



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

CUIDADO PERDIDO DE ENFERMERIA EN ADULTOS
HOSPITALIZADOS DE NUEVE INSTITUCIONES DE ALTA
ESPECIALIDAD

TESIS
PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTAN:

FEDERICO GUERRERO MARIA DE LA LUZ

No. DE CUENTA: 315334762

OLIVERA CRUZ KARLA MARIA

No. DE CUENTA: 314125532

DIRECTORA DE TESIS:

MTRA. ROSA AMARILIS ZARATE GRAJALES

CIUDAD DE MEXICO

2022





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 nuestra alma máter la Universidad Nacional Autónoma de México por permitirnos ser parte de ella desde el nivel medio superior hasta la culminación de nuestros estudios profesionales.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por inculcarnos el amor a la profesión y brindarnos los conocimientos necesarios para el ejercicio de la misma.

A la Mtra. Rosa Amarilis Zarate Grajales, por su tutoría y apoyo profesional para realizar este trabajo. Gracias por darnos la oportunidad de dejarnos participar en su proyecto de investigación.

Al Mtro. Luis Ángel Benítez Chavira, por guiarnos paso a paso durante este trabajo, darnos los conocimientos necesarios para la inmersión en el campo de la investigación, así como, su paciencia en la enseñanza y por su apoyo emocional, sin el cual no habríamos llegado a este momento.

Al Dr. Rey Arturo Salcedo Álvarez, por sus asesorías y enseñanzas durante nuestro servicio social, además, de la inclusión en actividades que complementaron nuestros conocimientos en el área de investigación. Gracias por su accesibilidad y soporte incondicional.

Al Proyecto PAPIIT 306419 “Cuidado perdido, ambiente laboral y su relación con los eventos adversos reportados en instituciones de alta especialidad” y sus colaboradores, sin el cual no habría sido posible realizar el presente trabajo.

Dedicatoria

A mis padres, porque gracias a su apoyo incondicional, he logrado cumplir todas y cada una de las metas que he fijado en mi vida, esta es una de ellas.

A mi hermano, por estar a mi lado todos los días, por alegrarme la vida, porque eso lo es todo para mí, espero poder ver que tú también logres tu meta. Mi persona especial.

A Alma, quien en poco tiempo se convirtió en mi amiga, y me devolvió algo que creí perdido, la seguridad en mí misma. Gracias por creer en mí y escucharme cuando más lo necesito.

A Karla y Diana, por estar conmigo en este último año, por mostrarme de lo que soy capaz y mostrarme el tipo de persona en la que me he convertido. Gracias por dejar contarles mis historias.

A Diana, quien no me ha abandonado desde hace siete años, me conoces mejor que yo misma. Gracias por acompañarme hasta este momento.

Dedicatoria

A mis padres, Mario y Mónica, quienes me han apoyado en cada paso del camino, me han formado con amor y educación. Gracias por cuidarme, su apoyo incondicional y enseñarme a no rendirme en mis sueños, para ser mejor persona y profesional.

A mis Titos, Alicia y Jesús, quienes me enseñaron a ser paciente y ser resiliente. Gracias por brindarme fuerza, sabiduría y acompañarme en todo momento del camino.

A mi hermana, Natalia, por motivarme a ser fuerte. Gracias por brindarme fuerza, sabiduría y cariño para ser una mejor versión de mí.

A mi Tía Lety, quien además de ser mi amiga, me brinda tranquilidad en la tempestad, me apoya incondicionalmente y me ayuda a ser mejor. Gracias por ser siempre mi lugar de paz y apoyo.

A mis abuelos, Eli y Rafa, por estar conmigo. Gracias por su apoyo y cariño.

A mi tío Víctor, Fernanda y Ulysses, gracias por estar siempre, brindarme su cariño, confianza, amor y apoyo siempre.

A mi mejor amiga, Karla Fernanda, quien además de compartir nombre, risas y crecimiento desde el primer semestre en CCH SUR; me enseña el significado de la verdadera amistad. Gracias por creer en mí, motivarme y siempre estar.

Índice General

I.	Introducción.....	3
1.1	Planteamiento del Problema.....	6
1.2	Importancia del estudio	10
1.3	Propósito del estudio	12
II.	Objetivo	13
2.1	General.....	13
2.2	Específicos	13
III.	Marco Teórico.....	14
3.1	Historia de la calidad.....	14
3.2	Calidad y sus teorías.....	17
3.3	Calidad de la atención médica.....	22
3.3.1	Calidad de la atención médica de Donabedian	26
3.4	Cuidado perdido de enfermería	31
3.4.1	Modelo de cuidado perdido de Enfermería	35
IV.	Revisión de la literatura	39
4.1	Profesionales de Salud	40
4.2	Pacientes adultos hospitalizados.....	45
V.	Metodología	48
5.1	Tipo de Estudio	48
5.2	Población	48
5.3	Muestra.....	48
5.3.1	Criterios de Inclusión.....	49
5.3.2	Criterios de Exclusión.....	49
5.3.3	Criterios de Eliminación	49
5.4	Variables de estudio	49
5.4.1	Operacionalización de las variables.....	51
5.5	Instrumento de Medición	53
5.6	Validez y Confiabilidad	54
5.7	Técnica de recolección de datos.....	54
5.8	Procesamiento de datos	56
5.9	Consideraciones Éticas	57
VI.	Resultados	58
6.1	Caracterización de la muestra	58

6.2 Cuidado Perdido de Enfermería	59
6.3 Razones de ocurrencia del Cuidado Perdido de Enfermería.....	62
6.4 Análisis Descriptivo del cuidado perdido por tipo de institución.....	65
6.5 Análisis Inferencial de cuidado perdido por institución.....	70
VII. Discusión	77
VIII. Limitaciones.....	84
IX. Implicaciones para la práctica	85
X. Conclusiones	86
XI. Referencias	87
XII. Anexos	96

I. Introducción

La calidad en la atención se ha transformado en un requisito fundamental de todo servicio sanitario, sin embargo, a pesar del desarrollo científico-tecnológico logrado en las últimas décadas y aunado al aumento de la complejidad en los servicios de salud, ha hecho que se incrementen los errores durante la atención sanitaria ocasionando resultados negativos en la morbilidad, mortalidad y costos de atención(1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el error como la “no realización de una acción prevista tal y como se pretendía, o la aplicación de un plan erróneo”(2). Puede manifestarse por la realización de algo incorrecto (error de comisión) o la no realización de algo que debe realizarse (error de omisión); estudios relacionados con la seguridad del paciente y vinculados con el personal de enfermería han abordado con mayor frecuencia el error de comisión que de omisión. Sin embargo, esta situación se está revirtiendo al observar el alcance que tiene considerar los errores de omisión como un factor clave para garantizar la seguridad del paciente y la importancia que tiene que los tomadores de decisiones identifiquen los factores y realicen ajustes en las políticas de salud(3).

El cuidado que el personal de enfermería deja sin hacer durante su jornada laboral, es un fenómeno denominado cuidado perdido de enfermería, el cual Kalisch lo define como “cualquier aspecto del cuidado del paciente requerido que se omita de forma parcial o total o que se retrasa significativamente”(4). Diversos estudios relacionados con este fenómeno, evidencian que del 55% al 98% de los profesionales de enfermería tienden a retrasar u omitir alguna actividad (5,6) y el 33% de las enfermeras considera que el nivel de cuidado perdido es alto(7).

El presente estudio tiene como sustento teórico el Modelo de cuidado de enfermería perdido de Kalisch(8) el cual examina tres conceptos derivados del modelo de calidad de Donabedian(9), como son la estructura, el proceso y el resultado. La estructura se refiere a la infraestructura del hospital, la unidad de atención al paciente y las características individuales del personal de enfermería. El proceso tiene que ver con el cuidado de enfermería otorgado y con el perdido u omitido; y el

resultado se refiere a los efectos directos de la atención del personal de enfermería en el paciente como caídas, úlceras por presión e infecciones, se incluye también la satisfacción del personal con su posición actual y ocupación.

El fenómeno del cuidado de enfermería perdido en México ha sido poco explorado desde la perspectiva del paciente, por ello, se requiere reconocer la situación que guarda esta problemática, dado que es quien recibe el trato directo que brinda el profesional de enfermería, al interior de las instituciones de salud de nuestro país, con el objetivo de asegurar la calidad de la atención y la seguridad del paciente(10).

Por esta razón, este trabajo aborda en el marco teórico, la historia y evolución de la calidad, de manera cronológica hasta la actualidad, para posteriormente, enfocarse en la calidad de la atención médica propuesta por Donabedian(11) y finalmente, el cuidado perdido de enfermería, el cual, apoyado por la revisión de la literatura, desde la perspectiva del profesional y del paciente, demuestra el impacto que este tiene en los servicios de salud y sustenta la importancia que tiene medir y controlar dicho fenómeno.

En cuanto a la metodología, el presente fue un estudio observacional, transversal, prospectivo y multicéntrico, realizado en 9 instituciones de salud de alta especialidad en México, con una población conformada por personal de enfermería, a través de un muestreo probabilístico y, de donde se derivaron los pacientes adultos hospitalizados. Para la recolección de los datos se utilizó el Instrumento MISSCARE validado y confiabilizado por Kalisch(8).

Con respecto a los resultados, se encontró que existe cuidado perdido evaluado por dimensión como consecuencia de intervenciones que no deberían omitirse en cada una y, relacionadas principalmente con recursos humanos y materiales; así mismo, se detectaron diferencias estadísticamente significativas en el cuidado perdido de enfermería y factores relacionados por el tipo de institución.

En conclusión, el cuidado perdido de enfermería le compete a cada profesional, desde la gestión de los servicios hasta la administración de la institución de salud, por ser un indicador de falta de calidad, seguridad y satisfacción del paciente en la

atención; se logró identificar áreas de oportunidad respecto a las intervenciones de cuidado perdido, lo que representa una nueva visión de entrega del cuidado, además, de concientizar que este fenómeno es poco medido, conocido y evaluado desde la percepción del paciente.

1.1 Planteamiento del Problema

De acuerdo con la OMS, la calidad de la atención sanitaria se define como “el grado en que los servicios de salud para las personas y los grupos de población incrementan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados y se ajustan a conocimientos profesionales basados en datos probatorios”(12). Así mismo la Organización Panamericana de la Salud (OPS) indica que la calidad se encuentra en la satisfacción de las necesidades y expectativas del usuario o del cliente (13). Por lo anterior, podemos decir que la calidad tiene la misión de dar satisfacción a las necesidades y expectativas sanitarias del paciente a través de un óptimo nivel de calidad profesional, un proceso de mejoramiento continuo y prevención de riesgos, generando beneficios no sólo para el paciente sino también para las instituciones de salud y la población.

Por su parte, la calidad de los servicios de enfermería es elemental para mantener la seguridad del paciente, ya que cuando existe ausencia de calidad se elevan los riesgos y daños inherentes en la atención. La OMS indica que 1 de cada 10 pacientes sufre daños durante la hospitalización (14), así mismo, cuando ocurre un evento adverso, aumentan los días de estancia en la institución de 7.6 a 16.2 días, ocasionando elevación de costos hospitalarios que van desde 2.8 a 5.6 millones de dólares (15). Se documenta que del 7.4% al 20% de los eventos adversos causan daño permanente o incluso la muerte (16); por otro lado, se reporta que del 34% de los eventos adversos ocurridos, se relacionan con el cuidado de enfermería por omisión o retraso (17); así mismo, se ha reportado que algunos factores que se relacionan a que ocurra un EV son: sobrecarga de trabajo, estrés, falta de conocimientos, adherencia a protocolos y la falta de habilidad de los profesionales de enfermería (17,18).

De igual manera, podemos afirmar que el cuidado al paciente es el principal objetivo de la profesión de enfermería y asegurarlo indica calidad en la atención. Watson describe al cuidado como una característica esencial de la enfermería: "El cuidado es tema central en la atención, la ciencia y el ejercicio profesional de la enfermera". Los cuidados incluyen actividades de asistencia para necesidades evidentes o

previsibles(19). Si el cuidado no se puede asegurar con calidad debido a una omisión o retraso, se le denomina Cuidado Perdido de Enfermería. Para ello, Kalish define este como “cualquier aspecto del cuidado del paciente requerido que se omite de forma parcial o total o que se retrasa significativamente”(4); por lo que identificar los cuidados que se omiten y las razones para su ocurrencia permitirá tomar las medidas pertinentes que involucren la reestructuración de los servicios de enfermería para contribuir a resolver el problema del cuidado perdido(20), elevando así la calidad de la atención y la seguridad en la atención al paciente.

Diversos estudios relacionados con el cuidado perdido de enfermería, evidencian que del 55% al 98% de los profesionales de enfermería tienden a retrasar u omitir alguna actividad en su jornada laboral (5,6) y el 33% de las enfermeras considera que el nivel de cuidado perdido en enfermería es alto(7). Teniendo en cuenta estudios de países como México (21–27), Brasil (28–30), Estados Unidos (5), Irán (31) , utilizaron la herramienta MISSCARE para medir el cuidado perdido dentro de instituciones públicas o privadas y evidencian que el índice global de cuidado perdido oscila entre 7.45%(20), 29.95%(22); además, se reporta que 9 de cada 10 profesionales de enfermería ha perdido al menos un cuidado dentro de la práctica profesional (6), concluyendo que aunque la variable de población sea diferente siempre se ha presentado cuidado perdido y sobre todo en lo que corresponde a la dimensión de intervenciones de cuidado básico; en donde se reportan proporciones de 13.20%(24), 16.66%, 41.52%(21), un 19.80%(23) y hasta un 71% (32) . Las intervenciones de cuidado básico abarcan una amplia gama de cuidados, entre los que destacan su omisión son: deambulaci3n 19.7%, alimentaci3n al paciente 19.7% y cuidado de la boca 28.2%(21).

Así mismo, la dimensi3n de plan de alta y educaci3n al paciente con índices de 5.63%(20), 32.04%, 7.29% (21), 8.18% (23), donde se pierden los cuidados relacionados con la planificaci3n del alta del paciente 40.5% (21), la enseńanza al paciente durante su estancia hospitalaria 9.3%(21) y educaci3n al paciente sobre su enfermedad 5.7% (23). Respecto a la dimensi3n de intervenciones de necesidades individuales reportan una omisi3n de 5.03%(20), 6.84%, 31.70% (21)

y 9.17%(23), los cuidados mayormente omitidos son asistencia para ir al baño en un tiempo no mayor a 5 minutos y asistencia a evaluaciones del cuidado interdisciplinar, ambos con 56.2% y apoyo emocional al paciente o a la familia 16.7%(21). Por último, la dimensión de intervenciones de cuidado con evaluaciones continuas se reporta como la menos omitida o retrasada con índices de 4.02%(20), 5.65%, 31.70% (21), 5.44%(23), donde se omiten los cuidados de reevaluaciones al paciente de acuerdo a su condición de salud 25.0% (21), por turno y estado de salud, 13,5% y 12,8% (23), respectivamente, cuidado del sitio de inserción periférico o central y de soluciones 8.3%, evaluaciones de acuerdo a las políticas del hospital con la documentación del paciente completa 8.3% (21).

De igual forma, estudios realizados en su mayoría desde perspectiva del profesional de enfermería, reportan que la principal razón que influye en el cuidado perdido son los recursos humanos desde el 56.13% al 82.46%(20,21,23), esto relacionado con personal insuficiente, el aumento del volumen y gravedad de pacientes, falta de experiencia, emergencias e insatisfacción laboral (30); en segundo lugar, los recursos materiales 45.07% a 73.17% (20,21,23) como la no disponibilidad por escasez de material/medicamentos o el no funcionamiento del equipo cuando se necesita; y por último, la comunicación 48.62% a 65.62% (20,21,23) , relacionado con la falta de organización y coordinación interdisciplinar y falta de atención por carga de trabajo por turno.

Por otro lado, los estudios encontrados en la literatura sobre el cuidado de enfermería perdido desde la percepción de los pacientes adultos aún son pocos (26,33–35), los cuales revelan que la omisión del cuidado, corresponde principalmente a la dimensión de cuidado básico con 16.22%(33), 3.57%(35), y 2.29%(36), estas dos últimas utilizando una escala de 1 a 5; y relacionado en su mayoría con factores de, recursos humanos, en relación a la escasez de personal (18.1%), falta de experiencia laboral (13.8%), mala organización y falta de trabajo en equipo (7.5%) (23). A partir de esto, se pueden considerar que el paciente es una fuente importante para evaluar el cuidado que se brinda, asimismo, menciona

que la calidez, eficiencia y la resolución de expectativas del mismo, mejora la visión de la calidad de atención que recibe de enfermería (26).

El panorama del cuidado de enfermería perdido en México y en el mundo ha sido poco explorado desde la perspectiva del paciente, quien recibe el trato directo que brinda el profesional de enfermería, por ello, se requiere reconocer la situación que guarda esta problemática al interior de las instituciones de salud de nuestro país, con el objetivo de asegurar la calidad de la atención y la seguridad del paciente; por tanto, identificar sobre el retraso u omisión del cuidado, así como los factores que contribuyen a su aparición desde la perspectiva del paciente adulto, además de ayudar a contar con evidencia científica, permitirá identificar áreas de oportunidad, contribuir al cumplimiento de las necesidades y expectativas del paciente para que enfermería las incorpore en su práctica diaria y hacer un llamado a la gestión de los servicios de enfermería para la adopción de estrategias y mejorar calidad del cuidado (10).

Partiendo de lo anterior, se formula la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son los índices de cuidado perdido de enfermería y sus razones de ocurrencia reportados por pacientes adultos hospitalizados en nueve instituciones de salud de alta especialidad de México?

1.2 Importancia del estudio

Históricamente, los sistemas de salud para evaluar la calidad de los servicios de enfermería se centraron en el análisis de la estructura, más tarde en el proceso y, posteriormente, en los resultados obtenidos de los cuidados desde la perspectiva de enfermería y raramente se ha evaluado al usuario o paciente. Por lo que, uno de los principales desafíos del siglo ha sido comprender cuál es la labor actual de la enfermería y su evolución, con el fin de incorporar la calidad como eje esencial en los procesos de enfermería (37).

El profesional de enfermería en la actualidad constituye un recurso humano esencial dentro de las instituciones de salud, cuyo fin es prestar atención integral a la persona a través del cuidado (38); sin embargo, la OMS evidencia que de un 20% a 25% de los pacientes que ingresan al hospital experimentan daños que pueden ser evitados durante la atención (39). La evidencia señala, que del 7.4% al 20% de los eventos adversos causan daño permanente o incluso la muerte (16) y 2,6 millones de personas mueren cada año (39). Dichos daños pueden originar una elevación de los costos hospitalarios que van desde 2.8 a 5.6 millones de dólares, así como al aumento de la estancia hospitalaria (7.6 a 16.2 días) (15); estos daños son resultado de diversas causas, una de las principales es la variación de los cuidados de enfermería en la práctica clínica, en especial las omisiones durante la atención.

De acuerdo con lo estipulado por 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 por comisión, por ello, recientemente se ha dado hincapié a la identificación de estos errores por omisión desde la percepción de los profesionales de enfermería, lo cual ha dado paso a la definición de Cuidado perdido de enfermería (Kalisch), dado que la presencia de este resulta en repercusiones negativas en la calidad de la atención y seguridad hospitalaria (23).

Actualmente, los estudios relacionados al cuidado perdido se han centrado en identificar la percepción del personal de enfermería, la literatura reporta que estos profesionales son conscientes de los puntos fuertes y débiles en el cuidado que proporcionan; sin embargo, se ha dado poco énfasis a la perspectiva del paciente, quien vive el proceso de cuidado por parte de enfermería de una manera diferente,

evaluando la calidad técnica, la calidez y la eficiencia; por tanto su información es muy útil y veraz, pues es el resultado de un proceso individual acerca del cuidado que le otorga el personal de enfermería para lograr su bienestar. De esta forma, conocer la percepción del paciente adulto permitirá proporcionar atención considerando su opinión, para diseñar modelos que incorporen la cultura del buen trato y el cumplimiento de las expectativas(25).

Por último, destacar que el presente estudio aborda la perspectiva del adulto dado que actualmente, las personas entre 41 y 59 años de edad representan la mayor población en el país (40), así mismo, basados en la transición epidemiológica de México reportada del 2013-2018, revela que las enfermedades crónicas degenerativas y las enfermedades transmisibles son el primer problema de salud y, en la etapa adulta es donde frecuentemente tienden a aparecer (41). Además, esta población posee la madurez biológica, psicológica y social (42) para ser un excelente evaluador de la atención sanitaria y medir el fenómeno de cuidado perdido de enfermería.

1.3 Propósito del estudio

El profesional de enfermería es el responsable de la calidad de los cuidados que brinda, por lo que identificar las omisiones en la atención, así como los factores relacionados con dichas omisiones es vital para su gestión y aplicación del cuidado (20), además contribuye en el fortalecimiento del cuidado enfermero seguro, eficaz y eficiente a través de la evaluación continua de indicadores que ayuden a verificar la realización de las intervenciones de enfermería que presentan mayor deficiencia, por ejemplo, el cuidado básico (cuidado de la boca, deambulacion. lavado de manos, alimentación), el cual se pierde de 13.2% hasta un 80.2%, seguido con planificación del alta y educación al paciente de 5.63% al 91.82% (20,23).

El propósito de este estudio es identificar el índice de cuidado perdido de enfermería desde la perspectiva del paciente adulto y sus razones de ocurrencia, para fomentar a través de evidencia científica estrategias que eviten y reduzcan, en medida de lo posible, las omisiones de la atención, impulsen la atención interpersonal e inviten al profesional a iniciar un proceso de reflexión sobre su cuidado y reorganización de los servicios de enfermería en la práctica clínica, en busca de la mejora continua de la calidad y la seguridad del paciente (26).

Por otro lado, se pretende analizar el cuidado perdido de enfermería desde la perspectiva del paciente, por lo que sus resultados, podrán ser de utilidad y beneficio para las organizaciones prestadoras de servicios generando planes de mejora, y que a largo plazo, se vea reflejado en la disminución de las tasas de morbimortalidad, eventos adversos, y de costos hospitalarios, así como la mejora de indicadores de calidad y las acciones esenciales para la seguridad del paciente en México (43). Asimismo, ayudará a que los prestadores directos (Personal de Enfermería), utilicen esta evidencia científica para impulsar y mejorar sus competencias profesionales, desarrollando un rol más activo, autónomo, de liderazgo y consecuentemente, autocrítico, evaluando el cuidado brindado, reducir la probabilidad de omisión; sin dejar de lado a los mismos pacientes, los cuales representan el centro del modelo de cuidado de enfermería y de quien dependen los resultados obtenidos para su seguridad dentro del ambiente hospitalario (10,20).

II. Objetivo

2.1 General

- Analizar el índice de cuidado perdido de enfermería del paciente adulto hospitalizado, sus dimensiones y sus razones de ocurrencia en nueve instituciones de alta especialidad de México.

2.2 Específicos

- Identificar los índices de cuidado perdido global y por dimensión del paciente adulto hospitalizado.
- Identificar las razones de ocurrencia de cuidado perdido percibida por el paciente adulto hospitalizado.
- Analizar los índices de cuidado perdido por tipo de institución, así como sus razones de ocurrencia.

III. Marco Teórico

3.1 Historia de la calidad

A lo largo de la historia de la humanidad, el hombre ha buscado satisfacer las necesidades básicas, tales como, alimentación, salud, económicas, culturales, entre otras, siempre teniendo la presencia de la calidad aún sin ser conscientes de ella. Un claro ejemplo en la antigüedad fue la invención de instrumentos que ayudaron en las labores de la vida diaria y resolvieron sus problemas de manera eficiente, entre ellos estas las armas de caza, herramientas de construcción o utensilios diarios, y mientras cumpliera con un labor se podría considerar un producto de calidad(44).

