



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**PERCEPCIÓN DEL CUIDADOR PRIMARIO DEL PACIENTE
PEDIÁTRICO CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA SOBRE
EL CUIDADO PERDIDO DEL PERSONAL DE
ENFERMERÍA.**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA:
CYNTHIA AMARILIS CABRERA ZÁRATE**

**ASESOR:
MTRO. JULIO CÉSAR CADENA ESTRADA**

CIUDAD DE MÉXICO

NOVIEMBRE, 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

A Dios por haberme puesto en este camino, por guiarme en todo momento durante mi carrera, por darme la vida y la salud para poder culminar con mis estudios y mi tesis.

Gracias a la Escuela de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología por la formación que me dieron como estudiante, por mostrarme el compromiso que implica esta carrera, por brindarme los conocimientos y enseñarme el amor a ésta profesión.

Al Mtro. Julio César Cadena Estrada por haber dirigido mi tesis con gran esmero y dedicación; por compartir con paciencia sus conocimientos y experiencias, infundiéndome en mí seguridad y confianza.

A los maestros que me transmitieron sus conocimientos, entusiasmo y motivación día a día.

Al proyecto PAPIIT UNAM IN306419 “Cuidado perdido de enfermería ambiente laboral y su relación con los eventos adversos reportados en hospitales de alta especialidad” por apoyarme como becaria.

DEDICATORIAS

A Dios, principalmente, por darme fuerzas para seguir adelante y nunca rendirme. Por permitirme estar en el lugar correcto, con las personas indicadas; por guiar mis pasos con un gran propósito y para sus planes perfectos.

A mi Padre Hugo y mi Madre Carmen, que me han formado con buenos principios, valores y hábitos; sus enseñanzas me han ayudado a seguir adelante. Su apoyo en cada momento y en cada decisión que he tomado buena o mala ha sido determinante en todas las áreas de mi vida. Gracias por ayudarme en los momentos difíciles y enseñarme a no renunciar. Por supuesto que este logro no es solo mío, es de los tres.

A mi tía Rosa Zárate por su apoyo siempre; por ser uno de mis más grandes ejemplos, por demostrarme con su ejemplo el verdadero compromiso, la perseverancia y el amor a la profesión.

A mi Tita Amarilis por estar conmigo en todo momento, por cuidarme y ayudarme siempre; por ser mi cómplice, por enseñarme que Enfermería es la mejor profesión que pude haber elegido.

A mi tía Marisol por el apoyo, el cariño y los consejos que siempre me ha brindado.

A mis primos Julio, Pacy, Marisol, David, Fermín, Alejandra y a mis sobrinos por su amor incondicional, sus palabras y su apoyo en cada paso que di.

A mi mejor amiga Fanny por estar para mí, de manera incondicional para alentarme y sostener mi ánimo en momentos difíciles y alegrarse junto a mí con cada logro.

A mis Ashely's, por caminar a mi lado y privilegiar nuestra amistad a pesar de las distancias y el poco tiempo que tenía para verlas. Gracias por soportarme en momentos de estrés, por su cariño y apoyo.

INDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO I. ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN	7
1.1 Problema de investigación.....	7
1.2 Justificación	9
CAPÍTULO II. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	11
Objetivos	11
2.1 General	11
2.2 Específicos	11
2.3 Hipótesis	11
CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO	12
3.1 Calidad y seguridad del paciente	12
3.1.1 Alianza mundial por la seguridad del paciente	17
3.2. Joint Commission.....	18
3.4. Cuidado perdido de enfermería.....	21
3.5 Marco referencial	27
CAPÍTULO IV. MATERIAL Y MÉTODOS	36
4.1 Tipo y diseño	36
4.2 Población	36
4.3 Muestra.....	36
4.4 Muestreo.....	36
4.5 Criterios de selección	36
4.6 Operacionalización de variables	38
4.7 Recolección de datos.....	41
4.8 Método de recolección de datos	46
4.9 Análisis de datos	47
4.10 Consideraciones éticas	47
CAPÍTULO V. RESULTADOS	49
CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN	57
CAPÍTULO VII. CONCLUSIÓN	63

CAPÍTULO VIII. ANEXOS.....	66
8.1 Consentimiento informado.....	66
8.2 Instrumento.....	67
8.3 Cronograma	73
REFERENCIAS.....	74

RESUMEN

Introducción: El cuidado perdido es cualquier aspecto del cuidado del paciente requerido que se omite de forma parcial o total o que se retrasa significativamente por parte del personal de enfermería y afecta la calidad de vida de los pacientes, la población pediátrica es de las más vulnerables y los cuidadores primarios son los que llegan a poner más atención, con respecto a los cuidados realizados o no. **Objetivos:** Identificar la percepción del cuidador primario del paciente pediátrico con cardiopatía congénita sobre el cuidado perdido del personal de enfermería en una Institución de alta especialidad. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional, transversal y prospectivo, muestreo no probabilístico por conveniencia, n=101 cuidadores primarios de pacientes pediátricos con cardiopatía congénita, de ambos sexos, hospitalizados con un mínimo de 72 horas. Recolección de datos con instrumento validado de MISSCARE adaptado para cuidadores; constituido por 3 apartados: datos sociodemográficos, dimensiones del cuidado y factores para la pérdida del cuidado, escala de respuesta tipo Likert. Análisis de datos con el programa estadístico para las ciencias sociales con estadística descriptiva. Consideraciones éticas basadas en la normatividad mexicana y registro DIE/TT/05/2020. **Resultados:** La prevalencia fue del sexo femenino (91.1%), edad entre 18 y 53 años, grado de estudios que predominó fue secundaria (32.7%); tiempo promedio de hospitalización del paciente pediátrico 15.99 días. De acuerdo con el cuidado perdido se observó que el cuidado con mayor pérdida fue el cuidado básico, relacionado con las intervenciones del cuidado de la boca (20.8%) y apoyo para lavado de manos (19.8%). La dimensión con menor pérdida fue de educación para la salud y plan de alta. Los factores que influyeron para la

pérdida del cuidado fueron los recursos humanos, el 48.5% se debe a las situaciones de urgencia o aumento inesperado de pacientes y el 47.5% a la asignación desequilibrada de pacientes. **Conclusiones:** Desde la perspectiva del cuidador primario del paciente pediátrico con cardiopatía congénita, el cuidado básico es el que más se pierde principalmente debido a factores relacionados con el recurso humano.

Palabras clave: Enfermería, Cuidado, Paciente, Cuidador, Primario, Pediátrico.

ABSTRACT

Introduction: Missed care is any aspect of required patient care that is partially or omitted or significantly delayed by nursing staff and will affect patients' quality of life, the pediatric population is among the most vulnerable, and primary caregivers are the ones who get to pay more attention regarding care performed or not. **Objectives:** To identify the perception of the primary caregiver of the pediatric patient with congenital heart disease on the lost care of the nursing staff in a high specialty institution.

Materials and Methods: Observational, cross-sectional, and prospective study, non-probabilistic convenience sampling, n=101 primary caregivers of pediatric patients with congenital heart disease, of both sexes, hospitalized for a minimum of 72 hours. Data collection with a validated MISSCARE instrument adapted for caregivers, consisting of 3 sections: sociodemographic data, dimensions of care and factors for loss of care, Likert-type response. Data analysis with the statistical program for social sciences with descriptive statistics. Ethical considerations based on Mexican regulations and registration DIE/TT/05/2020. **Results:** The predominant sex was female (91.1%), age between 18 and 53 years, predominant educational level was high school (32.7%); average time of hospitalization of the pediatric patient was 15.99 days. According to the missed care, the care with the greatest loss was basic care, related to oral care interventions (20.8%) and support for hand-washing (19.8%). The dimension with the lowest loss was health education and discharge plan. Influencing factors for loss of care were human resources, 48.5% due to urgent situations or unexpected increases in the patients, and 47.5% due to unbalanced patient assignment. **Conclusions:** From

the perspective of the primary caregiver of the pediatric patient with congenital heart disease, basic care is lost the most mainly due to human-resource-related factors.

Key words: Nursing, Care, Caregiving, Patient, Caregiver, Primary, Pediatric.

INTRODUCCIÓN

El cuidado perdido es cualquier aspecto del cuidado del paciente requerido que se omite de forma parcial o total o que se retrasa significativamente por parte del personal de enfermería, el cual afectará la calidad y la seguridad de la atención del paciente, este fenómeno ha sido descrito frecuentemente en diferentes estudios desde la perspectiva de la enfermera y el paciente adulto en donde se han señalado cuales son los cuidados que se omiten o se retrasan, sin embargo existen pocos estudios que describan dicho fenómeno desde la perspectiva cuidador primario del paciente pediátrico, es por esto que este estudio tiene como objetivo describir la percepción del cuidador primario sobre el cuidado perdido de enfermería en pacientes pediátricos con cardiopatía congénita en un instituto de alta especialidad.

El presente trabajo de tesis se ha estructurado en ocho capítulos donde se abordan las fases de planeación e implementación del proceso de investigación relacionado con el cuidado perdido desde la perspectiva del cuidador primario del paciente pediátrico con cardiopatía congénita.

En el primer capítulo, se encuentra el planteamiento del problema, la justificación y los objetivos del estudio, es decir se describe el contexto, el problema, la magnitud, la trascendencia, la importancia y la factibilidad del fenómeno de estudio, así como el propósito a cumplir.

En el segundo capítulo, contiene una síntesis de la evidencia relacionada con el marco conceptual, teórico y referencial sobre el cuidado perdido. De forma general, se describe las definiciones y antecedentes del cuidado perdido desde la visión de Kalish, las características y factores relacionados; de igual manera, se abordarán temas sobre

la calidad y la seguridad en la atención de los pacientes, los eventos adversos, conceptos acerca del cuidado y cuidador primario, y la evidencia relacionada que justifica la falta de conocimiento del tema.

La sección de material y métodos, es el tercer capítulo donde se especifican los pasos de la metodología para realizar esta investigación, el tipo y diseño de estudio, la población, la muestra y muestreo, los criterios de selección, la operacionalización de variables, la recolección de datos y el método, el análisis de datos utilizado y las consideraciones éticas en los cuales se basa este estudio.

Los resultados se describen, analizan y se comentan en el capítulo cuarto; en primera instancia, los datos sociodemográficos que caracterizan a los participantes, los resultados del cuidado perdido por dimensiones y las razones para la pérdida del cuidado.

En los capítulos quinto y sexto se encuentran la discusión y conclusión; en la primera se analizan los resultados y se comparan con la evidencia publicada en las diferentes bases de datos y se comentan el cumplimiento de los objetivos y las implicaciones para la práctica.

Por último, en los capítulos finales se encuentran los anexos donde se podrán verificar el instrumento utilizado, así como el consentimiento informado.

CAPÍTULO I. ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Problema de investigación

En los últimos años, la calidad de los servicios de Salud en México se ha convertido en una prioridad para el Sistema Nacional de Salud (SNS), esto a consecuencia de las múltiples fallas y de los eventos adversos que afectan la calidad y seguridad de la atención.¹ La seguridad del paciente en las instituciones de salud dependen en gran medida de las acciones que los diferentes profesionales de la salud otorgan, y en el caso de los cuidados de enfermería, se ha identificado que existen diversas causas relacionadas con el retraso u omisión del cuidado, lo que lleva a incrementar el número de eventos de seguridad del paciente y sus complicaciones.²

Actualmente es esencial evaluar el riesgo que conllevan los cuidados hospitalarios, ya que, para el SNS, es de suma importancia determinar el impacto que tienen sobre la salud física, psicológica, social y económica de cada paciente. El análisis de estos riesgos y la ocurrencia de eventos adversos se relacionan con los errores reportados como resultado de un acto de omisión, como por ejemplo aquellos que realiza el profesional de enfermería al proporcionar medicamentos de forma incorrecta o realizar procedimientos sin apearse a los indicadores de calidad y generar infecciones nosocomiales y complicaciones; o bien, por la omisión del cuidado, es decir, se dejan de realizar o se retrasan, y cuando esto sucede se le denomina cuidado perdido de enfermería.³

El cuidado perdido se define como “cualquier aspecto del cuidado del paciente requerido que se omite de forma parcial o total o que se retrasa significativamente por parte del personal de enfermería”⁴, el cual afectará la calidad de la atención de los

pacientes. Para enfermería debe ser de vital importancia realizar todos los cuidados hacia los pacientes para contar con una seguridad en la atención y que ayude a la prevención e identificación oportuna de errores. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud en países desarrollados, se estima que uno de cada diez pacientes hospitalizados sufre daños a causa de fallas durante la atención brindada y en su mayoría son omisiones de cuidado, y esta cifra es mucho mayor en países en vías de desarrollo.⁵

En México se ha observado que el rol de todos los profesionales de la salud es de vital importancia para la seguridad del paciente, por su parte enfermería juega un papel vital por la participación que tiene en la mayor parte de los procesos hospitalarios, lo que genera que tenga un mayor acercamiento al paciente, de igual manera es un agente importante para la reducción de los eventos adversos.

En diferentes investigaciones^{6,7}realizadas en países de ingresos medios y bajos, se ha descrito que los cuidados perdidos de enfermería en hospitales privados y públicos están relacionados con las intervenciones del cuidado básico, como el cuidado de la boca, la alimentación del paciente y el cuidado de la piel y heridas, seguida de la planificación del alta y la educación para la salud, de igual manera se ha observado que existe una mayor prevalencia del cuidado perdido en los sectores públicos que en los sectores privados. Entre los factores que pueden determinar una omisión en el cuidado se encuentran la falta de recursos humanos y recursos materiales, así como las fallas en la comunicación.

A pesar de la extensa y actual literatura sobre el cuidado perdido de enfermería, la mayoría ha sido abordada desde la perspectiva del profesional de enfermería, quién es el que brinda atención directa al paciente, así mismo, se ha investigado poco sobre

la perspectiva del paciente, quien es el que evalúa de forma objetiva la atención que se le brinda; sin embargo, existe muy poca evidencia desde la perspectiva del cuidador primario de pacientes pediátricos. Lo anterior, refleja un vacío en el conocimiento de enfermería, en materia de gestión, por lo que investigarlo, deberá contribuir a diseñar, implementar y evaluar estrategias dirigidas a la reducción de este importante fenómeno, en los Institutos Nacionales de Salud de la Ciudad de México, en paciente pediátricos con cardiopatía, contribuyendo a la mejora de la calidad de atención del paciente, la institución de salud y el sistema.

Pregunta de investigación

Derivado a lo ya descrito, se hace la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la percepción del cuidador primario sobre el cuidado perdido de enfermería en pacientes pediátricos con cardiopatía congénita en un instituto de alta especialidad?

1.2 Justificación

La importancia de investigar la percepción del cuidador primario sobre los cuidados perdidos u omitidos por parte del personal de enfermería es de gran relevancia debido a que estos cuidados que se llegan a omitir durante la atención por parte del personal, suelen traer consecuencias en la salud del paciente y hacia la recuperación de la misma; por ello, es importante identificar los cuidados perdidos de enfermería desde la percepción del cuidador primario del paciente pediátrico, ya que ayudará a evitar eventos adversos. Los resultados encontrados en este estudio contribuirán para poder diseñar e implementar programas de capacitaciones que mejoren la atención hacia el

paciente y reducir la prevalencia de cuidados omitidos y así disminuir los gastos de atención en salud hacia el paciente, la institución y el Sector Salud.

