



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN ENFERMERÍA

**CUIDADO PERDIDO DE ENFERMERÍA DESDE LA PERCEPCIÓN
DE LA SUPERVISIÓN DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19**

T E S I S

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRO EN ENFERMERÍA

CIENCIAS DE LA SALUD

P R E S E N T A

MOLINA GÓMEZ FRANCISCO JAVIER

BECARIO CONACYT 932450

TUTORA:

DRA. SANDRA HERNÁNDEZ CORRAL

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

CD. MX., ENERO 2023



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.

Contenido

I. Introducción.....	8
1.1 Planteamiento del problema	9
1.2 Importancia del estudio	10
1.3 Propósito	11
1.4 Objetivos	11
1.4.1 Objetivo general:.....	11
1.4.2 Objetivos específicos:	11
II. Marco Teórico.....	12
2.1 Marco conceptual.....	12
2.1.1 Donabedian y la calidad de atención.....	14
2.1.2 Modelo de Cuidado Perdido de Enfermería	15
2.1.3 La supervisión clínica de enfermería.....	17
2.1.4 Pandemia de COVID-19 en México.....	18
2.2 Revisión de la literatura	21
2.2.1 La supervisión de enfermería y el cuidado perdido	21
III. Material y Métodos	27
3.1 Tipo de estudio y diseño.....	27
3.2 Fase cuantitativa.....	28
3.2.1 Población y muestra.....	28
3.2.2 Criterios de selección.....	28
3.2.3 Variables de estudio.....	29
3.2.4 Procedimientos	32
3.2.5 Instrumento de medición	33
3.2.6 Confiabilidad y validez	34
3.3 Fase cualitativa	35
3.3.1 Escenario del estudio.....	35
3.3.2 Descripción de los sujetos de estudio	36
3.3.3 Recolección de información.....	36
3.3.4 Análisis e interpretación de la información	37
3.3.5 Criterios de rigor científico	39
3.4 Aspectos éticos	41

IV. Resultados.....	42
4.1 Resultados de fase cuantitativa.....	42
4.1.1 Descripción y análisis estadístico	42
4.1.2 Caracterización de la muestra.....	42
4.1.3 Percepción de los supervisores sobre el cuidado perdido de enfermería y las razones por las que se omite.....	43
4.2 Resultados de fase cualitativa	48
4.2.1 Categoría 1. Estructura: recursos humanos.....	48
4.2.2 Categoría 2. Estructura: recursos materiales.....	57
4.2.3 Categoría 3. Priorización del cuidado por el personal de enfermería	59
4.2.4 Categoría 4. Resultados de la atención en salud.....	61
V. Discusión y Conclusiones	65
5.1 Interpretación y discusión de resultados.....	65
5.2 Conclusiones	76
5.3 Aportaciones.....	77
VI. Referencias bibliográficas	79
Anexos	88

Agradecimientos

A la Máxima Casa de Estudios, la Universidad Nacional Autónoma de México, por abrigarme en sus instalaciones y darme una formación no solo académica, por permitir mi desarrollo desde cachorro, convertirme en puma, transformarme a un feroz ocelote, por afilar mis garras y ahora pulir mis colmillos con el propósito de otorgar una atención de calidad profesional.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), por otorgarme una beca la cual fue de valiosa ayuda para culminar mis estudios de posgrado.

Al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) IN-306419, por fomentar el desarrollo de la investigación de la cual se desprende este trabajo de tesis.

A mi tutora de tesis, Dra. Sandra Hernández Corral, por asesorarme, guiarme y enseñarme lo necesario para desarrollar y culminar mis estudios de maestría.

A mis padres, Javier y Lidia, por siempre entregarme su amor y cariño mostrándome su apoyo incondicional para cada una de las decisiones que tomo, incluyendo mis estudios de maestría.

Gracias a cada una de las personas que me aportaron sus conocimientos y apoyo para la culminación de este posgrado.

Resumen: Cuidado Perdido de Enfermería desde la percepción de la supervisión durante la pandemia de COVID-19

Introducción: El cuidado perdido es definido como cualquier aspecto de la atención requerida al paciente que es omitida (ya sea en parte o en su totalidad) o es retrasada, y este tiene un impacto negativo en la calidad de atención. Objetivo: analizar el cuidado perdido desde la percepción de los supervisores de enfermería durante la pandemia de COVID-19 en una institución de tercer nivel.

Metodología: Triangulación metodológica QUAN-qual, descriptivo, exploratorio. Población de estudio 21 supervisores de enfermería. Datos recolectados con encuesta MISSCARE modificada para supervisores de enfermería, además, se entrevistaron a profundidad a 7 supervisores alcanzando la saturación de datos. Para el análisis se utilizó estadística descriptiva y se realizó análisis temático.

Resultados: El índice de cuidado perdido global con media de 38.5, dimensión más omitida fue; planificación del alta y educación del paciente con media de 47.62, la razón principal para la omisión de cuidado fueron los recursos humanos, reflejado en la categoría; ausentismo programado y no programado de enfermería, incrementado por la COVID-19, existiendo sobrecarga de trabajo y priorización de los cuidados.

Discusión: Planificación del alta y educación del paciente es mayor a lo reportado en un estudio realizado con líderes de enfermería. La razón principal de omisión del cuidado es similar a lo reportado por Kalisch, pues la falta de personal de enfermería está asociada significativamente a la falta de cuidados.

Conclusiones: El cuidado perdido tiene un impacto negativo en los resultados en salud, los cuales son reconocidos como eventos adversos por los participantes de la investigación.

Palabras Clave: Missed Nursing Care, Clinical Supervision, Supervisión de enfermería, Cuidado perdido de enfermería, Omisión del cuidado.

Abstract: Missed Nursing Care from the perception of supervision during the COVID-19 pandemic

Introduction: Missed care is defined as any aspect of required patient care that is omitted (either in part or in whole) or delayed, and this has a negative impact on quality of care. Objective: to analyze missed care from the perception of nursing supervisors during the COVID-19 pandemic in a tertiary care institution.

Methodology: QUAN-qual methodological triangulation, descriptive, exploratory. Study population 21 nursing supervisors. Data collected with MISSCARE survey modified for nursing supervisors, in addition, 7 supervisors were interviewed in depth reaching data saturation. Descriptive statistics and thematic analysis were used for the analysis.