Sin embargo, las necesidades evolucionaron con la humanidad, una muestra de ello es que durante el periodo artesanal (alrededor de 5000 a.C.), la calidad del producto añadió la comunicación directa entre el productor y el cliente, dando como resultado, una calidad máxima debido a que el producto se adaptaba y respondía exactamente a las necesidades de calidad , dando lugar a uno de los más grandes ejemplares de calidad, El Código de Hammurabi (1800 a.C), que prescribía las reglamentaciones más importantes en relación con la medicina y comercio; en la primera se encontraban no solo las tarifas que se aplicaban según la capacidad económica del paciente, sino también las sanciones a que se hacía acreedor un médico por la práctica que produjera lesión, destruyera un órgano o provocara la muerte y en la segunda se establecía la responsabilidad de la calidad de un producto por el prestador, este argumenta “si un albañil ha construido una morada y si, por defectos de la construcción, esta se hunde y mata a sus ocupantes, el albañil deberá pagar con su vida y ser ejecutado”. En otras culturas como los fenicios, le cortaban la mano a quien hacía un producto defectuoso y en la cultura maya, la calidad era controlada por la cantidad exacta de piedras para la construcción de sus templos(44,45).

Por otro lado, en el marco de la calidad en salud desde la Antigua Grecia, personajes como Hipócrates y Galeno establecieron normas para realizar una correcta

anamnesis de los pacientes y la rigurosidad del examen físico como herramienta fundamental para la atención y comprensión del paciente(44).

Posteriormente en la Edad Media, las normas que se referían a la calidad fueron más precisas, especialmente en cuanto al comercio; aseguraban que un producto entregado a un cliente correspondía al interés de este (44,45) y para el siglo V, el juramento hipocrático estableció las bases para la ética y conducta médica con el fin de mejorar sus prácticas y resultados (vigentes hasta la actualidad).

Continuando con la Revolución Industrial donde se diversificaron los productos, se expandió la manufactura y se incrementó el consumo, dando como resultado una reducción de los costos de producción, pero también su calidad. Esta disminución de la calidad condicionó a la búsqueda de procedimientos de fabricación que permitieran, al mismo tiempo, mejorar la calidad y abaratar su producción lo que trajo consigo el sistema de fábricas para el trabajo en serie y la especialización del trabajo (eficaz y eficiente)(44).

A finales del siglo XIX, la función de inspección se convirtió en elemento fundamental del proceso productivo que sería realizada por el operador, como consecuencia de los altos niveles de demanda y la necesidad implícita de mejorar la calidad de los procesos. Por consiguiente, el objetivo de la inspección era identificar los productos que no se ajustaban a los estándares deseados, para que no llegaran hasta el cliente(46). Por último, a inicios del siglo XX, en 1910, Braham Flexner en su informe al Congreso de Estados Unidos de Norteamérica puso al desnudo la pobre calidad de los servicios hospitalarios y de la docencia que obligaron a tener un control de calidad para mejorar la atención médica(45). Sin duda, el concepto de calidad siempre ha estado ligado a las necesidades de las personas, ya sea en forma individual o en forma colectiva. La evolución de este concepto en los servicios de salud ha estado unida al avance de los conocimientos científicos (44).

En cambio, en el contexto comercial en 1909 se retoma la idea de “la división de tareas como método de la organización racional del trabajo” realizado por Frederick Taylor, que dio lugar a una nueva filosofía de producción, la cual consistió en la

separación de las labores de producción de las de control de calidad, a partir de entonces la calidad fue manejada por un inspector o departamento independiente, estos cambios generaron mayor productividad y disminuyen los costos, afectando la calidad de los productos; sin embargo, esto no afectó las ventas, pues existía alta demanda de productos. No obstante, a partir de 1920, tanto la producción de los productos, como su complejidad fueron aumentando, con esto la inspección de ellos resultaba más complicada e incluso más costosa, por lo cual se desarrollaron nuevos métodos de inspección y mejora de la calidad(47), que dieron nacimiento a la conceptualización de la calidad moderna y sus modelos, que hasta el día de hoy siguen vigentes, los cuales se abordarán en el siguiente capítulo.

3.2 Calidad y sus teorías

La conceptualización moderna de la calidad nos lleva a estudiar autores como Walter A. Schewhart, B. Crosby, W. Edwards Deming, Armand V. Feigenbaum, Kaoru Ishikawa, Robert M. Pirsig, quienes construyeron su propia perspectiva de calidad, aportando así nuevos elementos para la evolución de este concepto(48).

Comenzando con Walter A. Schewhart (1931), conocido como el padre del control estadístico de la calidad, proponía esta como un problema de variación medible a través de gráficos de control (48,49). Dicho supuesto lo afirmaba Deming, ya que mencionaba “sin control estadístico el proceso estaba en un caos inestable... enmascaraba cualquier intento de realizar mejoras”, lo que condujo a la aparición del control de la calidad(47).

Continuando, W. Schewhart postulaba que existen variaciones de tipo aleatorias, que resultan independientes de la organización del sistema, las cuales siempre van a estar presentes debido a su origen; y variaciones imputables, que indican la presencia de algún fallo, de carácter dependiente y modificable (49). Él pretendía ir más allá de una inspección, tratando de identificar y eliminar las causas que generan los defectos, con la idea de mantener la planificación del proceso, de forma que siga siendo capaz de cumplir los objetivos establecidos. Para este periodo la estadística se convirtió en la herramienta indispensable para poder predecir y después comprobar cuál era la fiabilidad de los productos. Al llegar la Segunda Guerra Mundial siguió la implantación de técnicas de fiabilidad y se hizo necesario asegurar que el producto cumplía los requisitos dados sobre la calidad(47).

Posteriormente, ya en la década de los 50, aparece la definición conocida de calidad como “aptitud para el uso o adecuación al uso” por Joseph M. Juran, quien proponía que debe existir balance entre las características del producto y los productos libres de defectos; entendiéndose al “producto” como el resultado de cualquier proceso , incluyendo los servicios, y las “características” a las propiedades del producto diseñadas para satisfacer las necesidades del cliente; de la misma forma, también encontró a la calidad como el resultado de productos sin deficiencias ya que estos reflejarían clientes insatisfechos y no podría existir calidad sin satisfacer las

necesidades del cliente (50). Propuso varios enfoques estratégicos y estructurados para conseguir la calidad, uno de ellos fue la Trilogía de Juran (*Figura 1*) que nos declara que la gestión de la calidad consiste en tres procesos interrelacionados:

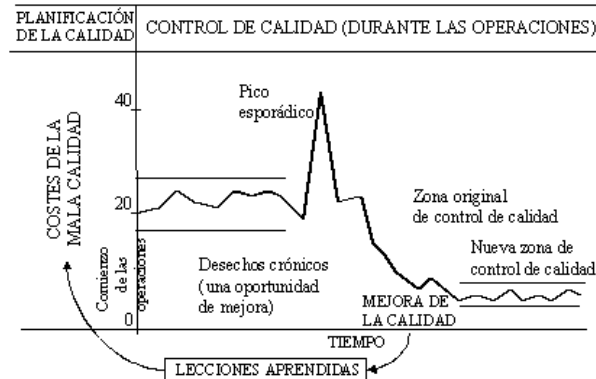


Figura 1. Suárez Gerald. Tres expertos en el miedo de las organizaciones. Diagrama de la trilogía de Juran, p.37

Primeramente, la Planificación de la calidad comprendiendo el desarrollo del proceso que conseguirá los objetivos previstos, seguido del Control de la calidad compitiendo por mantener las ganancias y no dejar que aumenten las pérdidas atendiendo a los picos esporádicos en la variación y por último la Mejora de la calidad buscando nuevos y mejorados modos de ejecución (50); así relacionando la capacidad de la organización para gestionar la calidad a través de un ciclo de cambio (alternancia entre ruptura y control de rendimiento), sumando los círculos de calidad que mejoran la comunicación entre la gerencia y los empleados con la premisa de que la fuerza de trabajo interviene en el mejoramiento de la calidad (51,52) y que el mejoramiento de la calidad se debe realizar en forma continua con conciencia de la necesidad y oportunidad para mejorar(50).

Hasta principios de los años 70's la calidad en Estados Unidos permaneció en el ámbito de los ingenieros y de la gestión. El hombre en la empresa no es más que un factor, carece de responsabilidad en la obtención de la calidad(46). En octubre de 1961 Phillip B. Crosby lanzó su concepto de "Cero Defectos", la cual se refiere al compromiso de todos aquellos que se encuentran dentro de la organización y cumplir con los requisitos la primera vez, con el fin de que se encuentren involucrados en la mejora continua y se prevengan errores. Para Crosby , la calidad significa "conformidad con los requisitos" , es decir que la calidad existe o no existe

y no se puede hablar de diferentes niveles de calidad; debe definirse entonces con términos claramente expresados y debe medirse continuamente para cumplir objetivos tangibles y que la prevención significa la perfección y por ende la calidad es gratis, lo que cuesta dinero son las cosas sin calidad, es decir, que son todas las acciones que involucran no hacer las cosas bien a la primera y, pese a que el modelo está más encaminado a las áreas empresariales por su origen, en términos generales se aplica en las áreas de la salud(45).

Sin embargo, no fue hasta 1985 que Kaoru Ishikawa, pionero del modelo Japonés, identificó a la calidad como el equivalente de la satisfacción del cliente, considerando el precio como parte de la calidad e indica el término “cambiante”, afirmando que los requerimientos y necesidades de los clientes cambian de la mano con la definición de calidad(48), expuso que el movimiento de calidad debía imponerse y mostrarse ante toda la empresa, a la calidad del servicio, a la venta, a lo administrativo, etc. Además, aportó los círculos de la calidad, los cuales se basan en un sistema participativo de gestión mediante el cual los trabajadores se reúnen en grupos pequeños para realizar sugerencias y solucionar problemas relacionados con aspectos del propio trabajo, estos grupos no sólo sirvieron para mejorar la calidad de los productos sino también para impulsar la motivación de los empleados(47), trabajó con el diagrama causa-efecto (conocido también como espina de pescado) como un método para crear y clasificar ideas o hipótesis sobre las causas de un problema de manera gráfica (Figura 2), donde el producto pasa por cada una de las vías que se interrelacionan y si alguna falla podría existir un defecto. Sus aportaciones resultaron importantes al ser base para la creación de futuros modelos de calidad, como Donabedian en el área de salud.

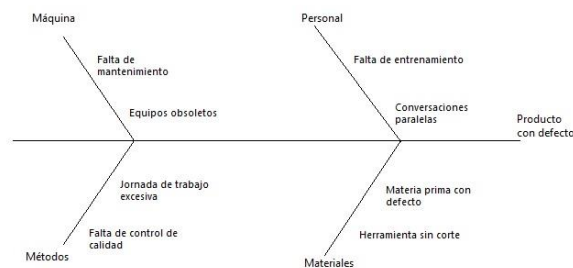


Figura 2. Diagrama de Causa-Efecto Ishikawa. . Introducción a la Ingeniería de la Calidad p 105

Por último, Edwards Deming conocido como el padre de la calidad japonesa, retomó el trabajo de Shewhart en lo que actualmente es conocido como el Círculo de Deming o PHVA (prevenir, hacer, verificar y actuar), este se transforma en un proceso de mejora continua, el cual se lleva a cabo paso a paso con el esfuerzo de todos los departamentos de la empresa aplicándolo a todos los procesos y a cada una de sus respectivas fases (*Figura 3*).

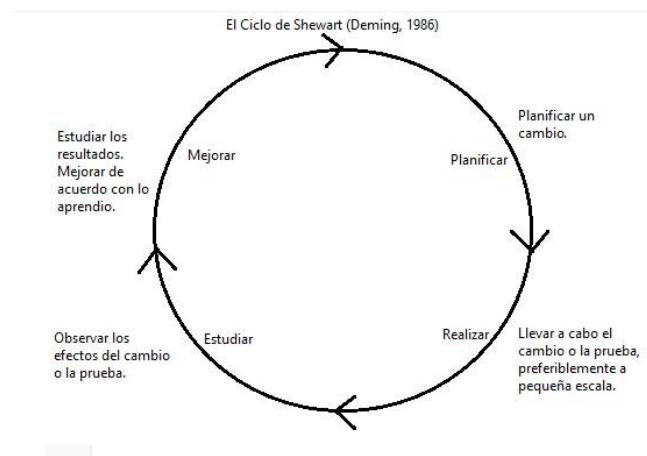


Figura 3. Fuente. Ciclo de Shewart (Deming 1986)

Se dio a conocer por impartir una serie de conferencias a ingenieros sobre control estadístico de calidad y sobre el modelo administrativo para el manejo de la calidad(46). Asimismo, Deming definió que la calidad es la base de una economía sana, puesto que las mejoras en la calidad crean una cadena, como disminuir los costos, con menos errores, menos demoras y mejor uso del tiempo y los materiales, lo que lleva a mejorar la productividad, captar más el mercado con mejor calidad y precios bajos; afirmó que la calidad de cualquier producto o servicio sólo lo puede definir el cliente de acuerdo con sus necesidades , dejando claro que la calidad es un término relativo que cambia de significado(53); basándose en los principios básicos de orientación al cliente, mejora continua y un sistema para determinar la calidad(50).

Conviene resaltar la importancia de este modelo, dado que la calidad es un proceso en el que participa la empresa, ya que de su parte depende el desarrollo de

programas de gestión de calidad, mejora continua y organización de la economía, sin embargo no solo es importante la gestión estadística y cuantitativa del sistema, si no la determinación de calidad que otorgará el cliente. Lo que origina “la dificultad de definir la calidad, estriba en traducir las necesidades futuras del usuario en características que se puedan medir, de tal modo que un producto se pueda diseñar y resulte satisfactorio a un precio que el usuario esté dispuesto a pagar.” (Deming 1986)(50).

Como hemos descrito, el enfoque de calidad ha evolucionado cronológica y conceptualmente, atravesando cuatro etapas fundamentales desde 1920 con el control de calidad por inspección, aseguramiento de calidad, calidad total y mejora continua (Figura 4). En este marco, encontramos que la calidad requiere la organización del sistema que incluye a las personas, departamentos, facultades, actividades y procesos donde todos los miembros de la organización tienen el deber de identificar, controlar y mejorar los grados de calidad. En consecuencia, la calidad requiere de trabajo en equipo y permanentemente continuo, el cual permite a la organización beneficiarse de las sinergias generadas por diversos elementos con la visión de satisfacer al cliente, +prevenir errores, reducir costos, tener equipos de mejora continua, generar competitividad y aumento de las utilidades(46). Teniendo como base esta premisa, abordaremos la calidad de la atención médica.

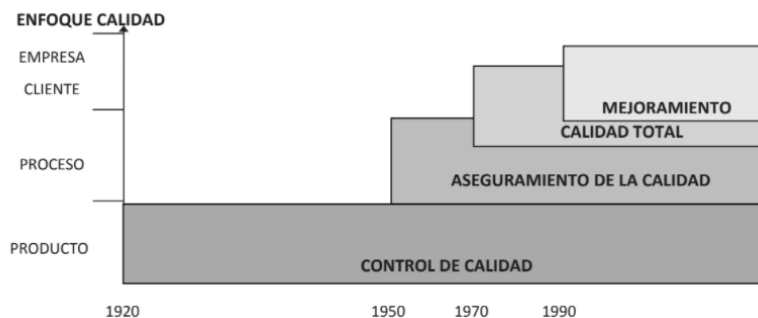


Figura 4. Concepto De Calidad: Historia, Evolución E Importancia Para La Competitividad, p 90

3.3 Calidad de la atención médica

Anteriormente, describimos como la definición de calidad ha ido evolucionando y se ha adaptado a las diferentes áreas que ofrecen productos o servicios a la población, una de ellas, el área de la atención médica; ha tenido la presión urgente de convertir y desarrollar los servicios de salud hacia mejores niveles de calidad y competitividad(54).

Existen diversas definiciones de calidad de la atención médica en México; Aguirre Gas refiere que “la calidad de la atención médica es otorgar atención oportuna al usuario, conforme los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con satisfacción de las necesidades de salud y de las expectativas del usuario, del prestador de servicios y de la institución”(55). Por otro lado, la OMS (2022) define que la “calidad de la atención es el grado en que los servicios de salud para las personas y los grupos de población incrementan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados y se ajustan a conocimientos profesionales basados en evidencia científica; esta definición de calidad de la atención abarca la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y paliación, e implica que la calidad de la atención puede medirse y mejorarse continuamente mediante la prestación de una atención basada en datos probatorios que tenga en cuenta las necesidades y preferencias de los pacientes, las familias y las comunidades”(12).

En los servicios de salud, la calidad se conceptualiza en la forma en que se utilicen las capacidades técnicas, los avances y logros científicos, tanto tecnológicos como de recursos humanos, para atender de una manera óptima a los pacientes, logrando el mejor resultado con el mínimo riesgo iatrogénico; la calidad depende no solo del sistema, sino también de la perspectiva de calidad que el cliente espere o califique, es decir que el concepto de calidad también resulta ser subjetivo, dado que cada individuo puede tener su propia apreciación o su juicio acerca del producto o servicio en cuestión(54); además es importante aclarar que términos tales como “confiable”, “servicial” y “durable”, en algunas ocasiones se han tomado como definición de calidad del servicio cuando estos términos son, en realidad características individuales, que constituyen la calidad del mismo(44).

A partir de estas premisas, se perfilan un conjunto de propiedades que integran la calidad de la atención médica, lo que permitirá juzgar los beneficios, riesgos, costos y oportunidades; lo que llamaremos “dimensiones” para la clasificación de la calidad, siendo la más conocida la de Palmer, que incluye:

Efectividad: Capacidad de un determinado procedimiento o tratamiento en su aplicación real para obtener los objetivos propuestos.

Eficiencia: La relación entre el impacto real de un servicio o programa y su coste de producción. Con la premisa de que un servicio es eficiente si consigue el máximo logro con el mínimo número de recursos posible, o con los recursos disponibles.

La combinación de estos elementos crea la efectividad y eficiencia clínica, la cual se encuentra subordinada a la actuación del profesional, que no debe emplear recursos innecesarios y su evaluación se realiza por medio de auditorías que son equipos técnicos que revisan la documentación clínica.

Accesibilidad: Facilidad con que se obtienen, en cualquier momento, los servicios sanitarios, a pesar de posibles barreras económicas, geográficas, de organización, psíquicas y culturales.

Disponibilidad: Grado en que los servicios sanitarios se hallan en estado operativo. La disponibilidad incluye la accesibilidad.

Aceptabilidad, que incluye, la satisfacción del cliente como como el grado de cumplimiento de sus expectativas en cuánto a la asistencia recibida, los profesionales, la organización y los resultados de la misma; cooperación del paciente acorde al grado en que el paciente cumple el plan de atención, que depende de la relación que se establece entre el paciente y el profesional; continuidad respecto a los servicios relacionados con el tratamiento del paciente, los cuales deben ser continuos y coordinados para que el plan de cuidados progrese sin interrupciones; competencia profesional, refiriéndose a la capacidad del profesional de utilizar plenamente sus conocimientos en su tarea de proporcionar salud y satisfacción a los usuarios, tanto a la función operacional y a la relacional; y seguridad que atañe al balance positivo de la relación beneficio y riesgo(54,56).

Es importante reconocer las características y dimensiones de la calidad asistencial para responder al desafío de evaluar este proceso en su conjunto en cada establecimiento, de tal modo que pueda ser objetivo y comparado, permitiendo conformar estándares y elaborar procesos correctivos para producir mejoras continuas; uno de los primeros en sentar las bases de la evaluación sistémica de la calidad de la atención médica fue Avedis Donabedian (1966) quien sostuvo que el propósito de la evaluación de la calidad es ejercer una vigilancia constante para que cualquier alejamiento de las normas pueda ser detectado tempranamente y corregido(11,57).

Por otro lado, podemos señalar diferentes razones para mejorar la calidad de la atención, entre ellas. para respetar los valores éticos, referente a la transgresión o no adecuación de estos en situaciones concretas; para cumplir con leyes y requisitos de acreditación vigentes del Estado a través de la aplicación de normas especiales y guías de práctica clínica; y por último por motivos económicos, específicamente con el control de los costos, cada una de estas motivará al sistema prestador de servicios a conseguir la génesis del cambio(56).

Así mismo, para evaluar la calidad asistencial se debe establecer y conocer la práctica correcta, que como bien mencionada, constituye un criterio y al mismo tiempo su aplicación en el entorno adecuado y en un nivel óptimo constituirá un estándar; los cuales se fijan de acuerdo con los conocimientos científicos o los requisitos sociales vigentes, y en caso de no existir evidencia científica puede llegarse a un acuerdo entre los afectados por el determinado problema o enfermedad. Los estándares de atención en salud son un conjunto de lineamientos que contienen actividades y procesos en el ejercicio profesional basadas en evidencia científica, pueden ser conceptualizados como la definición clara de un modelo, regla de medida o de los requisitos mínimos aceptables para la operación de procesos específicos, funcionando como elemento indispensable para la evaluación e implementación de medidas de mejora , con el fin de asegurar la calidad en la prestación de los servicios de salud(56,58).

Sin olvidar, que la calidad es un proceso de mejora continua y por tanto los estándares deben elevarse continuamente, centrarse en el paciente y que siendo la atención del paciente el resultado de una suma de acciones concretas, la mejora de esta debe conseguirse a través de una aproximación multifactorial que englobe todos estos factores que concurren en el usuario. Es imprescindible que una vez evaluada la práctica actual, se comparen los criterios y estándares establecidos, a fin de conocer los motivos de una práctica deficiente o mejorable, aspecto que constituye una fase muy importante del ciclo de evaluación(56).

Entonces, uno de los elementos clave para poder evaluar la calidad de la atención requiere identificar la adecuada implementación de los procesos necesarios para obtener los máximos beneficios con los menores riesgos, Donabedian (1985) encuentra al proceso de atención como una combinación de actividades realizadas sobre una persona o grupo para el logro de determinados objetivos, cada proceso requiere que se realice de manera estandarizada e interconectada, de tal manera que las leyes, normas, y demás elementos que organizan el sistema garanticen el funcionamiento de acuerdo a estándares recomendados, en consecuencia , el mismo autor propuso que la calidad depende de tres componentes; la estructura, esto es, de los recursos que se tiene y de la forma de organizarlos; el proceso, que compete todo lo que le hacemos al paciente y finalmente del resultado obtenido; denominado “Modelo de Calidad de Donabedian”, tema que será abordado en el capítulo siguiente(55,59), como parte fundamental del modelo que establece Kalisch sobre el cuidado perdido.

3.3.1 Calidad de la atención médica de Donabedian

Durante las últimas décadas, han surgido diferentes modelos de calidad de atención; uno de los primeros en abordar temas de calidad de los servicios sanitarios fue Avedis Donabedian (1919-2000), nacido en el Líbano, vivió tanto los logros como los horrores de la mayor parte del siglo XX, quien con sus trabajos en el campo de la Salud Pública y en el ámbito de la calidad representaron el punto de inflexión en el desarrollo de una ciencia. En 1999, recibió la Medalla Sedgwick al Servicio Distinguido en Salud Pública, la más alta condecoración otorgada por la Asociación Norteamericana de Salud Pública (52,56).

A través de un corpus de ocho libros, más de 50 artículos y numerosas cátedras, Donabedian transformó el pensamiento sobre los sistemas de salud. Gracias al conocimiento que generó, ahora entendemos que la respuesta social a los problemas de salud no es un conjunto de eventos sin relación, sino más bien un proceso complejo guiado por principios generales.

La calidad en la atención se ha transformado en un requisito fundamental de todo servicio sanitario, sin embargo, a pesar del desarrollo científico-tecnológico logrado en las últimas décadas, la complejidad de los servicios de salud ha hecho que se incrementen los errores médicos con consecuencias negativas en la morbilidad, mortalidad y costos de atención. Por lo que, para determinar cuándo la asistencia sanitaria es de calidad, hay que someter la atención médica a un triple análisis: especificar las cualidades que contribuyen a la calidad de una prestación médica; establecer la relación existente entre el volumen de servicios prestados, el coste de los mismos, los riesgos y beneficios derivados y la calidad del acto médico y, por último, identificar las diferentes dimensiones de la asistencia sanitaria relacionadas con su calidad (1).