El presente trabajo pretende aportar a la disciplina de enfermería un mayor conocimiento de los entornos de la práctica enfermera en el contexto mexicano. Lo que sin duda facilitará la utilización de la evidencia científica para las instituciones de salud ya que por medio de esta investigación diferentes instituciones podrán identificar cuáles son los cuidados perdidos desde la perspectiva del cuidador primario del paciente pediátrico y así implementar acciones que puedan mejorar la calidad en la atención hacia el paciente y ayudar a su recuperación.

CAPÍTULO II. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Objetivos

2.1 General

Identificar la percepción del cuidador primario del paciente pediátrico con cardiopatía congénita sobre el cuidado perdido del personal de enfermería en una Institución de alta especialidad.

2.2 Específicos

- Identificar los cuidados omitidos por parte del personal de enfermería desde la percepción del cuidador primario del paciente pediátrico con cardiopatía congénita hospitalizado.
- Identificar las causas del cuidado perdido percibidas por el cuidador primario del paciente pediátrico con cardiopatía congénita hospitalizado

2.3 Hipótesis

Considerando los estudios previos se deduce que el cuidado perdido de enfermería desde la percepción del cuidador primario puede estar relacionado con la falta de recursos materiales y recursos humanos.

CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO

3.1 Calidad y seguridad del paciente

Según Ayuzo-del Valle N, el error se define como una equivocación hecha en el proceso del cuidado de un paciente que provoca o tiene el potencial de causar daño. En las instituciones de salud, el riesgo de presentar errores durante la asistencia médica es muy común y probable, ya que 1 de cada 10 pacientes hospitalizados quienes reciben la atención, presentan eventos adversos por errores de omisión y estos ocurren con mayor frecuencia durante la medicación. Dicho problema ha sido abordado en los últimos años por las autoridades sanitarias; se han registrado muertes inesperadas en hospitales de Estados Unidos durante la década de los noventa y fueron las que llevaron a la creación de un comité para investigar la calidad del cuidado médico.⁸

En el año 2000 se publicó una investigación acerca del error humano, donde se reportó que entre 44,000 a 98,000 personas mueren al año en los hospitales como resultado de los errores en el proceso de atención, de estas muertes, 7000 son el resultado de errores en la medicación siendo el séptimo lugar en causas de muerte.⁹ El aumento progresivo de estos errores también se ha observado en países de ingresos medio o bajos y están relacionados a diferentes factores como una falta de sistematización, apoyada en la informática, los procesos de atención médica; el costo de estos errores se calculaba entre 17 y 29 billones de dólares anuales, esto efecto de manera significativa al sistema de salud americano y fue necesario una reforma legal que pusiera límites.¹⁰

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2004 lanzó la Alianza Mundial por la Seguridad de los Pacientes en donde se establecieron cuatro acciones, los

compromisos de formular una taxonomía de seguridad del paciente para notificar sucesos adversos y elaborar sistemas para la notificación y aprendizaje para facilitar el análisis de las causas que originan errores y prevenirlos; cada año se establecen nuevas acciones y compromisos, esto con el fin de lograr una medicina más segura, en donde los sistemas de notificación de errores médicos no pueden faltar.⁸

Debido a estas políticas internacionales y con el propósito de poder identificar los puntos vulnerables en el sistema de salud, y poder aprender de las fallas y fortalecer las instituciones, en México existen dos sistemas de Reporte de Errores: uno desarrollado en la administración previa a través de la Oficina del Subsecretario de Innovación y Calidad y la otra en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), ambos sistemas para el reporte son anónimos en las páginas web oficiales, en la primera habla acerca de los eventos centinela y la segunda sobre los errores médicos, esta página está diseñada para poder registrar errores en la atención médica los cuales servirán como base para poder realizar recomendaciones, procedimientos, protocolo para la mejora de la práctica diaria de los profesionales de salud del país y promover la seguridad en los pacientes.⁸

Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM) su objetivo es ayudar a la mejora continua en la calidad de los servicios de atención médica y de la seguridad que se le brinda a los pacientes, además de poder impulsar a las instituciones participantes a mantener ventajas competitivas para alcanzar, sostener y mejorar el entorno; este proceso es por el cual el consejo de salubridad general reconoce a los establecimientos de atención médica que participan de manera voluntaria y cumplen los estándares necesarios para brindar servicios con buena calidad en atención y seguridad a los pacientes.¹²

El Consejo de Salubridad General es un órgano del Estado Mexicano desde 1871 en donde su ámbito de acción son todas las organizaciones públicas y privadas, que constituyen el Sistema Nacional de Salud y todas aquellas que estén relacionadas ya sea autoridades administrativas, federales, estatales y municipales.¹²

La Certificación de Establecimientos de Atención Médica, en 1993 durante el marco del Tratado de Libre Comercio de América del Norte en donde participaron instituciones de salud de Canadá, Estados Unidos de América y México, todo esto para determinar los criterios que deberían de regir a los sistemas de salud, en donde se enfocaron en el tránsito de médicos y de pacientes, todo esto para poder otorgar y recibir atención.¹³

México carecía de una instancia certificadora de calidad de la atención médica, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salud habían desarrollado y aplicado procedimientos de evaluación todo esto de forma independiente, el cual tenía congruencia con los trabajos de cada institución, sin embargo, no se contaba con alguna instancia que reconociera los estándares o criterios de evaluación que permitieran comparar el desempeño y los resultados de la instituciones ni entre los sectores públicos y privados, por ello en 1983 se creó el Grupo Básico Interinstitucional de evaluación sectorial con el propósito de desarrollar y uniformar todos los procesos de evaluación de calidad de la atención médica en las unidades de servicios de salud concluyendo con la publicación del trabajo: “Bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud”.¹³

En el 2008 el Consejo de Salubridad General público en el Diario Oficial de la Federación, el acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM); de esta manera se contó con el fundamento jurídico necesario para poder fortalecer la Certificación de las instituciones, la integración de las acciones y la ejecución de procesos de forma sostenible y ayudar a la mejora continúa de la calidad de los servicios de atención médica y de la seguridad que se brinda a los pacientes, además de poder impulsar a las instituciones participantes a mantener ventajas competitivas para alcanzar, sostener y mejorar su posición en el entorno.¹²

Los subsistemas que conforman el SiNaCEAM son: Certificación de Establecimientos de Atención Médica, Investigación y Desarrollo de Indicadores, Métodos y Estándares de Evaluación de la Calidad, Fortalecimiento permanente de los Auditores, Articulación del SiNaCEAM con otras Instituciones y Organizaciones e Información, Transparencia, Difusión y Promoción.¹²

Los Estándares para Certificar Hospitales versión 2018, constan de 3 secciones, la primera abarca las metas internacionales para la seguridad del paciente, los estándares centrados en el paciente y los estándares centrados en la gestión del establecimiento de atención médica. El proceso para certificar hospitales está compuesto de 3 fases, a través de las cuales el Consejo de Salubridad General evalúa el cumplimiento de estándares de calidad y seguridad del paciente en la estructura, proceso y resultado.¹³

La calidad se define como la propiedad o el conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciar como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie, junto con el precio que son las dos características de un producto o servicio

valoradas por un consumidor. En el campo de la atención de salud, se define calidad como el grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de que los individuos y la población, obtengan unos resultados de salud óptima y consistente con el conocimiento profesional del momento.¹⁴

Existen diferentes dimensiones que dan significado a la calidad, las cuales son efectividad, eficacia, oportunidad de la atención, equidad, atención centrada en el paciente y seguridad del paciente, por la repercusión y relación que esta última dimensión es considerada una de las más importantes.¹⁴

Por otra parte, la seguridad del paciente se define como la ausencia de accidentes o lesiones prevenibles producido en la atención médica, esta es un principio fundamental de la atención sanitaria. Hay un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud.¹⁵

La mejora de la seguridad del paciente requiere por parte de todo el sistema un esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, incluido el control de las infecciones; el uso seguro de los medicamentos, y la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria.¹⁵

La calidad y seguridad de la atención es de gran prioridad hoy en día a nivel mundial y en todos los niveles asistenciales. Garantizar que la atención que se proporciona a los usuarios se cumpla con los estándares internacionales de calidad y los proteja de riesgos inherentes al sistema de salud, es un reto el cual requiere del compromiso de todos los involucrados en el área de la salud.¹⁶

Existen tres puntos principales responsables de la calidad y seguridad de la atención los cuales son: el clínico, el formativo y el usuario receptor de la atención. La energía

entre estas tres dimensiones se considera como el eje estructural para garantizar una atención libre de riesgo y que contribuya a mejorar los resultados en la salud de la población. De acuerdo al ámbito hospitalario de las instituciones que son proveedoras de la atención de salud requiere contar con políticas institucionales en donde la calidad y la seguridad del paciente sean el eje central de la atención y de igual manera establecer procesos de gestión para el cumplimiento de estas políticas, establecer un proceso donde se vigile de manera continua la calidad de la atención con mecanismos de control y monitoreo bien definidos que permitan evaluar los resultados e implementar medidas de mejora en caso de ser necesario, desarrollar una cultura de calidad y seguridad, en donde el hacer las cosas bien sea un compromiso que involucre a todos los niveles y permita asegurar un ambiente de calidad y seguridad donde no exista el temor a los eventos adversos, mismos que se relacionan con problemas de la práctica clínica, de los productos y de los procedimientos o del sistema.^{15,16}

Para poder lograr la calidad y la seguridad de la atención se requiere de un compromiso institucional, multidisciplinario e interdisciplinario y a nivel individual tanto para los proveedores así como para el usuario que recibe la atención. La contribución de todos y cada uno de los involucrados en el ámbito de la salud permitirá que se garantice una atención de calidad, que cumpla con los estándares de calidad y sea libre de riesgo para todos los usuarios.¹⁴

3.1.1 Alianza mundial por la seguridad del paciente

La Alianza Mundial para la seguridad del paciente tiene como objetivo promover la investigación y facilitar la utilización de los resultados a favor de una atención de salud más segura y una reducción al riesgo de ocasionar daño a los pacientes. Existen

factores importantes que explican la limitada investigación en cuanto a la seguridad del paciente, entre ellas destacan la escasa sensibilidad y el apoyo político y económico, eso aunado al limitado desarrollo metodológico. En la mayoría de las investigaciones en cuanto a la seguridad del paciente, se han concentrado en la atención hospitalaria en países desarrollados, mientras que en otros entornos sanitarios y en países en desarrollo es más difícil la investigación.¹⁷

El programa de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente se ha concentrado en los siguientes puntos: difundir y promover la adaptación local de la agenda de investigación mundial para mejorar la seguridad de la atención, identificar métodos e instrumentos para la investigación en esta esfera multidisciplinaria, desarrollar alternativas de formación en la investigación sobre seguridad del paciente dirigidos a capacitar líderes para el cambio en la atención sanitaria, financiar proyectos de investigación prometedores en seguridad del paciente, crear una plataforma que favorezca el intercambio y la comunicación entre investigadores y usuarios de la investigación, respaldar proyectos de investigación en países en desarrollo y países con economías en transición, resumir y difundir el conocimiento sobre la falta de seguridad de la atención y las soluciones eficaces para reducir el problema.¹⁷

3.2. Joint Commission

La Joint Commission es la organización con más experiencia en acreditación sanitaria de todo el mundo. Se dedica a la mejora de la calidad y la seguridad de las organizaciones sanitarias y sociosanitarias; trabaja para mejorar la atención de acuerdo a las necesidades y a los cambios que van surgiendo, pero con el objetivo de poder asegurar la calidad y la seguridad de los pacientes.¹⁸

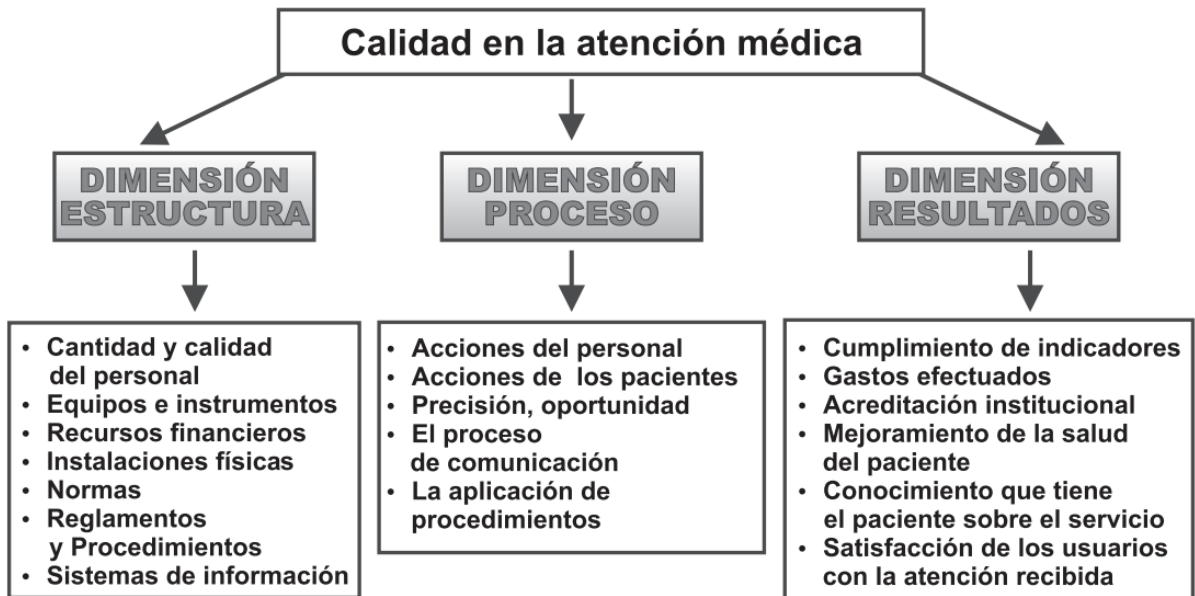
La Organización Mundial de la Salud (OMS) junto con la Joint Commission International (JCI) crearon las metas internacionales de seguridad del paciente, ahora las acciones esenciales para la seguridad de los pacientes, que reúnen las estrategias enfocadas en las situaciones de mayor riesgo para los usuarios o pacientes, como el cuidado perdido.¹⁹

3.3. Modelo de calidad de la atención de Avedis Donabedian

Para poder evaluar la calidad en la atención Avedis Donabedian fórmula una base para analizar la calidad en la atención de salud, este modelo se basa en la teoría general de sistemas y se utiliza con éxito en las instituciones de salud, ya que le dio un enfoque sistemático para la evaluación e introdujo el triple enfoque en la evaluación de la asistencia sanitaria.^{20,21}

El modelo de Donabedian ha sido aplicado a nivel mundial en un gran número de hospitales y por ellos es considerado como una de las máximas autoridades en el campo de la calidad del área de la salud. Este modelo establece las dimensiones de estructura, proceso y resultado así como sus respectivos indicadores para su evaluación.^{20,21}

Modelo de calidad de la atención médica de Donabedian



La estructura describe todas las características físicas, de organización y otros rasgos en cuanto al sistema asistencial y del entorno, el proceso habla acerca del trato a los pacientes y por último el resultado habla de la actitud los resultados de la atención recibida y la conducta que se adopta.²¹