Results: The overall lost care index with a mean of 38.5, the most omitted dimension was discharge planning and patient education with a mean of 47.62, the main reason for the omission of care was human resources, reflected in the category; scheduled and unscheduled nursing absenteeism, increased by COVID-19, with work overload and prioritization of care.

Discussion: Discharge planning and patient education is higher than reported in a study conducted with nursing leaders. The main reason for omission of care is similar to that reported by Kalisch, as lack of nursing staff is significantly associated with lack of care.

Conclusions: Missed care has a negative impact on health outcomes, which are recognized as adverse events by research participants.

Keywords: Missed Nursing Care, Clinical Supervision, Nursing Supervision, Omission of Care.

Resumo: Cuidados de Enfermagem Perdidos como percebidos pela supervisão durante a pandemia de COVID-19

Introdução: define-se a omissão de cuidados como qualquer aspecto dos cuidados necessários ao paciente que é omitido (em parte ou no todo) ou atrasado, e isto tem um impacto negativo na qualidade dos cuidados de saúde.

Objetivo: analisar os cuidados omitidos como percebidos pelos supervisores de enfermagem durante a pandemia da COVID-19 numa instituição de nível de atenção terciário.

Metodologia: triangulação metodológica QUAN-QUAL, descritiva, exploratória. População estudada - 21 supervisores de enfermagem. Dados coletados pela pesquisa MISSCARE modificada para supervisores de enfermagem. 7 supervisores foram entrevistados em profundidade, atingindo a saturação de dados. Foram utilizadas estatísticas descritivas e análises temáticas para a análise.

Resultados: O índice global de omissão de cuidados teve uma média de 38,5, a dimensão mais omitida foi o planejamento da alta e a educação dos pacientes com uma média de 47,62, a principal razão para a omissão de cuidados foram os recursos humanos, que refletiu na categoria; o ausentismo programado e não programado na enfermagem, que aumentou durante a COVID-19, com sobrecarga de trabalho e priorização dos cuidados.

Discussão: O planejamento da alta e educação dos pacientes é mais elevado do que o relatado num estudo de líderes de enfermagem. A principal razão para a omissão de cuidados é semelhante à informada por Kalisch, considerando que a falta de pessoal de enfermagem está significativamente associada à omissão de cuidados.

Conclusões: A falta de cuidados tem um impacto negativo nos resultados da saúde, que são reconhecidos como eventos adversos pelos participantes da pesquisa. **Palavras chave:** Missed Nursing Care, Supervisão da enfermagem, Omissão de cuidado de enfermagem, Omissão do cuidado.

I. Introducción

La seguridad del paciente y la calidad en la prestación de servicios de salud son objetivos primordiales en la atención sanitaria, por lo que se han identificado dos tipos de errores; de comisión y de omisión, siendo este último, el error en el que se centra la presente investigación. Asimismo, el cuidado perdido de enfermería es catalogado como un error de omisión, además, está determinado como un indicador de calidad y su incidencia de este, tiene repercusiones en los resultados en salud. Las investigaciones de cuidado perdido realizados con personal de supervisión de enfermería son escasos, por lo que se hace necesario profundizar en el estudio de la omisión del cuidado bajo la percepción de los supervisores, quienes son los encargados de gestionar los recursos humanos y materiales en las instituciones hospitalarias.

El presente trabajo está conformado por seis capítulos; en el primer capítulo se presenta el planteamiento del problema, se enfatiza en la importancia del estudio y su propósito, asimismo, se enuncia el objetivo general y objetivos específicos de la investigación. En el segundo capítulo se detalla el marco teórico y conceptual del fenómeno investigado, además, se expone la revisión de la literatura que puntualiza los hallazgos más actualizados entorno al cuidado perdido y la supervisión de enfermería. El tercer capítulo muestra la metodología empleada para el desarrollo de la investigación, la cual fue realizada por medio de una triangulación metodológica dividida en dos fases. El cuarto capítulo describe los resultados de ambas fases, la primera de tipo cuantitativa con resultados de índices globales y por dimensión de cuidado perdido y sus razones, seguida de la fase cualitativa con resultados mostrados en categorías y subcategorías. En el quinto capítulo se desarrolla la discusión realizada por medio del análisis de los resultados, se muestran las conclusiones y aportaciones del estudio. Finalmente, en el sexto capítulo se muestran en formato Vancouver, las referencias bibliográficas utilizadas para el desarrollo de la investigación.

1.1 Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud reconoce la seguridad del paciente como una prioridad sanitaria mundial¹. Esta es definida como la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable², su objetivo es prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria¹.

Con relación a lo anterior, se han identificado dos principales tipos de errores en la atención para la salud: actos de comisión y actos de omisión³ resultando en consecuencias que afectan directamente la seguridad y salud de los pacientes^{4,5,6}. Dentro de los actos de omisión, se puede considerar al cuidado perdido, definido como cualquier aspecto de la atención requerida por el paciente que es omitida (ya sea en parte o en su totalidad) o es retrasada⁵.

El cuidado perdido ha sido estudiado ampliamente en países de ingresos altos, desde la perspectiva de las enfermeras^{7,8,9}. En México los estudios son escasos y sus resultados son consistentes con lo reportado en otros países^{10,11,12,13}.

Los estudios de cuidado perdido realizados con personal que desempeña la función de supervisión del cuidado son escasos y los resultados muestran que el cuidado perdido de enfermería se relaciona con la capacidad, liderazgo y apoyo de los supervisores de enfermería, ya que esta gestión y liderazgo coadyuvan a disminuir el índice de cuidados que se omiten^{14,15,16}. Otro estudio señala que se debe promover una capacitación para evitar la omisión del cuidado de enfermería orientada a las enfermeras que laboran en el campo de la supervisión¹⁷, pues se conoce que los cuidados perdidos con mayor frecuencia son los menos visibles para la supervisión⁶.

Asimismo, se ha identificado que la falta de recursos materiales y humanos son las principales razones para la omisión del cuidado, por lo que se ha sugerido

reducir los efectos de la escasez de personal y la sobrecarga de trabajo, además de suministrar los materiales y equipos necesarios¹⁸.