De la vasta producción escrita por Donabedian, la OMS (2000) publicó un artículo reflexivo sobre la evaluación de la competencia del médico, donde resumía el impacto del trabajo de Donabedian sobre calidad de la atención con estas palabras:

“Su artículo fundamental de 1966, introdujo los conceptos de estructura, proceso y resultado, que constituyen hoy día el paradigma dominante de evaluación de la calidad de la atención a la salud” (60).

En 1980 Donabedian describió la calidad de atención como: "Aquel tipo de cuidado en el cual se espera maximizar un determinado beneficio del paciente, luego de haber tomado en cuenta un balance de las ganancias y pérdidas implicadas en todas las partes del proceso de atención" (61); así mismo, en su teoría de la evaluación de la calidad (1984), fue el primer autor en identificar los elementos necesarios para evaluar la calidad de la atención en los servicios de salud y obtener la satisfacción del usuario y unos años después, plantearía la existencia de dos modelos de garantía de la calidad (1993): uno propio del campo de la salud o tradicionalmente llamado modelo de atención de salud, y el nuevo modelo industrial, que nace simultáneamente ligado a la economía de libre mercado (62).

En el modelo de atención de salud, tienen relevancia las responsabilidades que los proveedores de servicio de salud tienen con los individuos, la sociedad, la gestión, costos y calidad. En este modelo, Donabedian desarrolló una propuesta conceptual para evaluar la calidad en los servicios de salud, basada en tres pilares: Estructura, Proceso y Resultado, además de sus respectivos indicadores para evaluarla(11). (Figura 5).

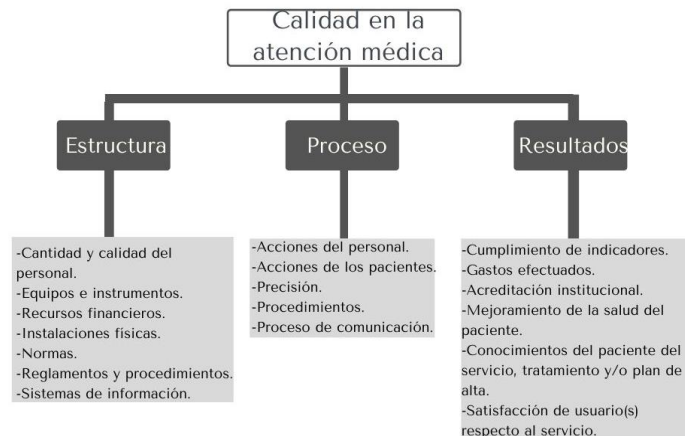


Figura 5. Modelo de calidad de la atención médica. Elaboración propia. Fuente: Donabedian (1993)

La dimensión de Estructura, involucra todos aquellos insumos concretos y cuantificables/tangibles de edificaciones, equipamiento, medicamentos, insumos médicos, vehículos, recurso humano, financiero y sistemas organizacionales, así como recursos técnicos administrativos; todos ellos necesarios, pero no suficientes para brindar una adecuada calidad de atención (Donabedian, 1993); para Donabedian y sus investigaciones, la estructura no debe verse estática ni de manera aislada, sino todo lo contrario, dinámica y que intercambia continuamente información con el exterior/entorno, además que delimita un marco donde se realizan los procesos u actividades por parte de los profesionales de salud (Lenis y Manrique, 2015) (62,63).

Continuando, dentro de los indicadores para evaluar la estructura se encuentra la accesibilidad geográfica, estructura física del área hospitalaria, características y estructura de cada servicio, también de los recursos humanos (números y calificación), recursos materiales, tecnológicos, organizacionales y actividades asistenciales, docentes e investigativas (64).

Por su parte, la dimensión de Proceso, definido como todo aquello que se realiza para que el paciente reciba una adecuada atención, constituye la clave para asegurar la calidad, con el mínimo de condiciones que asegure una alta posibilidad de producir un resultado satisfactorio de la atención, es decir, se refiere a lo que los profesionales de salud y proveedores son capaces de hacer por los pacientes, a través de lineamientos, indicadores y técnicas, a la interrelación con las actividades de apoyo diagnosticadas, además de las actitudes, habilidades y destrezas con las que se lleve a cabo, por ejemplo, el área de enfermería, algunos indicadores de proceso son prevención de caídas, ministración de medicamentos por vía oral, vigilancia y control de venoclisis instaladas, trato digno, entre otros (64,65). De acuerdo con Donabedian, los indicadores del proceso se refieren principalmente a las actividades del personal de salud, en el monitoreo de la atención, así como, a la intercomunicación con los pacientes, considerado como relevante para las evaluaciones de calidad.

Y finalmente la dimensión de Resultado, definido como la adecuada culminación de la estructura y del proceso de atención al paciente, con el tiempo e insumos requeridos, el cual, es medido normalmente por los indicadores de morbilidad, capacidad o discapacidad funcional producida por las enfermedades, satisfacción del usuario y tasa de infecciones intrahospitalarias, entre otras. Es decir que es todo lo deseado de la atención en la salud de quienes la reciben, pudiéndose reflejar con resultados positivos o negativos, de tal manera que representen los cambios de mejoría o no en la situación actual de salud, al igual que pueden ser atribuidos o no a la atención (62,63).

En suma a este modelo, Donabedian estableció tres componentes o dimensiones esenciales de la calidad asistencial (*Figura 6*), primeramente la dimensión técnica, la cual se refiere a la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema del paciente, de forma que se obtenga el máximo beneficio sin aumentar el nivel de riesgo; seguida por la dimensión interpersonal, basada en la relación del que crea el profesional de salud (en este marco enfermera-paciente), con el objetivo de lograr la mayor satisfacción del usuario con pleno respeto de su autonomía, preferencias y expectativas; finalmente, la dimensión que constituyen los aspectos de confort, los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario y su familia, que le proporcionan una atención más confortable (55,56).



Figura 6. Dimensiones de la Calidad Asistencial. Elaboración propia.

Para evaluar la calidad se han utilizado varios monitoreos, modelos, instrumentos y propuestas metodológicas, entre los modelos de evaluación más representativos en la investigación sobre calidad de los servicios, se encuentra el modelo de calidad de la atención sanitaria de Avedis Donabedian (1966) que ha generado reflexiones trascendentales sobre la responsabilidad en la calidad (63), per se, no es el único modelo con el que actualmente puede trabajarse, algunos ejemplos son el modelo nórdico, de Grönroos (1984), el americano Service Quality (SERVQUAL) (1985-1988, Brady y Cronin (2001) y el reciente LIBQUAL (2003) (66–68).

Sin embargo, el enfoque de Donabedian sigue siendo una de las principales metodologías de abordaje para la evaluación de la calidad, debido a que crea una correlación entre la estructura, procesos y resultados; plasmó la primera sistematización de criterios en esta dimensión, razón por la cual en todo trabajo científico que aborde el tema de calidad en salud, se hace mención a este autor. Esta perspectiva del modelo es conservada hasta la actualidad y suele ser el origen de muchos otros estudios que consideran el problema cuando no existe el direccionamiento hacía la calidad de la atención sanitaria y hospitalaria; entre ellos el Modelo de Cuidado Perdido de Kalisch, para evaluar la calidad de los servicios de enfermería, ya que la medición de los cuidados propios de la profesión son importantes para la satisfacción de las necesidades de los pacientes y la correcta determinación de las intervenciones (Torres y Buitrago, 2011) (62,63).

3.4 Cuidado perdido de enfermería

A partir de los esfuerzos para ofrecer calidad de la atención sanitaria, las instituciones de salud han reconocido que existen algunos riesgos durante la estadía de los pacientes. Muchos de estos incidentes están relacionados con el cuidado de enfermería y la pérdida de la seguridad del paciente. Todos los días se registran errores relacionados con la atención que brinda el equipo de salud, así como, sus consecuencias negativas en los pacientes, lo que resalta la importancia de la seguridad de este, y convirtiéndola en una prioridad de la atención sanitaria(3).

En este marco, la seguridad de la atención en salud, es un proceso centrado en el conocimiento de los riesgos de eventos adversos, la eliminación de los riesgos innecesarios y la prevención de aquellos eventos que son evitables a partir de intervenciones basadas en evidencia científica con demostrada efectividad; naturalmente donde el rol de todos los profesionales de la salud es relevante, particularmente el área de enfermería juega un papel fundamental por su involucramiento en la mayor parte de los procesos hospitalarios, lo que genera que sea el profesional de la salud con mayor cercanía con el paciente, así como un agente clave para que se reduzcan los resultados adversos(20).

Cabe destacar que la literatura ha reportado que los eventos adversos son precedidos en su mayoría por errores e incidentes en la atención, mismos que pueden clasificarse en dos tipos de errores, por acto de comisión (aquellos que se producen durante la acción planificada y se realizan de manera incorrecta, como administrar o registrar un medicamento incorrecto) o por un acto de omisión (ocurridos debido a acciones que no se realizan o se retrasan, como no realizar los cambios posturales oportunos para evitar las úlceras por presión) , ambas resultando en un evento adverso o un potencial riesgo para el mismo (20,69,70).

Cuando estas omisiones o retrasos corresponden a la atención que brinda enfermería, se le ha denomina *cuidado perdido de enfermería* (MNC, de su traducción al inglés como Missed Nursing Care). La conceptualización de este término varía dependiendo de los autores, por ejemplo, Müller ofrece la siguiente definición “si, por cualquier razón, se omiten las actividades de cuidado necesarias,

se dejan incompletas o se realizan en un momento que no es apropiado, se clasifican como perdidas”, de la misma forma, Kalisch lo definió como “Cualquier aspecto de la atención prestada que el paciente necesita que se omite (parcial o total) o se retrasa”. El cuidado perdido ha dado lugar a un gran número de eventos adversos que se presentan en el ámbito hospitalario, motivo por el cual se convirtió en tema de estudios y de recomendaciones de diversos organismos internacionales, en busca de identificar elementos, factores y diseñar intervenciones que ayuden a disminuir el problema (10,20,69).

Históricamente existían pocos estudios orientados a medir el Cuidado Perdido de Enfermería, no fue hasta principios del siglo XXI donde Beatrice Kalisch(2006) se convierte en una de las primeras en estudiar este concepto, basándose en estudios como los de Sochalski, que realizó una investigación donde empleó el término *tareas no finalizadas (tasks undone)*, para referirse a aquellas actividades del cuidado que enfermería no finalizadas por la carga de trabajo, destacando que otros factores como el entorno laboral podrían interferir con los esfuerzos de enfermería para mejorar la calidad del cuidado; y retomando los razonamientos de Schubert que *el racionamiento del cuidado de enfermería (Rationing of nursing care)* debía visualizarse como la retención o falta de tiempo para realizar las tareas de enfermería necesarias para los pacientes, así como el número de personal y la interacción de las habilidades del personal, mencionando que los atributos de la organización del hospital y el entorno de la práctica de enfermería, pueden influir en las decisiones que el personal toma para racionar el cuidado(3,20).

El impacto que las tareas dejadas de hacer o la racionalización del cuidado tienen en la seguridad del paciente, fue motivo para que Kalisch, posterior a varias investigaciones, desarrollara el concepto de Cuidado Perdido de Enfermería, donde reconoce que la estructura de las organizaciones, como las características del hospital, de la unidad y del personal interfieren en el proceso de trabajo de la enfermería, lo que resulta en cuidados omitidos y en consecuencias negativas para los profesionales de enfermería, como insatisfacción, absentismo laboral, y para los

pacientes, como infecciones, caídas, lesiones por presión, mortalidad, entre otras (3,30).

A partir de entonces, diversos estudios se encargaron de estudiar el fenómeno del cuidado perdido, donde se registró que la deambulaci3n, planificaci3n del alta, apoyo emocional a pacientes y a familiares, cuidados en la higiene, cambios posturales, educaci3n sanitaria al paciente y familia, alimentaci3n retrasada o no dada, control del balance de l3quidos y vigilancia componen los principales cuidados perdidos, atribuidos a siete razones que dio el personal de enfermer3a: escasez de personal, mal uso de los recursos existentes, tiempo requerido para la intervenci3n de enfermer3a, deficiente trabajo en equipo, delegaci3n ineficaz, h3bito y negaci3n a la omisi3n de cuidados (8,30,71) .

As3 mismo, se ha revelado la existencia de factores que influyen en el cuidado perdido de enfermer3a, entre los cuales destaca en primera instancia la organizaci3n de la instituci3n de salud, del hospital o los servicios hospitalarios, que constituyen uno de los principales factores reportados por el personal de enfermer3a para la omisi3n del cuidado; seguido por los problemas de comunicaci3n entre el equipo, que se reportan como elementos principales que configuran el escenario; la insatisfacci3n del personal con sus propios equipos de trabajo y el hecho de que no desean permanecer en su trabajo actual; y finalmente un inadecuado perfil del personal, con m3todos ineficaces para determinar la contrataci3n del personal de enfermer3a, consecuencia de pol3ticas administrativas y de presupuesto(3).

En M3xico existen pocos estudios de alto impacto en el tema, entre los que destacan Moreno-Monsiv3is quien ha identificado que existen cuidados que no se realizan de acuerdo con las necesidades espec3ficas del paciente durante su estancia hospitalaria; desde la perspectiva del personal de enfermer3a y del paciente, mismos que en algunas ocasiones son omitidos o retrasados, lo que puede afectar los resultados globales de la atenci3n. Por otro lado, Z3rate-Grajales ha reportado que los pacientes pueden sufrir eventos adversos durante la estancia hospitalaria, relacionados con factores intr3secos (caracter3sticas propias del paciente, estado de salud y condiciones sociodemogr3ficas), extr3secos (relacionados con la

tecnología para el diagnóstico y tratamiento, la monitorización y la dificultad terapéutica) y del sistema (recursos humanos, protocolos de atención, supervisión y normatividad institucional), relacionados directamente con el cuidado de enfermería; de ahí la necesidad de profundizar en el estudio de eventos adversos reportados en los hospitales y su relación con la omisión del cuidado(3,17).

Por lo anterior, evidenciamos que es necesaria la investigación en el tema de Cuidado Perdido de Enfermería, debido a su alto impacto en la seguridad del paciente y calidad de la atención; sin dejar de lado sus implicaciones financieras dentro de las instituciones de salud, mismas que resultan en incrementos de costos de atención por el aumento en la estancia hospitalaria, readmisiones para el tratamiento de complicaciones y eventos adversos de la atención. De igual forma, la comprensión del fenómeno es imprescindible para el actuar profesional, desde la formación académica al despertar la mirada de docentes, alumnos y profesionales que laboran y así disminuir su incidencia con el desarrollo de estrategias de prevención(30) a través de herramientas basadas en evidencia científica; una de ellas , el Modelo de Cuidado Perdido de Enfermería propuesto por Kalisch(30,72).

3.4.1 Modelo de cuidado perdido de Enfermería

Anteriormente en otros estudios centrados en la calidad de los cuidados se describía cómo cierto volumen de cuidados quedaba “sin finalizar”(73). Fue hasta 2006 donde Beatrice J. Kalisch, profesora emérita de enfermería de la Universidad de Michigan, publicó un estudio cualitativo, en el cual se delinearon tanto los elementos de cuidados afectados por este problema como las razones señaladas por las enfermeras para “abandonar” esos cuidados (8), así mismo alude este problema a situaciones tales como insuficientes suministros y equipo, asignaciones de pacientes basadas en números en lugar del estado de salud de los pacientes, inadecuada dotación de recursos humanos y falta de trabajo en equipo (10), convirtiéndola en pionera del cuidado perdido de enfermería a partir de sus estudios y la creación de su teoría de rango medio, denominada Modelo de Cuidado de Enfermería Perdido de Kalisch.

El Modelo de Cuidado Perdido de Kalisch retoma tres conceptos procedentes del Modelo de Calidad de Donabedian de 1966: estructura, proceso y resultado (*Figura 7*). Este modelo lo origina con el fin de englobar aquellas cualidades de los rangos reportados por el personal enfermero que contribuyen con el cuidado perdido (21).

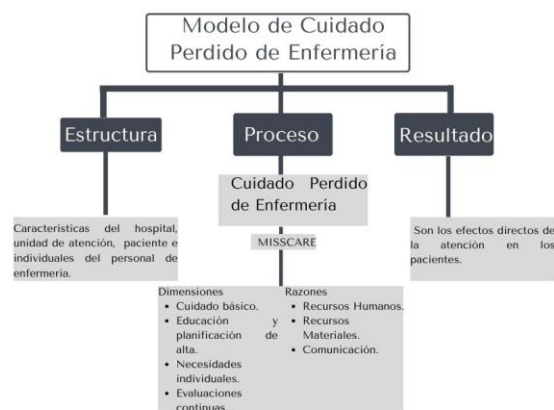


Figura 7. Modelo de Cuidado Perdido de Enfermería. Dimensiones y razones de ocurrencia. Elaboración propia.

La estructura se refiere a las características del hospital, de la unidad de atención del paciente y a las características individuales del personal de enfermería y del entorno laboral.

El proceso se refiere a la atención en general, es aquí donde la atención puede llevarse a cabo acorde a las necesidades de los pacientes o puede originarse la pérdida u omisión de la atención de enfermería.

El resultado se refiere a los efectos directos de la atención en los pacientes.

Kalisch menciona que los cuidados de enfermería son acciones que involucran cuatro dimensiones (necesidades individuales, planificación del alta y educación, cuidado básico y cuidado con evaluaciones continuas) (70). Las intervenciones de necesidades individuales son las que se orientan a tratar las respuestas humanas de las personas antes que los problemas de salud; se realizan para 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 están orientadas a satisfacer necesidades básicas, cuando el paciente carece de autonomía; estos cuidados son considerados rutinarios en la mayoría de los hospitales. Las intervenciones de cuidado con evaluaciones continuas implican un proceso continuo de mantener con vigilancia a los pacientes, requieren una evaluación permanente de los cuidados que se otorgan para tomar decisiones cuando el estado de salud del paciente cambia (21,71).

De la misma forma, enuncia que existen factores vinculados a la estructura que se han asociado con el cuidado perdido, entre ellos se incluyen los relacionados con el recurso humano, recurso material y comunicación.

Respecto al recurso humano, se incluyen las características del personal, como datos sociodemográficos, horarios de trabajo, dotación del personal, experiencia laboral, nivel de competencia y formación como aspectos relevantes en la evolución de los pacientes puesto que han sido vinculados con complicaciones y eventos adversos; seguido del recurso material que incluye los insumos necesarios para brindar la atención, por ejemplo, medicamentos, suministros y equipo médico; y por

último, la comunicación ineficaz al repercutir en la planeación de los cuidados requeridos por el paciente y afecta la comunicación interpersonal de enfermería requerida para las actividades de colaboración entre el equipo interdisciplinario (21,71).

De acuerdo con este modelo, las cualidades de la unidad hospitalaria y la atención del paciente por parte del personal de enfermería, está unida a los resultados que se obtienen con el paciente, es decir que conforme se aumente el nivel del personal de enfermería, se disminuya la carga de pacientes y las tasas de ausentismo, habrá una mejora en los resultados de los pacientes, incluyendo la disminución de las tasas de morbilidad, reducción de los incidentes reflejada en una mejor seguridad para el paciente, así como lo establecen los indicadores de calidad y las acciones esenciales para la seguridad del paciente en México(10)(Figura 8).

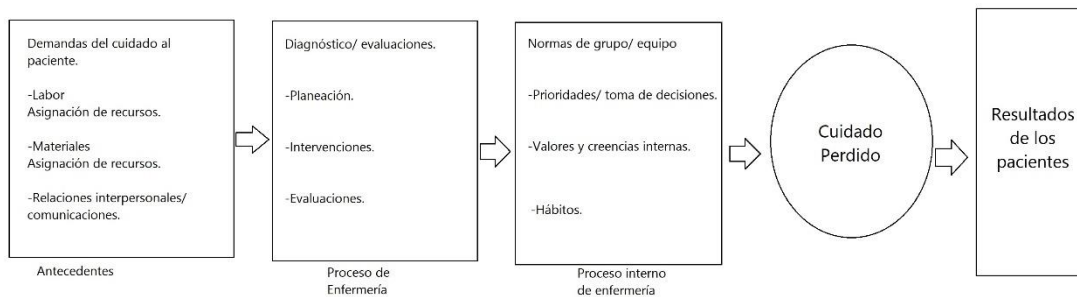


Figura 8. Modelo de cuidado de enfermería perdido. Fuente. Kalisch, Landstrom y Hinshaw.

La motivación de Kalisch en el estudio de la atención que se queda sin realizar se basa en la limitada preocupación de los sistemas sanitarios por el error de omisión. A partir de ese momento, el concepto de Cuidado Perdido de Enfermería abre fronteras e investigadores de otras naciones comienzan su preocupación por este fenómeno en atención sanitaria. Es así como su estudio crece de manera exponencial en la última década y se elaboran cuestionarios para facilitar la identificación y el análisis del Cuidado Perdido en Enfermería, entre ellos, el cuestionario más característico, usado y sustento del presente estudio es el Cuestionario MISSCARE(69).

Este es una herramienta que mide la cantidad y examina el tipo de cuidados omitidos, de manera cuantitativa, las percepciones del personal enfermero sobre la omisión de cuidados y cuáles son las razones de esto, persiguiendo como objetivo recoger datos medibles por los gestores enfermeros para que puedan tomar decisiones encaminadas a la continuidad del cuidado. Es un formulario autoadministrado constituido por 48 ítems y consta de dos secciones, en la primera, contempla las características sociodemográficas y profesionales del evaluado, y en la segunda están los 48 ítems organizados en dos sectores:

Sector A, comprendido por la mitad de los ítems relacionados con cuidados omitidos y valorado en una escala de Likert que va desde 1 (nunca realizado) a 5 (siempre se realiza).

Sector B, constituido por 17 ítems sobre las razones de no realizar los cuidados enfermeros. Esta parte es evaluada en una escala de Likert que va de 1 (razón significativa) a 4 puntos (sin razón). Los elementos en la sección B se insertan en cinco dominios: recursos laborales, recursos materiales, comunicación, dimensión ética y estilo de gestión / liderazgo institucional(69).

Actualmente, este instrumento se ha modificado y validado en diferentes países a fines de uso y población de estudio, conservando el objetivo de medir el cuidado perdido de enfermería, sus dimensiones y razones de ocurrencia; permitiendo el desarrollo de medidas pertinentes que involucren la reestructuración de los servicios de enfermería en base a evidencia científica, para contribuir a disminuir y resolver el problema del cuidado perdido, elevando así la calidad y seguridad en la atención al paciente(20).

IV. Revisión de la literatura

Las primeras aportaciones sobre el cuidado perdido comenzaron a principios del siglo XXI, con Kalisch a través de sus estudios “Missed nursing care: a qualitative study” (2006) y “Missed nursing care: a concept analysis” (2009) donde surge la teoría de rango medio o Modelo de Cuidado de Enfermería Perdido de Kalisch, que retoma los tres conceptos del Modelo de Calidad de Donabedian de 1966, que incluye la estructura, proceso y resultado. Durante la última década, la literatura científica que explora y da cuenta de los índices de cuidado perdido, así como sus dimensiones ha aumentado progresivamente.

En el presente estudio se realizó una búsqueda sistemática en las bases de datos de Google Academy, SciELO, Redalyc, PubMed, Dialnet y EBSCOhost sin límite de tiempo. Se construyó una búsqueda con los descriptores *Atención de enfermería, Calidad de la Atención en Salud, Atención al paciente, Cuidado perdido, Seguridad del paciente y Cuidado de Enfermería* a través de los operadores booleanos AND y OR; como resultado se encontró evidencia cuantitativa y cualitativa, de tipo transversal, descriptiva, exploratoria, documental y explicativa.

La búsqueda se dividió en dos fases; primeramente, se realizó una exploración restringida para localizar artículos sobre calidad de la atención sanitaria en el adulto, eventos adversos y cuidado perdido; en la segunda etapa se descartaron aquellos que no cumplieran los siguientes aspectos: relación entre evento adverso y cuidado perdido, incidencia, razones e índice de cuidado perdido, así como percepción del cuidado perdido en profesionales de enfermería y en pacientes adultos. Posteriormente se analizó y trabajó con la información recabada. A continuación, exponemos en dos grupos los resultados de la literatura respecto al cuidado perdido desde la perspectiva del profesional y del paciente adulto.