Por otro lado Donabedian evalúa la calidad en tres dimensiones que son interrelacionadas, interdependientes u aspectos del confort: la técnica y la interpersonal. En cuanto a la atención técnica habla de la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de manera que se pueda brindar un máximo beneficio para la salud, en cuanto a la atención interpersonal mide el grado de apego a los valores, las normas, las expectativas y las aspiraciones de los pacientes, y por último los aspectos de confort que habla de aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable.²¹

3.4. Cuidado perdido de enfermería

3.4.1 Definición

El cuidado es una “actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad”²², en enfermería, el cuidado se considera como “la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él”²³. El cuidado de enfermería hacia los pacientes se puede definir como una “actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente”²⁴, de igual manera una parte esencial del cuidado de enfermería es el respeto hacia la vida y el cuidado profesional del ser humano.²⁵

El cuidar es una actividad para la supervivencia desde la existencia de la humanidad, el cuidado de los pacientes representa una serie de acciones de vida las cuales tienen como finalidad y función el mantener a los seres humanos vivos y sanos con el propósito de poder reproducirse y perpetuar la vida, de tal forma que el cuidado es mantener la vida asegurando así la satisfacción de un conjunto de necesidades para la persona, el individuo, la familia, el grupo y la comunidad. El profesional de enfermería necesita de una reforma humanista ya que esto le permitirá formarse de un juicio y le tomará un significado el cuidar a un paciente y centrar su función en la atención y apoyo.²⁶

Los cuidados de enfermería son la razón del ser de la profesión y estos constituyen el quehacer diario, el valor del cuidado exige de actitud, intención, compromiso y juicio consciente, los cuales se manifestarán en actos al momento de tener contacto con el paciente, de igual manera el cuidar implica de conocer al ser humano, interesarse por

el mismo para poder brindarle un cuidado de calidad. Existen condiciones para que se pueda brindar un cuidado las cuales son: conciencia y conocimiento sobre la propia necesidad del cuidado, intención de actuar con acciones basadas en el conocimiento, cambio positivo como resultado del cuidado.²⁷

El cuidado de enfermería se refiere a todas aquellas actividades que son desarrolladas por el personal de enfermería, por ejemplo, administración de medicamentos, de ambulación de pacientes, cambios de posición, baño de pacientes, cuidado bucal, toma de signos vitales, control de líquidos, alimentación, educación para el alta hospitalaria, entre otros. Cuando alguno de los cuidados mencionados o más de los cuidados que competen al personal de enfermería, los cuales son indispensables en la atención de los pacientes no se realizan, se denomina cuidado perdido de enfermería o error de omisión.⁶

El cuidador primario visualiza los cuidados de enfermería desde el punto técnico, es decir solo observa las tareas de suplencia o medicación, mientras que aquellas tareas que se relacionan con la ayuda, el acompañamiento, escucha o adaptarse a las necesidades de cada momento pasan desapercibidas para los cuidadores primarios, por ello el cuidador solo relacionan los cuidados omitidos con los cuidados de suplencia o medicación.²⁸

El cuidador primario se define como la persona familiar o más cercano que se ocupa de brindar de forma prioritaria apoyo tanto físico como emocional a otro de manera permanente y comprometido, es innegable que la familia es el lugar donde se desarrolla y conserva el cuidado y es justamente desde su interior que emerge la figura del cuidador. El cuidador es, en pocas ocasiones el recurso, instrumento y medio por el cual se proveen cuidados específicos y muchas veces especializados a los enfermos

crónicos, es decir, en ellos se deposita o descansa el compromiso de preservar la vida de otro, se ha visto que los cuidadores primarios de pacientes con cardiopatías congénitas mantienen un mayor compromiso con sus pacientes por el grado de complejidad que esta enfermedad tiene.²⁹

Una cardiopatía congénita es una anomalía de la estructura y la función del corazón del recién nacido que se establece desde la gestación, la complejidad que presentan estas cardiopatías interfiere en la vida de los cuidadores, ya que a medida que el tiempo pasa las demandas de cuidado por parte del paciente aumentan y repercuten de manera significativa en cuanto al bienestar y estado funcional del cuidador en las diferentes dimensiones tanto físicas, sociales y espirituales que afectan la calidad de vida.³⁰

El cuidado perdido, según Kalisch lo define como cualquier aspecto del cuidado del paciente requerido que se omite de forma parcial o total o que se retrasa significativamente. Esto reduce a un resultado adverso real o potencialmente significativo en los resultados de la atención. Según la Agencia de Investigación para el Cuidado de la Salud y la Calidad, los errores de omisión son más difíciles de reconocer que los errores cometidos, por ello representan un problema significativo que repercuten en la calidad y en la seguridad de la atención.^{4,31}

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el error en la salud como la no realización de una acción prevista, tal y como se pretendía o la aplicación de un plan incorrecto, se puede llegar a manifestar como la realización de algo incorrecto y no la realización de algo que debió realizarse durante la planificación y la ejecución del cuidado.⁶

De acuerdo a diferentes estudios que se han realizado en Europa, Inglaterra, México

y Estados Unidos, se ha encontrado que los cuidados perdidos u omitidos más comunes por el personal de enfermería se relacionan con la deambulaci3n, la higiene bucal, la conversaci3n y el aliento a los pacientes, la participaci3n en discusiones interdisciplinarias, la planificaci3n de cuidados y la educaci3n de los pacientes y familiares han sido los cuidados que no se han llegado a realizar.^{6,32,33,34}

Los pacientes pueden llegar a sufrir eventos adversos durante la estancia hospitalaria y estos pueden ser multifactoriales, ninguno de los eventos reportados ha ocurrido por una determinante aislada, en todos ellos estuvieron presentes los factores intrínsecos, los extrínsecos y/o los del sistema, en mayor o menor grado.³⁴En diferentes estudios se encontraron que, al no asistir en la ambulaci3n al paciente, no realizar cambios posturales o la higiene bucal, repercute de manera significativa en la aparici3n de neumonía, aumento en la estancia hospitalaria y de los reingresos o incluso la muerte.^{6,7}

Kalish también señala que el cuidado perdido de enfermería impacta en el personal de enfermería y en los resultados del paciente; las características del personal se han asociado con los altos porcentajes de mortalidad, tasas de infecci3n, úlceras por presi3n y caídas, este tipo de complicaciones suelen dar lugar a estancias hospitalarias más largas y mayores costos de atenci3n, con repercusiones negativas en la calidad y seguridad hospitalarias.²Una de las principales causas para el cuidado perdido es la priorizaci3n que hace enfermería sobre las órdenes médicas incluso antes de su propio juicio. De igual manera, el cuidado que no se completa es debido a las decisiones inadecuadas, ya que el personal decide omitir la atenci3n que más tiempo requiere.^{2,4}

3.4.3 Modelo de cuidado perdido

El modelo de cuidado perdido diseñado por Kalish, se propuso en el año 2006,

derivado del modelo de Donabedian.

La estructura hace referencia a la infraestructura del hospital, la unidad de atención al paciente, las características individuales del personal de enfermería; existen indicadores de calidad para medir este concepto que son atributos materiales y organizacionales, recursos humanos y financieros disponibles. El proceso se refiere al cuidado de enfermería perdido u omitido: los indicadores que hacen referencia es lo que los médicos y personal de enfermería son capaces de hacer por los pacientes, las actividades de apoyo diagnosticadas, las actitudes, habilidades, destrezas y técnicas con que se llevan a cabo; y por último, el resultado a los efectos directos en la atención del personal de enfermería y los resultados hacen referencia a la respuesta que tiene el paciente hacia los cuidados como caídas, úlceras por presión e infecciones, de igual manera se incluye la satisfacción del personal con la posición actual y la ocupación, así como, la satisfacción del paciente por la atención recibida.⁷

El aumento del personal de enfermería se ha relacionado con la reducción en los resultados negativos de los pacientes, incluyendo las tasas de mortalidad, de infección, úlceras por presión y caídas. De igual manera cuando se incrementa la carga de pacientes y las tasas de ausentismo, se elevan las tasas de mortalidad. El modelo de cuidado perdido de enfermería, plantea que la falta u omisión en los estándares de cuidado de enfermería, conduce a resultados pobres en el paciente; el cuidado perdido de enfermería hace referencia a cualquier aspecto del cuidado de enfermería el cual es requerido, pero es omitido, demorado en parte o en su totalidad.³⁶

Las consecuencias de este cuidado perdido son de gran relevancia en cuanto a los resultados hacia el paciente ya que cada cuidado perdido que no sea aplicado traerá consigo una consecuencia, por ejemplo, la deambulacion, un paciente no puede ser

dado de alta del hospital en un estado debilitado y puede ser obligado a obtener semanas de terapia física, el no realizar cambios de posición en un paciente puede dar lugar a daños en la piel y la formación de úlceras por presión, la ausencia en la educación al paciente puede causar complicaciones y la readmisión, la falta de aspiraciones en pacientes con ventilación mecánica puede provocar neumonía asociada al ventilador, no bañar a un paciente podría llevar a no detectar una lesión en la piel en una etapa temprana.⁷

Por otro lado, en relación con el cuidado, el cuidado perdido de enfermería se considera un error de omisión debido a las consecuencias que estos generan en la seguridad y salud de los pacientes. Se han realizado investigaciones para identificar los elementos y razones por las cuales el cuidado de enfermería se omite, retrasa o pierde; como respuesta a la necesidad de comprender el fenómeno y los mecanismos que vinculan al personal de enfermería con los resultados en materia de calidad y seguridad.³⁶

Kalisch menciona que los cuidados de enfermería son acciones que involucran cuatro dimensiones las cuales son: necesidades individuales, planificación del alta y educación, cuidado básico y cuidado con evaluaciones continuas.⁷

Las intervenciones de necesidades individuales orientan a tratar las respuestas humanas de las personas, antes que los problemas de salud, se realizan con el fin de promover el autocuidado y brindar soporte emocional. La planificación del alta y educación ayuda a mejorar su participación y a tomar decisiones informadas sobre la atención. Las intervenciones de cuidado básico se orientan a satisfacer necesidades básicas, cuando el paciente carece de su autonomía, todos estos cuidados son considerados rutinarios en la mayoría de hospitales. Las intervenciones de cuidado

con evaluaciones continuas implican que exista un proceso continuo de vigilancia a los pacientes, que requiere de una evaluación permanente y constante de los cuidados que se otorgan para tomar decisiones cuando el estado de salud del paciente cambia.⁶

El cuidado perdido de enfermería fue identificado por primera vez por Kalisch, con la finalidad de identificar los tipos de cuidados de enfermería que regularmente se omiten en la atención hospitalaria, se identificaron que las principales omisiones corresponden a la deambulación, cambios de posición, lavado bucal, alimentación con retraso o no brindada, educación del paciente, planificación del alta, documentación de ingresos y egresos, higiene y vigilancia. Las razones para no cumplir con estos cuidados se atribuyen a falta de tiempo, poco personal para la intervención de enfermería, deficiente trabajo en equipo, entre otros.⁴

El Modelo de Kalisch, como ya se mencionó anteriormente, identificó factores que se han asociado con el cuidado perdido, entre ellos se incluyen los relacionados con el recurso humano, como las características del personal, datos sociodemográficos, horarios de trabajo, dotación del personal, experiencia laboral, nivel de competencia y comunicación; hace hincapié en la comunicación ineficaz, ya que esta repercute en la plantación de los cuidado requeridos al paciente y de igual manera afecta la comunicación interpersonal de enfermería requerida para las actividades de colaboración entre el equipo interdisciplinario. Por último, el recurso material incluye los insumos necesarios para brindar la atención, por ejemplo, medicamentos, suministros y equipo médico.^{4,7,33}

3.5 Marco referencial

El cuidado perdido es un fenómeno que se ha analizado desde la perspectiva del cuidador primario del paciente adulto y desde la visión del mismo paciente, sin

embargo, desde la perspectiva del cuidador del paciente pediátrico existen pocos estudios, esto refleja un vacío en el conocimiento de enfermería (tabla 1). No obstante, los estudios encontrados en las diferentes bases de datos que se relacionan con el fenómeno es la siguiente:

Se encontró en un estudio descriptivo correlacional con una población de 160 pacientes adultos y enfermeras, de acuerdo con las características del personal de enfermería, la mayor cantidad eran de sexo femenino y su nivel de formación eran enfermeras generales, el promedio de pacientes asignados por turno fue de 6 pacientes por enfermera. De acuerdo con las características de los pacientes la mayor proporción fue atendida en medicina interna. Por otro lado, según los elementos del cuidado, percibidos por el personal de enfermería, donde existe una mayor omisión en el cuidado corresponde al cuidado básico, cuando se analizó por cada una de sus dimensiones se encontró que en las intervenciones de necesidades individuales el personal señaló un mayor cuidado perdido u omitido principalmente en el apoyo emocional al paciente o la familia.

De acuerdo con los elementos del cuidado percibidos por el paciente destacan el apoyo emocional al paciente y a la familia. Los factores por los que se pierde el cuidado o se omite se atribuyen principalmente a recursos humanos, por otro lado, los pacientes mencionaron como principal factor relacionado con el cuidado perdido la escasez de personal. Existe mayor omisión de cuidados, según la percepción del personal de enfermería, del cuidado básico, seguidas de intervenciones de necesidades individuales. Por otro lado, los pacientes, están de acuerdo con el personal de enfermería acerca de la omisión de las intervenciones de necesidades individuales, pero difieren con enfermería al identificar una alta omisión en la

planificación del alta y educación.³⁷

En otro estudio descriptivo correlacional que se realizó en Monterrey, Nuevo León en pacientes con cuidado perdido con riesgo de desarrollar UPP. La mayor proporción de cuidado perdido se encontró en el cuidado de la piel/cuidado de heridas. Los factores por los cuales se pierde el cuidado, de acuerdo con la percepción de enfermería se atribuyen principalmente al recurso humano. Desde el punto de vista del paciente los cuidados otorgados que se observaron en mayor proporción fueron, en caso de utilizar pañal, se encuentre limpio y seco, pero el cuidado de enfermería perdido que predominó fue el uso de algún tipo de liberador de presión en prominencias óseas. En conclusión, los hallazgos de este estudio permitieron identificar que existen cuidados de enfermería que se omiten de acuerdo con las necesidades de los pacientes durante su estancia hospitalaria y esto genera resultados negativos como es el desarrollo de UPP.³⁸

En otro estudio descriptivo, transversal, comparativo que se realizó en un hospital privado y público se encontró que el cuidado perdido de enfermería predominó en la institución pública, entre los cuidados perdidos se encuentran el cuidado básico, la planificación del alta y educación del paciente que son intervenciones propias de enfermería, estas actividades se deben brindar de manera completa y oportuna durante la estancia hospitalaria de los pacientes. De acuerdo con las diferentes dimensiones de los elementos del cuidado de enfermería perdido, en ambas instituciones la mayor omisión en el cuidado corresponde a intervenciones de cuidado básico, estas intervenciones fueron las que más se pierden u omiten, en ambas instituciones, predominó la omisión en cuidado de la boca. De acuerdo con los factores determinantes en el cuidado de enfermería perdido por parte de la percepción del

personal de enfermería de ambas instituciones, el principal factor que se relaciona con los recursos humanos de enfermería, en relación 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 es una razón significativa para el cuidado perdido.³¹