No obstante, siendo el cuidado perdido un indicador de calidad que influye en los resultados de atención en salud^{8,10}, la reorganización de los procesos asistenciales en el contexto hospitalario determinadas por las políticas públicas establecidas por la emergencia sanitaria por COVID-19 y la escasa evidencia existente en México, hacen necesario profundizar en el estudio del cuidado perdido desde la percepción de los supervisores de enfermería, quienes son los responsables de planear, organizar, dirigir y controlar los recursos humanos y materiales de la institución. Lo anterior permitirá identificar oportunidades de mejora que contribuyan a disminuir la prevalencia de cuidado perdido y a su vez aumentar la calidad y seguridad del paciente.

De acuerdo con lo anterior, se desprende la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la percepción del cuidado perdido de los supervisores de enfermería durante la pandemia de COVID-19 en una institución de tercer nivel?

1.2 Importancia del estudio

El presente estudio genera evidencia del cuidado perdido de enfermería en México desde la percepción de los supervisores de enfermería, dado que mayoría de los estudios realizados se centran en la percepción del personal de enfermería asistencial.

Además, profundiza en las razones por las que se pierde el cuidado durante la pandemia de COVID-19 utilizando una metodología cualitativa, lo que otorga elementos importantes para la toma de decisiones del personal supervisor, quienes son los responsables de la gestión del cuidado que incluye los recursos humanos y materiales. Lo anterior, permitirá establecer estrategias tendientes a aumentar la seguridad y calidad de atención otorgada a los pacientes.

1.3 Propósito

Proporcionar elementos suficientes para la toma de decisiones con relación al cuidado perdido y las razones que lo propician, a partir de lo anterior los gestores de enfermería pueden plantear estrategias para disminuir su incidencia.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general:

- Analizar el cuidado perdido desde la percepción de los supervisores de enfermería durante la pandemia de COVID-19 en una institución de tercer nivel.

1.4.2 Objetivos específicos:

- Identificar la prevalencia de cuidado perdido desde la percepción de los supervisores de enfermería durante la pandemia de COVID-19 en una institución de tercer nivel.
- Describir las razones de cuidado perdido desde la percepción de los supervisores de enfermería durante la pandemia de COVID-19 en una institución de tercer nivel.
- Profundizar en las razones de cuidado perdido desde la percepción de los supervisores de enfermería durante la pandemia de COVID-19 en una institución de tercer nivel.

II. Marco Teórico

2.1 Marco conceptual

La Organización Mundial de la Salud ha reconocido a la seguridad del paciente como una prioridad sanitaria mundial, su labor en dicha materia comenzó con la puesta en marcha de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente en 2004 y ha seguido evolucionando hasta la actualidad¹.

En México, como parte del apoyo a las iniciativas de seguridad del paciente promovidas por la Organización Mundial de la Salud, se reconoce desde 2007 a la seguridad del paciente como un componente fundamental de la mejora de la calidad en los servicios de salud, establecido en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y en el Programa Sectorial de Salud del mismo periodo².

La seguridad del paciente es definida como la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, refiriéndose a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro², su objetivo es prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria¹.

El movimiento por la seguridad del paciente ha identificado dos principales tipos de errores: actos de comisión (como administrar un medicamento al que un paciente es alérgico) y actos de omisión (como el cuidado perdido). Los actos de comisión han recibido una atención considerable en la bibliografía, mientras que los actos de omisión no se han abordado esencialmente³, esto es porque los errores de omisión se reconocen con mayor dificultad que los de comisión, resultando en consecuencias que afectan directamente la seguridad y salud de los pacientes^{4,5,6,14}.

El cuidado perdido es considerado un error de omisión y se define como cualquier aspecto de la atención requerida al paciente que es omitida (ya sea en parte o en su totalidad) o es retrasada⁵. Así, la atención de enfermería que es perdida se considera un error por omisión, esta omisión del cuidado puede generar un incremento en el dolor y disconfort, disminución en las actividades de la vida diaria, ingresos a nuevas instituciones de salud e incluso la muerte^{4,19,20}. Además, tiene implicaciones financieras debido al incremento de estancia hospitalaria y reingresos por complicaciones y/o eventos adversos de la atención no proporcionada⁴.

Kalisch²⁰, refiere que el proceso de atención de enfermería se ve afectado por los errores de omisión, por lo que ha identificado cuatro factores internos: las normas del equipo, el proceso de la toma de decisiones, valores y creencias internas, y por último los hábitos.

El Modelo de Cuidados Perdidos de Enfermería, MNMCM (por sus siglas en inglés) y publicado en el año 2009, comprende los recursos laborales disponibles para proveer cuidado al paciente en los que se encuentran los niveles de competencia, educación y experiencia; entre los recursos materiales disponibles para asistir en las actividades de cuidado, se incluyen los medicamentos y equipos necesarios para el cuidado; y en la relación y comunicación se engloba el trabajo en equipo de enfermería, la relación paciente-equipo de enfermería, y la relación entre el equipo de enfermería y otros miembros del equipo de la salud como el personal de camillería²⁰.

Es menester mencionar que la precursora en el estudio del cuidado perdido de enfermería fundamentó su modelo a partir de los estudios realizados por Avedis Donabedian sobre la calidad de atención.

2.1.1 Donabedian y la calidad de atención

El Dr. Avedis Donabedian interesado en la calidad de la atención médica, fue pionero al investigar los mecanismos en los que la atención a los usuarios de servicios médicos es afectada por diversos factores, por lo que desarrolló un modelo teórico el cual permite visualizar la calidad de atención proporcionada. Su modelo parte de la interrelación multifactorial dada en la atención médica y se compone por tres dimensiones: estructura, proceso y resultado²¹.

En la estructura, Donabedian⁷ engloba las características del personal que proporciona el cuidado, como las capacidades técnicas y de conocimiento que son evaluadas y que estas forman parte de los recursos humanos, asimismo, se analizan los recursos materiales, los recursos de infraestructura y los procesos administrativos en las unidades de atención para la salud.

La segunda dimensión se refiere al proceso por el cual se proporciona la atención, cada uno de los protocolos y procedimientos en los que son primordiales la seguridad y protección a la salud del usuario de forma individualizada y colectiva.