4.1 Profesionales de Salud

La evidencia encontrada en la revisión de cuidado perdido de enfermería estudiada desde la perspectiva del profesional de enfermería resultó en trece artículos con diversos diseños metodológicos, donde predominó el uso de la herramienta MISSCARE para identificar y analizar el fenómeno.

Comenzando con el estudio de Gehad(7) en Egipto, donde encontró que los cuidados perdidos más omitidos corresponden a los relacionados con la evaluación del paciente (10.34%), alimentación (5.15%) e higiene (9.79%), con una media de 44.19% de cuidado perdido para las enfermeras. Los resultados señalaron que las razones de ocurrencia de la omisión del cuidado en mayor medida son los recursos laborales (13.76%), derivado del número inadecuado de personal, situaciones de urgencia y aumento inesperado de pacientes (ingresos/egresos), recursos materiales (5.08%) y comunicación (10.54%); la población de estudio (incluyendo profesionales y estudiantes de enfermería), resaltó que la poca experiencia clínica, la insatisfacción laboral y trabajar en el turno nocturno son elementos que predominan en la incidencia de la omisión del cuidado.

Igualmente, en el estudio de Haftu(6) realizado en Etiopía, orientado a las áreas de obstetricia y ginecología, mostró que (74.6%) del personal de enfermería pierde al menos un cuidado en el área perinatal, entre ellos, el examen físico cefalocaudal fue el elemento que se pasó por alto con mayor frecuencia, con una incidencia de (36.9%), evaluaciones continuas y oportunas del estado del paciente (34.2%), medición continua de ingresos y egresos (33.2%); atribuyendo estas omisiones del cuidado en un (96.3%) a los recursos laborales, trabajo en equipo (91%), recursos materiales (90%), comunicación (85.3%); así como el nivel de educación, turno de trabajo y tener intenciones de dejar la institución mostraron asociación con el cuidado perdido.

Por otro lado, en Perú, Carvalho(30) evidenció que los cuidados de enfermería que obtuvieron las mayores prevalencias de omisión fueron sentar al paciente fuera de la cama (70.3%), deambulación tres veces al día (69.1%), participación en discusión

del equipo interdisciplinar acerca de la asistencia al paciente (67.2%), planificación y enseñanza al paciente o familia para el alta hospitalaria (51.1%); aunado al número inadecuado de profesionales (85.4%), insuficiente personal para la asistencia o tareas administrativas (81.6%) y el aumento inesperado del volumen o gravedad de los pacientes (79.8%) , fueron las principales razones de cuidado perdido.

Por su parte, Hernández(21), al realizar una comparación entre una institución pública y privada en México, identificó que en ambas instituciones la prevalencia de cuidado perdido corresponde a la dimensión de intervenciones de cuidado básico (púb. 41.52%, priv. 16.66) donde los cuidados con mayor omisión fueron: el cuidado de la boca (púb. 68.7, priv. 35.4%) alimentación (púb. 62.4% priv. 25%), cuidado de piel y heridas (púb. 15.6%, priv. 2.1%); seguido de la dimensión de planificación del alta y educación al paciente (púb. 32.4%, priv. 7.29%). Así mismo, la principal razón de ocurrencia en ambas instituciones correspondió a los recursos humanos de enfermería (púb. 82.46%, priv. 61.21%), dado que el personal de la institución pública mencionó que el aumento inesperado en el volumen de pacientes y la carga de trabajo en el servicio (84.4%) es una razón significativa, seguido del número insuficiente del personal (75%), mientras que en la institución privada las razones significativas fueron el número insuficiente del personal (47.9%), el aumento inesperado en el volumen de pacientes y la carga del trabajo de servicio (41.7%); evidenciando que aunque el cuidado de enfermería perdido predominó en la institución pública , es un problema presente en los diferentes contextos de la atención de salud y el personal de enfermería reconoce dichas omisiones con denominadores en común.

De igual forma, Monsiváis (33), una de las primeras autoras en México en abordar la investigación del cuidado perdido, encontró en uno de sus estudios que existe mayor omisión en las intervenciones de cuidado básico (80.2%), así como que la atención que más se pierde es la asistencia con la deambulación tres veces al día o según lo indicado (42%), alimentación al paciente mientras la comida está caliente (30.2%) y cuidado de la boca (21.3%); en cuanto a las razones de ocurrencia,

recursos humanos representa la principal razón (80.67%), dado que más del 50% de la población, refirieron un aumento inesperado en el volumen de pacientes (65%), personal insuficiente (58.8%) y emergencias de pacientes (46.9%); relacionado a recursos materiales (69.72%), constituido por la no disponibilidad de medicamentos (50%) y equipo (33.8%) o que no funcione correctamente (36.9%) ; finalmente la comunicación (65.16%), donde la asignación desequilibrada de pacientes se percibió como el principal motivo de falta de atención (40.6%) , sobrecargo de tareas por realizar para los pacientes que ingresan y egresan (36.9%), y falta de apoyo de los miembros del equipo (35.6%).

De manera similar, Hernández(20) coincidió que el mayor cuidado perdido correspondió en un hospital privado de México, a la dimensión de intervenciones de cuidado básico (13.02%), donde el cuidado de la boca (28.2%), asistencia en la deambulación tres veces al día o según la indicación y la alimentación del paciente cuando la comida aún está caliente (ambos con 19.7%); y dentro de las razones de ocurrencia, predominaron los recursos humanos (56.13%), donde más del 40% correspondió a un número insuficiente de personal, aumento inesperado en el volumen de pacientes y/o carga del trabajo del servicio (39.4%); seguido de la comunicación (48.55%) y finalmente el recurso material (45.07%). A su vez, realizó otro estudio (22) en pacientes mexicanos con riesgo de UPP, donde encontró que la mayor proporción de cuidado perdido corresponde a la dimensión de cuidado básico: cuidado de la piel y cuidado de heridas (38.5%), cambio de posición (31.1%), y registro de factores de riesgo de UPP (33.5%) ; dejando en segundo lugar, a la dimensión de plan de alta y educación del paciente (31.1%): dentro de las razones de ocurrencia, predominó el recurso humano (85.61%), continuando con los recursos materiales (82.40%) y la comunicación (81.22%); destacando que la omisión de estos cuidados, aumenta el riesgo para la aparición de UPP.

Mientras tanto, en Tabasco, México, López(10) concordó que la dimensión con mayor cuidado perdido corresponde a las intervenciones de cuidado básico (22.6%), en su estudio, la mayor prevalencia de omisión de cuidado fue en la intervención de asistencia en la deambulación 3 veces al día o según la indicación;

en segundo lugar, planificación del alta y educación del paciente (21.2%), seguido de intervenciones de necesidades individuales (16.8%), y evaluaciones continuas (9.6%); así mismo que las razones de ocurrencia corresponden a recursos humanos (75.8%) y recursos materiales (68.2%).

En base a estos artículos, otros países que no han consolidado el estudio del cuidado perdido de enfermería, se han dedicado a adaptar la encuesta Misscare en función a su contexto geográfico y cultural; como lo documenta Castilho (29) en Brasil, utilizando una escala de 1 a 5, donde encontró que cambiar a una posición decúbito al paciente cada dos horas (2.7%), ayudar con las necesidades de eliminación dentro de primeros cinco minutos después de solicitarlo (2.5%), participar en conferencias interdisciplinarias sobre la atención al paciente (2.6%) y deambulación tres veces al día o conforme se requería (2.4%), fueron los elementos de la atención de enfermería más omitidos. Así mismo, identificó que el número inadecuado de personal (3.1%) es la razón principal de cuidado perdido, seguido por la falta de apoyo de respaldo del equipo de trabajo (2.6%) y aumento inesperado del volumen de pacientes (2.6%). Por su parte, Rahimi(32) en un estudio iraní, encontró que la mayoría del cuidado perdido se encuentra en el examen al paciente 44%, intervenciones terapéuticas y atención básica 73% (deambulación, cambio de posición, cuidado bucal, baño del paciente y canalización).

No obstante, se necesitan estudios adicionales para evaluar la reproducibilidad respecto a la sensibilidad y especificidad de los instrumentos de medición del fenómeno, así como concientizar que es un problema de gestión de calidad al ser un predictor del aumento de eventos adversos, aumento de costos y disminución de la satisfacción del paciente por mencionar algunos como lo menciona Terry(74) en un estudio de revisión estadounidense, donde también señala que del 55% al 98% de los profesionales de enfermería reportan dejar una tarea sin hacer, y dentro de las principales causales, la escasez de tiempo, la cual conduce a la precipitación de decisiones clínicas y a la priorización de actividades del cuidado.

Finalmente, en un estudio similar de revisión realizado en México, realizado por Zárate (3) concluye que el estudio del fenómeno es insumo para la toma de

decisiones en políticas de salud y en el diseño de estrategias e intervenciones para contribuir a la mejora de la gestión y aplicación del cuidado en las instituciones de salud, además de destacar los cuidados mayormente omitidos en su revisión; para el cuidado de la boca (35.7%,74%,59% y 62%), baño del paciente y/o cuidado de la piel (10.1%, 75.2% 38.5% y 73%), apoyo en la deambulaci3n (79% y 73%), alimentaci3n del paciente (68%, 52% y 60.5%), administraci3n de medicamentos prescritos (24.4%, 31.6% y 67%), educaci3n del paciente (31.1%), respuesta a la llamada dentro de los 5 min (16.4%), comunicaci3n (2.3% y 1.87%), control de los fluidos parenterales (70% y 48%) y evaluaci3n de niveles de glucosa en sangre (81.6%), asistencia despu3s del alta (egreso) (21.5%); sin dejar de lado que la organizaci3n de la instituci3n de salud (62.7%), un inadecuado perfil profesional (61.1%), la relaci3n entre provisi3n de recursos materiales (82.4%) y la comunicaci3n entre profesionales de la salud (81.2%), son factores que influyen en el cuidado perdido de enfermería.

4.2 Pacientes adultos hospitalizados

Por el contrario, los estudios sobre cuidado perdido de enfermería desde la percepción de los pacientes adultos, pese a no ser amplios, revelaron que para ellos, el cuidado perdido se percibe de forma diferente a la evaluada por el profesional, develando que el bienestar existe cuando la enfermera está capacitada en la atención técnica, se encuentra al pendiente de sus cuidados, cubre sus necesidades en forma rápida y oportuna e informa al paciente y a su familia acerca de las actividades o procedimientos que se le va a realizar(26).

Demostrado en un estudio en México por Moreno(33), donde encontró que los pacientes refirieron mayor cuidado perdido en la dimensión de plan de alta y la educación del paciente (55%) donde se reportaron deficiencias en la educación durante la hospitalización (sobre la enfermedad, pruebas diagnósticas y estudios) (36.2%) y el plan de alta (73.7 %); también se observó que la falta de personal es el principal factor relacionado con la atención perdida (18.1%), seguido del personal con experiencia insuficiente (13.8%) y la falta de organización y trabajo en equipo (7.5%); así mismo, en menor proporción, mencionaron la falta de comunicación del personal de un turno a otro (6.3%) y la actitud de los miembros del personal (5%), entre otros factores.

En otro estudio turco, realizado por Betül(75), utilizando una escala de 1 a 5, se encontró una prevalencia en cuidado básico (2.61%), seguido de comunicación (1.16%) y el tiempo transcurrido para la atención (1.05%); así mismo que la tasa de eventos adversos se vio influenciada por los cuidados perdidos, esto sugiere que las indeseables situaciones referidas por los pacientes, tienen mayor impacto en la evaluación de los cuidados de enfermería.

Ahora bien, en un estudio de Corea del Sur realizado por Cho(35) reportó, bajo el uso de la misma escala (1 a 5), que el cuidado básico es la dimensión mayormente perdida (3.57%) seguido de comunicación (2.02%) y respuestas oportunas (1.29%); así como, en relación al número de personal de enfermería, el 54.5% de los pacientes percibió insuficiente dotación de personal.

De igual manera, en Estados Unidos, Kalisch(36) mostró que el área de mayor cuidado perdido desde la percepción del paciente, correspondía al cuidado básico (2.29%), seguido de comunicación (1.69%) y puntualidad de los cuidados (1.52%), haciendo uso de una escala 1 a 5; del mismo modo, en otro estudio (34) encontró que las intervenciones de cuidado básico mayormente perdidas correspondían al cuidado de la boca (50.3%), falta de deambulaci3n (41.3%), no conseguir una silla (38.8%) y no bañarse (26.9%); así como en el área de comunicaci3n (27%), donde se incluye proporcionar informaci3n a pacientes sobre pruebas y otros procedimientos, orientaci3n sobre el plan de tratamiento con los pacientes (26.5%), tener en cuenta las opiniones de los pacientes (20.4%), conocimiento de la enfermera asignada (11.2%), y escucha al paciente (7.8%); terminando con el área de puntualidad para responder, donde se perdió ayuda oportuna al baño (10.9%), cumplimiento de las solicitudes de luz de llamada (10.3%), respuesta de monitores que emiten pitidos (8.8%) y respuesta a las luces de llamadas (8.6%).

Por otro lado, Moreno(26) encontró que los pacientes mexicanos percibieron bienestar cuando las enfermeras estaban capacitadas en la atenci3n técnica y consideraban importante que la enfermera estuviera pendiente de sus cuidados, cubriera sus necesidades en forma rápida y oportuna e informaran acerca de las actividades o procedimientos que se les iba a realizar; este estudio destacó dos aspectos que dependieron directamente de la atenci3n proporcionada por el personal de enfermería: la atenci3n técnica (capacitaci3n técnica y competencia del profesional) e interpersonal, así como, la relevancia en la infraestructura, servicios otorgados por otros departamentos y cumplimiento de las expectativas de los pacientes.

A diferencia de los resultados anteriormente descritos, Blanco(76), realizó un estudio en España, donde utilizó dos herramientas de medici3n diferentes (Escala de Percepci3n de Conductas del Cuidado de Enfermería Humanizado y Encuesta de Satisfacci3n Institucional) para conocer la opini3n sobre la calidad de la atenci3n al paciente en el área de hospitalizaci3n, obteniendo una puntuaci3n de “siempre” para las dimensiones: cualidades de la práctica de enfermería (91.2%), apertura a

la comunicación enfermera-paciente (81.4%); y disposición al cuidado (87.8%). Es de relevancia mencionar que a pesar del impacto negativo del COVID-19 en el sistema de salud, los pacientes percibieron una atención de enfermería humanizada y satisfactoria, con una puntuación media de 4.6 sobre 5.

Finalmente, en el estudio colombiano de Campiño(77) nos propone que existen otros enfoques para medir el cuidado perdido desde la perspectiva del paciente, una de ellas, es la atención brindada por estudiantes de enfermería; en este estudio, los pacientes manifestaron en su mayoría que “siempre se percibe un cuidado humanizado”, relacionado con las categorías medidas: priorizar el sujeto de cuidado (la persona) se encontró que el 88.3% de los pacientes respondieron “siempre”; apertura a la comunicación, para proporcionar educación en salud a la persona, el 76.5% de los pacientes respondieron “siempre”; y cualidades del hacer de enfermería, se encontró que el 82.9% respondió “siempre”.

En este marco, las investigaciones anteriormente descritas que abordan la perspectiva del paciente sobre su sentir y cómo califica el cuidado del profesional de enfermería durante su estancia hospitalaria, destacan que la incidencia del cuidado perdido tuvo en común elementos externos e internos a la labor del profesional; entre los externos, se encontró la infraestructura, insuficiente dotación de personal, servicios otorgados por otros departamentos y el cumplimiento de las expectativas de cada paciente, los cuales no dependen directamente del profesional; por otro lado, los elementos internos, cubren desde la capacitación técnica, comunicación efectiva (interdisciplinar y con el paciente), priorización de cuidados, competencia profesional, actitud y empatía, estos últimos dependientes del profesional.

V. Metodología

5.1 Tipo de Estudio

Estudio observacional, transversal, prospectivo y multicéntrico, realizado en 9 instituciones de salud de alta especialidad en México con datos recolectados cara a cara en pacientes adultos hospitalizados del periodo enero a diciembre de 2019.

El presente estudio forma parte del Proyecto PAPIITN IN306419 “Cuidado perdido de enfermería, ambiente laboral y su relación con los eventos adversos reportados en once instituciones de alta especialidad”.

5.2 Población

La población estuvo conformada por personal de enfermería perteneciente a las nueve instituciones de salud de alta especialidad de México. Y con ello, se derivan los pacientes adultos hospitalizados en 9 instituciones de salud.

5.3 Muestra

La muestra forma parte del Proyecto PAPIIT IN306419, calculada por medio de un muestreo probabilístico a partir de los profesionales de enfermería de las 9 instituciones de salud. Se calculó utilizando la fórmula de poblaciones finitas con un nivel de confianza del 95%, un margen de error de 5% y una variabilidad conocida del 40%, dando como resultado una muestra estimada de 315 enfermeras y seleccionadas a través de un muestreo aleatorio simple.

Una vez calculada la muestra del personal de enfermería, se obtuvieron los datos de 3 pacientes atendidos por cada enfermera encuestada (pediátricos y adultos). Con lo anterior, se obtuvo una muestra total, para este trabajo de investigación, de 614 pacientes adultos provenientes de las 9 instituciones de salud.

5.3.1 Criterios de Inclusión

- Adultos entre 18 años y 70 años.
- Tener al menos 72 horas de hospitalización.
- Capacidad cognitiva y estado de salud estable que permita la participación y contestar el instrumento.

5.3.2 Criterios de Exclusión

- Adultos ingresados a servicios de terapia intensiva e intermedia, urgencia y de corta estancia (cirugía ambulatoria).
- Adultos que su capacidad cognitiva estuviera afectada para participar y contestar el instrumento.

5.3.3 Criterios de Eliminación

- Adultos que no contestaron más de 5 ítems del instrumento.

5.4 Variables de estudio

La variable por analizar fue el *Cuidado Perdido de Enfermería*, entendiéndose como “cualquier aspecto o actividad de enfermería que se retrasa u omite parcial o totalmente durante la atención al paciente”(71). Compuesta por las siguientes dimensiones y razones de ocurrencia:

Necesidades Individuales: son aquellas se orientan a tratar las respuestas humanas de las personas antes que los problemas de salud y se realizan para promover el autocuidado y brindar soporte emocional.

Planificación del alta y educación: son aquellas que garantizan la continuidad de cuidados, ayuda a mejorar la participación del paciente a través de información precisa y a la toma de decisiones informadas sobre la atención.

Cuidado básico: son aquellas que están orientadas a satisfacer necesidades básicas, cuando el paciente carece de autonomía, estos cuidados son considerados rutinarios en la mayoría de los hospitales.

Evaluaciones continuas: son aquellas que implican un proceso continuo de mantener con vigilancia a los pacientes, requieren una evaluación permanente de los cuidados que se otorgan para tomar decisiones cuando el estado de salud del paciente cambia (21,71).

Recurso humano: incluye las características del personal, como datos sociodemográficos, horarios de trabajo, dotación del personal, experiencia laboral, nivel de competencia y formación.

Recurso material: incluye los insumos necesarios para brindar la atención, por ejemplo, medicamentos, suministros y equipo médico

Comunicación: incluye la capacidad de las enfermeras para comunicarse con el paciente y el equipo interdisciplinario (21,71).

5.4.1 Operacionalización de las variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador	Ítems	Escala de medición	Tipo de variable
Cuidado perdido de enfermería	Cualquier aspecto del cuidado del paciente requerido que se omite de forma parcial o total o que se retrasa significativamente" (4).	Cualquier aspecto de la atención que requiera el paciente que se omite o retrasa significativamente durante la hospitalización.	Cuidado perdido de enfermería	Necesidades individuales (7)	13,18,27,28,29,30 y 31	Escala Likert 5=Siempre 4=Frecuentemente 3=De vez en cuando 2=Rara vez 1= Nunca	Cuantitativa Ordinal
				Planificación del alta y educación al paciente (2)	17 y 22		
				Cuidado básico (8)	9,10,11,12,19,20,21 y 32		
				Evaluaciones continuas (7)	14,15,16,23,24 y 26		
				Recursos humanos (8)	33,34,35,36,37,40,48 y 49		
			Razones de ocurrencia	Recursos materiales (3)	38,41 y 42	Escala Likert 4=razón significativa 3=razón moderada 2=razón menor 1=no es una razón	
				Comunicación (6)	39,43,44,45,46 y 47		

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Nivel de medición	Propiedades	Valor
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas	Características que distinguen a la persona como masculino y femenino	Cualitativa nominal	Masculino y femenino	=,≠	1=masculina 2=femenino
Edad	Tiempo que ha vivido la persona	Tiempo de vida en años	Cuantitativa discontinua	Años cumplidos	=,≠, >, <, 0 absoluto	Dato duro
Nivel de estudios	El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	Último grado académico alcanzado por el paciente al momento de la recolección de datos y comprobable	Cualitativo ordinal	Grado académico	=,≠, >, <	0=ninguno 1=primaria 2=secundaria 3=preparatoria 4=licenciatura 5=posgrado
Estancia hospitalaria	Número de días que, en promedio, permanecen los pacientes internados en el hospital.	Total de días que el paciente ha permanecido hospitalizado al momento de la recolección de datos	Cuantitativa discontinua	Días	=, ≠, >, <, 0 relativo	Dato duro

5.5 Instrumento de Medición

MISSCARE

Para la recolección de los datos se utilizó el Instrumento MISSCARE validado y confiabilizado por Beatrice Kalisch en el 2006(8). El instrumento original se destinó para medir el cuidado perdido de enfermería y sus razones de ocurrencia desde la perspectiva del profesional de enfermería en Estados Unidos de América.

Al instrumento se realizó una traducción lingüística al habla hispana por Moreno-Monsiváis en México(33) para profesionales de enfermería y se adaptó, validó y confiabilizó en pacientes adultos.

El Instrumento MISSCARE para pacientes adultos, estuvo conformado por 50 ítems, divididos en 3 apartados (**Véase en Anexo 1**):

Apartado A: contiene 6 ítems para obtener información sobre los datos sociodemográficos del paciente adulto (edad, estado, etc.) y 2 ítems para conocer la satisfacción del paciente sobre la atención recibida. Likert donde 5= Muy satisfecho y 1= Muy insatisfecho.

Apartado B: evalúa la percepción del paciente acerca de los elementos del cuidado que se pierden, omiten o retrasan. Consta de 24 ítems divididos en 4 dimensiones: intervenciones de necesidades individuales (ítems 13, 18, 27, 28, 29, 30 y 31); intervenciones de planificación del alta y educación al paciente (ítems 17 y 22); intervenciones de cuidado básico (ítems 9, 10, 11, 12, 19, 20, 21 y 32); e intervenciones de cuidado de evaluaciones continuas (ítems 14, 15, 16, 23, 24, 25 y 26). En una escala tipo Likert donde 1= Siempre se realiza y 5= Siempre se pierde.

Apartado C: constituida por 17 ítems, los cuales permite explorar las razones por las cuales el paciente considera se omite el cuidado de enfermería. Se exploran los: factores relacionados con el recurso humano (ítems 48, 49, 50 y 51); factores relacionados con los recursos materiales (ítems 53, 56 y 57); y factores relacionados con la comunicación (ítems 52, 54, 55, 58, 59, 60, 61, 62, 63 y 64). En una escala tipo Likert donde 1= no es una razón significativa y 4= es una razón significativa.

5.6 Validez y Confiabilidad

La encuesta MISSCARE esta validada y es confiable estadísticamente. El coeficiente de correlación de Pearson arrojó un valor de 0.87 en la parte B constituida por 24 items que mide los elementos del cuidado perdido y 0,86 en la parte C con 17 items de acuerdo con Kalisch.

Para este estudio se utilizó el instrumento MISSCARE para población mexicana de pacientes adultos hospitalizados, con una confiabilidad de Alfa de Cronbach en el Apartado B de 0.88 y el Apartado C de 0.96, considerándose un instrumento altamente confiable para pacientes adultos hospitalizados.