En un estudio de revisión se encontró que se ha explorado el fenómeno del cuidado perdido en los países de Estados Unidos con un 48.9%, seguido por la República de Islandia con un 4.3%, Australia con 4.3%, Corea del Sur con 4.3% y México (4.3%). El resto de los países como Reino Unido, Jordania, Islandia, Nueva Zelandia, Brasil, Suecia, Israel, República de Chipre, Suiza, Irán y Canadá; se reporta un estudio en cada uno de ellos. Las unidades con los índices más altos de cuidado perdido fueron: renal (1.4), posquirúrgica aguda (1.0), cardíaca (1.0) y ortopedia / neurológica (0.9). Los valores altos indican una mayor cantidad de cuidado perdido, mientras que los valores más bajos indican un menor cuidado perdido.³⁹

En otro estudio transversal realizado en un Hospital Público de Brasil con 267 profesional de diez unidades de internación, en donde se encontró que los cuidados de enfermería omitidos que tuvieron una mayor prevalencia fueron: sentar al paciente fuera de la cama, deambularon 3 veces al día y participación y discusión con el equipo interdisciplinario, también se encontró que la omisión de los cuidados de enfermería varió según la categoría del profesional en cinco elementos del cuidado, cuatro de estos fueron los más citados por los enfermeros y cuidados con lesiones de piel/heridas fue el más citado por los técnicos y auxiliares de enfermería y de acuerdo a las razones para la omisión del cuidado el número inadecuado de recursos humanos y el aumento inesperado en el volumen o gravedad de los pacientes fueron las razones

más prevalentes para la omisión.⁴⁰

Otro estudio cuantitativo, descriptivo y correlacional con una población de 50 enfermeras de diferentes turnos en un hospital público de tercer nivel de atención en Tabasco México, de acuerdo a las características del personal de enfermería prevaleció el sexo femenino, la mayoría eran enfermeras generales y del servicio de medicina interna, respecto a la asignación de pacientes se encontró que eran 1-6 pacientes por enfermera, en el estudio se encontró que la mayor omisión del cuidado respecto a la dimensión del cuidado básico y en donde menor se pierde es en las evaluaciones continuas, los recursos humanos son los que más influyen de manera significativa para la pérdida del cuidado.⁴¹

En otro estudio cuantitativo, transversal y correlacional realizado en un hospital de segundo nivel en San Cristóbal de las casas con una población de 61 enfermeras y pacientes adultos, de acuerdo a las características del personal de enfermería la mayoría eran de sexo femenino, su nivel de formación eran licenciadas en enfermería y el servicio que prevaleció fue hospitalización, respecto al cuidado perdido de enfermería se identificó que las intervenciones de cuidado básico son la que tienen un mayor cuidado perdido y las razones para la pérdida del cuidado consideran los factores humanos.²

En otro estudio descriptivo, correlacional, realizado en un hospital privado con una población de 71 enfermeras de servicios como terapia intensiva, urgencias hospitalización, la mayoría eran del sexo femenino y predominó la categoría enfermera general se mostró una mayor pérdida del cuidado en las intervenciones del cuidado básico y con menor pérdida la dimensión de evaluaciones continuas, cuidado básico que más se pierde corresponde al cuidado de la boca seguido de la deambulación tres

veces por turno o según la indicación, y el principal factor que contribuyó a la pérdida del cuidado fueron los recursos humanos y la comunicación.⁴²

En un estudio descriptivo, correlacional que se realizó en el Hospital Público de tercer nivel en León Guanajuato, con una muestra de 162 madres de pacientes pediátricos se encontró que, de acuerdo a las dimensiones, en la dimensión de intervenciones de necesidades individuales se encontró que el cuidado que más se pierde es la presencia de la enfermera en las visitas del cuidado interdisciplinario; en relación a la dimensión de la planificación de alta, los cuidados que más se pierden corresponde a que el personal de enfermería no le enseña cómo realizar los cuidados a su hijo en el hogar, seguido de no informar de la enfermedad de su hijo; en la dimensión del cuidado básico, se encontraron cuidados omitidos como el lavado bucal y el lavado de manos, seguido de verificar que la comida este a una temperatura adecuada; en la dimensión de intervenciones de cuidado con evaluaciones continuas, el cuidado más omitido fue la monitorización por parte de enfermería de los exámenes indicados; por ende las intervenciones con mayor cuidado perdido se identificaron en la planificación de alta y educación al paciente seguido del cuidado básico. Por otra parte, las razones para el cuidado perdido se atribuyeron al recurso humano, seguido de los recursos materiales y de comunicación.⁴³

Tabla 1. Evidencia relacionada con el cuidado perdido.

Autores	País	Tipo de estudio	Muestra	Instrumento	Cuidado perdido
Moreno-Monsiváis	México Idioma: Español	Descriptivo correlacional	N= 160 Enfermeras y pacientes adultos	MISSCARE para personal de enfermería y pacientes	Existen cuidados omitidos durante la estancia hospitalaria del paciente, el personal de enfermería señaló mayor omisión en intervenciones de cuidado básico, los pacientes señalaron una mayor omisión en las intervenciones de planificación de alta y educación al paciente, los factores que contribuyen a la pérdida del cuidado fueron los recursos humanos, los pacientes atribuyen a la pérdida del cuidado por enfermería a los recursos humanos y a la comunicación.
Hernández, Moreno, Interrial	México Idioma: Español	Descriptivo, correlacional	N=161 enfermeras N=483 pacientes adultos	MISSCARE y Cédula de Valoración de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Riesgo o con úlceras por presión	El personal de enfermería señaló que existe mayor pérdida en el cuidado de la piel, cambio de posición y en el registro de factores de riesgo para la aparición de úlceras por presión.
Moreno-Rodríguez	México Idioma: Español	Descriptivo, correlacional	N=160 enfermeras N=160 pacientes adultos	MISSCARE enfermeras y pacientes	Existe cuidados durante la estancia hospitalaria del paciente que no se realizan, el personal de enfermería señalo que existe mayor omisión en intervenciones del cuidado básico, los pacientes señalaron que el cuidado con mayor pérdida son las intervenciones de panificación del alta y educación del paciente, los factores que contribuyen al cuidado perdido de enfermería corresponden a los factores de recursos humanos.
Pacheco-Vásquez	México Idioma: Español	Cuantitativo, transversal y correlacional	N= 61 enfermeras	MISSCARE para el personal de enfermería	El personal de enfermería considera que la razón significativa para la pérdida del cuidado se relaciona con los factores de los recursos humanos, el personal de salud percibió que existe una mayor pérdida en las intervenciones de panificación del alta y educación para la salud y cuidado básico.

Moreno-Monsiváis, Silva-Ramos, López-Cocotle	México Idioma: Español	Cuantitativo, descriptivo y correlacional	N= 50 enfermeros	MISSCARE	La dimensión que presento mayor pérdida del cuidado de enfermería fueron las intervenciones de cuidado básico, seguido de planificación del alta y educación del paciente, los factores de mayor contribución para que se presente el cuidado de enfermería fueron los recursos humanos.
Carvalho, Bauer, Larcher	Brasil Idioma: Español, Portugués	Transversal	N=267 profesional	MISSCARE-Brasil	La mayor prevalencia del cuidado perdido de enfermería fueron sentar al paciente fuera de la cama, deambulacion tres veces al día y participación en la discusión del equipo interdisciplinario, las razones más frecuentes para la pérdida del cuidado fueron el numero inadecuado de personal, el numero inadecuado de personal para la asistencia o tareas administrativas.
Hernández-Cruz, Moreno-Monsiváis, Cheverría-Rivera	México Idioma: Español	Descriptivo, correlacional	N=71 enfermeras	MISSCARE	El índice mayor de cuidado perdido correspondió a las intervenciones del cuidado básico y el principal factor que contribuye en el cuidado perdido fueron los recursos humanos.
Hernández-Cruz, Moreno-Monsiváis, Cheverría-Rivera, Landeros-López	México Idioma: Español	Descriptivo transversal	N= 80 enfermeras 32 hospital público 48 hospital privado	MISSCARE	El cuidado perdido de enfermería fue mayor en la institución pública, la mayor omisión del cuidado en ambos hospitales corresponde a las intervenciones de cuidado básico, el principal factor que se relaciona con el cuidado perdido fue recursos humanos.
Moreno-Monsiváis, Gonzales-Sánchez, Cheverría-Rivera	México Idioma: Español	Descriptivo, correlacional	N=162 madres de pacientes pediátricos	MISSCARE	Los cuidados que se pierden principalmente son la planificación del alta y educación para la salud seguido del cuidado básico, los cuidados se pierden en primer orden por razones de recursos humanos.

Zárate-Grajales, Mejías	México Idioma: Español	Documental	N=47 artículos		La revisión del fenómeno y el análisis permitirán profundizar en el cuidado perdido e identificar la fundamentación teórica, los elementos conceptuales y los resultados encontrados, los cuales serán aportes para la toma de decisiones en los procesos de mejora, la docencia, el cuidado y la investigación.
-------------------------	------------------------------	------------	----------------	--	--

CAPÍTULO IV. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Tipo y diseño

Se realizó un estudio cuantitativo, con un tipo de diseño descriptivo, observacional, transversal y prospectivo sobre la percepción del cuidador primario del paciente pediátrico con cardiopatía congénita sobre el cuidado perdido del personal de enfermería en una institución de alta especialidad de la Ciudad de México.⁴⁴Esta tesis forma parte del Proyecto PAPIIT IN306419.

4.2 Población

Todos los cuidadores primarios de pacientes pediátricos con cardiopatías congénitas hospitalizados en el periodo de febrero 2020- junio2021.

4.3 Muestra

El tamaño de la muestra fue: 101 participantes.

4.4 Muestreo

La selección de los participantes del estudio, fue de forma no probabilística a conveniencia.

4.5 Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Madres o padres, responsables del paciente que funjan el rol de cuidador principal de pacientes pediátricos con cardiopatía congénita
- Cuidadores primarios de pacientes pediátricos hospitalizados que deseen participar en el estudio.
- Cuidadores de pacientes pediátricos con cardiopatía congénita que se encuentran hospitalizados con un mínimo de 72 horas.

Criterios de exclusión

- Cuidadores de pacientes pediátricos con cardiopatía congénita con cuidados paliativos.
- Cuidadores primarios de pacientes pediátricos con cardiopatía congénita que hablen otro idioma diferente al español.

Criterios de eliminación:

- Instrumentos que no se contesten por completo.
- Cuidadores primarios de pacientes pediátricos con cardiopatía congénita que durante el estudio hayan fallecido o se trasladaron a otra unidad hospitalaria.
- Familiares que abandonaron libre y voluntariamente el estudio.

4.6 Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipos de variables	Propiedades	Unidad de medición	Código o valor
Cuidado perdido de enfermería	Es cualquier aspecto del cuidado requerido por el paciente que se omite ya sea en parte o en su totalidad o se retrasa significativamente	Son las intervenciones omitidas por el personal de enfermería hacia el paciente	Cualitativa ordinal	<, >, =, ≠	Intervenciones no realizadas	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

Cuidador primario	La persona familiar o cercana que se ocupa de brindar de forma prioritaria apoyo tanto físico como emocional a otro de manera permanente y comprometido	Es la persona más cercana al paciente que se ocupa de permanentemente de él.	Cualitativa nominal	<, >, =, ≠	Persona más cercana al paciente	1= Papá 2= Mamá 3=Tío 4=Tía 5=Abuela 6=Abuelo 7=Hermanos
Género	Identidad sexual de los seres vivos.	Forma en que los seres humanos se identifican	Cualitativa nominal	<, >, =, ≠	Forma en la que el paciente se identifica	1=Femenino 2=Masculino
Grado de estudios	El término título de grado se aplica para nombrar una titulación de educación superior que se consigue al finalizar una carrera universitaria de entre tres y seis años, dependiendo de la universidad y del país en el cual se imparte.	Nivel de estudios concluidos por una persona.	Cualitativa Ordinal	<, >, =, ≠	Estudios concluidos por el cuidador primario	1=Ninguno 2=Primaria 3=Secundaria 4=Preparatoria 5=Licenciatura 6=Posgrado

Edad de la madre	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	Cantidad de años vividos de una persona	Cuantitativa Discontinua	<, >, =, ≠, 0 absoluto	Años cumplidos de la madre	Dato duro
Tiempo de hospitalización	Período de tiempo que una persona enferma o herida pasa en un hospital hasta obtener el alta médica.	Tiempo que una persona enferma a permanecido internado en un hospital	Cuantitativa Discontinua	<, >, =, ≠, 0 absoluto	Tiempo hospitalizado del paciente	Dato duro

4.7 Recolección de datos

Se utilizó el instrumento titulado MISSCARE diseñado por Kalisch y Williams (2009), con un alfa de Cronbach, 0.91⁶, el cual mide el cuidado perdido y los factores para la pérdida del cuidado hacia el paciente. Esta constituido por 3 apartados, en el primero se abarcan todos los datos personales del paciente y del cuidador primario, con 5 ítems que son: servicio en el que se encuentra, edad del cuidador primario, años de escolaridad del cuidador primario, grado de estudios del cuidador primario y tiempo de hospitalización del paciente.

El segundo apartado, constituido por 2 ítems, donde se mide la satisfacción de la atención proporcionada hacia el paciente, con un tipo de respuesta Likert, donde 5= muy satisfecho, 4=satisfecho, 3=neutral, 2=insatisfecho, 1=muy insatisfecho. Se realizó una recodificación, de estas 2 preguntas, para convertirlas en respuestas tipo dicotómicas, se transformaron las variables y se les asignaron un nuevo valor en donde 1=0, 2=0, 3=0, 4=1 y 5=1, a las ultimas variables se les otorgo un valor de 0-1 donde 0= insatisfecho y de >1 satisfecho, se sumaron los ítems y se saco la satisfacción total.

El tercer apartado se divide en dos secciones, en la primera sección, es dirigido hacia elementos del cuidado, este apartado cuenta con 24 ítems, con una escala de respuesta tipo Likert, la cual va de mayor a menor donde 5= siempre, 4= frecuentemente, 3= de vez en cuando, 2= rara vez, 1 = nunca, en donde a mayor puntaje la percepción es positiva respecto a los cuidado brindados por el personal de enfermería, dentro de este apartado se evalúan diferentes dimensiones del cuidado como, intervenciones de necesidades individuales, intervenciones de planificación de alta y educación al paciente, intervenciones de cuidado básico e intervenciones de cuidado de evaluaciones continuas. Esta escala clasifica las respuestas con 5 a 4

como cuidados no realizados y 1 a 3 cuidados realizados, se transformaron las variables de los ítems de cuidado de enfermería y se convirtieron en respuestas dicotomías en donde 1,2,3=0 cuidado perdido y 4,5=1 cuidado realizado, se realizó una suma por dimensiones del cuidado de enfermería, dimensión 1 Necesidades Individuales, ítems 5, 10, 19, 20, 21, 22 y 23, dimensión 2 Educación y Planificación de alta, ítem 9 y 14, dimensión 3 Cuidado Básico, ítems 1, 2, 3, 4, 11, 12, 13, 24, dimensión 4 Evaluaciones Continuas, ítems, 6, 7, 8, 15, 16, 17 y 18. Posterior a esto se sumaron las dimensiones y se saco el cuidado perdido total, el índice por dimensión y el índice del cuidado perdido total, se necesito el rango y el mínimo de cada dimensión y del cuidado perdido total, se utilizó la siguiente formula: $(DIM - \text{el mínimo}) / \text{rango} * 100$, calculando un índice porcentual del 0-100.