La última dimensión denominada resultados, incluye la satisfacción del usuario, la satisfacción del propio personal con su desempeño, las cifras de morbimortalidad relacionada con la atención proporcionada, los reingresos a la unidad médica por consecuencias de la atención, la prolongación de estancia hospitalaria y los costos que se derivan de todas estas situaciones. También, el autor considera necesario para la medición de resultados hacer comparaciones entre la observación directa y la información registrada por medio de la entrevista al personal de salud y los registros médicos²².

Otra forma de medir los resultados es directamente de la expresión de satisfacción o insatisfacción del paciente sobre el servicio y cuidado recibido, además, la información de insatisfacción también, puede ser encontrada en los registros de

quejas, terminación prematura de la atención, terminación de membresía en un plan de salud y la búsqueda de atención fuera del plan de salud adscrito²³.

Así, el modelo estructura-proceso-resultado de Donabedian, asume que las estructuras organizativas (atributos del entorno en el que ocurre el cuidado) están asociados con los procesos del cuidado y esto afecta los resultados del cuidado de las personas, ello implica que la seguridad del paciente se vea afectada por factores de la organización²⁴.

2.1.2 Modelo de Cuidado Perdido de Enfermería

Como ya fue mencionado previamente, Kalisch retomó la teoría del Dr. Donabedian, creando así el Modelo de Cuidado Perdido de Enfermería.

Beatrice J. Kalisch¹¹ hace su primer acercamiento al cuidado perdido por medio de un estudio de tipo cualitativo en el año 2006, en el cual se pueden observar los cuidados omitidos referidos por las enfermeras, y con ello asienta los elementos del cuidado perdido.

Siguiendo con esta misma línea de trabajo, en el 2009, la autora conceptualiza el cuidado perdido de enfermería y sus elementos, posteriormente, crea el modelo de cuidado perdido de enfermería²⁰.

Este modelo incorpora los tres conceptos del modelo del Dr. Donabedian, en la **estructura** se encuentran las características del hospital, las características de la unidad de atención al paciente (incluyendo la disponibilidad de equipos y recursos materiales) y las características del personal de enfermería (incluyendo la experiencia, la formación educativa y valores propios del personal)²⁵.

En el **proceso**, Kalisch²⁰ identifica la atención omitida durante el Proceso de Atención de Enfermería por medio de cuatro dimensiones de cuidado, las cuales

son: 1) cuidados básicos, 2) la evaluación de las necesidades individuales del paciente, 3) las revaloraciones continuas, y 4) la planeación del alta y educación que debe otorgarse al paciente y/o familiares.

Al mismo tiempo, argumenta algunas de las razones identificadas por las que se omiten tales cuidados, como la demanda de pacientes y poco personal, falta de tiempo para realizar una intervención, falta de material y/o equipo, síndrome de “no es mi trabajo”, delegación de funciones ineficaz, problemas de comunicación, hábitos internos y negación para realizar el cuidado^{11,26}.

Y, por último, en la parte de **resultados** se refiere a los efectos directos de la atención en los pacientes²⁷, aquí se halla la evaluación de dos vertientes, una hacia al paciente, en donde se analizan los casos de eventos adversos y la percepción de la atención recibida, y en la otra, se considera la satisfacción del personal de enfermería con su labor y la atención proporcionada²⁵.

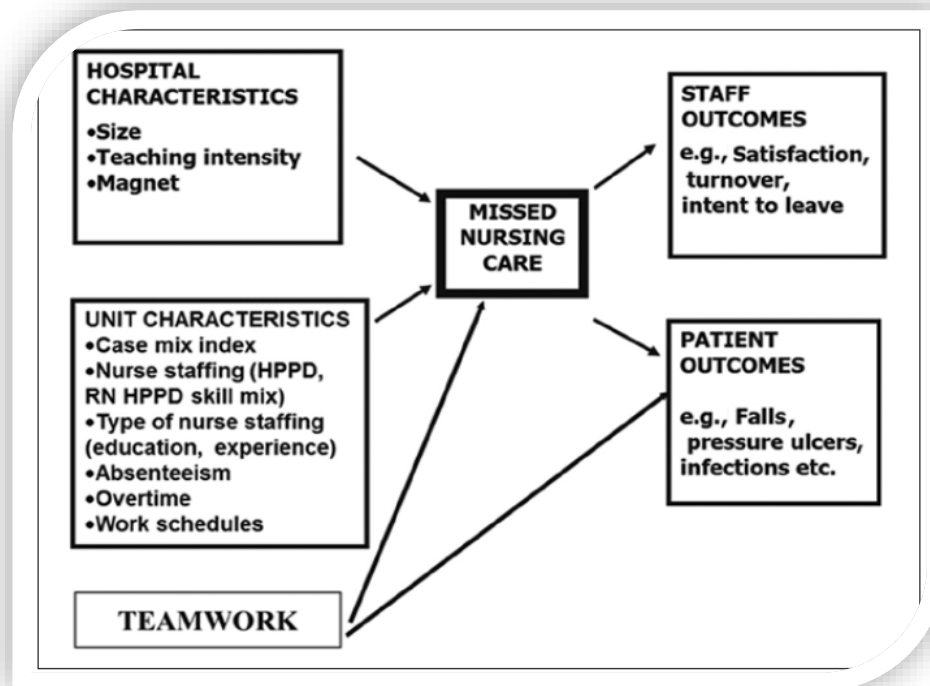


Figura 1. Kalisch, 2014

2.1.3 La supervisión clínica de enfermería

La supervisión clínica de enfermería se refiere a la relación profesional entre un supervisor de enfermería y una enfermera supervisada, en la que el supervisor facilita su labor al supervisado, reflexiona críticamente sobre su práctica y brinda oportunidades de aprendizaje, apoyo y orientación profesional dentro de un ambiente seguro. Los supervisores tienen tres funciones; la formativa, la normativa y la restaurativa o de soporte²⁸.

En su actuar formativo, los supervisores de enfermería promueven la educación y el aprendizaje del personal de enfermería asistencial por medio de la promoción de la seguridad del paciente, fomenta la autocrítica de los conocimientos, destrezas y actitudes por medio del pensamiento crítico y les proporciona las herramientas necesarias para detectar sus oportunidades de mejora y desarrollo profesional.