5.7 Técnica de recolección de datos

El presente trabajo forma parte del estudio multicéntrico PAPIIT IN306419, donde se realizó un estudio analítico, transversal, prospectivo y correlacional; con una población conformada por enfermeras profesionales, pacientes adultos y madres de los pacientes pediátricos que se encuentren hospitalizados en las instituciones de alta especialidad participantes. Para fines del presente estudio, solo se consideraron los datos correspondientes a pacientes adultos.

Después de obtener la aprobación del proyecto por el Comité de Ética e Investigación de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia y de las instituciones participantes, se procedió a la capacitación para la recolección de los datos:

En primera instancia, se comenzó con recolección de los datos institucionales: se envió a cada investigador colaborador, el instrumento de recolección de datos correspondiente, para obtener la información necesaria para así calcular la muestra de profesionales de enfermería y con ello de pacientes adultos por cada institución, respetando los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, antes mencionados.

Posteriormente se capacitó a cada uno de los investigadores de cada institución, para la aplicación correcta de instrumentos, consentimiento informado, gestión de los instrumentos a través de folio por institución y guía de codificación para la base de datos.

Previo a la recolección a cada profesional y sobre todo al paciente se les dio a conocer el Consentimiento Informado, explicando de forma clara y completa el propósito de la investigación, que su participación sería voluntaria y en caso de decidir retirarse del estudio, podrían hacerlo en cualquier momento sin que esto afectara su condición laboral; una vez obtenido el consentimiento, se inició con la aplicación de los instrumentos: MISSCARE. La recolección de datos se realizó sin interferir con los cuidados de enfermería, en su alimentación u hora de descanso. Se les enfatizó que, en caso de interrumpir su participación, no se generarían consecuencias negativas en la atención recibida.

Los instrumentos recolectados fueron supervisados por el investigador principal para detectar posibles datos vacíos e ilegibles, para cumplir con los criterios de exclusión. Cada uno de los datos, fueron almacenados en el programa estadístico SPSS.

5.8 Procesamiento de datos

Se utilizó el programa de SPSS versión 21 para el análisis de la información y, a través de estadística descriptiva:

En primer lugar, se describieron las características sociodemográficas de la muestra utilizando medidas de tendencia central, dispersión, así como frecuencias y porcentajes.

En segundo lugar, los 24 ítems de cuidado perdido y los 17 ítems de razones de ocurrencia se recategorizaron a una variable dicotómica o binaria (0=cuidado realizado y 1= cuidado perdido; 0=No es razón significativa y 1=Razón significativa, respectivamente). Una vez realizado, se calcularon los índices globales y por dimensión (con un IC del 95 %), así como, por razón de ocurrencia, con la siguiente fórmula:

$$[\text{Puntaje total } X - \text{mín.}] / \text{rango} * 100$$

Posteriormente, se empleó la estadística inferencial, analizando la distribución de los datos (Kolmogorov smirnof $p > 0.05$), por lo que se utilizó estadística paramétrica, con pruebas como t student, ANOVA de un factor, etc. para comparar puntajes de cuidado perdido y sus razones con las características de los pacientes.

5.9 Consideraciones Éticas

El presente estudio se adhiere a las consideraciones éticas establecidas en la Declaración de Helsinki, donde se menciona que el bienestar de toda persona que participa en la investigación debe tener siempre primacía sobre todos los otros intereses, y respetando los 4 principios bioéticos de Beauchamp y Childress: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia(78).

De la misma manera, en la Ley General de Salud en materia de investigación, en el artículo 13, donde se estipula la prevalencia del criterio de respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar de la persona, y el artículo 14, apartado V y VI, el cual establece que se debe contar con el consentimiento informado del sujeto **(Véase en Anexo 2)**, en quien se realizará la investigación y deberá ser realizada por profesionales de la salud, con conocimiento y experiencia para cuidar la vida, dignidad, integridad, confidencialidad y el derecho a la autodeterminación del ser humano, y al mismo tiempo, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud(79).

El presente estudio se cataloga como investigación sin riesgo, ya que no se manipularon las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos participantes.

VI. Resultados

En este capítulo se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas del paciente, tal como: edad, estado civil, nivel de estudios, satisfacción, entre otras. Así mismo, se muestra el análisis de los índices globales de cuidado perdido, sus dimensiones (necesidades individuales, cuidado básico, plan de alta, evaluaciones continuas) y sus razones de ocurrencia (recursos materiales, recursos laborales, comunicación) para identificar los cuidados con mayor omisión y la relación con su incidencia desde la perspectiva de los pacientes adultos hospitalizados.

Posteriormente, se llevó a cabo un análisis comparativo e inferencial de cada una de las instituciones con el objetivo de conocer si existe diferencia en la incidencia cuidado perdido entre las mismas.

6.1 Caracterización de la muestra

La muestra fue de 614 pacientes adultos hospitalizados en 9 instituciones de salud. La media de edad fue de 45 años, con una mayor proporción en adultos mayores de 60 años (24%). En relación con el sexo, el 51% son mujeres, 28% contaban como último grado de estudios la secundaria, 25% preparatoria y 15% licenciatura. La media de días de hospitalización fue de 10, con un mínimo de 3 días y máximo de 90. Asimismo, el 93% de los pacientes se encontraron satisfechos con la atención de enfermería. **Véase Tabla 1.**

Tabla 1. Características socio demográficas de pacientes adultos hospitalizados (n=614).

<i>n= 614</i>	F	Media, %
Socio demográficas		
Edad (años), promedio (IC44.45-47.15)		45.80
<30	127	20.7
30-39	113	18.40
40-49	124	20.20
50 -59	103	16.80
>60	147	23.90
Sexo (IC1.45-2.53)		1.99
Mujer	295	48.00
Hombre	316	52.00
Nivel de estudios (años), promedio		2.26 (IC2.16-2.36)
Ninguno	48	7.80
Primaria	132	21.50
Secundaria	171	27.90
Preparatoria	154	25.10
Licenciatura	91	14.80
Posgrado	18	2.90
Hospitalización (días), promedio		10.44 (IC9.56-11.31)
Satisfacción, promedio		1.89 (IC1.86-1.93)
Si	571	93.00
No	43	7.00

6.2 Cuidado Perdido de Enfermería

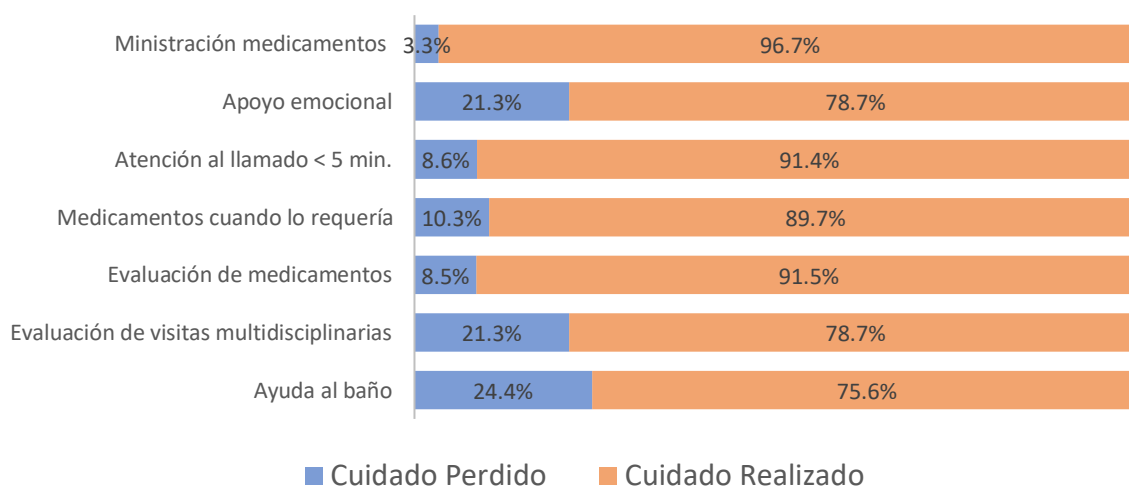
El índice global de cuidado perdido percibido por los adultos mayores hospitalizados fue de 21.72 (IC 95% 19.9-23.48). Por dimensión, con mayor pérdida o retraso está la dimensión de Cuidado básico 25.14 (IC 95% 22.86-27.42), seguido planificación de alta y educación al paciente con 20.93 (IC 95% 18.59-23.27), cuidados de necesidades individuales 16.66 (IC 95% 14.93-18.39) y por último, cuidados relacionados con las evaluaciones continuas 6.25 (IC 95% 5.24-7.27). **Véase Tabla 2.**

Tabla 2. Cuidado perdido de enfermería Global y de acuerdo con sus dimensiones en pacientes adultos mayores hospitalizados (n=614).

Índice	Media	Intervalo de Confianza 95%	
		Inferior	Superior
Global	21.72	19.95	23.48
Necesidades individuales	16.66	14.93	18.39
Planificación de alta y educación al paciente	20.93	18.59	23.27
Cuidado básico	25.14	22.86	27.42
Cuidados con evaluaciones continuas	6.25	5.24	7.27

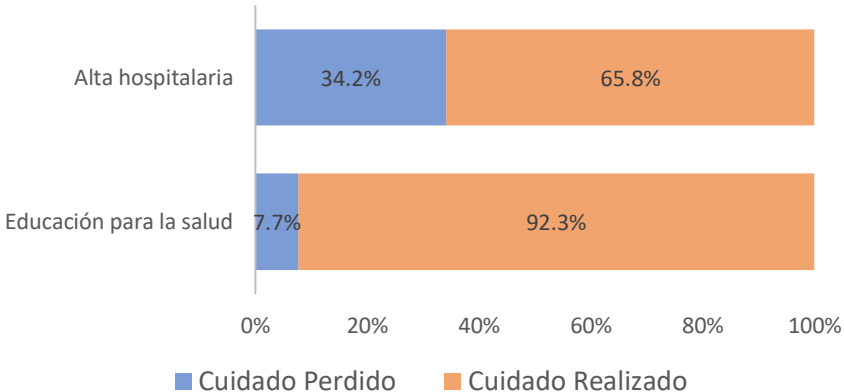
En relación con la dimensión *Necesidades Individuales*, el cuidado que se pierde u omite en mayor proporción es el Apoyo o Ayuda el baño en un tiempo no mayor a los 5 minutos de su solicitud (24.4%), seguido de apoyo emocional (21.3%) y evolución de visitas multidisciplinarias (21.3%). Y el cuidado con menor pérdida es la evaluación de la eficacia de los medicamentos ministrados. Véase **Gráfico 1**.

Gráfico 1. Cuidado Perdido, dimensión Necesidades Individuales por ítem.



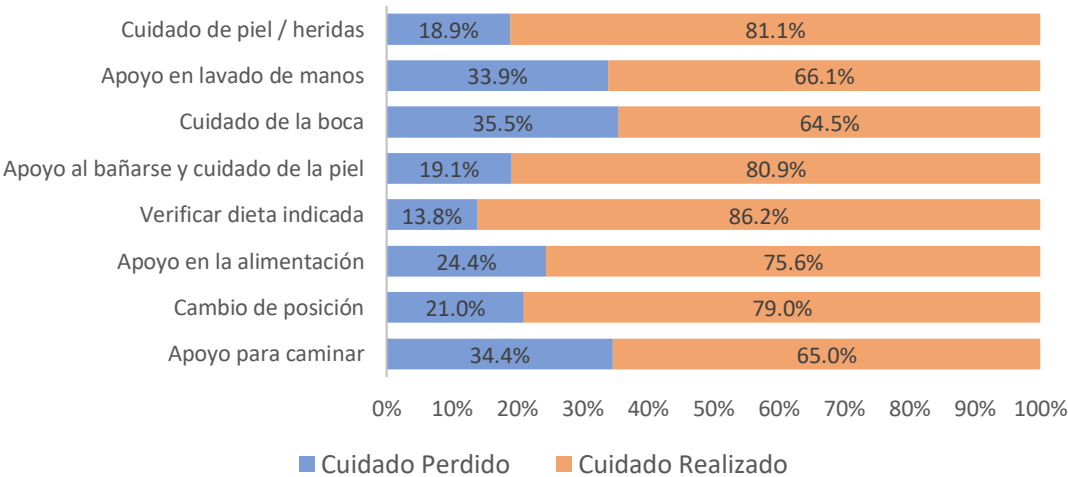
Por otro lado, la orientación sobre el alta hospitalaria se pierde en un 34.2%. En cuanto a la educación para la salud durante la hospitalización del paciente adulto, solo se pierde el 7.7%. Véase Gráfico 2.

Gráfico 2. Cuidado perdido de enfermería, dimensión Planificación del alta y educación al paciente por ítem.



En la dimensión de *Cuidado básico*, se pierde con mayor proporción los cuidados relacionados con el cuidado de la boca (35.5%), apoyo al caminar (34.4%), apoyo en el lavado de manos (33.9%), apoyo en la alimentación (24.4%). Véase Gráfico 3.

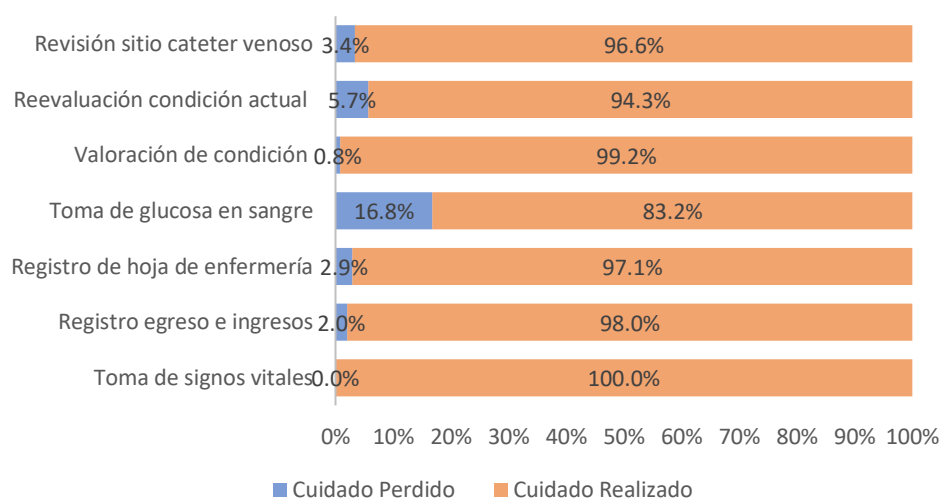
Gráfico 3. Cuidado Perdido, dimensión Cuidado Básico por ítem.



Por último, la dimensión Evaluaciones continuas, la toma de glucosa se pierde en mayor proporción (16.8%), seguido de reevaluación de la condición actual de los

pacientes si lo requiere (5.7%) y la revisión del sitio de inserción del catéter venoso (3.4%). Véase Gráfico 4.

Gráfico 4. Cuidado Perdido, dimensión Evaluaciones continuas por ítem.



6.3 Razones de ocurrencia del Cuidado Perdido de Enfermería

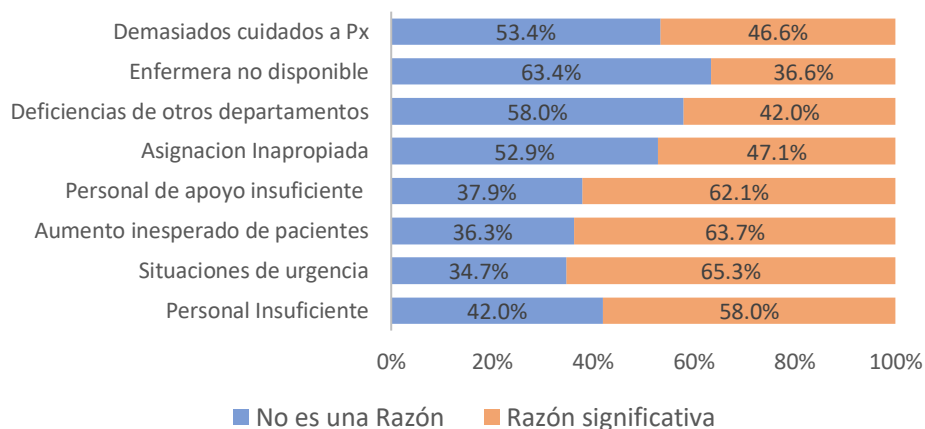
El puntaje global de las razones que propician el cuidado perdido fue 45.09 (IC95% 42.23-47.95). En cuanto a sus dimensiones, la dimensión que perciben que es la mayor razón significativa para la ocurrencia del cuidado perdido son los Recursos Humanos (52.66, IC95% 49.78-55.55), seguido de los Recursos Materiales (43.91, IC95% 40.48-47.35) y la Comunicación (35.58, IC95% 32.42-38.74). Véase Tabla 3.

Tabla 3. Razones significativas para la ocurrencia del Cuidado Perdido de Enfermería.

Índice	Media, %	Intervalo de Confianza 95%	
		Inferior	Superior
Global	45.09	42.23	47.95
Recursos Humanos	52.66	49.78	55.55
Recursos Materiales	43.91	40.48	47.35
Comunicación	35.58	32.42	38.74

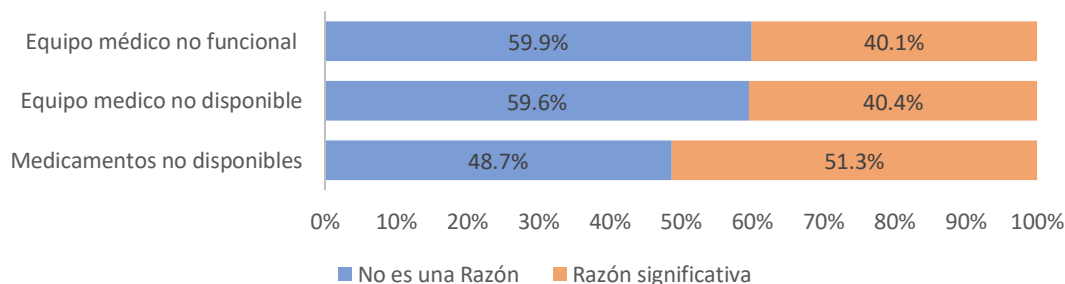
En relación con la dimensión de *Recursos Humanos*, el 65.3% de los pacientes perciben que el cuidado perdido de enfermería se debe por situaciones de urgencia del paciente, 63% al aumento inesperado de pacientes (ingresos), 62.1% personal de apoyo insuficiente y el 58% personal de enfermería insuficiente. **Véase Gráfico 5.**

Gráfico 5. Razones para la ocurrencia de Cuidado Perdido, Recursos Humanos por ítem.



En cuanto a los *Recursos Materiales*, el 51.3% de los pacientes adultos refieren que se pierde el cuidado por la falta de medicamentos y por el equipo médico no disponible (40%) y no funcional (40%). **Véase Gráfico 6.**

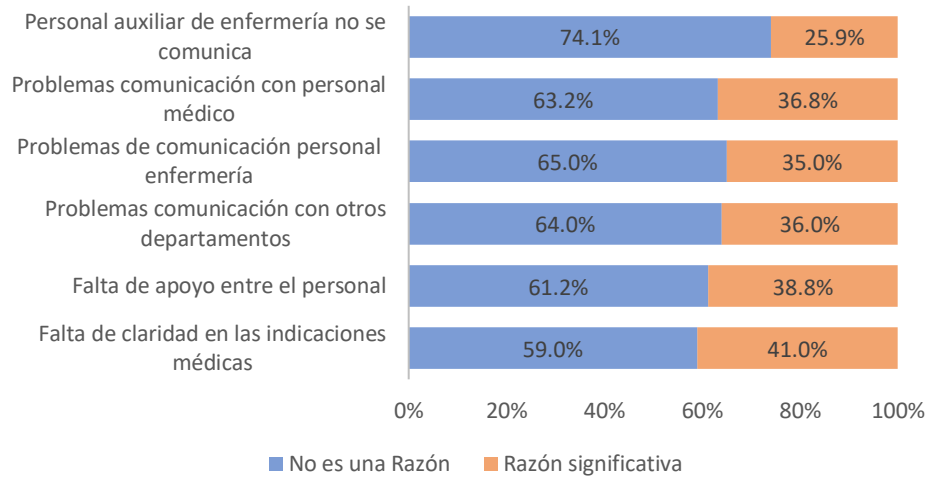
Gráfico 6. Razones para la ocurrencia de Cuidado Perdido, Recursos Materiales por ítem.



Así mismo, en la dimensión de *Comunicación*, 41% de los pacientes percibe la omisión del cuidado por la falta de claridad de las indicaciones médicas, falta de

apoyo entre el personal del servicio (38.8%), falta de comunicación con personal médico (36.8%) y personal de otros departamentos (36%). **Véase Gráfico 7.**

Gráfico 7. Razones para la ocurrencia de Cuidado Perdido, Comunicación por ítem.



6.4 Análisis Descriptivo del cuidado perdido por tipo de institución

Para el análisis descriptivo e inferencial de las nueve instituciones participantes, se realizó una recategorización en tres grupos, con el objetivo de identificar las diferencias de acuerdo con el tipo de institución, en donde 1=Institutos Nacionales, 2=Hospitales de Alta Especialidad y 3=Otros Hospitales.

Índices de Cuidado Perdido en 9 instituciones de salud

De acuerdo con los índices globales de cuidado perdido recategorizado por el tipo de institución, el promedio más alto correspondió a Otros Hospitales con un índice de 39.18%, seguido por los Hospitales de Alta Especialidad con 23.11% e Institutos Nacionales con 16.52%. **Véase Tabla 4.**

Tabla 4. Índices globales de cuidado perdido por tipo de institución.

Institución	N	Promedio	% (IC 95)
1. Institutos Nacionales	269	16.52	(14.12-18.93)
2. Hospitales de Alta Especialidad	288	23.11	(20.62-25.60)
3. Otros Hospitales	57	39.18	(32.22-46.14)

Dimensiones de Cuidado Perdido

En relación con la dimensión de *Necesidades Individuales*, el promedio más alto correspondió a Otros Hospitales con 31.83%, sobre todo en los cuidados asociados con la asistencia al baño en un tiempo no mayor de 5 min. de su solicitud y la asistencia a las visitas de evaluación multidisciplinaria (médico, nutriólogo, etc.); seguido de Hospitales de Alta Especialidad con 19.00%, y los Institutos Nacionales con 10.94% que, de igual manera, presentaron los mismos cuidados perdidos, existiendo solo una ligera diferencia entre las proporciones. **Véase Tabla 5.**

Tabla 5. Dimensión Necesidades Individuales por tipo de /institución.

Institución	N	Promedio	% (IC 95)
1. Institutos Nacionales	269	10.94	(8.85-13.03)
2. Hospitales de Alta Especialidad	288	19.00	(16.40-21.59)
3. Otros Hospitales	57	31.83	(24.49-39.17)

Continuando con la dimensión de *Plan de alta y educación al paciente*, el promedio más alto se presentó en Otros Hospitales con 40.35%, donde los principales cuidados perdidos correspondieron a orientación útil para el alta, y orientación o información acerca de su enfermedad (pruebas y los estudios de diagnóstico); seguido de Institutos Nacionales con 19.52% y terminando, los Hospitales de Alta Especialidad con 18.40%, manejando de manera equivalente los cuidados omitidos antes mencionados. **Véase Tabla 6.**

Tabla 6. Dimensión Plan de alta y educación por tipo de institución.

Institución	N	Promedio	% (IC 95)
1. Institutos Nacionales	269	19.52	(16.00-23.03)
2. Hospitales de Alta Especialidad	288	18.40	(15.21-21.60)
3. Otros Hospitales	57	40.35	(31.51-49.19)

Seguido de la dimensión de *Cuidado básico*, el promedio más alto correspondió a Otros Hospitales con 44.30%, relacionado con los cuidados de apoyo para caminar 3 veces al día o según la indicación y para realizar cambio de posición cada 2 horas o de acuerdo con sus necesidades; seguido de Hospitales de Alta Especialidad con 27.08% e Institutos Nacionales con 19.01%, en donde el mayor cuidado omitido de ambas categorías fue el apoyo para realizar el cuidado de la boca. **Véase Tabla 7.**

Tabla 7. Dimensión Cuidado Básico por tipo de institución.

