento informado, **mi participación es totalmente voluntaria**, acuerdo aceptar las condiciones estipuladas para la presente investigación:

Firma del participante

Fecha: __/__/__

Nombre y Firma del Investigador

Fecha: __/__/__



Anexo 3. Instrumento MISSCARE para personal de enfermería



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

CUIDADO DE ENFERMERÍA PERDIDO
(ENCUESTA MISSCARE PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA)
BEATRICE J. KALISCH

El presente cuestionario permite recolectar información para “Analizar el cuidado perdido de enfermería en el ambiente laboral y su relación con los eventos adversos reportados en hospitales de alta especialidad. Un Estudio multicéntrico”. La información que usted proporcione podría contribuir a mejorar el servicio que brindan los profesionales de Enfermería.

Instrucciones: a continuación en las preguntas de opción múltiple, elija el número y coloque una “X” dentro de la línea lateral a la pregunta. Donde se solicite completar la frase realícelo con letra clara y legible. Por favor, no deje preguntas sin responder.

1. Nombre del servicio asignado:

2. Paso gran parte de mi tiempo trabajando en este servicio: Si ____ No ____
3. Número de años de educación formal _____(Incluye educación básica)
4. Indique el último nivel de formación alcanzada
 - a. ____ Técnico en enfermería
 - b. ____ Posttécnico en enfermería
 - c. ____ Licenciatura en enfermería
 - d. ____ Especialidad
 - e. ____ Maestría
 - f. ____ Doctorado
5. Sexo: Masculino ____ Femenino ____
6. Edad en años cumplidos: _____
7. Categoría asignada en la institución:
 - a. ____ Auxiliar de enfermería
 - b. ____ Enfermera general A
 - c. ____ Enfermera general B
 - d. ____ Enfermera general C
 - e. ____ Enfermera especialista A
 - f. ____ Enfermera especialista B
 - g. ____ Enfermera especialista C

8. Turno de trabajo:
 a. Matutino c. Nocturno
 b. Vespertino d. Otro. Especifique: _____
9. ¿En cuál turno siente usted que trabaja mejor?
 a. Matutino c. Nocturno
 b. Vespertino d. Otro. Especifique
10. Antigüedad en la institución _____ años/meses
11. Antigüedad en el servicio actual _____ años/meses
12. Experiencia laboral _____ años/meses
13. Número de horas que habitualmente trabaja por semana: _____ horas
14. En los últimos 3 meses, ¿cuántas horas de tiempo extra ha trabajado? __ horas
15. ¿Con qué frecuencia siente que la cantidad del personal en su servicio es adecuada?
 a. Siempre d. Casi nunca
 b. Casi siempre e. Nunca
 c. Algunas veces
16. En el turno actual ¿Cuál es el promedio de pacientes que se le asignó? _____
17. ¿Cuántos ingresos de pacientes tiene generalmente en un turno?

18. ¿Cuántos egresos de pacientes tiene generalmente en un turno?

Por favor, marque con una equis (X) una respuesta para cada pregunta:

Satisfacción	Muy satisfecho	Satisfecho	Neutral	Insatisfecho	Muy insatisfecho
19. ¿Qué tan satisfecho se encuentra de laborar en esta institución?					
20. ¿Qué tan satisfecho se encuentra en su puesto actual?					
21. Independientemente de su trabajo actual, ¿qué tan satisfecho está usted con ser enfermera (o)?					
22. ¿Qué tan satisfecho está usted con el nivel de trabajo en equipo en este servicio?					

23. ¿Tiene planes de dejar de laborar en esta institución como resultado de su insatisfacción laboral?

- a. En los próximos 6 meses
- b. En el próximo año
- c. No planea dejarlo

Cuidado de Enfermería Perdido

Las enfermeras (os) se enfrentan con frecuencia a múltiples demandas sobre su tiempo, que les exige reorganizar las prioridades, y no cumplir con todos los cuidados que necesitan sus pacientes. Según su experiencia, ¿Con qué frecuencia se realizan los siguientes cuidados por el personal de enfermería (incluido usted) en su servicio?.

Instrucciones: a continuación se le presentan algunas preguntas, marque con una equis (X) la casilla que usted considera le da respuesta. No hay preguntas correctas o incorrectas, sólo nos interesa conocer su percepción acerca de la frecuencia con que se realizan los cuidados de enfermería. Marque solo una casilla por cada pregunta. Por favor, no deje preguntas sin responder.