Por otra parte, su función normativa de los supervisores ayuda a la rendición de cuentas ante las autoridades hospitalarias por medio de la medición de parámetros y estadísticas del cumplimiento normativo general e institucional, promoviendo una atención de calidad y seguridad a la población atendida durante su estancia hospitalaria. Además, como defensores de la seguridad y la calidad del paciente, los enfermeros supervisores deben garantizar que se cumplan los estándares de atención de enfermería y diseñar o rediseñar los entornos de trabajo para mejorar la prestación de una atención de enfermería oportuna, completa y constante²⁹.

Asimismo, esto provee oportunidades para que el personal de enfermería asistencial revise y reconozca las deficiencias en la prestación de la atención, aceptando la responsabilidad por sus acciones, lo que permite una mayor autoconciencia y comprensión de las actitudes, los comportamientos y las prácticas que llevan a cabo en su atención para incrementar los cambios en los comportamientos que derivan en omisiones de cuidado.

Por último, su función restauradora de los supervisores consiste en proporcionar apoyo al personal de enfermería de manera que este externé sus preocupaciones en un ambiente de confianza, para que se sienta valorado y apreciado, aumentando la satisfacción laboral y reduciendo el estrés de las enfermeras, lo que propicia un buen entorno laboral, de compañerismo, e incluso, otorga la atención adecuada para la solución de conflictos suscitados en los servicios supervisados³⁰. Es por ello que, la implementación efectiva de la supervisión clínica sigue mostrándose como un reto que requiere una planificación cuidadosa³¹.

2.1.4 Pandemia de COVID-19 en México

La COVID-19 es una enfermedad causada por el coronavirus conocido como SARS-CoV-2. La Organización Mundial de la Salud (OMS) tuvo noticia por primera vez de la existencia de este nuevo virus el 31 de diciembre de 2019, al ser informada de un grupo de casos de «neumonía vírica» que se habían declarado en Wuhan (República Popular China)⁸.

La pandemia de COVID-19 ha movilizó al sector salud de todo el mundo para detenerla por medio de la prevención y tratamiento de esta, así la OMS reporta a nivel mundial el día 10 de enero de 2023, una cifra de 660,131,952 casos confirmados de COVID-19, incluyendo 6,690,473 muertes³². Asimismo, reporta que, en México, desde el 3 de enero de 2020 al 10 de enero de 2023 han sido 7,283,849 casos confirmados de COVID-19 con 331,324 muertes³³. Por lo que los servicios médicos en México sufrieron cambios drásticos para la mejora de atención sanitaria, dando lugar a la reconversión hospitalaria.

La reconversión hospitalaria debida a la aparición de la COVID-19 consideró la capacidad instalada y la capacidad ampliada de cada unidad con el objetivo de atender oportunamente la demanda en cada región del país, al tiempo que promovieron modelos de prevención de infecciones y bioseguridad que limitaron el riesgo de transmisión para la población y los trabajadores de salud. Las unidades

médicas que no se consideraron para reconversión fueron aquellas que por la naturaleza de los servicios que otorgan y las características de su infraestructura, no son convenientes para atender pacientes con sospecha o confirmación de COVID-19, aquí se incluyeron hospitales de traumatología, gineco-obstétricos, oncológicos, psiquiátricos, entre otros. Estas unidades permitieron atender otras patologías y darle continuidad a la atención médica de la población con el fin de evitar la saturación hospitalaria³⁴.

Por otro lado, el Gobierno de México alcanzó un acuerdo con el sector médico privado para garantizar la atención de los derechohabientes de instituciones públicas de seguridad, la Secretaría de Salud suscribió un convenio de colaboración mediante el cual la Asociación Nacional de Hospitales Privados y el Consorcio Mexicano de Hospitales pusieron a disposición del gobierno federal la mitad de las camas de los 146 hospitales que son parte de estas agrupaciones. La estrategia contempló la atención de enfermedades y padecimientos ajenos a este nuevo virus para liberar espacios y camas dentro de los nosocomios³⁵.

En el acuerdo emitido por el Diario Oficial de la Federación el día 31 de junio del 2020, se establecieron los criterios aplicables para la administración de los recursos humanos en las dependencias y entidades de la administración pública federal para mitigar la propagación del coronavirus COVID-19, y en el artículo primero se lee que los Titulares de la Administración Pública Federal, podrán autorizar o facilitar a las personas servidoras públicas:

I. Trabajo en casa, en aquellos casos en que esto sea posible, sin alterar el debido cumplimiento de sus funciones. Esta disposición será obligatoria en el caso de los adultos mayores de 60 años, personas con discapacidad, mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, y personas con enfermedades crónicas consideradas de riesgo por las autoridades de salud, tales como diabetes, hipertensión, pulmonar, hepática, metabólica, obesidad mórbida, insuficiencia renal, lupus, cáncer, cardíaca, entre otras, asociadas a un incremento en el riesgo de complicaciones.

II. Días de trabajo alternados entre el personal que integra las distintas unidades administrativas, procurando asegurar en todo tiempo las medidas sanitarias recomendadas por la Secretaría de Salud.

III. Horarios escalonados en los días que asistan a los centros de trabajo, procurando asegurar en todo tiempo las medidas sanitarias recomendadas por la Secretaría de Salud.

IV. El uso de las tecnologías de información y comunicación para la realización de sesiones y reuniones de trabajo, acciones de capacitación y similares a efecto de minimizar el traslado, contacto y riesgo de contagio entre las personas servidoras públicas.

V. La disponibilidad permanente en el horario laboral de servicios preventivos de salud, filtros de supervisión, así como los insumos necesarios acorde con los "Lineamientos Técnicos de Seguridad Sanitaria en el Entorno Laboral" y "Lineamiento general espacios públicos cerrados en COVID-19".

Además, en el artículo tercero se menciona que la aplicación de los presentes criterios no implicará la autorización de vacaciones, viáticos, pasajes o erogación adicional alguna, por lo que los periodos vacacionales podrán ser autorizados a criterio de los titulares de las Unidades Administrativas de su adscripción, de acuerdo con las necesidades del servicio³⁶.