Institución	N	Promedio	% (IC 95)
1. Institutos Nacionales	269	19.01	(15.94-22.07)
2. Hospitales de Alta Especialidad	288	27.08	(23.80-30.37)
3. Otros Hospitales	57	44.30	(34.94-53.66)

Terminando con la dimensión de *Evaluaciones continuas*, el promedio más alto correspondió a Otros Hospitales con 9.47%, donde se presentaron como principales cuidados perdidos, el chequeo continuo de glucosa en caso de tenerlo indicado y el registro de datos en la hoja de enfermería cada que acudían a valorarlo; seguido de Institutos Nacionales con 5.95% y Hospitales de Alta Especialidad con 5.90%, donde ambos comparten el principal cuidado perdido pero señalan otros cuidado omitidos como son, la revisión de los sitios de inserción del catéter venoso y reevaluación de la condición actual en caso necesario, respectivamente. **Véase Tabla 8.**

Tabla 8. Dimensión Evaluaciones Continuas por tipo de institución.

Institución	N	Promedio	% (IC 95)
1. Institutos Nacionales	269	5.95	(4.39-7.59)
2. Hospitales de Alta Especialidad	288	5.90	(4.56-7.24)
3. Otros Hospitales	57	9.47	(4.98-13.97)

Razones de ocurrencia

En cuanto a la dimensión de Recursos Humanos, el 62.50% de los pacientes adultos de Otros Hospitales, consideraron que este factor es significativo para la ocurrencia del Cuidado Perdido de enfermería, principalmente por situaciones de urgencia del mismo u otros pacientes, aumento inesperado en el número de pacientes y/ o carga de trabajo del servicio y número insuficiente de personal de enfermería; seguido por los Institutos Nacionales con un 56.73%, principalmente por número insuficiente de personal de apoyo (camilleros, inhaloterapia, técnicos) y situaciones de urgencia del mismo u otros pacientes; y por último, Hospitales de Alta Especialidad con un 46.91%, en donde, situaciones de urgencia del mismo u otros pacientes y aumento

inesperado en el número de pacientes y/ o carga de trabajo del servicio, fueron las más señaladas. **Véase Tabla 9.**

Tabla 9. Dimensión Recursos humanos por tipo de institución.

Institución	N	Promedio	% (IC 95)
1. Institutos Nacionales	269	56.73	(52.34-61.12)
2. Hospitales de Alta Especialidad	288	46.91	(42.68-51.15)
3. Otros Hospitales	57	62.50	(54.35-70.64)

Por otra parte, correspondiente a la dimensión de Recursos Materiales, el 50.55% de los pacientes adultos de los Institutos Nacionales, señalaron que este factor es significativo para la ocurrencia del Cuidado Perdido, debido a situaciones donde los Medicamentos no están disponibles cuando se necesitan y el equipo médico no funciona correctamente cuando se necesita; seguido por Otros Hospitales con 41.52% y Hospitales de Alta Especialidad con 38.19%, donde ambos reportan las mismas situaciones. **Véase Tabla 10.**

Tabla 10. Dimensión Recursos Materiales por tipo de institución.

Institución	N	Promedio	% (IC 95)
1. Institutos Nacionales	269	50.55	(45.40-55.71)
2. Hospitales de Alta Especialidad	288	38.19	(33.27-43.10)
3. Otros Hospitales	57	41.52	(29.20-53.83)

Finalmente, en la dimensión de Comunicación, el 42.19% de los pacientes adultos de los Institutos Nacionales, consideran que este factor es significativo para la ocurrencia del Cuidado Perdido de enfermería, relacionado con la falta de apoyo entre el personal del servicio y problemas de comunicación con el personal médico; seguido de Otros Hospitales con 36.54% y los Hospitales de Alta Especialidad con 29.22%, donde ambos presentaron los mismos factores de ocurrencia, como son, la falta de claridad en las indicaciones en el cambio de turno o servicio del paciente y falta de apoyo entre el personal del servicio. **Véase Tabla 11.**

Tabla 11. Dimensión Comunicación por tipo de institución.

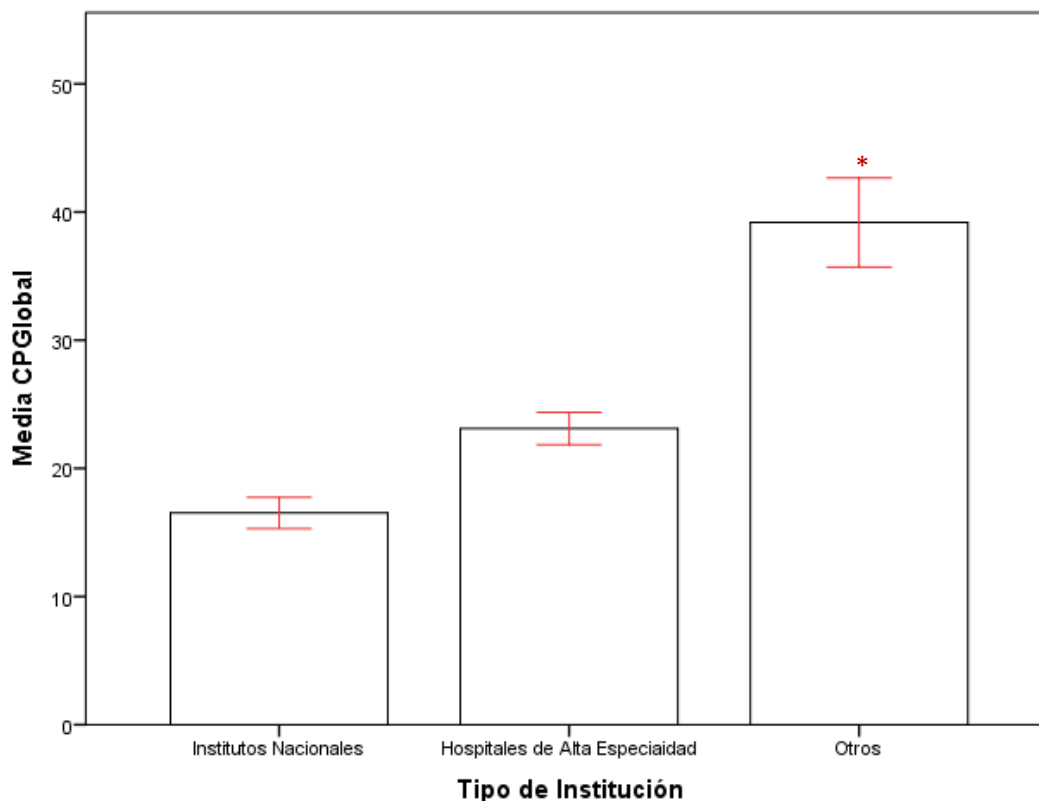
Institución	N	Promedio	% (IC 95)
1. Institutos Nacionales	269	42.19	(37.41-46.97)
2. Hospitales de Alta Especialidad	288	29.22	(24.80-33.64)
3. Otros Hospitales	57	36.54	(24.89-48.20)

6.5 Análisis Inferencial de cuidado perdido por institución

Índices de Cuidado Perdido

Se realizó una Prueba ANOVA de un factor, para determinar si existen diferencias en los índices de cuidado perdido por tipo de institución participante, encontrando una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos ($F= 27.662$, $p= 0.0001$). Con las pruebas post hoc Tukey, se encontraron diferencias significativas entre grupos, ya que, en la categoría Otros Hospitales, presentaron el promedio más alto con 39.18%, es decir, que existió mayor cuidado perdido en comparación a Hospitales de Alta Especialidad con 23.11% y a los Institutos Nacionales con 16.52%, con una diferencia estadísticamente significativa ($p<0.05$). Véase Gráfico 8.

Gráfico 8. Índices de Cuidado Perdido por tipo de institución (n=614)

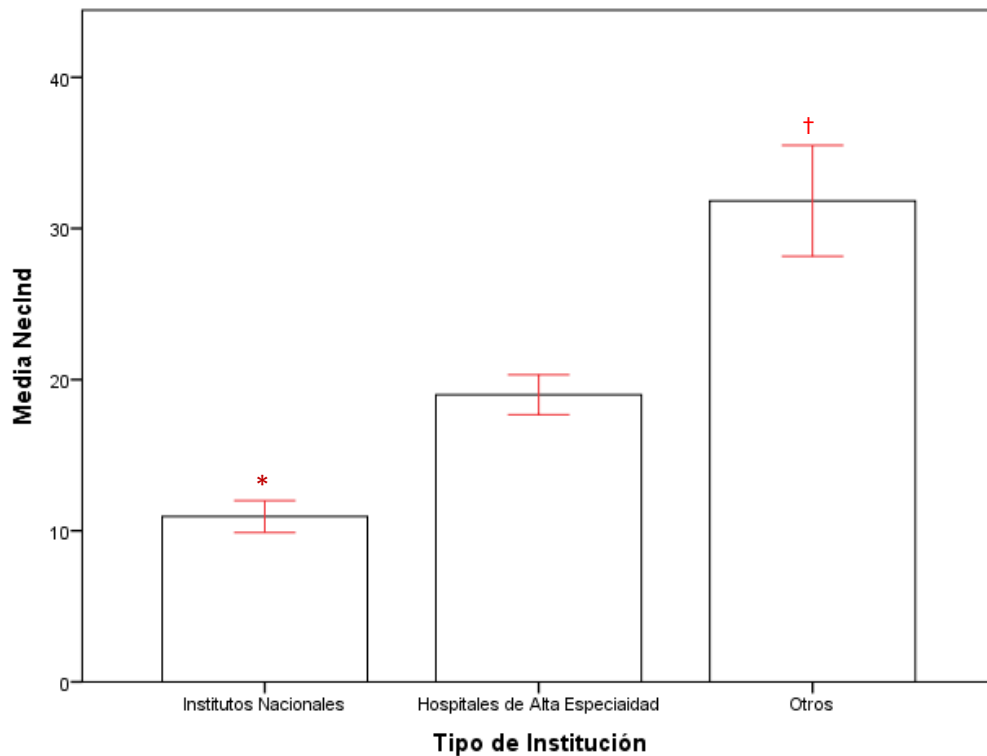


ANOVA de un Factor con pruebas Post Hoc Tukey: * Otros hospitales vs Institutos Nacionales vs Hospitales de Alta Especialidad ($p<0.005$).

Dimensiones de Cuidado Perdido

Por otro lado, para determinar si existen diferencias en el puntaje de la dimensión de *Necesidades individuales* de cuidado perdido por tipo de institución participante, se realizó una Prueba ANOVA de un factor, encontrando una diferencia estadísticamente significativa ($F=26.846$, $p= 0.0001$). Donde Institutos Nacionales obtuvo el menor promedio de 10.94%, en comparación a Hospitales de Alta Especialidad con 19.00% y Otros Hospitales con 31.83% ($p<0.05$). En cambio, la categoría Otros Hospitales tuvo el mayor promedio con 31.83%, en comparación con Hospitales de Alta Especialidad que obtuvieron 19.00%, así como, para Institutos Nacionales con un promedio de 10.94% ($p<0.05$). Véase Gráfico 9.

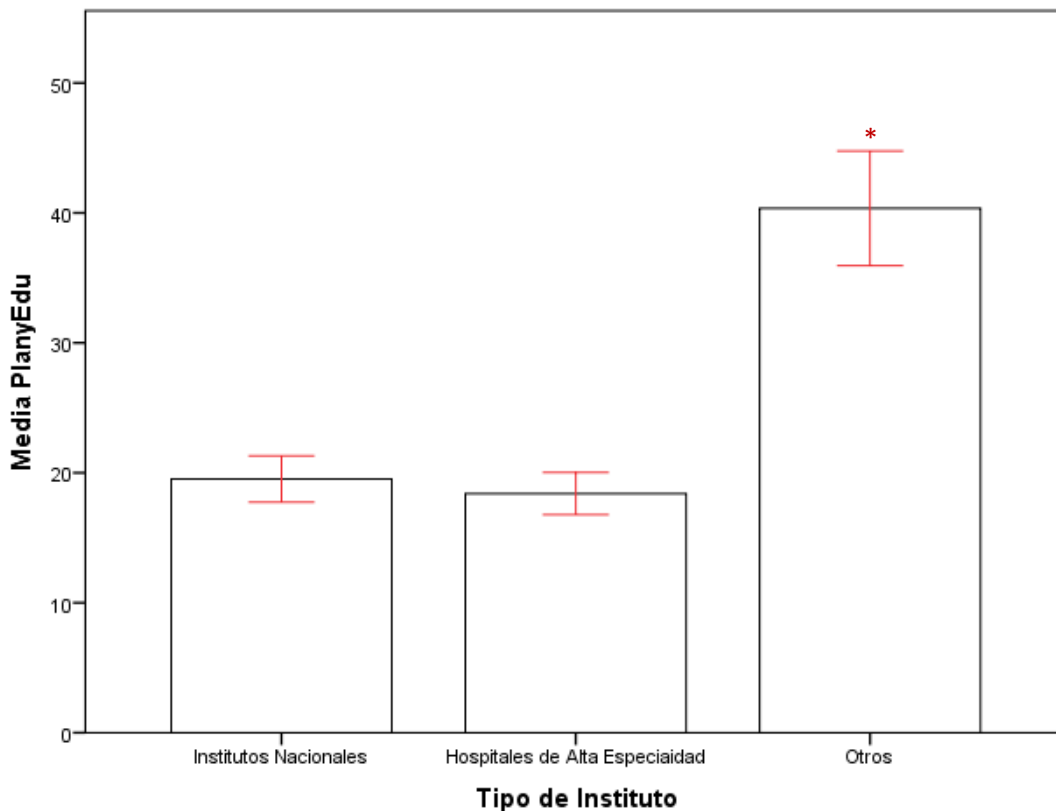
Gráfico 9. Dimensión Necesidades Individuales por tipo de institución (n=614)



ANOVA de un Factor con pruebas Post Hoc Tukey: * Institutos Nacionales vs Hospitales de Alta Especialidad vs Otros hospitales ($p<0.05$). † Otros hospitales vs Hospitales de Alta Especialidad vs Institutos Nacionales ($p<0.05$)

Continuando con la dimensión de *Plan de Alta y Educación al Paciente*, utilizando una Prueba ANOVA de un factor, con el objetivo de identificar divergencia entre los tipos de instituciones, se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa ($F=14.310$, $p=0.0001$). Donde Otros Hospitales presentó un promedio mayor de 40.35% en comparación a Instituciones Nacionales con 19.52% y Hospitales de Alta Especialidad con 18.40% ($p<0.005$). **Véase Gráfico 10.**

Gráfico 10. Dimensión Plan de Alta y Educación al Paciente por tipo de institución (n=614)

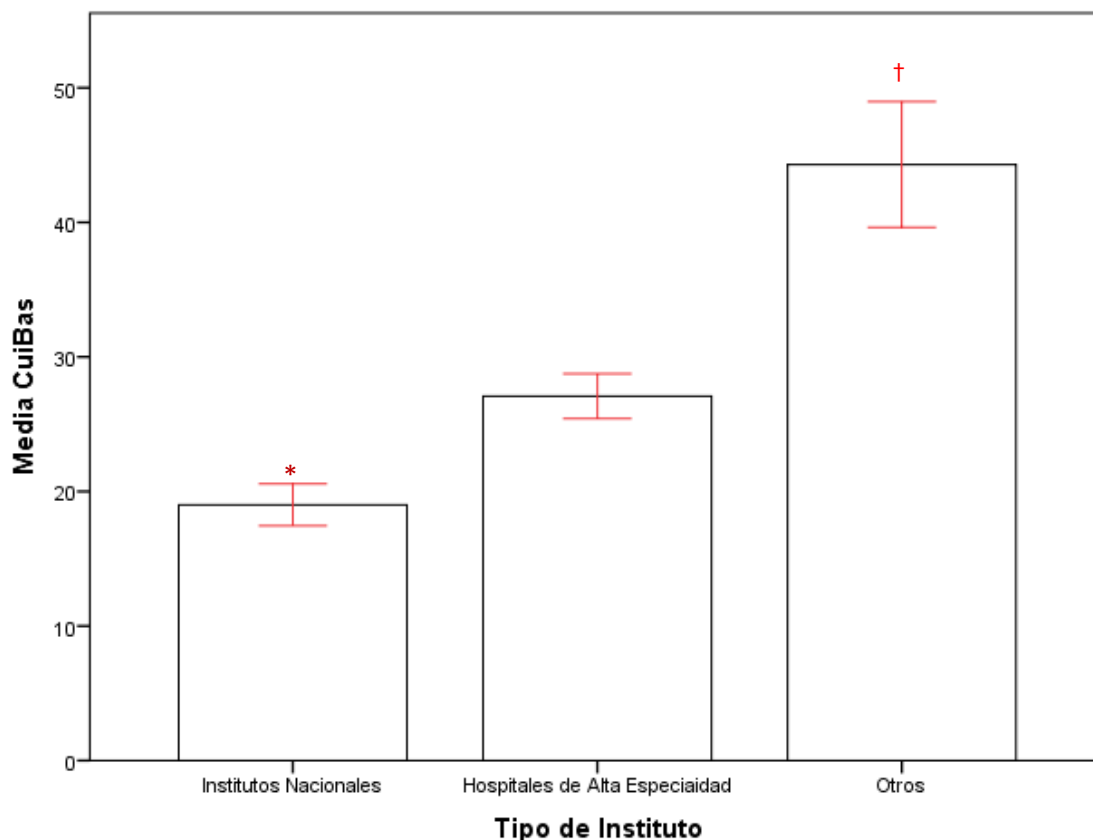


ANOVA de un Factor con pruebas Post Hoc Tukey: *Otros hospitales vs Institutos Nacionales vs Hospitales de Alta Especialidad ($p<0.005$).

Respecto a la dimensión de *Cuidado Básico*, con la Prueba ANOVA de un factor, se identificaron diferencias en el puntaje de las categorías, lo cual resultó en una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos ($F=20.684$, $p=0.0001$). Los Institutos Nacionales presenta el menor promedio de 19.01%, en comparación a

Hospitales de Alta Especialidad con 27.08% y Otros Hospitales con 44.30% ($p < 0.05$). Por el contrario, la categoría de Otros Hospitales obtuvo un promedio mayor de 44.30% en comparación con los Institutos Nacionales de 19.01% y los Hospitales de Alta Especialidad con 27.08% ($p < 0.05$). Véase **Gráfico 11**.

Gráfico 11. Dimensión Cuidado Básico por tipo de institución (n=614)



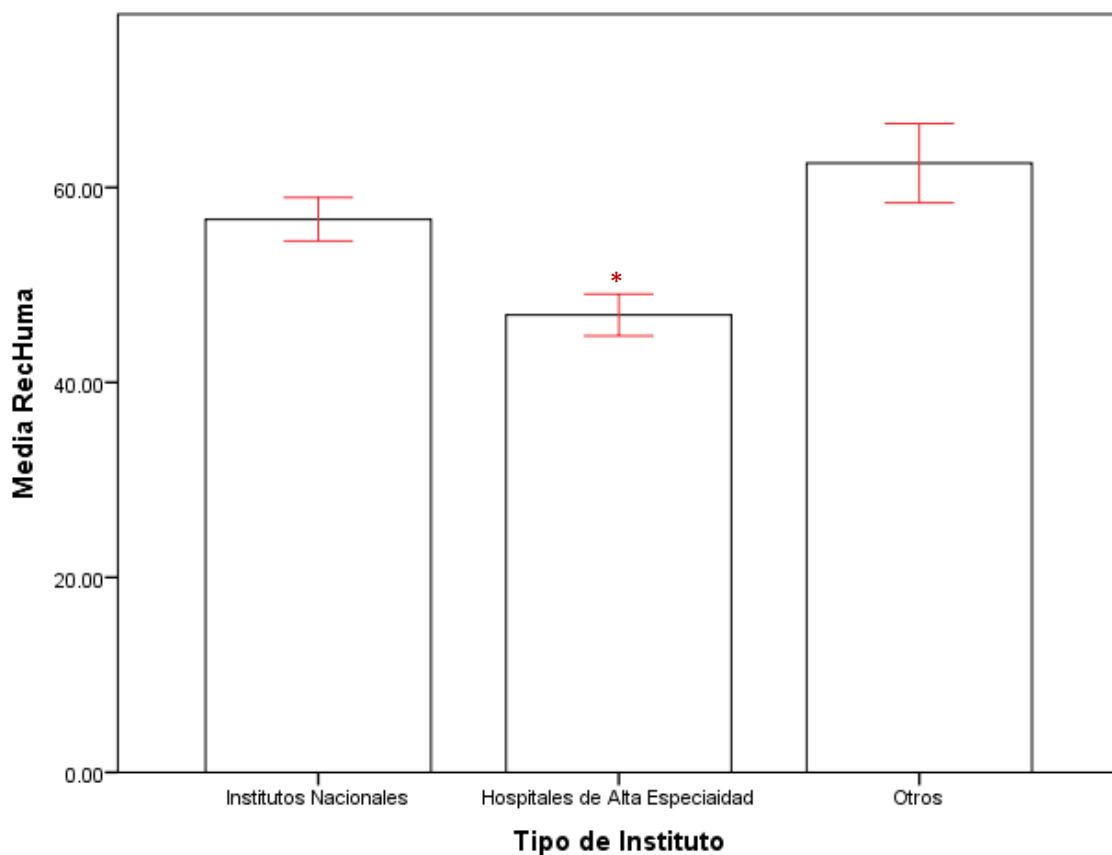
ANOVA de un Factor con pruebas Post Hoc Tukey: *Institutos Nacionales vs Hospitales de Alta Especialidad vs Otros hospitales ($p < 0.05$) † Otros hospitales vs Institutos Nacionales vs Hospitales de Alta Especialidad ($p < 0.05$)

Finalmente, en la dimensión de *Evaluaciones continuas*, se utilizó la Prueba ANOVA de un factor, donde no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos ($F=2.004$, $p=0.136$). El tipo de institución que presentó mayor puntuación correspondió a Otros Hospitales con 9.47%, seguido de Institutos Nacionales con 5.95% y Hospitales de Alta Especialidad con 5.90%, pero no existe diferencia significativa.