En la segunda sección se encuentran las razones para que se presente el cuidado de enfermería perdido, se refiriere a todos los factores que influyen en el cuidado perdido por parte del personal de enfermería, los cuales son: recursos humanos, recursos materiales y comunicación, distribuidos en 17 frases con respuesta tipo likert de 4 puntos que van de mayor a menor, en donde 4= es una razón significativa, 3= razón moderada, 2= razón menor y 1= no es una razón. Se recodificaron los ítems de las razones para la pérdida del cuidado en donde 1y 2 es 0= No es razón y 3 y 4 es 1= razón significativa, se realizaron la suma por factores, factores relacionados con el recurso humano: 32, 33, 34, 35, 36, 39, 47 y 48, factores relacionados con recursos materiales: 37, 40 y 41, factores relacionados con la comunicación: 38, 42, 43, 44, 45, y 46, también se realizó la suma total de todos los factores relacionados con la pérdida del cuidado perdido, y se saco el índice por factores y el índice de factores en total, realizando la misma fórmula ya mencionada y otorgando una ponderación de 1-100.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Medición	Código o valor
Cuidado perdido	Es cualquier aspecto del cuidado requerido por el paciente que se omite ya sea en parte o en su totalidad o se retrasa significativamente	Es el cuidado que el paciente requiere y es omitido por el personal de enfermería	Intervenciones de Necesidades Individuales	12,17,26,27,28, 29 y 30	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	0 = cuidado perdido 1= cuidado realizado
			Intervenciones de Planificación de alta y Educación del paciente	16 y 21		
			Intervenciones de Cuidado Básico	8, 9, 10, 11, 18, 19, 20 Y 31		
			Intervenciones de cuidado de Evaluaciones Continuas	13, 14, 15, 22, 23, 24 y 25		

Razones para la pérdida de cuidado perdido	Factores que influyen en el cuidado perdido por parte del personal de enfermería, los cuales son: recursos humanos, recursos materiales y comunicación	Factores que intervienen en la pérdida del cuidado	Factores relacionados con el Recurso Humano	32, 33, 34, 35, 36, 39, 47 y 48	4= Razón significativa 3= Razón moderada 2= Razón menor 1= No es una razón	El puntaje mínimo es de 17 y el máximo de 68 donde a mayor puntaje es una razón significativa para que exista una omisión de los cuidados de enfermería.
			Factores relacionados con Recursos Materiales	37, 40 y 41		
			Factores relacionados con la Comunicación	38, 42, 43, 44, 45 y 46		

4.8 Método de recolección de datos

Para limitar el riesgo de sesgo el propio investigador recolectó los datos siguiendo de forma sistematizada los siguientes pasos:

1. Se solicitó la revisión y dictamen del Comité de Ética e Investigación del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.
2. Se acudió al servicio de Cardiopediatría durante el turno matutino y vespertino, en un horario de 12 a 4 de la tarde.
3. Se solicitó permiso al jefe de piso para la aplicación de los instrumentos.
4. Se determinó a los cuidadores primarios de los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión.
5. Se invitó a los potenciales participantes del estudio de manera verbal a participar en el estudio.
6. Se solicitó de su consentimiento informado y asentimiento a los participantes del estudio, respetando los principios de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia.
7. Se procedió a explicar de forma detallada al participante cómo contestar el instrumento.
8. El investigador proporcionó alrededor de 15-30 minutos para que el participante contestara el instrumento.
9. El investigador revisó que el instrumento estuviera contestado al 100%, de no ser así, se le solicitó al participante que concluyera las respuestas del instrumento.

10. Se le agradeció al participante su colaboración y se explicó la finalidad de los resultados.

11. Se le agradeció al jefe de servicio por la oportunidad de aplicar los instrumentos.

4.9 Análisis de datos

El análisis de los datos se realizó a través del programa estadístico para las ciencias sociales (SPSS) versión 21 utilizando estadística descriptiva con frecuencias y porcentajes para variables cualitativas (cuidado perdido de enfermería, cuidador primario, género y grado de estudios) y medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas (edad de la madre y tiempo de hospitalización, número de años de estudio).

4.10 Consideraciones éticas

El presente estudio se realizó conforme a lo que dispone el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Los datos de los participantes se utilizaron por la autora solamente para fines de la investigación, misma que se considera de mínimo riesgo, ya que no se realizaron intervenciones en el sujeto de estudio, de igual manera esta investigación se guio bajo lo contenido en la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, la cual establece todos los criterios para la ejecución de los proyectos de investigación para la salud en los seres humanos, no se expone a los sujetos de investigación a riesgos innecesarios y se garantiza de una manera clara la gratuidad de la maniobra para el sujeto de investigación.^{45,46}

Por otro lado, esta investigación también se basó en lo estipulado en los códigos internacionales en investigación y bioética como en la Declaración de Helsinki, este

estudio está sujeto a las normas éticas que ayudan a promover y asegurar el respeto a los seres humanos y con esto ayudar a proteger su salud, sus derechos individuales, su vida, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y a la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en la investigación.⁴⁷

Se utilizo un consentimiento informado logrando que el sujeto de investigación lo comprenda y lo firme, conforme al Código de Nuremberg y el Informe de Belmont los cuales también están relacionas con la libertad de poder finalizar con la investigación en el momento que así lo considere. De igual manera se utilizó el asentimiento informado ya que para este trabajo se relacionará con pacientes pediátricos; por lo tanto, es de suma importancia tener el asentimiento informado.^{48,49}

CAPÍTULO V. RESULTADOS.

De acuerdo a los datos demográficos de los participantes del estudio, donde la muestra fue de 101 cuidadores primarios de pacientes pediátricos hospitalizados en el servicio de Cardiopedriatría, se identificó que la mayoría son del sexo femenino (91.1%), respecto al número de años de escolaridad formal de los cuidadores de pacientes pediátricos oscilo entre un mínimo de 2 a un máximo de 24 años con media de 11.53, de acuerdo al último grado de estudios el 32.7% tiene secundaria seguido de preparatoria con el 27.7%, y primaria y licenciatura con el 17.8%, respectivamente.

Se observó que los días de hospitalización de los pacientes pediátricos osciló entre 3 y 90 días con una media de 15.99, la media de edad fue de 33.85 con un mínimo de 18 años y un máximo de 53, el grupo de edad con mayor proporción fueron de 29 a 38 años (44.6%) (tabla 2).

De acuerdo a la satisfacción con la atención recibida hacia su hijo por parte de todo el equipo de salud y por parte de enfermería se observó que un 19.8% se encontraba insatisfecho mientras que el 80.2% se encontraba satisfecha con la atención recibida (tabla 3).

Tabla 2. Frecuencia y porcentajes de datos demográficos.

	n= 101 Fr(%), x ± DE
Sexo	
Femenino	92 (91.1)
Masculino	9 (8.9)

Último grado de estudios

Ninguno	
Primaria	18 (17.8)
Secundaria	33 (32.7)
Preparatoria	28 (27.7)
Licenciatura	18 (17.8)
Posgrado	4 (4)
Edad (media)	33.85 ± 7.87
18-28	28 (27.7)
29-38	45 (44.6)
39-48	26 (25.7)
>49	2 (2)
Hospitalización (días) media	15.99 ± 14.23
Número de años de escolaridad formal (media)	11.53 ± 4.38

Fr: frecuencias, %: porcentaje, DE: desviación estándar, X: media.

Tabla 3. Frecuencia y porcentajes de satisfacción en los cuidadores primarios sobre el cuidado del paciente con cardiopatía congénita.

	n= 101 Fr (%)*
Satisfacción	
Insatisfecho	20 (19.8)
Satisfecho	81 (80.2)

*Fr: frecuencias, %: porcentaje

Con relacionado al cuidado perdido de enfermería desde la perspectiva de los cuidadores primarios de pacientes pediátricos, se identificó que el índice del cuidado perdido global percibido por los cuidadores primarios fue de 9.61%.

En lo que concierne por dimensión se observó una mayor pérdida o retraso en los c

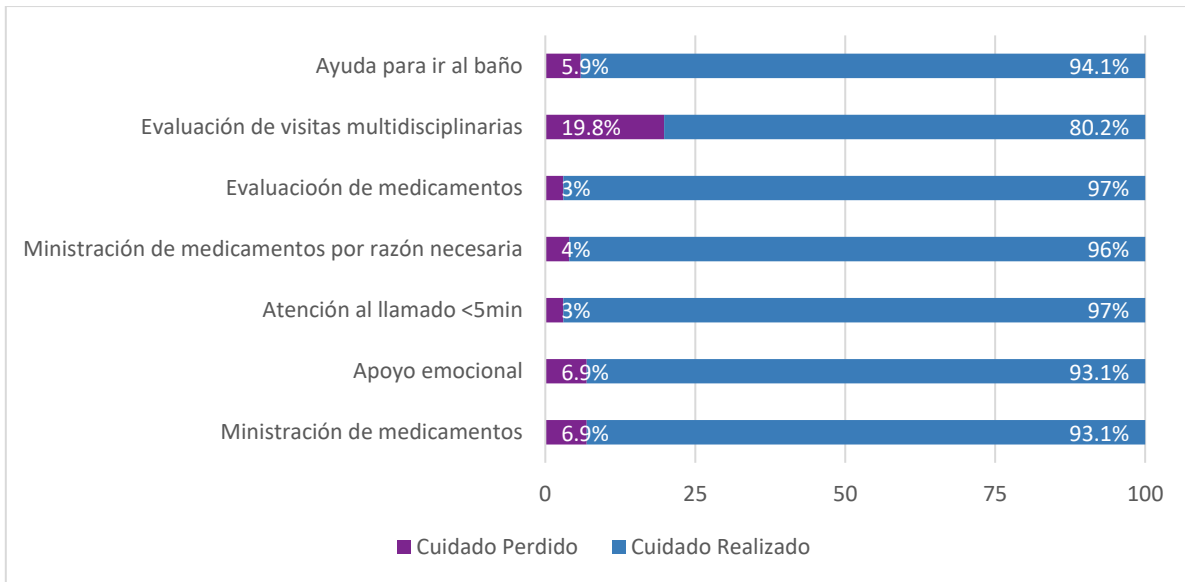
Cuidados básicos (14.23%), seguido de Necesidades individuales (8.41%), Evaluaciones continuas (5.74%) y finalmente Educación y Plan de alta (4.45%)(tabla 4).

Tabla 4. Índice Global de Cuidado perdido de enfermería y sus dimensiones.

	n= 101 media	Intervalo de confianza 95%	
		Inferior	Superior
Global	9.61	6.12	13.11
Necesidades individuales	8.41	5.10	11.72
Educación y Plan de Alta	4.45	1.00	7.90
Cuidado básico	14.23	9.02	19.44
Evaluación continua del cuidado	5.74	2.5	8.96

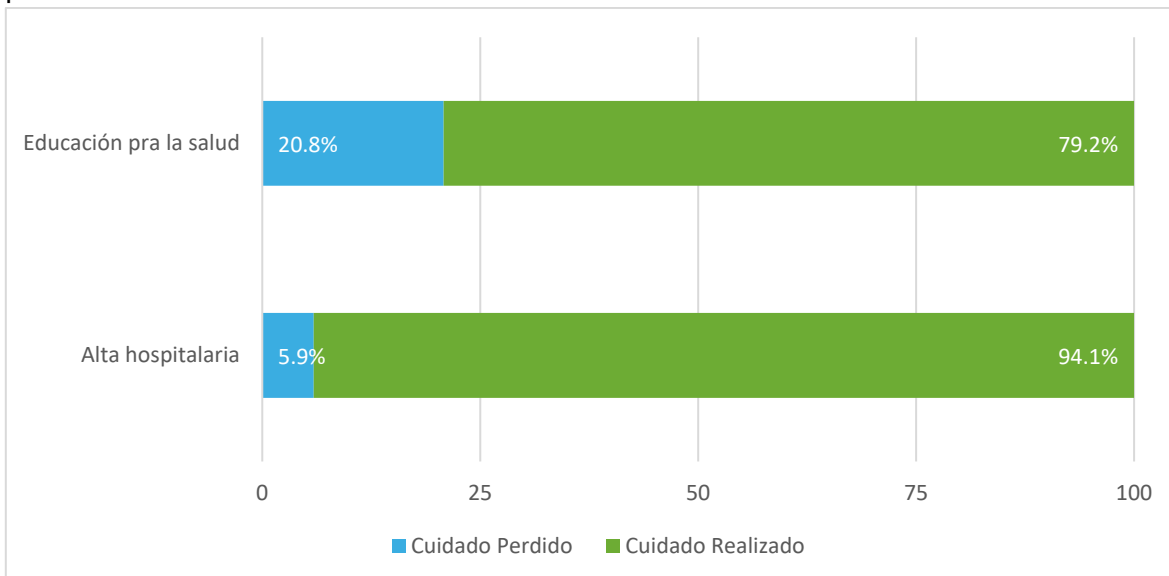
De acuerdo con la dimensión de **Necesidades individuales** se identificó que el cuidado que más se pierde o se omite es **evaluación de visitas multidisciplinarias (19.8%)**, seguido de la evaluación de **ministración de medicamento y apoyo emocional (6.9%)** respectivamente. Los cuidados que menos se pierden son atención al llamado <5min y ministración de medicamento por razón necesaria (3.0 %) (gráfica 1).

Gráfica 1. Cuidado perdido de enfermería, dimensión Necesidades Individuales por ítem.



Se observó de acuerdo a la dimensión de **Planificación de Alta y Educación al paciente**, que el cuidado que más se pierde es la **educación para la salud con 20.8%**, en cuanto a el alta hospitalaria se pierde el 5.9% (gráfica 2).

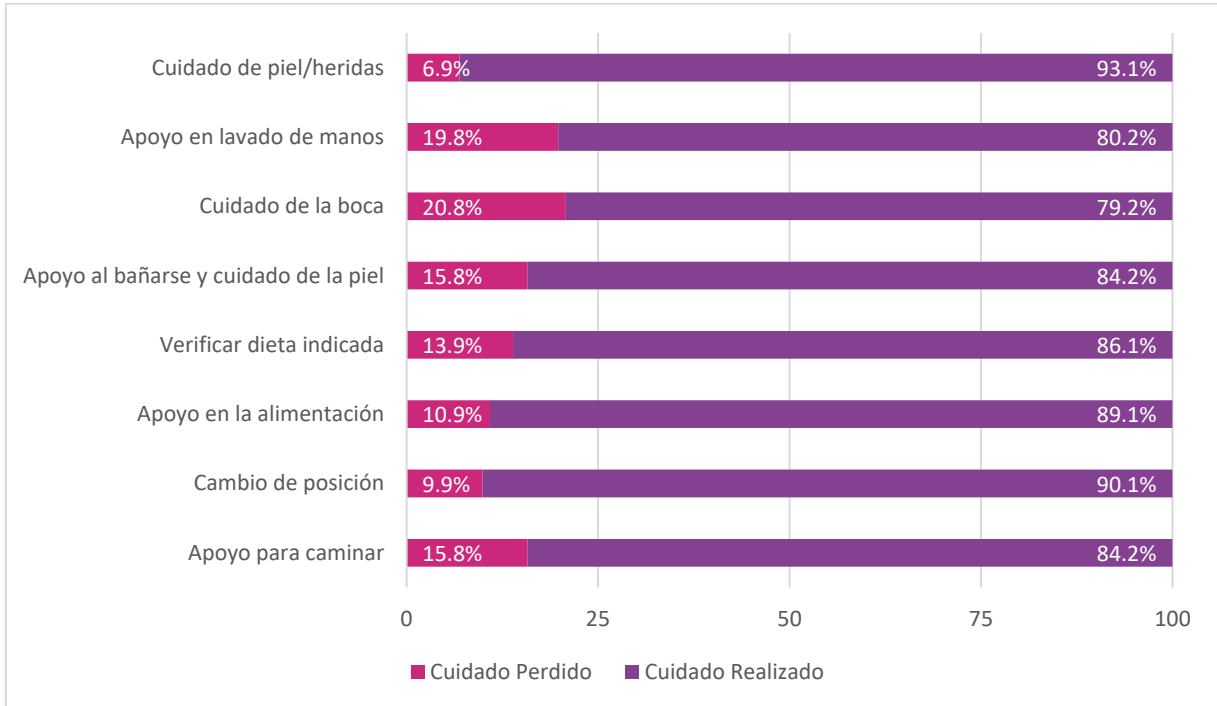
Gráfica 2. Cuidado perdido de enfermería, dimensión Planificación del alta y educación al paciente.