Cabe mencionar que el día 30 de septiembre de 2020, se realizó una modificación a este acuerdo, en donde se integra el artículo quinto en el que quedan exceptuadas de la aplicación del presente Acuerdo, la Secretaría de Salud, Defensa Nacional, Marina, Seguridad y Protección Ciudadana, Servicio de Protección Federal y la Guardia Nacional, el personal del Servicio Exterior Mexicano, así como del Instituto Mexicano del Seguro Social, del IMSS e ISSSTE, los Institutos Nacionales de Salud y Alta Especialidad y demás instituciones que prestan o están relacionados con los servicios de salud, protección civil y demás que se determine como esenciales o que por su naturaleza deban prestarse de manera presencial³⁷.

2.2 Revisión de la literatura

Se hizo la revisión en bases de datos como: SciELO, BVS, Medline, PubMed, Redalyc, Google académico y LILACS. Se utilizaron los siguientes descriptores DeCS y MeSH: Cuidado perdido de enfermería, Missed Nursing Care, Care left undone, COVID-19, Nursing supervision, Nursing supervisors, Clinical Supervision; encontrando un total de 2289 artículos referentes al cuidado perdido de enfermería, seleccionando 105 artículos para la construcción del marco teórico-conceptual y fundamentación del presente trabajo de investigación, de los cuales solamente 3 artículos fueron realizados con personal de supervisión y líderes de enfermería.

2.2.1 La supervisión de enfermería y el cuidado perdido

Se ha observado que a pesar de la literatura publicada acerca de la supervisión clínica de enfermería, aún no existe claridad sobre los propósitos de esta, además, las prácticas de supervisión clínica en enfermería están ausentes de un cuerpo de evidencia empírica que demuestre resultados efectivos, competentes o significativos⁹. Sin embargo, la literatura nos muestra que la supervisión clínica fomenta un entorno de trabajo de apoyo donde se brindan oportunidades para reflexionar críticamente sobre los valores del cuidado, se fomenta el compromiso para mejorar los estándares de atención y se alienta el valor para desafiar los estándares de atención. En una era de informes que destacan el descenso del nivel de atención de enfermería y una gran cantidad de pruebas que resalta los beneficios de la supervisión clínica, permanece infrautilizada en muchas áreas de la enfermería.

Considerando lo anterior es necesario que los gestores de enfermería reconozcan el valor de la supervisión clínica para mejorar los estándares de la atención de enfermería y asumir el liderazgo en su implementación exitosa²⁸.

La supervisión clínica puede adoptar muchas formas diferentes y adaptarse a las circunstancias locales. Se requiere un acuerdo de trabajo entre las partes de la

supervisión y se deben entender las cuestiones relacionadas con la confidencialidad. La supervisión clínica de alta calidad conduce a una mayor satisfacción laboral y menos estrés. Sin embargo, cuando está ausente o es inadecuada los resultados pueden ser graves y repercutir en la calidad de la atención³⁸.

El cuidado perdido de enfermería es influenciado por la capacidad, liderazgo y apoyo de las enfermeras encargadas de la supervisión clínica, esta gestión y liderazgo pueden mejorar el índice de cuidados omitidos¹⁴. Además, se promueve que la capacitación para evitar la omisión del cuidado de enfermería no solo sea enfocada a estudiantes de enfermería, sino también, a las enfermeras que se desarrollan en el campo de la supervisión¹⁷.

Una investigación reportó que los cuidados mayormente perdidos son los que están menos visibles para la supervisión, y esto es debido a la falta de transparencia y ocultamiento de información por parte de las enfermeras que proporcionan atención directa, pues temen por las repercusiones laborales y legales que pudieran suceder⁶.

Un estudio de tipo cualitativo tuvo como objetivo explorar los factores que afectan el cuidado perdido de enfermería en las unidades de oncología desde la perspectiva de los administradores de enfermería, los autores concluyeron que los directores de enfermería deben reducir los efectos de la escasez de personal de enfermería y el aumento de la carga de trabajo, deben suministrar los materiales y equipos necesarios para brindar la atención adecuada, por lo que requieren distribuir el personal experimentado según el tipo de sala o las necesidades de los pacientes.

Asimismo, deben crear un entorno favorable para informar sobre la atención de enfermería perdida manteniendo una buena relación con el personal de enfermería que desempeña funciones asistenciales, también, puede ser útil utilizar un enfoque de gestión no punitivo, y que minimice el uso de un estilo de gestión apático. Los supervisores de enfermería mencionaron que, la escasez de personal, las limitaciones de tiempo y la realización de trabajos repetitivos y que

consumen mucho tiempo pueden provocar la pérdida de la atención de enfermería. Otra causa importante para la omisión del cuidado es una relación de trabajo negativa y hostil del enfermero supervisor y la enfermera de atención directa, pues estas últimas refieren no contar con apoyo por parte de la supervisión, además de la indiferencia de los supervisores ante los informes emitidos¹⁸.

Una investigación realizada por Kalisch y Lee en 11 hospitales de Estados Unidos de América, compararon la congruencia de las percepciones de los líderes de enfermería y del personal de enfermería con funciones asistenciales, reportando que el personal asistencial manifiesta menos atención perdida y menor trabajo en equipo que los líderes, y el personal de enfermería enumera más problemas para tener recursos materiales y laborales adecuados que los líderes. Esta falta de congruencia entre los miembros del personal de enfermería y sus líderes a menudo genera desconfianza y falta de respeto entre el personal de enfermería y sus líderes, debido a que la confianza y el respeto se han identificado como un elemento esencial del trabajo en equipo, esto puede resultar en que el personal de enfermería y los líderes no trabajen juntos de manera efectiva como equipo. Además, hubo incongruencia entre líderes y seguidores sobre el cuidado de enfermería perdido, pues si los líderes subestiman la atención de enfermería perdida, es posible que no reconozcan la necesidad de desarrollar intervenciones para abordar estos problemas. De manera similar, si los líderes no reconocen la falta de suministros, equipos y medicamentos adecuados, no ayudarán al personal a resolver estos problemas¹⁵.