Razones de ocurrencia

Respecto a la dimensión de *Recursos Humanos*, se realizó una prueba ANOVA de un factor, para determinar si existen diferencias entre los puntajes de los tipos de instituciones de salud participantes, encontrando una diferencia estadísticamente significativa ($F=7.502$, $p=0.001$). Los Hospitales de Alta Especialidad obtuvieron el menor promedio de 46.91% en comparación a Institutos Nacionales con 56.73% y Otros Hospitales con 62.50% ($p<0.005$). **Véase Gráfico 13.**

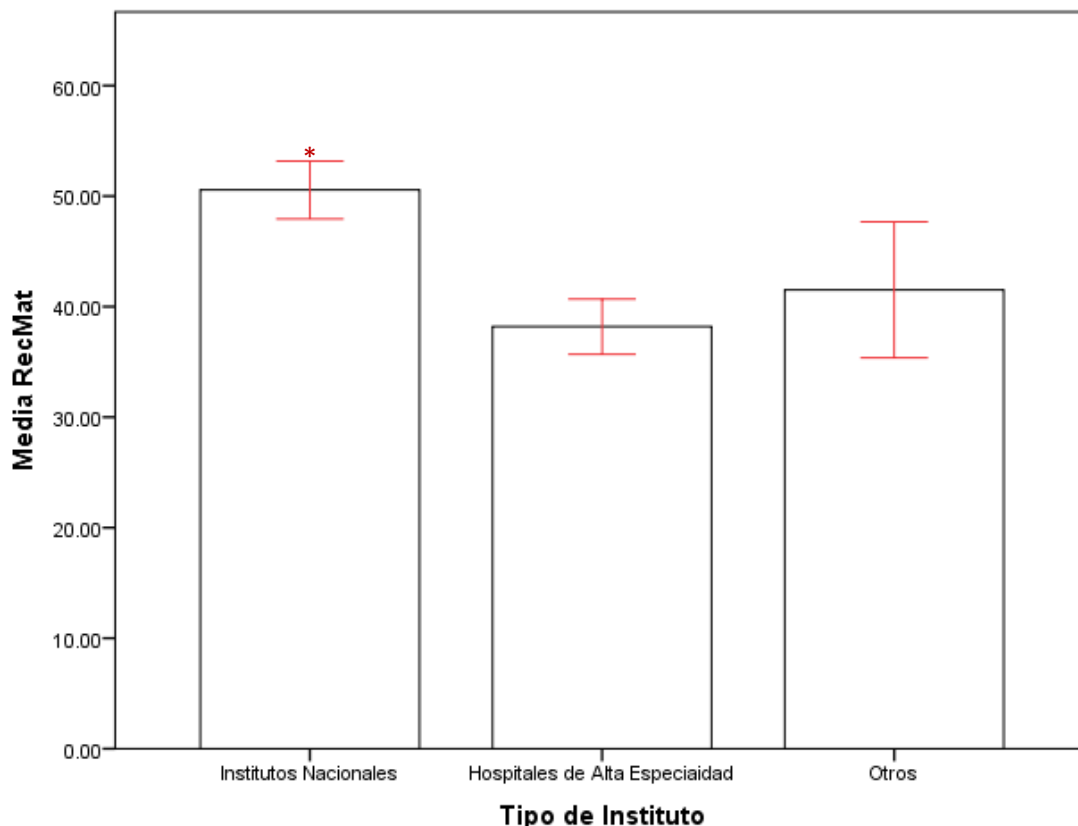
Gráfico 13. Dimensión Recursos Humanos por tipo de institución (n=614)



ANOVA de un Factor con pruebas Post Hoc Tukey: *Hospitales de Alta Especialidad vs Institutos Nacionales vs Otros ($p<0.005$).

Seguido por *Recursos Materiales*, a través de la Prueba ANOVA de un factor, se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa entre las agrupaciones ($F=5.842$, $p=0.003$). Los Institutos Nacionales presentaron mayor promedio con 50.55%, en comparación a Hospitales de Alta Especialidad que obtuvieron 38.19% ($p=0.002$). **Véase Gráfico 14.**

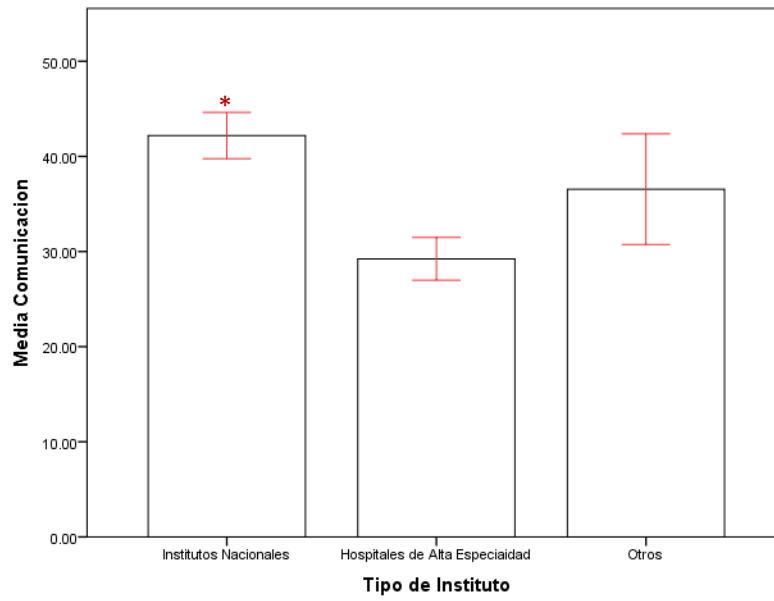
Gráfico 14. Dimensión Recursos Materiales por tipo de institución (n=614)



ANOVA de un Factor con pruebas Post Hoc Tukey: *Institutos Nacionales vs Hospitales de Alta Especialidad ($p=0.002$).

Para finalizar, en la dimensión de *Comunicación*, se realizó la prueba ANOVA de un factor, para determinar si existen diferencias entre los puntajes de tipos de instituciones de salud participantes, encontrando una diferencia estadísticamente significativa ($F=7.538$, $p= 0.001$). Los Institutos Nacionales obtuvieron el mayor promedio de 42.19%, en comparación a Hospitales de Alta Especialidad que obtuvieron un promedio menor con 29.22% ($p<0.05$). **Véase Gráfico 15.**

Gráfico 15. Dimensión Comunicación por tipo de institución (n=614)



ANOVA de un Factor con pruebas Post Hoc Tukey: * Institutos Nacionales vs Hospitales de Alta Especialidad ($p < 0.05$).

VII. Discusión

La preocupación por mejorar la calidad de la atención al paciente y sus componentes fundamentales como la seguridad son algunos de los desafíos que enfrentan actualmente los profesionales de enfermería en el mundo. En este caso, hablar de Cuidado Perdido responde a un fenómeno de interés mundial debido a sus implicaciones en la calidad de los servicios de salud(80). Este estudio, tuvo el objetivo de analizar la incidencia de cuidado perdido, de acuerdo con la perspectiva del paciente adulto, así como, por tipo de institución participante (institutos, hospitales de alta especialidad y otros).

En esta investigación el cuidado perdido reportado en las 9 instituciones de salud presentó un índice alto de 21.72, en comparación al estudio de Moreno (16) y López (26), que obtuvieron 5 puntos por debajo del índice de esta prueba, dichos estudios se realizaron desde la perspectiva del paciente y profesional de enfermería, respectivamente.

Respecto a las dimensiones del cuidado perdido de enfermería, en este estudio, la que presentó mayor omisión de cuidados fue la de intervenciones de cuidado básico orientadas a satisfacer necesidades primarias, cuando el paciente carece de autonomía, resultados similares a lo encontrado en otros estudios (24,33,35,36,70); al mismo tiempo, la mayor prevalencia de omisión de cuidado correspondió a cuidado de la boca, apoyo para caminar 3 veces al día o según lo indicado y apoyo para la higiene de manos, estos resultados concuerdan con estudios realizados por Moreno (33), Hernández (20) y Kalish et al. (70) Esto podría atribuirse a que el personal de enfermería no prioriza estos cuidados, ya sea por su condición de baja complejidad, porque considera que el paciente puede realizar estas acciones de cuidado por sí mismo o con apoyo de algún familiar (24), además la literatura sugiere que la comunicación enfermera-paciente condiciona a la asignación informal del cuidado y conlleva a que se omita. (35) Ante ello, se recomienda que el profesional de enfermería debe ser más consciente ante las necesidades básicas del paciente (36) para brindar una respuesta más eficaz , así como evitar considerarlos de rutina diaria de enfermería, y en su lugar aprovechar este espacio para interactuar con el

paciente e identificar necesidades, y con la posibilidad de realizarlos de acuerdo con la categoría de enfermería, por ejemplo, la auxiliar de enfermería es la responsable de que estos cuidados se realicen, aunque el personal profesional deberá verificarlos y en caso de su omisión, realizarlos(33).

Por otra parte, la segunda dimensión más omitida fue planificación de alta y educación al paciente, donde se reporta que durante la hospitalización, son cuidados que se pierden continuamente, similar a lo encontrado en otros estudios realizados en América del Norte (33,70). En este estudio, los pacientes señalaron mayor omisión en la orientación sobre el alta hospitalaria, estos resultados difieren a lo reportado en estudios realizados por Hernández (24) y Kalisch (70) en donde la educación al paciente fue el cuidado mayormente perdido. Esto podría estar relacionado a factores que provocan interrupciones en la preparación para el alta del paciente, tal como una inadecuada preparación por parte de los profesionales de enfermería para el alta del paciente (81), ya que se ha señalado que comúnmente los profesionales de enfermería no se comunican con los pacientes, debido a la enorme carga de trabajo, carencia de autonomía, y sus relaciones con otros profesionales sanitarios, así como también la incorporación en los procesos de toma de decisiones y al hecho de que las enfermeras carecen de confianza en los pacientes de ser capaces de manejar su propio cuidado después de ser dados de alta(82,83).

Por lo anterior, la preparación para el alta del paciente, debe ser considerada como un momento de alto riesgo (84) debido a que se ha evidenciado que repercute en efectos negativos en los resultados del paciente, con complicaciones que incluyen errores de la medicación, progresión clínica de la enfermedad, falta de seguimiento posterior al alta, visitas evitables al departamento de emergencias y readmisiones hospitalarias, así como la disminución de la satisfacción del cuidado por parte del paciente y del personal(71). Por lo que, se recomienda que, para su enseñanza en las instituciones de salud, debe mejorarse la comunicación y confianza entre el profesional de enfermería, el paciente y cuidadores primarios, durante la estancia hospitalaria para su empoderamiento en el conocimiento de su autocuidado y toma

de decisiones informadas, con el objetivo de hacerlo participe en el plan de alta y promover la expresión de dudas o inquietudes respecto al mismo. Así mismo, incorporar protocolos estandarizados en la educación del plan de alta al paciente, acorde no solo a las características que la institución requiera o demande, si no que tome en cuenta las necesidades específicas del paciente.

En relación con la educación para la salud durante la hospitalización, existe heterogeneidad en los resultados de otros autores(24,33,70), ya que algunos refieren mayor pérdida en este cuidado en comparación con el alta hospitalaria. La educación tiene lugar cuando el paciente interactúa con el personal de enfermería, y con otros profesionales de la salud, esta educación incluye tanto el conocimiento que se necesita durante el proceso de atención, como el necesario una vez que el paciente es dado de alta. Por tanto, se sugiere que para mantener una educación efectiva se deben emplear diversas técnicas acordes a las necesidades del paciente, pues el aprendizaje es más efectivo cuando se adapta a los valores culturales, religiosos y destrezas, asimismo, cuando tiene lugar en los puntos adecuados del proceso de atención con el fin de alcanzar un estado de salud(24).

En cuanto a la dimensión de necesidades individuales, los pacientes percibieron en este estudio una proporción importante de cuidado que se pierde u omite, pero con menor incidencia respecto a las intervenciones de cuidado básico y plan de alta. Esto ocurre similar en otros estudios realizados en países como México, Estados Unidos e Irán (8,21,33,70,83). Nuestros resultados revelaron que los cuidados mayormente omitidos corresponden al apoyo o ayuda para ir al baño en un tiempo no mayor a los 5 minutos de su solicitud, seguido del apoyo emocional y evaluación de visitas multidisciplinarias. Algunos autores(21,33,70,83), señalan que estos cuidados omitidos pueden atribuirse al tiempo requerido para su ejecución, por lo que muchas de las veces los profesionales de enfermería destinan su tiempo a otros cuidados que comprometen la vida del paciente, dejando a un lado las necesidades humanas, no favoreciendo un cuidado integral.

Por lo que, una relación enfermera-paciente efectiva dentro de la práctica profesional, es fundamental para identificar dichas prioridades y necesidades de

cuidado durante su estancia hospitalaria, es decir, va más allá del contacto físico y la aplicación de técnicas(85). Además, se debe desarrollar estrategias que permitan empoderar a enfermería para un mayor involucramiento en la educación al paciente, estas deben comprender el apoyo emocional, la comunicación y el trabajo en equipo, para que conduzcan a brindar una atención óptima al paciente.

Finalmente, en la dimensión evaluaciones continuas, los pacientes percibieron que son los cuidados que se omiten en menor proporción, concordando con otros estudios en México y Estados Unidos(21,70,86). Dentro de esta dimensión, la toma de glucosa en sangre, reevaluación de la condición actual y revisión del sitio de catéter venoso fueron los cuidados que se reportaron omitidos, similar a lo encontrado en estudios realizados con anterioridad(20,21,86). Estos resultados posiblemente podrían estar relacionados con las características del personal de enfermería (33), el ambiente de trabajo, la afluencia de pacientes y la falta de supervisión del cumplimiento de los cuidados(8), sobre todo en aquellos que son dependientes o relacionados al expediente u órdenes médicas.

Para esto, es necesario que se cuente con los recursos humanos idóneos, así como, con los recursos materiales para que estos cuidados no resulten en su retraso u omisión, a diferencia de otras en las que se puede prescindir de insumos para realizarse, como la deambulación, el baño, apoyo emocional, entre otros(10).

En este marco, existen factores que intervienen en el cuidado perdido de enfermería y tienen impacto en la atención conocidos como razones de ocurrencia. En este estudio, el orden de estas razones correspondió a recursos humanos disponibles para la atención, seguido de los recursos materiales accesibles para ayudar en las actividades de atención al paciente y comunicación del equipo interdisciplinario, esta misma secuencia fue reportada en otros estudios realizados en México y Estados Unidos(10,33,70).

Dentro de la dimensión Recursos Humanos, los pacientes percibieron que el cuidado perdido de enfermería se debe a situaciones de urgencia del paciente, aumento inesperado de pacientes (ingresos) y personal de apoyo insuficiente, de manera similar en estudios realizados por Kalisch(70) y Moreno(33). La literatura

reporta que la cantidad adecuada del personal con competencias específicas y el tiempo que tarda en completarse una intervención de enfermería es fundamental para atender las necesidades de los pacientes, y cuando esto se ve afectado, interfiere de manera directa en los resultados de la atención debido a que las enfermeras se ven forzadas a disminuir o, algunas veces, hasta omitir ciertas tareas, a pesar de que eso puede incrementar el riesgo de resultados negativos en el paciente, principalmente en las intervenciones de cuidado básico y necesidades individuales.(6,8,21).

Por esta razón, los recursos humanos desempeñan un papel fundamental en la evolución de los pacientes y un inadecuado aprovechamiento del mismo; como el tener demasiado personal sin experiencia en un turno; hacer asignaciones de pacientes basadas únicamente en números y no en las necesidades de cuidados; el no cubrir adecuadamente el ausentismo del personal, el aumento en la carga de trabajo de los pacientes por situaciones de salud inesperadas, así como un gran número de ingresos, disminuyen el trabajo en equipo y aumentan la incidencia en el cuidado perdido de enfermería. Acorde con lo anterior, se recomienda que el nivel del personal por unidad debe incluir enfermeras que tiene la experiencia necesaria, suficientes para cada turno y para el número de pacientes de cada servicio de hospitalización, al mismo tiempo, hacer un llamado a la gestión de los servicio de enfermería para contar con una plantilla de personal de enfermería eficiente, así como fortalecer una comunicación efectiva entre los profesionales de enfermería, los cuales son indispensables para la entrega oportuna del cuidado y así poder cubrir las necesidades primordiales que demanda el paciente hospitalizado(24).

Los recursos materiales fueron considerados por el paciente adulto, el segundo factor más importante, relacionado el cuidado perdido de enfermería principalmente a la falta de medicamentos, por el equipo médico no disponible y el que no funcione correctamente cuando se necesita, otros estudios en México coinciden con estos resultados(21,33,70). Algunos autores, señalan que una buena disponibilidad de los medicamentos evita retrasos innecesarios en los tratamientos farmacológicos de los pacientes contribuyendo así, a la continuidad en la atención(21), de igual manera,

que el adecuado funcionamiento del equipo médico requerido, así como su disponibilidad cuando sea necesario, intervienen en la oportunidad de proveer cuidado de enfermería de calidad y seguridad para el paciente(33). Además, cabe mencionar que dentro de los cuidados que enfermería brinda, muchas de ellas solo es posible realizarlas cuando se cuenta con los recursos humanos suficientes e insumos necesarios, por lo que, al existir deficiencia en los recursos materiales estas intervenciones no se cumplen en su totalidad generando su retraso u omisión(10).

Dejando en tercer lugar, a la dimensión de comunicación, donde la falta de claridad de las indicaciones médicas, falta de apoyo entre el personal del servicio y la falta de comunicación con personal médico son las razones que los pacientes perciben que ocasionan la omisión del cuidado de enfermería, estos últimos son similares a otros estudios(21,70).

Por ello, dentro de las instituciones de salud es indispensable la implementación de acciones que contribuyan a mejorar la planeación de los cuidados que se le brindan al paciente, dado que las actividades de enfermería son de colaboración y, dependen de la capacidad de las enfermeras para comunicarse eficazmente con los pacientes y los miembros del equipo interdisciplinario. Estas intervenciones deben estar dirigidas hacia la mejora de la comunicación y el trabajo en equipo, habilidades para el manejo de conflictos y liderazgo por parte del profesional de enfermería, en busca de favorecer la adecuada transferencia de información del paciente y la modificación del sistema de trabajo a nivel organizacional(24,33).

Diferencias en el cuidado perdido de enfermería por el tipo de institución

En paralelo, esta investigación realizó la comparación del cuidado perdido por tipo de institución, con el objetivo de analizar las características y diferencias entre las mismas, así como, identificar una posible causa de este fenómeno. Dentro de las tres categorías, Otros hospitales presentó un alto índice de cuidado perdido, superior en 16 puntos con relación a Hospitales de Alta Especialidad y 23 puntos por encima de Institutos Nacionales, cabe destacar que todas estas, pertenecen al sector público de salud.

Otros estudios (10,21,22) realizados en México, coinciden en la alta incidencia de cuidado perdido de enfermería en este tipo de hospitales del país. Así mismo, en esta categoría se incluye a un hospital-escuela, donde se señala el aumento de la pérdida del cuidado por el compromiso mayor de enfermería en el tiempo a la enseñanza, simultaneo al cuidado de los pacientes, coincidiendo con lo reportado en la evidencia (7,77).

Con relación a esto, el principal factor para Otros Hospitales, para el cuidado perdido fue la dimensión de Recursos Humanos, debido a situaciones de urgencia de este u otros pacientes, aumento inesperado en el volumen de pacientes o carga de trabajo del servicio y número insuficiente de personal de enfermería; esto como posible resultado de un déficit relativo de profesionales de la salud, que México todavía enfrenta. En el caso de enfermería, la tasa a nivel nacional corresponde a 2.2 por 1000 habitantes, la cual es inferior a la cifra promedio de los países de la OCDE (77,87).

Por tanto, se requiere de la inversión del Estado y la mejora de la distribución del sistema de salud, en materia de recursos humanos y materiales, para satisfacer la demanda de intervenciones hospitalarias de alta complejidad con personal de enfermería suficiente y capacitado, así como dar respuesta, a las necesidades y expectativas de los pacientes, tanto en zonas urbanas y rurales.

VIII. Limitaciones

Esta investigación fue realizada en hospitales que, en su mayoría, se encuentran en el área metropolitana del Valle de México y en zonas urbanas, donde los recursos humanos y materiales con los que se cuentan son mayores en comparación con otros hospitales de zonas rurales, por lo que los resultados obtenidos no pueden generalizar la presencia del cuidado perdido en el contexto del país.

Por otro lado, se debe considerar que los resultados del presente trabajo fueron tomados antes de la pandemia por COVID-19, lo que podría modificar la incidencia actual del fenómeno del cuidado perdido. Por lo tanto, es necesario ampliar el tamaño de la muestra y replicar estudios similares en instituciones públicas y privadas, así como en instituciones que se encuentren en zonas rurales y urbanas de los diferentes niveles de atención.

IX. Implicaciones para la práctica

Los resultados de esta investigación, nos muestra que el estudio del fenómeno del cuidado perdido y su análisis permitirán a los interesados en el tema, profundizar e identificar la fundamentación teórica, así como, los elementos conceptuales que pueden ser un insumo para la toma de decisiones en políticas de salud y en el diseño de estrategias e intervenciones que contribuyan a la mejora del cuidado, en los procesos de docencia e investigación, en las instituciones de salud.

De igual manera, los hallazgos del presente estudio señalan como un área de oportunidad en instituciones, tanto públicas como privadas, la carencia de recurso humano y material, el cual compromete la entrega del cuidado al paciente; por lo que se hace un llamado a las mismas y a los administradores de los servicios de enfermería, a proporcionar una adecuada dotación de personal e insumos, así como realizar estrategias efectivas para la gestión de los recursos humanos dentro de las unidades, con el fin de disminuir el cuidado perdido, fortalecer la continuidad de la atención y garantizar experiencias positivas de los pacientes durante la hospitalización(33,35).

Por lo anterior, el personal de enfermería debe dedicarse a la recopilación y análisis de datos en relación con los cuidados omitidos en sus unidades, desde diferentes puntos de vista, no solo desde el profesional de enfermería. Además, debe impulsar intervenciones en favor de la cultura de calidad y seguridad de la atención, donde se clarifique la importancia de la percepción del paciente dentro de la práctica clínica, de tal forma, que este trabajo en conjunto resulte en la disminución de las interrupciones en la atención, promueva el trabajo en equipo y se logre la satisfacción de los pacientes.

X. Conclusiones

El presente estudio, identificó, a través de la percepción del paciente adulto, los altos índices de cuidado perdido de enfermería durante la estancia hospitalaria en diferentes instituciones de salud de México. De acuerdo con esto, se comprobó la existencia de cuidados omitidos o que se retrasan dentro de las actividades de enfermería, lo que puede afectar los resultados de la atención.

Los pacientes percibieron mayor omisión en las dimensiones de cuidado básico y, planificación del alta y educación al paciente, relacionado con la falta de prioridad que tienen dentro de las actividades de enfermería, y con la ausencia de una participación activa del profesional para convertir al paciente en una persona autónoma respecto a su cuidado, en busca de evitar eventos adversos y/o reingresos hospitalarios.

En esta investigación, el cuidado perdido se asoció principalmente a dos factores relacionados, tales son, los recursos humanos y materiales, los cuales debe ser considerado como un área que requiere de estrategias efectivas para su gestión, en el caso de recursos humanos, contar con una eficiente plantilla de enfermería conformada por personal suficiente y apto, así como insumos disponibles y funcionales, dado que ambos, ayudaran a disminuir las omisiones del cuidado y fortalecer la continuidad de la atención.

Para concluir, uno de los principales retos para los profesionales de enfermería, es buscar alternativas que garanticen la entrega de un cuidado integral con calidad y seguridad al paciente, de tal manera que, se reduzcan los daños inherentes a la atención y los altos costos hospitalarios. Se recomienda continuar y difundir la investigación sobre cuidado perdido de enfermería, desde diferentes perspectivas para identificar las áreas de oportunidad y realizar planes de mejora dentro de las actividades de enfermería en las instituciones de salud.