Elementos del cuidado	Siempre	Frecuente-mente	De vez en cuando	Rara vez	Nunca
24. Asistir al paciente en la deambulación tres veces al día o según la indicación					
25. Cambiar de posición al paciente cada 2 horas o de acuerdo a las necesidades del paciente					
26. Alimentar al paciente cuando la comida esté caliente					
27. Verificar la dieta y acercar la comida a los pacientes que se alimentan por sí mismos					
28. Administrar medicamentos dentro de los 30 minutos antes o después de la hora programada					
29. Evaluar signos vitales según la indicación					
30. Controlar ingresos y egresos (balance de líquidos)					
31. Registrar todos los datos necesarios					
32. Educar al paciente acerca de la enfermedad, las pruebas y los estudios de diagnóstico					
33. Brindar apoyo emocional al paciente y/o familia					
34. Bañar al paciente / y cuidado de la piel					
35. Realizar cuidado de la boca					

36. Lavar las manos					
37. Elaborar plan de alta y de educación del paciente					
38. Monitorizar glucosa según la indicación					
39. Realizar evaluaciones de los pacientes por turno					
40. Reevaluar al paciente de acuerdo a su condición de salud					
41. Cuidar y evaluar los accesos vasculares y las soluciones IV de acuerdo con las políticas del hospital					
42. Responder en menos de 5 minutos al llamado de un paciente					
43. Administrar medicamentos a solicitud o PRN en menos de 15 minutos					
44. Evaluar la eficacia de los medicamentos					
45. Asistir a las visitas de evaluación del cuidado interdisciplinario					
46. Ayudar con las necesidades de ir al baño en un tiempo no mayor a 5 minutos de solicitud					
47. Cuidar la piel y las heridas					

Dimensiones:

Intervenciones de Necesidades individuales: 28, 33, 42, 43, 44, 45 y 46

Intervenciones de Planificación del alta y educación al paciente: 32 y 37

Intervenciones de cuidado básico: 24, 25, 26, 27, 34, 35, 36 y 47

Intervenciones de cuidado de evaluaciones continuas: 29, 30, 31, 38, 39, 40 y 41

Razones para que se presente el Cuidado de Enfermería Perdido

Pensando en los cuidados de enfermería perdidos en su servicio por todo el personal (como se indica en la Sección A de este cuestionario), indique las RAZONES por las que los cuidados de enfermería no se realizan o se retrasan.

Instrucciones: a continuación se le presentan algunas preguntas, marque con una equis (X) la casilla que usted considera le da respuesta. No hay preguntas correctas o incorrectas, sólo nos interesa conocer su percepción acerca de las razones del cuidado perdido de enfermería. Marque solo una casilla por cada pregunta. Por favor, no deje preguntas sin responder.

Razones para el cuidado perdido de enfermería		Razón Significativa	Razón Moderada	Razón Menor	No es una razón
48. Número insuficiente de personal.					
49. Situaciones de urgencia del paciente (por ejemplo, el estado del paciente se agrava)					
50. Aumento inesperado en el número de pacientes y / o carga de trabajo del servicio					
51. Número insuficiente de personal de apoyo (camillero, inhaloterapeuta, técnicos, etc.)					
52. Asignación inequitativa de pacientes.					
53. Medicamentos no disponibles cuando se necesitaron					
54. Inadecuada entrega de turno anterior o falta de claridad en la entrega-recepción de paciente de otro servicio o unidad					
55. Otros departamentos no proporcionaron los cuidados necesarios (por ejemplo, nutrición, laboratorio, etc.)					
56. Suministros/equipos no disponibles cuando se necesitan					
57. Suministros/equipos no funcionan correctamente cuando se necesitan					
58. Falta de apoyo de los miembros del equipo					
59. Tensión o fallas en la comunicación con otros departamentos auxiliares de apoyo					
60. Tensión o fallas en la comunicación dentro del equipo de enfermería					
61. Tensión o fallas en la comunicación con el personal médico					
62. El auxiliar de enfermería no comunicó que el cuidado no se proporcionó					
63. La enfermera responsable del paciente no está disponible					
64. Demasiados cuidados a pacientes que ingresan y egresan					

Dimensiones

Factores relacionados con el recurso humano: 48, 49, 50, 51, 52, 55, 63 y 64.

Factores relacionados con recursos materiales: 53, 56 y 57.

Factores relacionados con la comunicación: 54, 58, 59, 60, 61 y 62.

Fuente: Archivos del proyecto PAPIIT IN-306419.