También, la omisión de los cuidados de enfermería involucra una multitud de factores que incluyen el ambiente de trabajo, las relaciones interprofesionales y los gerentes de la supervisión, pues en un estudio se reportó que el personal de enfermería asistencial se sintió desafiado por los gerentes de la supervisión de enfermería que cuestionaron su toma de decisiones sobre la priorización de la atención y la pérdida de los cuidados³⁹.

En cuanto a las influencias institucionales sobre los niveles de dotación de personal, estas dan como resultado un racionamiento implícito de la atención, por lo que los supervisores deben ser más asertivos acerca de las cargas de trabajo, involucrar al personal en la toma de decisiones y adoptar un enfoque de planificación sistemática, pues el no hacerlo resulta en un racionamiento implícito de la atención y afecta la seguridad del paciente⁴⁰.

Por otra parte, en un estudio realizado en hospitales de Italia, los autores mencionan que los directores de enfermería encargados de la calidad de los cuidados deben tener en cuenta las implicaciones del movimiento internacional de los cuidados perdidos, ya que se sabe mucho sobre los déficits relacionales del personal de enfermería, déficits en la comunicación de la información, en la educación, y en el asesoramiento al alta, por lo que los gestores de enfermería deberían encabezar y desarrollar iniciativas locales para mejorar estas prácticas. Aunque se conoce que las actividades más esenciales se omiten con menos frecuencia, los gestores deben seguir siendo conscientes de la posibilidad de que se produzcan carencias asistenciales y explorar la evidencia con vistas a mejorar la práctica asistencial⁴¹.

Estudios previos hacen mención que los gerentes de la supervisión de enfermería deben diseñar e implementar estrategias específicas para apoyar a las enfermeras recién graduadas, aquellas con menos experiencia y calificaciones en la prevención de la atención de enfermería perdida. Por lo que la educación y la capacitación deben dirigirse no solo a las enfermeras de pregrado, sino también a los supervisores de enfermería, ya que tienen el control de los recursos para la atención del paciente⁴². Además, los supervisores tienen un papel particularmente influyente en la implementación de la práctica basada en la evidencia en términos de proporcionar una cultura y un entorno de apoyo. Para ello, necesitan tener un conocimiento subyacente, pero deben ser conscientes y comprender que su papel es clave para la creación de un entorno seguro para el supervisado y para el paciente⁴³. Los comportamientos de liderazgo de los supervisores de enfermería son de gran importancia para contribuir a un entorno de práctica más positivo, y

estos incluyen: abogar por la dotación de personal y los recursos apropiados, inspirar y motivar al personal, brindar retroalimentación y reconocimiento positivos, establecer altos estándares de atención, promover la participación de las enfermeras en la operación del hospital, facilitar la continuidad de atención y fomentando una comunicación clara y significativa⁴⁴.

También, se ha demostrado que una gestión ineficiente por parte de la supervisión contribuye a la pérdida del cuidado, pues impone una alta carga de trabajo a las enfermeras de atención directa. De esta forma, un entorno laboral que no brinda apoyo también provoca que las enfermeras no informen sobre la atención perdida, lo que a su vez genera desesperación, frustración y sentimientos de impotencia. Las razones para no informar la atención perdida incluyeron: considerar la atención perdida como sin importancia, temor a complicaciones legales o temor a la pérdida de su propio puesto. Por lo que los gerentes de la supervisión de enfermería podrían aumentar la responsabilidad, la ética profesional y la autoeficacia entre las enfermeras enfatizando la importancia de la ética y creando un ambiente de trabajo favorable⁴⁵.

Por otra parte, se ha encontrado que la baja dotación de personal de enfermería se asocia con la omisión de la atención esencial, así el cuidado perdido se convierte en un indicador prometedor de la adecuación del personal de enfermería^{46,47}. Además, se ha reportado que el aumento de personal y el deseable trabajo en equipo del personal de enfermería dan como resultado reducciones significativas en las tasas de la atención perdida⁴⁸.

Con relación a lo anterior una revisión sistemática mostró que intervenciones estructurales como el aumento en la dotación de personal de enfermería y la mejora del trabajo en equipo, redujeron significativamente las tasas de cuidados perdidos⁴⁸.

En los últimos años se han publicado algunas investigaciones de cuidado perdido durante la pandemia de la COVID-19, y se ha puesto de relieve el papel de las estrategias de prevención de infecciones, por lo que la escasez de información acerca de la pandemia de COVID-19 y su relación con el cuidado perdido de enfermería llevó a explorar las experiencias de enfermería en un centro médico público, concluyendo que la correcta distribución de los recursos humanos y de los recursos de protección contra la infección, mejoraría el desempeño de sus funciones, siendo el personal de supervisión quien se encarga de tal distribución¹².

En la región central de Filipinas, se hizo un estudio transversal en 14 hospitales públicos y privados para identificar los factores contribuyentes a los cuidados perdidos de enfermería durante la pandemia de COVID-19, determinando que los factores de cuidado perdido fueron; la adecuación del equipo de protección personal, la dotación de personal de enfermería y la cultura de seguridad del paciente. Por lo que los gestores de supervisión de enfermería podrían desarrollar intervenciones para apoyar al profesional de enfermería en sus labores asistenciales⁴⁹.

Otro estudio transversal realizado durante la pandemia de COVID-19 en 4 hospitales de cuidados intensivos de la República Checa, utilizando la encuesta MISSCARE a un total de 371 enfermeras, se informa que en entornos desfavorables como lo es la pandemia el cuidado se pierde con mayor frecuencia, y se predijo por el aumento de horas extras de trabajo, así como la satisfacción ejerciendo su puesto actual, lo que permite concluir al autor que si se mejora el entorno laboral, podría influir de manera favorable a la disminución de la pérdida del cuidado de enfermería, aunado a las estrategias de la supervisión de enfermería para mejorar su entorno de trabajo⁵⁰.