En cuanto a la dimensión de **Cuidado Básico**, se pierde con mayor proporción los cuidados relacionados con el **cuidado de la boca (20.8%)** y el apoyo para el **lavado**

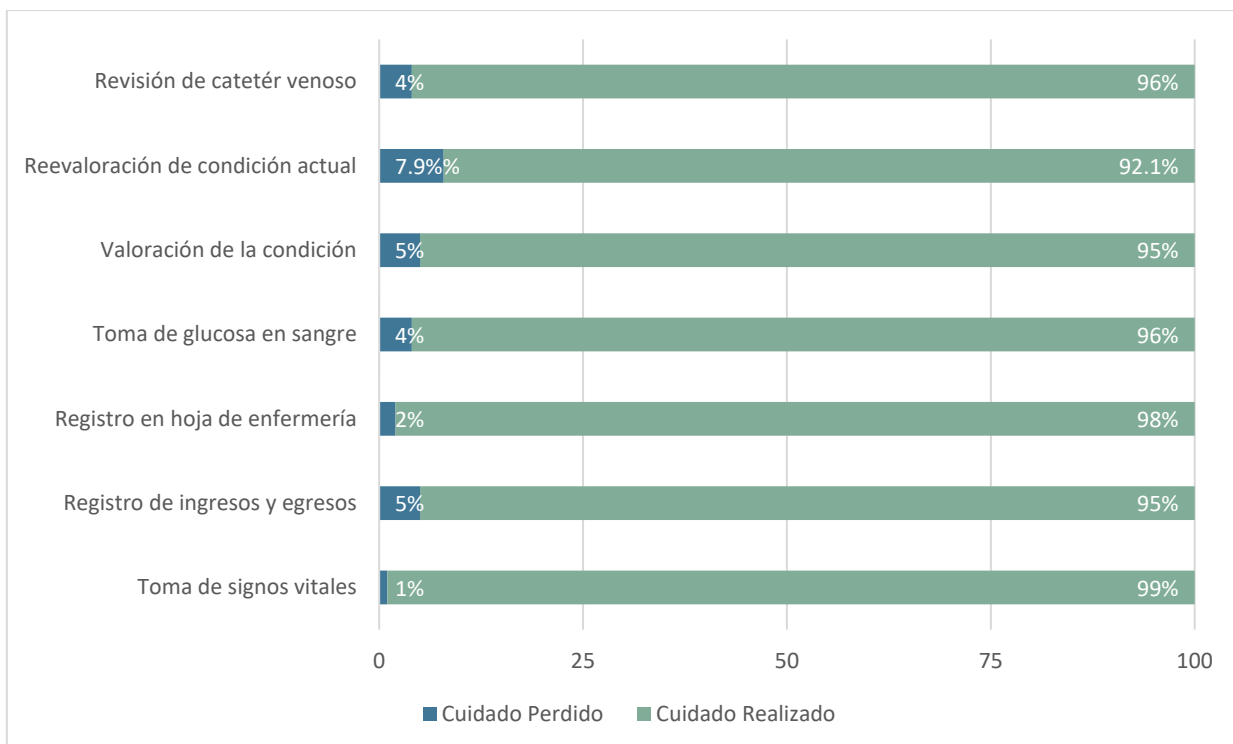
de manos (19.8%), seguido del **apoyo para caminar y apoyo al bañarse y cuidado de la piel** respectivamente, apoyo en la alimentación **(10.9%)** y cambio de posición **(9.9%)** (gráfica 3).

Gráfica 3. Cuidado perdido de enfermería, dimensión Cuidado básico por ítem



Por último, la dimensión **Evaluaciones continuas**, el cuidado sobre **la Revaluación de condición actual** se pierde en mayor proporción **(7.9%)**, seguido de la valoración de condición actual y registros de ingresos y egresos(5%) y revisión de catéter venoso y toma de glucosa en sangre (4%) respectivamente(grafica 4).

Gráfica 4. Cuidado perdido de enfermería, dimensión Evaluaciones continuas por ítem.



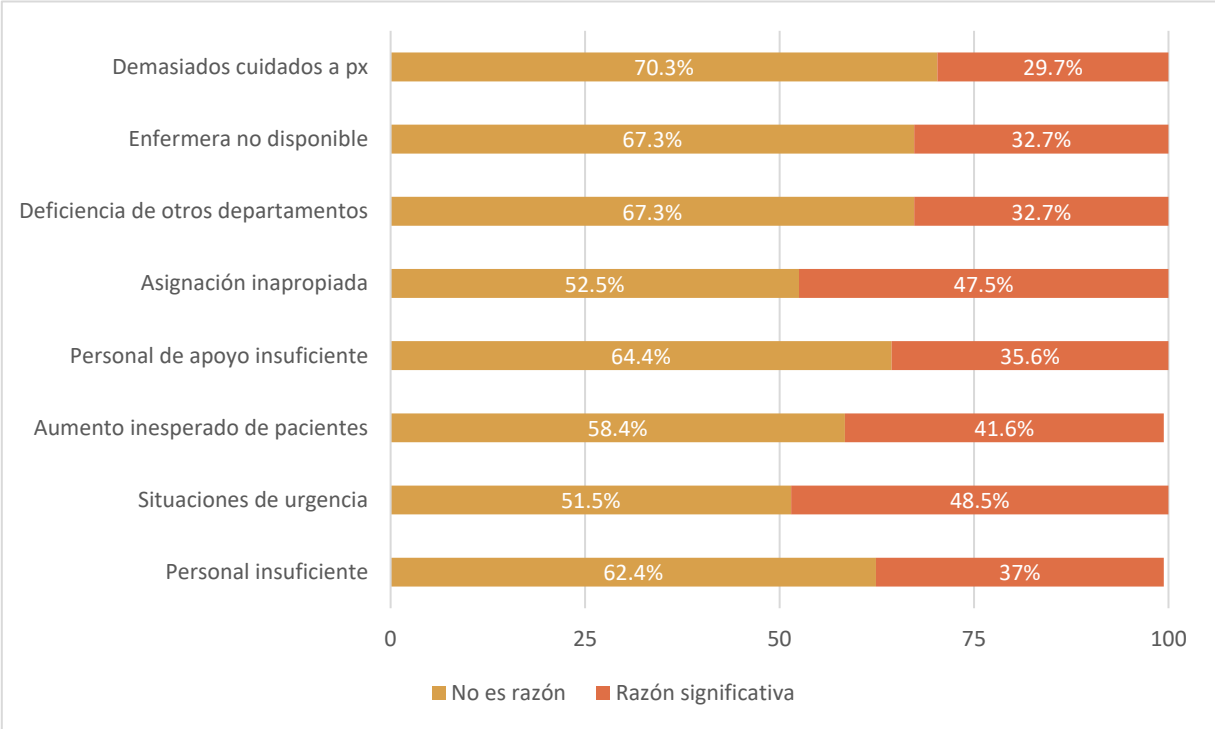
Finalmente, de acuerdo a las razones significativas del Cuidado Perdido que perciben las madres de los pacientes pediátricos hospitalizados, el índice global de las razones significativas del cuidado perdido fue de 36.35, en cuanto a las dimensiones, la dimensión que más percibe una razón significativa para que se pierda el cuidado son los recursos humanos (38.24), seguido de recursos materiales (18.94) y la comunicación (17.23) (tabla 5).

Tabla 5. Índice Global de Razones significativas del Cuidado Perdido y sus dimensiones.

	n= 101 media	Intervalo de confianza 95%	
		Inferior	Superior
Global	36.35	30.73	41.97
Recursos Humanos	38.24	31.51	31.51
Recursos Materiales	18.94	30.56	30.56
Comunicación	17.23	17.23	22.81

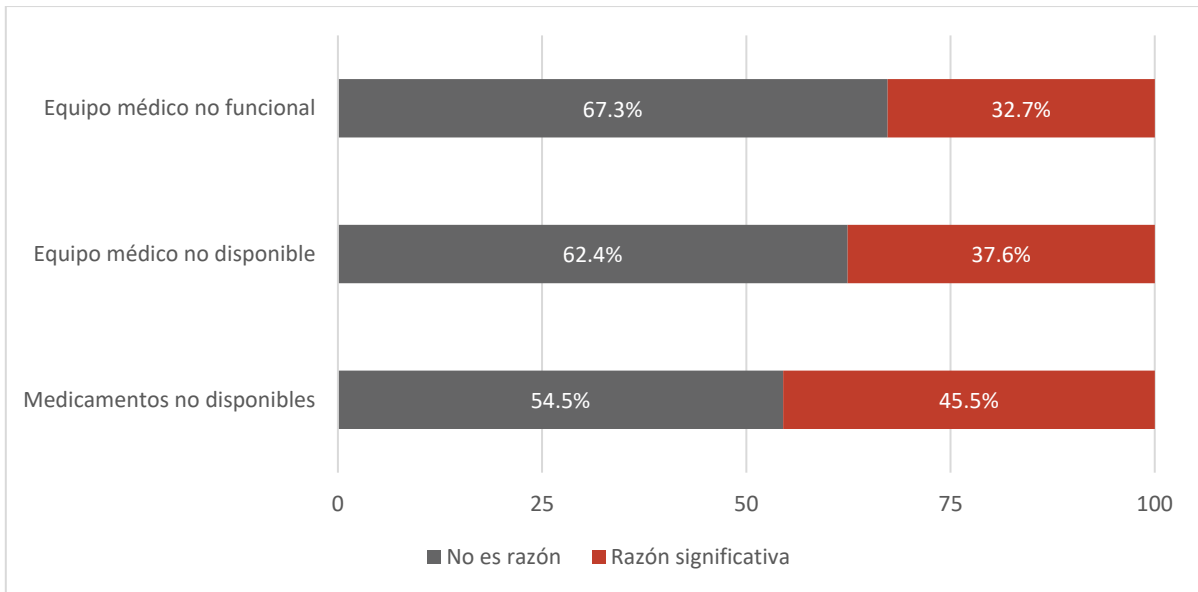
De acuerdo con la dimensión de **Recursos Humanos** el 48.5% de los cuidadores primarios de pacientes pediátricos perciben que el cuidado perdido de enfermería se debe a las **situaciones de urgencias**, el 47.5%% a la asignación inapropiada de pacientes y el 41.6% al aumento inesperado de pacientes (gráfica 5).

Gráfica 5. Razones significativas del cuidado perdido, dimensión Recursos Humanos.



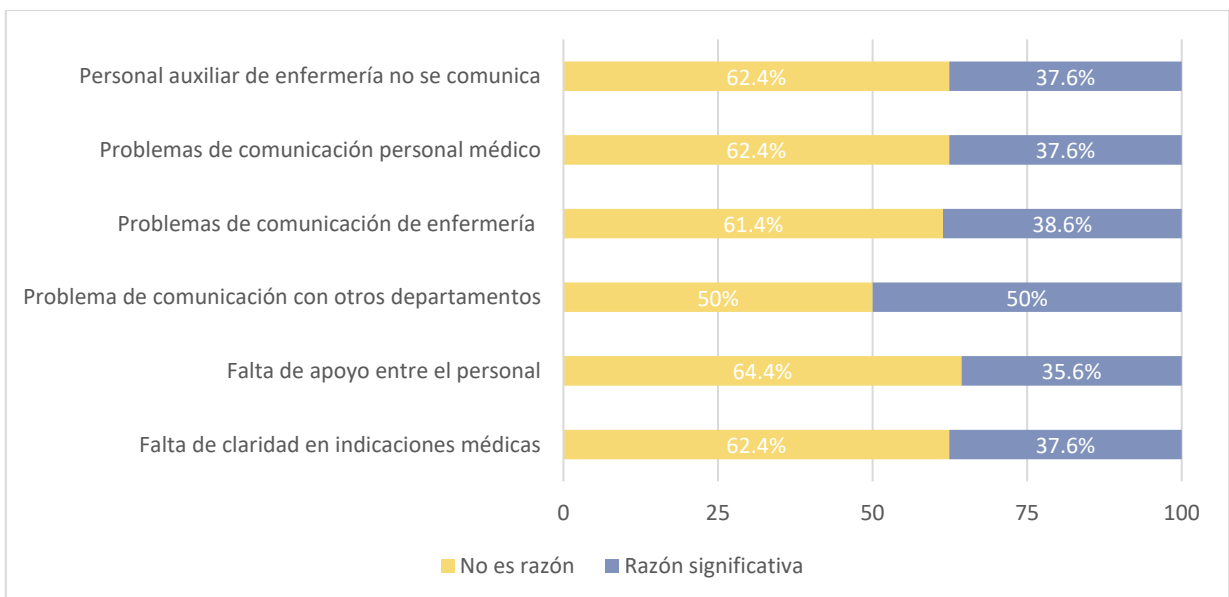
En cuanto a los **Recursos Materiales**, el 45.5% de los cuidadores refieren que se debe a la **falta de medicamentos**, el 37.6% que **el equipo médico no está disponible** y el 32.7% que el equipo médico no funciona (gráfica 6).

Gráfica 6. Razones significativas del cuidado perdido, dimensión Recursos Materiales.



En la dimensión de **Comunicación** se observó que el cuidado se pierde o retrasa más debido a problemas de **comunicación con otros departamentos** (50%), seguido de problemas de **comunicación entre el personal de enfermería** (38.6%), problemas de comunicación entre el personal médico, falta de claridad en las indicaciones y el personal auxiliar de enfermería no se comunica (37.6%) respectivamente. Gráfica 7.

Gráfica 7. Razones significativas del cuidado perdido, dimensión Comunicación.



CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN

La calidad de los servicios de salud y del cuidado mismo, son de suma importancia para la seguridad del paciente. Por ello, se deben identificar los cuidados que se omiten o retrasan para diseñar estrategias de mejora en la calidad del cuidado de enfermería brindado durante la atención al paciente.