XI. Referencias

1. Rund R. La Calidad De La Atención. J AOAC Int. 1992;75(1):196–9.
2. World Health Organization (WHO). Más que palabras . Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Informe Técnico Definitivo Enero de 2009. Colombia. 2009;1–160.
3. Zarate R. Cuidado Perdido de Enfermería. Estado del arte. Enfermería Univ. 2019;16:436–51. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.777>
4. Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: A concept analysis. J Adv Nurs. 2009;65(7):1509–17. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x
5. Jones TL, Hamilton P, Murry N. Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. International Journal of Nursing Studies. 2015;52(6):1121-1137. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012
6. Haftu M, Girmay A, Gebremeskel M, Aregawi G, Gebregziabher D, Robles C. Commonly missed nursing cares in the obstetrics and gynecologic wards of Tigray general hospitals; Northern Ethiopia. PLoS One. 2019;14(12):1–11. doi: 10.1371/journal.pone.0225814
7. Diab G, Ebrahim R. Factors Leading to Missed Nursing Care among Nurses at Selected Hospitals. Am J Nurs Res. 2019;7(2):136–47. doi: 10.12691/ajnr-7-2-5
8. Kalisch B. Missed Nursing Care. A Qualitative Study. J Nurs Care Qual. 2006;21(4):314–5. doi: 10.1097/00001786-200610000-00006
9. Donabedian A. Evaluacion De La Calidad De La Atencion Medica. RevCalidad Asist. 2001;16:S11–27.
10. López J, Silva M, Moreno M, González P, Interrial M. Cuidado de enfermería perdido y factores contribuyentes en un hospital de Tabasco, México. Horiz Sanit. 2021;20(2):207–15. <https://doi.org/10.19136/hs.a20n2.4041>

11. Torres S, Vásquez S. Modelos de evaluación de la calidad del servicio: caracterización y análisis. *Compendium*. 2015;18(35):57–76.
12. Organización Mundial de la Salud (OMS). Servicios de atención sanitaria. 2020. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
13. Ortega G, Rojas J, Vargas B. Nivel De Satisfacción De Los Pacientes Sobre El Cuidado De Enfermería En Un Servicio De Emergencia De Un Hospital Nacional [Tesis Posgrado]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2019.
14. Organización Mundial de la Salud (OMS). Seguridad del Paciente. 2019. <https://www.who.int/es/news-room/facts-in-pictures/detail/patient-safety>
15. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. 1991. *Qual Saf Health Care*. 2004;13(2):370–6. doi: 10.1056/NEJM199102073240604
16. Bates D. The Costs of Adverse Drug Events in Hospitalized Patients. *JAMA J Am Med Assoc*. 1997;277(4):307.
17. Zárate-Grajales RA, Salcedo-Álvarez RA, Olvera-Arreola SS, Hernández-Corral S, Barrientos-Sánchez J, Pérez-López MT, et al. Eventos adversos en pacientes hospitalizados reportados por enfermería: un estudio multicéntrico en México. *Enfermería Univ*. 2017;14(4):277–85. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2017.08.005>
18. De Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: A systematic review. *Qual Saf Heal Care*. 2008;17(3):216–23. doi: 10.1136/qshc.2007.023622
19. Quintero B. Ética del cuidado humano bajo los enfoques de Milton Mayeroff y Jean Watson. *Cienc Soc*. 2001;26(1):16–22.
20. Hernández R, Moreno M, Cheverría S, Díaz A. Factores que influyen en el

- cuidado de enfermería perdido en pacientes de un hospital privado. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017;25:e2877. doi: 10.1590/1518-8345.1227.2877
21. Hernández R, Moreno M, Cheverría S, Landeros M, Interrial M. Cuidado de enfermería perdido en pacientes hospitalizados en una institución pública y una privada. *Index de Enfermería*. 2017;26(3):142–6.
 22. Hernández J, Moreno M, Interrial M, Vázquez L. Cuidados de enfermería perdidos en pacientes con riesgo o con úlceras por presión. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016;24:e2817. doi: 10.1590/1518-8345.1462.2817
 23. Moreno-Monsiváis MG, Moreno-Rodríguez C, Interrial-Guzmán MG. Omisión en atención de enfermería para pacientes hospitalizados Aquichan. 2015;15(3):318–28. doi: 10.5294/aqui.2015.15.3.2
 24. Hernández R. Factores que influyen en el cuidado perdido de enfermería en pacientes de un hospital privado [Tesis Pregrado]. San Luis Potosi: Universidad Autónoma de San Luis Potosi; 2015.
 25. Moreno M. Calidad y seguridad de la atención. *Cienc enferm*. 2013;19(1):7–9. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000100001>
 26. Moreno M, Interrial M. Percepción del paciente acerca de su bienestar durante la hospitalización. *Index de Enfermería*. 2012;21(4):185–9. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000300002>
 27. Moreno M. Percepción de factores que influyen en la calidad del cuidado de enfermería [Tesis Posgrado]. Nuevo León: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2013.
 28. Siqueira L, Caliri M, Haas V, Kalisch B, Dantas R. Validación del cuestionario MISSCARE-BRASIL- Un instrumento para evaluar la omisión de cuidados de enfermería. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017;25:e2975. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2354.2975>
 29. Siqueira L, Caliri M, Kalisch B, Dantas R. Adaptación cultural y análisis de la consistencia interna del instrumento MISSCARE para uso en Brasil. *Rev Lat*

Am Enfermagem. 2013;21(2):610–7. doi:10.1590/s0104-11692013000200019

30. Carvalho J, Bauer A, Larcher M. Omisión de cuidados de enfermería en unidades de hospitalización. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2020;28:1–10. doi: 10.1590/1518-8345.3138.3233
31. Chegini Z, Jafari-Koshki T, Kheiri M, Behforoz A, Aliyari S, Mitra U, et al. Missed nursing care and related factors in Iranian hospitals: A cross-sectional survey. *J Nurs Manag*. 2020;28(8):2205-2215. doi: 10.1111/jonm.13055
32. Rahimi S. The Psychometric Properties of the Persian of Miss Nursing Care Tool among Iranian Nurses. *Res Sq*. 2021;15. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-131324/v1>
33. Moreno M, Moreno C, Interrial M. Missed nursing care in hospitalized patients. *Aquichan*. 2015;15(3):318–28. doi: 10.5294/aqui.2015.15.3.2
34. Kalisch B, Xie B, Dabney B. Patient-Reported Missed Nursing Care Correlated With Adverse Events. *Am J Med Qual*. 2014;29(5):415–22. doi: 10.1177/1062860613501715
35. Cho S, Mark B, Knafel G, Chang H, Yoon H. Relationships Between Nurse Staffing and Patients' Experiences, and the Mediating Effects of Missed Nursing Care. *J Nurs Scholarsh*. 2017; 49(3):347-355. doi: 10.1111/jnu.12292
36. Dabney B, Kalisch B. Nurse Staffing Levels and Patient-Reported Missed Nursing Care. *J Nurs Care Qual*. 2015;30(4):306–12. doi: 10.1097/NCQ.0000000000000123
37. Mondaca K, Méndez P, Badilla V, Soto P, Ivanovic P, Reynaldos K, et al. Calidad En Enfermería Su Gestión , Implementación y Medición. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 2018;29(3):278–87. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.04.008>
38. Obregón N, Puig S, Bonfill A, Forrellat L, Subirana M. “Care left undone” and quality of care during the COVID-19 pandemic: Influential factors and

modulating strategies. *Enferm Clin.* 2022;32(1):1–8. doi: 10.1016/j.enfcle.2021.06.004

39. Organización Mundial de la Salud (OMS). Día Mundial de la Seguridad del Paciente. 2019.
https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15372:world-patient-safety-day-2019&Itemid=39594&lang=en#gsc.tab=0
40. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estructura De La Población 2000, 2010 Y 2020. Censo Poblac y Vivienda. 2021;1–3.
41. Secretaría de Salud (SSA). Atención del Envejecimiento. México. Programa Sectorial de Salud. 2013.
42. Arciniega J. En la Transición a la Edad Adulta. Los Adultos Emergentes. *Redalyc.* 2005;3(1):145–60.
43. Caballero R, Medina L. Significado del cuidado de enfermería desde la perspectiva de los profesionales. *Cult los Cuid [Internet]*. 2006;19(1):55.
44. Álvarez F. Calidad y auditoria en salud. Barcelona, España: ECOE, editores; 2007.
45. Benítez L. Factores de riesgo para reingreso hospitalario en mujeres con cáncer de mama en dos instituciones de salud [Tesis Posgrado]. CDMX: Universidad Nacional Autónoma de México; 2018.
46. Cubillos M, Rozo D. El concepto de calidad: Historia, evolución e importancia para la competitividad. *Rev Univ La Salle.* 2009;0(48):80–99.
47. Torres K, Ruiz T, Solis L, Martínez F. Calidad y su evolución: una revisión. *Dimens Empres.* 2012;10(2):100–7.
48. Torres M, Vásquez C. La Calidad: Evolución de su significado y aplicación en servicios. *Publicaciones en Ciencias y Tecnol.* 2010;4(2):25–32.
49. Pascal O, Pelayo M, Serra D, Casalins M. Introducción a la Ingeniería de la Calidad. Argentina: Universidad Nacional de Lomas de Zamora. 2010.

50. Crosby P, Deming W, Juran J. Tres expertos en Calidad. El miedo en las organizaciones. España: Asturias Business School; 2013.
51. Delgado D, Meléndez Y, Meneses Y, Tapia P. Administración de la calidad total: Análisis Crítico De La Teoría De Feigenbaum. Glob Bus Adm J. 2018;2(1):21–6.
52. Lozano L. ¿Que es calidad total ? Rev Med Hered. 1998;9(1):28.
53. Barrios A. Pioneros de la Calidad. Brasil: Barrios F. 2018.
54. Molina M. La calidad en la atención médica. Med leg Costa Rica. 2004;21:109–17.
55. González L, Gallardo E. Calidad de la atención médica: la diferencia entre la vida o la muerte. Rev Digit Univ. 2012;13(8):1–15.
56. Suñol R. International Organization for Standardization (ISO). J AOAC Int. 1992;75(1):196–9.
57. Suñol R, Baneres J. Calidad Asistencial. Med Interna (Rodés J y Guard J) Masson Multimedia. 2004;II(26):3404–10.
58. Pineda M. Estándares de manejo en enfermedades dermatológicas[Tesis Pregrado]. Guatemala:Universidad de San Carlos de Guatemala; 2012.
59. Herrero J. Una Aproximación Deductiva. ENE Enfermería. 2019;13:22.
60. Cuadra P. In Memoriam Avedis Donabedian. Songs Cifar Sweet Sea. 2019;76–9.
61. D'Empaire G. Calidad de atención médica y principios éticos. Acta Bioeth. 2010;16(2):127–32. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2010000200004>
62. Guitiérrez Z, Lorenzo M, Berríos A. Calidad de Atención de Enfermería según el Paciente Hospitalizado. Rev Cuatrimest "Conecta Lib. 2019;3(1):1–11.
63. Quirita E. Percepción De La Calidad De Atención Médica De Los Usuarios Del Servicio De Emergencia Del Hospital Santa Rosa De Puerto Maldonado,

Periodo 2017. Perú:Universidad Andina del Cusco; 2017.

64. Castro D, Chamorro E, Rosado L, Miranda L. Calidad de atención en un servicio de emergencias de tercer nivel de atención. *Rev Criterios* 25-1. 2021;28(1):196–218. <https://doi.org/10.31948/rev.criterios/28.1-art9>
65. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería. *Angew Chemie Int Ed* 6(11), 951–952. 2003;2013–5.
66. Otálora M, Orejuela A. Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del Marketing. *Cuad Adm.* 2007;20(34):237–58.
67. Peralta M. Calidad Percibida Relacionada Con La Atención De Enfermería Por Familiares En Un Hospital Del IMSS [Tesis Posgrado]. México:Universidad Autonoma del Estado de Morelos; 2018.
68. Sánchez I. El diseño metodológico de las investigaciones evaluativas relacionadas con la calidad en salud. *Medisan.* 2016;20(4):546–55.
69. Heras L. La relación entre la omisión del cuidado enfermero y el grado de satisfacción de los pacientes en el ámbito hospitalario [Tesis Pregrado]. España:Universidad Complutense de Madrid; 2021.
70. Kalisch B, Landstrom G, Williams R. Missed nursing care: Errors of omission. *Nurs Outlook.* 2009;57(1):3–9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2008.05.007>
71. Kalisch B, Landstrom G, Hinshaw A. Missed nursing care: A concept analysis. *J Adv Nurs.* 2009;65(7):1509–17. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x
72. Bolado J. Los Cuidados Perdidos de la Enfermería Missed Nursing Care. Universidad de Cantabria; 2021.
73. Meijome J. El camino de los cuidados perdidos. *RqR Enfermería Comunitaria.* 2016;4(2):6–12.
74. Jones T, Hamilton P, Murry N. Unfinished nursing care, missed care, and

- implicitly rationed care: State of the science review. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(6):1121–37. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012>
75. Sönmez B, İspir Ö, Türkmen B, Duygulu S, Yıldırım A. The reliability and validity of the Turkish version of the MISSCARE Survey-Patient. *J Nurs Manag*. 2020;28(8):2072–80. doi: 10.1111/jonm.12865
 76. Blanco MM, Tortajada M, Rodríguez Z, Puente MT, Méndez C, Fernández JA. Percepción de los pacientes sobre los cuidados de enfermería en el contexto de la crisis del COVID-19. *Enfermería Glob*. 2021;20(4):26–60. <https://doi.org/10.6018/eglobal.479441>
 77. Campiño S, Duque P, Cardozo V. Percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado brindado por estudiantes de enfermería. *Univ y Salud*. 2019;21(3):215–25. <https://doi.org/10.22267/rus.192103.158>
 78. Asociación Médica Mundial. Declaración de helsinki. Antecedentes y posición de la Comisión Nacional de Bioética. *Com Nac Bioética*. 2013;1–7. <http://dx.doi.org/10.22267/rus.192103.158>
 79. Camara de diputados del H Congreso de la Unión. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigaciones para la Salud. *Ley Gen Salud*. 1987;DOF 02-04-:1–31.
 80. Moreno C. Cuidado de enfermería perdido en pacientes hospitalizados en una institución privada. 2014;39(1).
 81. Lucero R, Lake E, Aiken L. Nursing care quality and adverse events in US hospitals. *J Clin Nurs*. 2010;19(15–16):2185–95. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03250.x>
 82. Aiken LH, Sermeus W, Van Den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: Cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*. 2012;344(7851):1–14. <https://doi.org/10.1136/bmj.e1717>
 83. Chegini Z, Jafari-Koshki T, Kheiri M, Behforoz A, Aliyari S, Mitra U, et al.

Missed nursing care and related factors in Iranian hospitals: A cross-sectional survey. *J Nurs Manag.* 2020;28(8):2205–15. doi: 10.1111/jonm.13055

84. Altfeld S, Shier G, Rooney M, Johnson T, Golden R, Karavolos K, et al. Effects of an enhanced discharge planning intervention for hospitalized older adults: A randomized trial. *Gerontologist.* 2013;53(3):430–40. doi: 10.1093/geront/gns109
85. Chocarro L. La intersubjetividad y su relevancia en los cuidados de Enfermería TT - The intersubjectivity and its relevance in nursing care. *Index enferm.* 2013;22(4):219–21. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000300006>
86. Hernández-Valles J. Cuidado de enfermería perdido en pacientes con riesgo o con úlceras por presión. Universidad Autónoma de Nuevo León; 2015.
87. Martínez L. Sistema de salud en México. Encrucijada, *Rev Electrónica del Cent Estud en Adm Pública.* 2018;53(29):1. <http://dx.doi.org/10.22201/fcpys.20071949e.2018.29.64784>

XII. Anexos

ANEXO 7



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

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

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

Instrucciones: a continuación se le presentan algunas preguntas relacionadas con sus datos personales, marque con una equis (X) dentro de la 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: _____
2. ¿Cuánto tiempo tiene hospitalizado en este servicio? _____
3. Número de años de escolaridad formal: _____ (Incluye educación básica)
4. Último grado de estudios:

0	_____	Ninguno	3	_____	Preparatoria
1	_____	Primaria	4	_____	Licenciatura
2	_____	Secundaria	5	_____	Posgrado
5. Sexo: Masculino _____ Femenino _____
6. Edad en años cumplidos: _____

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

Satisfacción	Muy Satisfecho	Satisfecho	Neutral	Insatisfecho	Muy Insatisfecho
7. ¿Qué tan satisfecho (a) se encuentra con la atención recibida durante su hospitalización actual (todo el equipo de salud)?					
8. ¿Qué tan satisfecho (a) se encuentra con la atención de enfermería recibida durante su hospitalización actual?					

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia | Fecha

Cuidado de Enfermería Perdido

Las enfermeras (os) se enfrentan con frecuencia a múltiples demandas sobre su tiempo, que les exige reorganizar las prioridades y no cumplir con todos los cuidados que necesitan sus pacientes. Según su experiencia, **¿Con qué frecuencia el personal de este servicio le realizó los siguientes cuidados de enfermería durante su 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
9. Le apoyaron para caminar tres veces al día o según la indicación.					
10. Le apoyaron para realizar cambio de posición cada 2 horas o de acuerdo a sus necesidades.					
11. Le apoyaron en su alimentación cuando la comida estaba caliente.					
12. Verificaron la dieta indicada y se la acercaron sí es que usted se puede alimentar por sí mismo.					
13. Le administraron los medicamentos dentro de los 30 minutos antes o después de la hora programada.					
14. Le tomaron los signos vitales por turno. (presión arterial, temperatura, pulso).					
15. Le preguntaron los ingresos y egresos (balance de líquidos), que comió y cuántas veces orinó.					
16. Observó que hicieran registro de datos en la hoja de enfermería cada que acudían a valorarlo.					
17. Le orientaron o informaron acerca de su enfermedad, las pruebas y los estudios de diagnóstico.					
18. Le brindaron apoyo emocional a usted y/o a su familia.					
19. Le dieron apoyo para bañarse/Cuidado de la piel.					
20. Le apoyaron para realizar el cuidado de la boca.					
21. Le apoyaron para realizar lavado de manos.					

Elementos del cuidado	Siempre	Frecuentemente	De vez en cuando	Rara vez	Nunca
22. Le han proporcionado orientación que es de utilidad para el alta hospitalaria.					
23. Le realizaron continuamente chequeo de glucosa en caso de tenerlo indicado.					
24. Valoraron su condición actual en cada turno.					
25. Reevaluaron su condición actual en caso necesario.					
26. Le revisaron los sitios de inserción del catéter venoso					
27. Respondieron a su llamado en un tiempo menor a 5 minutos.					
28. Cuando usted necesitó algún medicamento ¿se lo han administrado en un tiempo menor a 15 minutos?					
29. Evaluaron la eficacia de los medicamentos (por ejemplo en caso de dolor, verificaron si éste disminuyó).					
30. Asistieron a las visitas de evaluación realizadas por otros profesionales: médico, nutriólogo, etc.					
31. Le ayudaron para ir al baño en un tiempo no mayor a los 5 minutos de su solicitud.					
32. Le apoyaron en los cuidados de su piel/ cuidado de heridas (en caso necesario).					

Dimensiones:

Intervenciones de Necesidades individuales: 13, 18, 27, 28, 29, 30 y 31.

Intervenciones de Planificación del alta y educación al paciente: 17 y 22.

Intervenciones de cuidado básico: 9, 10, 11, 12, 19, 20, 21 y 32.

Intervenciones de cuidado de evaluaciones continuas: 14, 15, 16, 23, 24, 25 y 26.

Razones para que se presente el Cuidado de Enfermería Perdido

Pensando en los cuidados de enfermería que se le deben proporcionar durante su hospitalización por todo el personal, indique las **RAZONES** por las que considera que los cuidados de enfermería no se realizan.

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

Razones para el cuidado perdido de enfermería	Razón Significativa	Razón Moderada	Razón Menor	No es una razón
33. Número insuficiente de personal de enfermería (falta de personal).				
34. Situaciones de urgencia de usted u otros pacientes (por ejemplo, el estado del paciente se agrava).				
35. Aumento inesperado en el número de pacientes y / o carga de trabajo del servicio.				
36. Número insuficiente de personal de apoyo (Camilleros, inhaloterapia, técnicos)				
37. Asignación desigual de pacientes (algunas enfermeras tienen muchos pacientes asignados y otras pocos).				
38. Medicamentos no disponibles cuando se necesitan.				
39. Falta de claridad en las indicaciones cuando se cambia de turno o cuando un paciente cambia de un servicio a otro.				
40. Deficiencias en el cuidado proporcionado por otros departamentos (por ejemplo, nutrición, laboratorio, etc.).				
41. El equipo (tecnología médica) para mi atención no está disponible cuando se necesita.				
42. El equipo (tecnología médica) para mi atención no funciona correctamente cuando se necesita.				
43. Falta de apoyo entre el personal del servicio.				
44. Problemas de comunicación con otros departamentos auxiliares de apoyo (nutrición, laboratorio, etc.).				
45. Problemas de comunicación entre el personal de enfermería.				
46. Problemas de comunicación con el personal médico.				
47. El personal auxiliar de enfermería no comunica el cuidado que no se realiza.				
48. La enfermera responsable no está disponible.				
49. Demasiados cuidados a pacientes que ingresan y egresan				

50.- ¿A qué atribuye Usted que algunos cuidados no se realicen "Siempre" por parte del personal de enfermería?

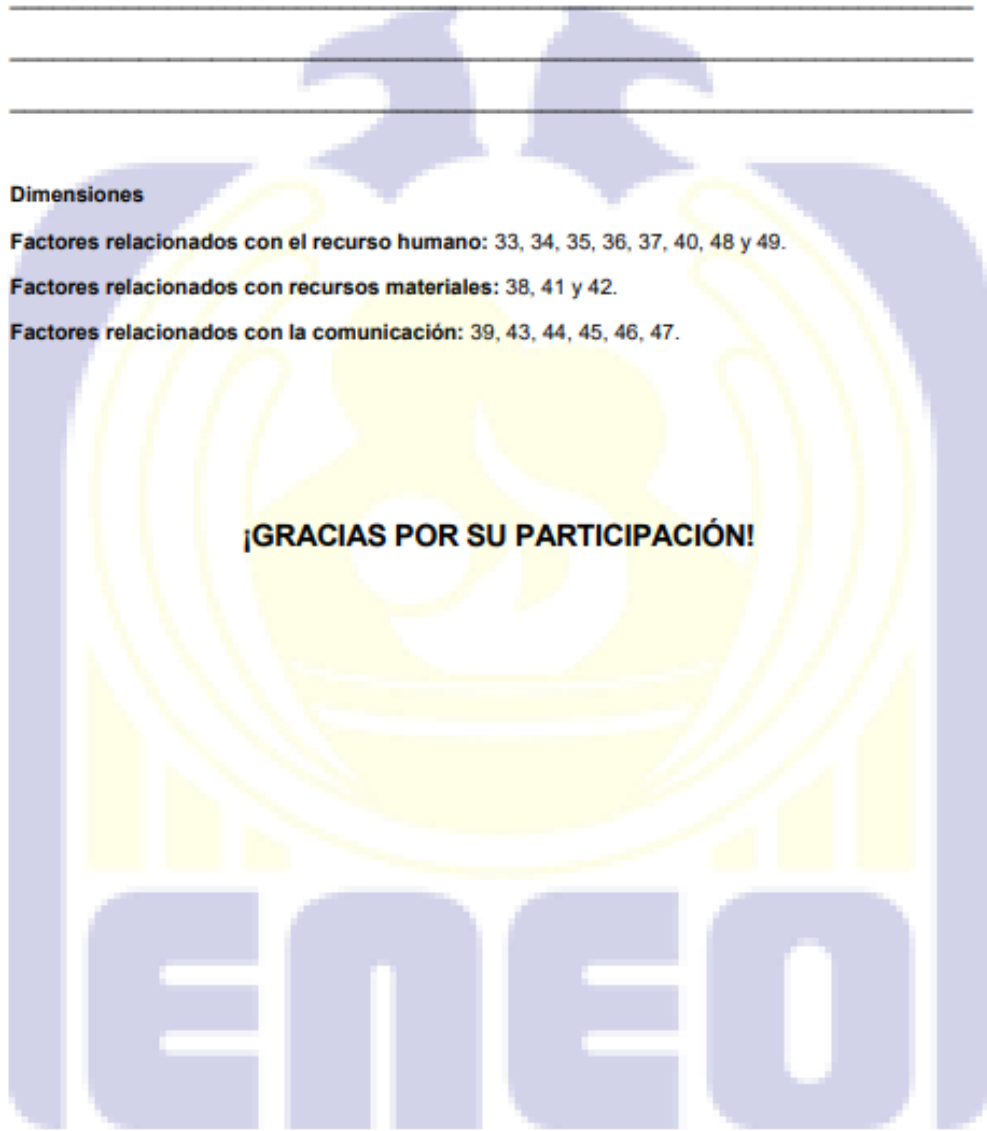
Dimensiones

Factores relacionados con el recurso humano: 33, 34, 35, 36, 37, 40, 48 y 49.

Factores relacionados con recursos materiales: 38, 41 y 42.

Factores relacionados con la comunicación: 39, 43, 44, 45, 46, 47.

¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!



ANEXO 12



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PACIENTE

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

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

Introducción y Propósito

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

Procedimientos

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

Riesgos/Beneficios

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

Participación Voluntaria / Abandono

Se me explicó que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio en el momento que lo crea pertinente, además, se me informó que esta decisión no afectará mi atención médica.

Preguntas

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

Confidencialidad

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

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

Consentimiento para participar en el estudio

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

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

Firma del participante

Fecha: __/__/__

Nombre y Firma del Investigador

Fecha: __/__/__