En el presente estudio se encontró que el principal cuidador primario del paciente pediátrico con cardiopatía congénita son mujeres y jóvenes en edad reproductiva, estos datos son semejantes a lo encontrado por Díaz Benitez⁵⁰ y Moreno⁴³, pero difiere en lo encontrado por Moreno en su estudio en pacientes pediátricos y con lo encontrado por Kalish en sus estudios en países anglosajones. Probablemente la causa por la cual se observa con mayor frecuencia este fenómeno este influida por el entorno sociocultural y afectiva, es decir, en México las mujeres han sido las encargadas a través de la historia en desempeñar diferentes roles en cuanto al cuidado y educación de los hijos, inclusive aunque en la actualidad las mujeres desempeñen roles en el hogar y en el área laboral, no dejan el cuidado de los hijos, esto puede ser influido en la red de apoyo y la estructura familiar en donde se encuentre.

Se identificó en esta investigación que los cuidadores primarios de los pacientes pediátricos tienen un nivel de estudio de secundaria, esto es similar a lo encontrado por Moreno⁴³ en su estudio de pacientes pediátricos, esta similitud puede estar influenciado por el país, ya que en México existen estadísticas hechas por el INEGI⁵¹ el cual menciona que el nivel promedio de escolaridad es de 9.1 años lo que corresponde al nivel de secundaria concluida, dicho nivel educativo que presenta la mayoría de la población puede llegar a influir en la percepción que los cuidadores de pacientes pediátricos acerca de los cuidados, la enfermedad de su hijo, los signos y síntomas de

alarma, de igual manera puede llegar a repercutir en el aprendizaje para los cuidados en el plan de alta, educación para la salud, tratamiento farmacológico y cuidados a realizar una vez que el paciente egrese.

De acuerdo a la dimensión en donde se encontró una mayor pérdida del cuidado fue el cuidado básico, esto concuerda con lo investigado por Moreno^{43,42,41,38,31,6}, Moreno Rodríguez³⁷ y Pacheco², donde es la principal dimensión que se pierde desde la percepción del paciente adulto o de la enfermera; sin embargo, difiere con otros estudios hechos por Moreno desarrollado en pacientes pediátricos y en pacientes adultos en el que prevalece el plan de alta. Esta diferencia puede estar supeditado porque en el instituto hay un documento administrativo que le permite al profesional de enfermería proporcionar un plan de alta y educación para la salud estructurado, de tal forma que es posible brindarle información al cuidador primario acerca del problema de salud del paciente, el tratamiento farmacológico, los signos y síntomas de alarma y el cuidado de las heridas. Dicho documento es incluido en el expediente, el cual es un documento médico legal y es parte del proceso para cumplir con los estándares de certificación como institución que atiende a las personas con calidad y seguridad.

Cabe señalar que los resultados ya mencionados en este estudio se encuentran con una mayor pérdida el cuidado básico, esto se puede deber a que la enfermera puede llegar a darle menor prioridad a los cuidados que llegan a ser poco complejos, dentro los principales cuidados que se pierden de esta dimensión son el cuidado de la boca, el lavado de manos, el apoyo a caminar, esto es similar a lo encontrado por Moreno^{43,42,41,38,31,6}, Moreno Rodríguez³⁷ y Pacheco². Esto puede relacionarse a que en el instituto, ciertos cuidados como el de la boca o el lavado de manos son cuidados que por funciones les corresponden al personal auxiliar, por otro lado de acuerdo al

apoyo para el paciente a caminar en esta institución existen diferentes contraindicaciones por las diferentes patologías que tienen tales como arritmias, fracción de expulsión del ventrículo izquierdo <30%, crisis hipóxicas o cianosis; por lo tanto, se incrementan los riesgos para el paciente si deambula.

En la dimensión de planificación de alta y educación para la salud los cuidadores de pacientes pediátricos identificaron una menor omisión en el cuidado, de acuerdo a la educación para la salud, sobre pruebas y los estudios diagnóstico, dichos resultados son diferentes a lo encontrado por Moreno⁴¹ visto desde la perspectiva de la enfermera pero como se mencionó anteriormente coincide con lo encontrado por diferentes autores visto desde la perspectiva del adulto o del cuidador primario, esto puede atribuirse a las características de cada institución. Esto es de vital importancia ya que la falta de plan de alta puede repercutir de forma negativa hacia la recuperación del paciente.

De acuerdo a la dimensión de necesidades individuales se encontró que es la segunda dimensión que más se pierde en nuestro estudio, en donde el cuidado que más se omite es la evaluación de visitas multidisciplinarias, esto difirió en los estudios encontrados por Moreno^{43,42,41,38,31,6}, Moreno Rodríguez³⁷ y Pacheco² ya que esta es la tercera dimensión que más se pierde; sin embargo, las intervenciones que más se pierden en esta dimensión son aquellas relacionadas con la evaluación de visitas multidisciplinarias y el apoyo emocional, se puede deber al tiempo que requieren estos cuidados y en ocasiones las enfermeras priorizan aquellas necesidades o intervenciones dirigidas a las necesidades humanas que ponen en riesgo la vida como la oxigenación, eliminación, circulación, entre otras.

En la dimensión de evaluaciones continuas es la dimensión que menos se pierde y de acuerdo a las intervenciones, la reevaluación de condición actual es la que tiene una mayor pérdida del cuidado, esto se asemeja a lo encontrado por Moreno^{43,42,41,38,31,6}, Moreno Rodríguez³⁷ y Pacheco² en donde esta dimensión es la que menos se pierde; sin embargo, las intervenciones que se pierden varían entre lavado de manos, documentación de los datos de enfermería o evaluación y revaloración por enfermería, estos resultados se pueden deber que las acciones que se realizan en esta dimensión son acciones médicas legales los cuales la mayoría van documentados en la hoja de enfermería.

Los cuidadores de pacientes pediátricos atribuyen que la falta de recursos humanos es la principal razón significativa para la pérdida del cuidado, señalaron que las situaciones de urgencia, el aumento inesperado de pacientes, y la asignación inapropiada de pacientes, son las razones por las que se pierde el cuidado. Esto es similar a lo investigado por Moreno^{43,42,41,38,31,6}, Pacheco² y Moreno Rodríguez³⁷, las razones donde se percibe mayor pérdida es el número insuficiente de personal y el aumento inesperado de pacientes al igual que las situaciones de urgencia. Esto puede deberse a que a nivel mundial existe una crisis en cuanto a los recursos humanos para el sector salud, esta escasez de recursos humanos puede deberse al entorno laboral de las instituciones y las políticas de empleo que llegan a ser deficientes, esta deficiencia se ve afectada en el índice enfermera-paciente y por ende existe un desequilibrio en cuanto a la asignación de pacientes.^{52,53}

La segunda razón significativa para la pérdida del cuidado fueron los recursos materiales, los cuidadores de pacientes pediátricos refieren que se debe a la falta de medicamentos y que el equipo médico no esté disponible o no funcione correctamente,

esto concuerda con lo mencionado por Moreno^{43,42,41,38,31,6}, Pacheco² y Moreno Rodríguez³⁷, donde se ve desde la perspectiva de la enfermera, los pacientes adultos y cuidadores de pacientes pediátricos, esto puede deberse a que existen cambios en cuanto a los presupuestos designados por parte del gobierno federal hacia los hospitales, este presupuesto varía dependiendo del nivel de atención y cobertura de pacientes, sobre todo en este sexenio hubo un cambio importante respecto a los presupuestos a una modalidad de compra consolidada que en determinado momento se ve reflejado en el tiempo en que se tienen disponibles los recursos materiales del hospital.⁵⁴

La tercera y última razón significativa para la pérdida del cuidado fue la comunicación y las razones para la pérdida fueron problemas de comunicación entre otros departamentos, el personal de enfermería, el personal médico, falta de claridad en las indicaciones y el personal auxiliar de enfermería comunica el cuidado realizado, esto coincide con lo investigado por Moreno^{43,42,41,38,31,6}, Pacheco², respecto a que es la última razón significativa que los cuidadores de pacientes pediátricos identificaron. En el estudio de Moreno-Rodríguez³⁷, los pacientes adultos no identificaron ninguna razón significativa para la pérdida del cuidado por factores de comunicación. Estos resultados se deben a que existen diferentes errores por una pobre comunicación entre el equipo de salud, ya sea por órdenes verbales o por teléfono esto afecta en la calidad y la seguridad del paciente, se han implementado acciones en donde se promueve la comunicación efectiva, la acción esencial para la seguridad del paciente habla de ello, en donde la comunicación es importante para la reducción de los errores relacionadas con esta, de igual manera la utilización de la nemotecnia SAER (Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendaciones) este tipo de nemotecnia ayuda a una

correcta entrega de paciente entre turno y turno, favoreciendo así una comunicación efectiva y por ende un seguimiento en los cuidados.

CAPÍTULO VII. CONCLUSIÓN

Los resultados del presente estudio permitieron identificar que el cuidado perdido que más se pierde desde la percepción del cuidador primario del paciente pediátrico con cardiopatía congénita está relacionada con la dimensión de cuidados básicos, principalmente el cuidado de la boca y el apoyo de lavado de manos, estos cuidados desde la percepción de cuidador primario se deben a una falta de recursos humanos.

El cuidado perdido puede afectar la calidad y seguridad en los pacientes, por ello es de suma importancia poder identificar qué cuidados son los que más se pierden y las razones que están relacionadas. Con los hallazgos de este estudio, se puede tener una y debe ser considerado por parte de los gestores de enfermería, ya que se podrían implementar acciones que faciliten la mejora en la atención de los pacientes.

De igual manera los cuidadores de pacientes pediátricos relacionan al cuidado perdido con la falta de recursos humanos, esto igual es de suma importancia para la parte administrativa de enfermería, ya que puede ser un área de oportunidad y se necesitan desarrollar estrategias efectivas para disminuir la pérdida del cuidado.

Por último, es importante destacar que estos resultados son desde la perspectiva del cuidador primario, los cuales en la mayoría de las ocasiones son los que están más pendiente acerca del cuidado de su paciente y sobre todas las intervenciones que se le realizan o no al mismo; tienen una mayor perspectiva que la enfermera o el paciente adulto.

Implicaciones para la práctica

La relevancia de este estudio se muestra por la oportunidad que tiene el profesional de enfermería desde la docencia, ya que se deben de implementar estrategias de enseñanza y aprendizaje, en donde la enfermera aprenda a priorizar los cuidados de enfermería sin dejar a un lado los cuidados básicos como el cuidado de la boca o el lavado de manos; esto puede ir de la mano con reafirmar el trabajo multidisciplinario sobre todo con el personal auxiliar de enfermería, especificar bien los cuidados que ellas deben realizar en conjunto con las enfermeras implementando el trabajo en equipo multidisciplinario, se podría disminuir una pérdida del cuidado en las intervenciones del cuidado básico.

En cuanto a la investigación, en base a estos resultados encontrados, se propone realizar intervenciones educativas para poder disminuir el cuidado perdido, el enseñar a priorizar los cuidados y a no solo realizar todos los cuidados en un turno, sino dar un seguimiento de los cuidados de enfermería de la dimensión de cuidados básicos, necesidades individuales, realizar una evaluación continua y una continua educación para la salud.

Se pueden proponer estrategias en cuanto a los recursos materiales y humanos, como, la realización de un cálculo adecuado del índice enfermera paciente, valorar el tipo de patología del paciente y la gravedad del mismo, inclusive utilizar nuevos instrumentos o escalas como NAS, ETECTE, NEMS con el fin de que la enfermera tenga la oportunidad de brindar todos los cuidados sin excepción alguna.

Aunque de acuerdo a los recursos materiales es un poco mas difícil, se podría realizar una estrategia para mantener un control adecuado de los insumos, medicamentos y materiales necesarios para los pacientes sobre todo en el no abastecer de más o el

pedir más material del que el paciente necesita. Se podrían realizar auditorías del material de uso continuo que existe en el servicio así como el material y medicamentos que los pacientes tienen en sus casilleros evitando así que exista un sobreabasto de material.

CAPÍTULO VIII. ANEXOS

8.1 Consentimiento informado

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ENFERMERÍA

Lea la siguiente información para estar seguro(a) de que comprende perfectamente el objetivo de la investigación que se realizará, y firme en caso de que esté de acuerdo en participar en el estudio.

Título del estudio: Percepción del cuidador primario del paciente pediátrico con cardiopatía congénita sobre el cuidado perdido del personal de enfermería en una institución de alta especialidad.

Investigador(es): Cynthia Amarilis Cabrera Zarate

El autor de esta investigación es una enfermera profesional que estudia Percepción del cuidador primario del paciente pediátrico con cardiopatía congénita sobre el cuidado perdido del personal de enfermería en una institución de alta especialidad.

Es estudio ofrecerá información que puede permitir a los enfermos y a los cuidadores primarios de pacientes pediátricos saber cuáles son los cuidados omitidos de enfermería.

El estudio y sus procedimientos han sido aprobados por las personas competentes y los consejos de revisión de éste instituto. Es estudio no implica daños previsibles o daño para su familia. El procedimiento incluye: La aplicación de un cuestionario de 30 preguntas, las cuales responderá de manera libre, personal y privada, posteriormente se evaluarán sus respuestas para poder continuar con el análisis de los resultados.

La participación en estudio va a ocuparles, aproximadamente 30 minutos.

Puede preguntar cualquier duda sobre el estudio o sobre su participación a la (el) ..., llamando al número

Su participación en el estudio es voluntaria; no tiene ninguna obligación de participar. Tiene derecho de abandonar el estudio cuando quiera, el cuidado de su familiar y la relación con el personal de salud no se verán afectados. La información del estudio será totalmente confidencial, su identidad no se publicará durante la realización del estudio, ni una vez que haya sido publicado.

Toda la información de estudio será recopilada por la (el) Est LEO Cynthia Amarilis Cabrera Zarate se mantendrá en un lugar seguro y no será compartida con nadie más sin su permiso. He leído y me han explicado el consentimiento y voluntariamente consiento participar en este estudio.

Firma del participante.

Firma del testigo.

Firma del investigador.

8.2 Instrumento

Encuesta MISSCARE para la madre del paciente pediátrico

El presente cuestionario permite recolectar información para “**Cuidado perdido de enfermería, ambiente laboral y su relación con los eventos adversos reportados en hospitales de alta especialidad**”. La presente encuesta solicita información sobre algunos datos personales y el cuidado de enfermería que ha recibido **SU HIJO** hasta este momento. La información que usted proporcione podría contribuir a mejorar el servicio que brindan los profesionales de Enfermería.

Instrucciones: a continuación, se presentan algunas preguntas relacionadas con sus datos personales, marque con una equis (X) dentro del línea lateral a la pregunta y donde se solicite completar la frase realícelo con letra clara y legible. Por favor, no deje preguntas sin responder.

1. Nombre del servicio donde se le atiende a su hijo: _____
2. ¿Cuánto tiempo tiene hospitalizado su hijo en este servicio?: _____
3. Número de años de escolaridad formal de la madre:
_____ (Incluye educación básica)
4. Grado de estudios de la madre
0 _____ Ninguno 3 _____ Preparatoria
1 _____ Primaria 4 _____ Licenciatura
2 _____ Secundaria 5 _____ Posgrado
5. Edad en años cumplidos de la madre _____

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

Satisfacción	Muy satisfecho	Neutral	Insatisfecho	Muy insatisfecho
6. ¿Qué tan satisfecha se encuentra usted con la atención proporcionada a su hijo durante su hospitalización actual (todo el equipo de salud)?				
7. ¿Qué tan satisfecha se encuentra usted con la atención de enfermería proporcionada a su hijo durante su hospitalización actual?				

Cuidado de Enfermería Perdido

La enfermera (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 el personal de enfermería realiza los siguientes cuidados a SU HIJO durante el proceso de hospitalización?**

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	Frecuentemente	De vez en cuando	Rara vez	Nunca
8. Apoyaron a su hijo para caminar tres veces al día o según la indicación					
9. Le han proporcionado cambio de posición a su hijo (a) cada 2 horas o de acuerdo a sus necesidades					
10. Verifican que la comida de su hijo (a) esté a una temperatura tolerable o adecuada.					
11. Le han acercado la comida y verificado la dieta antes de que la coma su hijo (a).					
12. Le administran los medicamentos a su hijo (a) dentro de los 30 minutos antes o después del horario establecido					
13. Le miden los signos vitales a su hijo (a) (ejemplo temperatura, frecuencia del corazón, pulso).					
14. Verifican la cantidad de líquidos que toma su hijo o le administran y la cantidad de egresos (ejemplo orina, vómito, etc.).					
15. Observo que escriben datos de su hijo en la hoja de enfermería cada vez que acuden a valorarlo.					
16. Le informan acerca de la enfermedad de su hijo (a), las pruebas y los estudios de diagnóstico que le realizan durante su estancia hospitalaria.					

Elementos del cuidado	Siempre	Frecuentemente	De vez en cuando	Rara vez	Nunca
17. Se ha sentido apoyada emocionalmente por parte del personal de enfermela o ha sentido el apoyo hacia su hijo (a)					
18. Le ayudan o realizan el baño a su hijo (a)					
19. Le ayudan o realizan el lavado bucal a su hijo (a).					
20. Le ayudan a realizar el lavado de manos de su hijo (a).					
21. Le enseñan cómo realizar los cuidados a su hijo y le indican cómo deberá realizarlos en el hogar al alta hospitalaria.					
22. Monitorean o les dan seguimiento a los exámenes indicados a su hijo (a) (ejemplo nivel de azúcar en sangre, color amarillo de la piel. etc.),					
23. Durante el turno, el personal de enfermería valora (revisa) a su hija (a)					
24. Observa que revaloran (revisan) la evolución del estado de salud de su hijo (a) según su condición de salud (Por ejemplo. después de presentar fiebre, dolor, etc.)					
25. Cuidan el sitio donde está conectado la solución o el suero y las soluciones que pasan a su hijo (a) a través de una vena.					
26. Atienden sus necesidades o las de su hijo (a) en un tiempo menor a los 5 minutos después de haberle llamado.					
27. Le administran en menos de 15 minutos los medicamentos					

Elementos del cuidado	Siempre	Frecuentemente	De vez en cuando	Rara vez	Nunca
indicados; por ejemplo, en caso de dolor, fiebre, vómito, etc.					
28. Valoran si los medicamentos que le administraron o dieron a su hijo hicieron efecto.					
29. La enfermera está presente en las visitas del médico cuando valora el estado de salud de su hijo (a).					
30. La enfermera ayuda a su hijo (a) con las necesidades de ir al baño en un tiempo no mayor a 5 minutos del llamado.					
31. Contribuye al cuidado de la piel, lesiones o heridas de su hijo (a).					

Dimensiones:

Intervenciones de Necesidades individuales: 12,17, 26, 27, 28, 29 y 30.

Intervenciones de Planificación de alta y educación al paciente: 16 y 21.

Intervenciones de cuidado básico: 8, 9, 10, 11, 18, 19, 20 y 31.

Intervenciones de cuidado de evaluaciones continuas: 13, 14, 15, 22, 23, 24 y 25.

Razones para que se presente el Cuidado De Enfermería Perdido

Pensando en los cuidados de enfermería que se deben proporcionar a SU HIJO durante la hospitalización (como se indica en la Parte 1 de esta encuesta), indique las **RAZONES** por las que considera los cuidados de enfermería no se realizan.

Instrucciones: Marque con una equis (X), sólo una casilla por cada pregunta. Por favor, no deje preguntas sin responder. Por favor, no deje preguntas sin responder.

Razones para el cuidado perdido de enfermería	Razón Significativa	Razón moderada	Razón menor	No es una razón
32. Número insuficiente de personal de enfermería (falta de personal)				
33. Situaciones de urgencia de su hijo u otros pacientes (por ejemplo, el estado del paciente se agrave)				
34. Aumento inesperado en el número de pacientes y/o carga de trabajo del servicio.				
35. Número insuficiente de personal de apoyo (Camilleros, inhaloterapia, técnicos)				
36. Asignación desequilibrada de pacientes (algunas enfermeras tienen muchos pacientes asignados y otras pocos)				
37. Medicamentos no disponibles cuando se necesitan.				
38. Falta de claridad de las indicaciones cuando se cambia de turno o cuando un paciente cambia de un servicio a otro.				
39. Deficiencias en el cuidado proporcionado por otros departamentos (por ejemplo, nutrición, laboratorio, etc.).				
40. El equipo para la atención de su hijo no está disponible cuando se necesita.				
41. El equipo para la atención de su hijo no funciona correctamente cuando se necesita.				
42. Falta de apoyo entre el personal del servicio				
43. Problemas de comunicación con otros departamentos auxiliares de apoyo (nutrición, laboratorio, etc.)				
44. Problemas de comunicación entre el personal de enfermería.				

45. Problemas de comunicación con el personal médico.				
46. El personal auxiliar de enfermería no comunica el cuidado que no se realiza				
47. La enfermera responsable no está disponible				
48. Demasiados cuidados a pacientes que ingresan y egresan.				

¡Gracias por su participación!

Dimensiones

Factores relacionados con el recurso humano: 32, 33, 34, 35, 36, 39, 47 y 48

Factores relacionados con recursos materiales: 37, 40 y 41

Factores relacionados con la comunicación: 38, 42, 43, 44, 45 y 46

8.3 Cronograma

Actividades	TIEMPO DE DURACIÓN							
	Septiembre	Oct-Dic	Enero 28	Febrero	Marzo 18	Abril	Mayo	Julio
Aprobación del comité de investigación								
Anteproyecto								
Prueba piloto								
Tesis con resultados finales								
Primera revisión de tesis								
Recolección de datos								
Documentación y trabajo de tesis concluido								

REFERENCIAS

1. Juan-López, Durán-Fontes, Hernández-Torres. La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia. Secretaría de Salud.
2. Pacheco-Vásquez Y. Factores relacionados con el cuidado perdido y la influencia en la calidad de la atención [Maestría]. Universidad Nacional Autónoma de México; 2017.
3. Boletín CONAMED-OPS. Órgano de difusión del Centro Colaborador en materia de Calidad y Seguridad del Paciente. CONAMED. México. 2015.
4. Kalisch BJ, Landstrom G, Hinshaw AS. Missed nursing care: A concept analysis. *J Adv Nurs*. 2009; 65(7):1509-17
5. Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente.
6. Moreno-Monsiváis MG, Moreno-Rodríguez C, Interrial-Guzmán MG. Omisión en atención de enfermería para pacientes hospitalizados. *Aquichan*. 2015; 15 (3): 329-338.
7. Meijome-Sánchez JM. El camino de los cuidados perdidos. *RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA)*. 2016; 4 (2):6-12.
8. Ayuzo-del Valle N. Errar no sólo es humano. *Rev CONAMED*. 2020; 2 (25):103-104.
9. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. To err is human: building a safer health system. Committee on Quality of Health Care in America. Washington, D.C.

10. Villarreal-Pérez JZ, et al. Errar es humano. Medicina Universitaria. 2011;13(51):69-71.
11. Kohn, LT, Corrigan MJ, Donaldson MS. To Err is Human: Building a Safer Health System. Institute Of Medicine.
12. Consejo de Salubridad General. Estandares para la Certificación de Hospitales. 2012.
13. Consejo de Salubridad General. Actualización el Proceso de Certificación. Marzo 2018. SiNaCEAM.
14. Albar-Remón C. Aranaz-Andrés J. Calidad asistencial y seguridad del paciente. conceptos esenciales. Unidad 1. Seguridad del paciente y prevención de Eventos Adversos relacionados con la asistencia sanitaria. España. 2017.
15. Gutiérrez-Vega R. Seguridad del paciente: conceptos y antecedentes. Rev CONAMED. 2007; 12 (2).
16. Moreno-Monsiváis MG. CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN. Cienc. enferm. [Internet]. 2013 [Consultado noviembre 2020]; 19(1): 7-9. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000100001
17. Organización Mundial de la Salud. La Investigación en Seguridad del Paciente. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. 2008.
18. Fundación para la Acreditación y el Desarrollo Asistencial. Joint Commission. 2019
19. Gonzales J, Reynoso A. Implementación de metas internacionales de seguridad del paciente en atención ambulatoria. Rev. CONAMED. 2015; 20(2,): p.78-82.

20. Chávez-Cruz A, Molina-Regalado J. Evaluación de la calidad de atención en salud mediante el modelo de Avedis Donabedian, en el área de emergencia del Hospital Paravida de julio a diciembre 2014. San Salvador. 2015
21. Torres-Samuel M, Vásquez-Stanescu C. Modelos de evaluación de la calidad del servicio: caracterización y análisis. COMPENDIUM. 2015; 25: 57-76.
22. Cuesta-Benjumea C. El cuidado el otro: Desafíos y posibilidades. Rev Invg Edu Enf. 2007; 25(1):106-112.
23. Báez-Hernández F, Nava-Navarro V. Ramos-Cedeño L, Medina-López O. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. AQUICHAN. Colombia. 2009; 9 (2):127-134.
24. García-Campos M, Juárez-Rodríguez P. La importancia del cuidado de enfermería. Rev Enferm Inst Seguro Soc. México. 2009; 17 (2): 109-111.
25. Báez-Hernández F.J, Nava-Navarro V, Ramos-Cedeño L, Medina-López O.M. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. Aquichan [Internet]. 2009 [Consultado Nov 20]; 9(2): p. 127-134. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000200002&lng=en.
26. Ortega C. El cuidado de enfermería. Rev. Mex Enf Card. 2020, México; 9 (10): p.88-89. Consultado en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2002/en023a.pdf>
27. Juárez-Rodríguez P.A, García-Campos L. La importancia del cuidado de enfermería. Rev Enferm Int Mex Seguro Soc. 2009. México; 17 (2): p.109-111.
28. Fernández-Lao I, Silvano-Arranz A, Pino-Berenguer M. Percepción del cuidado por parte del cuidador familiar. Index Enferm [Internet]. 2013 Jun [citado 2020 Nov 30]; 22(1-2): 12-15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100003>.

29. Rivas Herrera JC, Ostiguin Meléndez RM. Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico?. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. 2011;(8):49–59.
30. Fernández-Lao I, Silvano-Arranz A, Pino-Berenguer M, Montalvo A, Flórez I. Características de los cuidadores de niños con cardiopatías congénitas complejas y su calidad de vida. Rev Unal. Colombia. 2009.
31. Hernández-Cruz R, Moreno-Monsiváis M.G, Cheverría-Rivera S, Landeros-López M, Interrial Guzmán M.G. Cuidado de enfermería perdido en pacientes hospitalizados en una institución pública y una privada. Index Enferm [Internet]. 2017 Sep; 26(3): p:142-146. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000200005&lng=es.
32. Schubert M, Glass TR, Clarke SP, Aiken LH, Schaffert-Witvliet B Sloane DM Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the swiss extension of the international hospital outcomes study. Int J Qual Health Care 2008; 20(4): pp. 227-37. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn017>
33. Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. J Adv Nurs. 2009. 65(7), 1509-17. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x> [Links]
34. Ausserhofer D, Zander B, Busse R, Schubert M, De Geest S, Rafferty AM, et al. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. BMJ Qual Saf 2014; 23(2):126-35. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002318>
35. Zárate-Grajales R.A, Salcedo-Álvarez R.A, Olvera-Arreola S.S, Hernández-Corral S, Barrientos-Sánchez J, Pérez-López M.T, et al. Eventos adversos en

pacientes hospitalizados reportados por enfermería: un estudio multicéntrico en México. *Enferm Univ.* 2017. 26 (4).

36. Carvalho de Lima J, Bauer de Camargo S, Larcher Caliri M. Omisión del cuidado de enfermería en unidades de internación. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* Ribeirão Preto. 2020.

37. Moreno-Rodríguez C. Cuidado de enfermería perdido en pacientes hospitalizados en una institución privada [Maestría]. Universidad Autónoma de Nuevo León. 2014.

38. Hernández Valles JH, Moreno Monsivais MG, Interrial Guzmán MG, Vázquez Arreola L. Cuidado de enfermería perdido en pacientes con riesgo o con úlceras por presión. *Revista Latino-Americana de Enfermagem.* 2016;(24): p.1–8.

39. ZARATE-GRAJALES, R.A. y MEJIAS, M.. Cuidado perdido de enfermería. Estado del arte para la gestión de los servicios de salud. *Enferm. univ* [online]. 2019; 16 (4) p,436-451. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.777>

40. Carvalho J, Bauer-Camargo A, Larcher-Caliri M. Omision del Cuidado de enfermería en unidades de internación. *Rev Latino.Am. Enfermagem.* 2020. 28.

41. Silva-Ramos M, López-Cocotle J, Moreno-Monsiváis M, González-Angulo P, Interrial-Guzman M. Cuidado de enfermería perdido y factores contribuyentes en un hospital de Tabasco, México. *Horizonte sanitario.* 2021; 20(2) :207-215.

42. Hernández-Cruz R, Moreno-Monsiváis M, Cheverria-Rivera S, Díaz-Olvedo A. Factores que influyen en el cuidado de enfermería en pacientes de un hospital privado. *Rev.Latino-Am Enfermagem.* 2017; 25: 1-8.

43. Gonzales-Sanchez A, Moreno-Monsiváis M, Cheverría-Rivera S. Cuidado de enfermería perdido percibido por madres de pacientes pediátricos hospitalizados. SANAUS. 2020;15. p1-12
44. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Pilar Baptista L. Metodología De La Investigación: Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado Y Pilar Baptista Lucio. 6a. ed. --. México D.F.: McGraw-Hill, 2014.
45. NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.
46. Secretaria de Salud (1987). Ley general de Salud y Códigos de México (16ªed.) Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. México.
47. DECLARACION DE HELSINKI DE LA ASOCIACION MEDICA MUNDIAL Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964.
48. Código de Nuremberg. 20 de agosto de 1947. de 1996, por **Bioéticas. Guía internacional de laBioética.**
49. Informe Belmont Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental. National Institutes of Health. 18 de abril de 1979.
50. Díaz-Benitez E, Rodriguez-Martínez L. Comparación de la calidad de vida y sobrecarga entre cuidadores primarios de pacientes cardiopatas en edad pediátrica y adulta. Rev Mex Enf Cardio. 2014; 22(1): 6-12.
51. INEGI (1998) Estadística Educación Media. México

52. Alemán-Rivera I, López-Cruz R, Torres Santiago M, García-Gallindo J, Zárate-Grajales R. Hospitales magníficos para la mejora de la calidad del cuidado. Rev enferm Inst Mex Seguro Soc. 2011; 19(2): 99-103.
53. Simonetti M, Soto P, Galiano A, Cerón M, Lake E, Aiken L. Dotaciones, Sillmix e indicadores laborales de enfermería en Hospitales Chilenos. Rev Med Chile. 2020; 148: 1444-1451.
54. Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. Consultado en http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019