III. Material y Métodos

3.1 Tipo de estudio y diseño

Triangulación metodológica; la cual se refiere al análisis de un mismo fenómeno a través de diversos acercamientos, haciendo uso de ambos métodos (tanto cuantitativo como cualitativo) para otorgar una perspectiva más amplia en cuanto a la interpretación del fenómeno. Por esto es entendible que la combinación de métodos cuantitativos y cualitativos ofrece la visión de los diferentes aspectos de la totalidad del fenómeno, más que la repetibilidad de los hallazgos de la observación⁵¹. En este caso, en la primera fase de tipo cuantitativa los supervisores de enfermería ofrecieron al estudio información acerca de los índices de cuidado perdido y sus razones. La unión de ambos métodos surge en la segunda fase, pues los primeros resultados permitieron continuar con la fase cualitativa, en donde los participantes entrevistados contribuyeron con la profundización en el análisis de las razones del cuidado perdido en la institución. Por lo cual, la utilización de estos diferentes métodos llevó a la discusión y conclusiones con una mayor comprensión del fenómeno del cuidado perdido desde la percepción de los supervisores de enfermería.

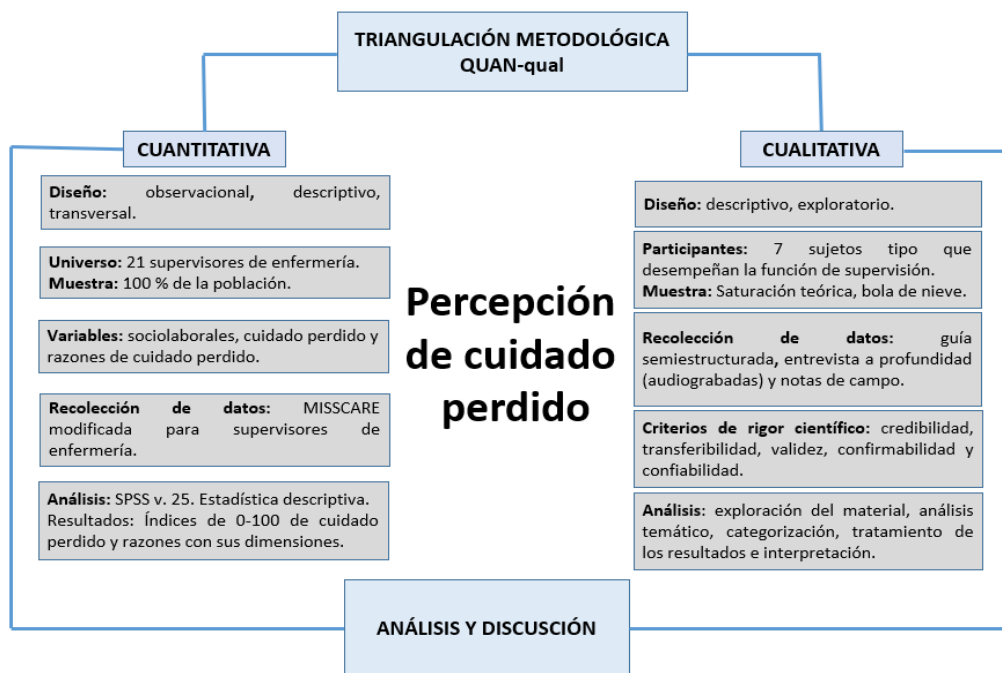


Figura 2. Molina, J., Hernández, S. 2021

3.2 Fase cuantitativa

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal.

3.2.1 Población y muestra

La población de estudio estuvo conformada por gestores de enfermería que desempeñan la función de supervisión del área de hospitalización (ortopedia y rehabilitación) que laboran en una institución de tercer nivel de atención. La población total fue de 21 profesionales de enfermería que desempeñan funciones de supervisión. Se consideró al 100% de la población.

3.2.2 Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Profesionales de enfermería que realiza funciones de supervisión en los servicios de hospitalización (ortopedia y rehabilitación).
- Profesionales de enfermería que tengan por lo menos seis meses desempeñando la función de supervisión.
- Que acepten participar en la investigación.

Criterios de exclusión

- Profesionales de enfermería que realizan funciones de supervisión en los servicios de quirófano, urgencias y unidad de cuidados intensivos.
- Profesionales de enfermería con menos de seis meses realizando la función de supervisión.
- Que no acepten participar en la investigación.

3.2.3 Variables de estudio

Variables sociodemográficas

Variable	Indicador (ítem)	Definición conceptual	Tipo	Medida	Valores	Definición operacional	Dimensión
Servicios supervisados	1	Nombre de los servicios que supervisa	Cualitativa	Nominal		Encuesta MISSCARE de Beatrice J. Kalisch modificada para el personal de supervisión	Sociolaboral
Tiempo en servicios supervisados	2	Pasa gran parte de su tiempo en los servicios que supervisa	Cualitativa	Nominal	0. No 1. Sí		
Años de educación	3	Número de años de educación formal incluyendo educación básica	Cuantitativa	Escalar			
Nivel de formación	4	Último nivel académico alcanzado	Cualitativa	Ordinal	1. Técnico en enf. 2. Posttécnico en enf. 3. Licenciatura en enf. 4. Especialidad 5. Maestría 6. Doctorado		
Sexo	5	Condición orgánica; masculina o femenina	Cualitativa	Nominal	1. Masculino 2. Femenino		
Edad	6	Número de años cumplidos	Cuantitativa	Escalar			
Categoría asignada	7	Categoría laboral asignada en la institución	Cualitativa	Ordinal	1. Aux. de enfermería 2. Enf. Gral. A 3. Enf. Gral. B 4. Enf. Gral. C 5. Enf. Especialista A 6. Enf. Especialista B 7. Enf. Especialista C 8. Otra		
Turno	8	Turno en el que labora	Cualitativa	Ordinal	1. Matutino 2. Vespertino 3. Nocturno 4. Otro		
Turno en el que mejor trabaja	9	Turno laboral en el que siente un mejor desempeño de sus labores	Cualitativa	Ordinal	1. Matutino 2. Vespertino 3. Nocturno		

					4. Otro		
Antigüedad en institución	10	Número de años laborando en la institución	Cuantitativa	Escalar			
Antigüedad en supervisión	11	Número de años laborando como supervisor en la institución	Cuantitativa	Escalar			
Experiencia laboral	12	Número de años laborando	Cuantitativa	Escalar			
Horas/semanas laboradas	13	Número de horas que labora a la semana durante la pandemia	Cuantitativa	Escalar			
Horas extra laboradas	14	Número de horas extras trabajadas desde 3 meses anteriores	Cuantitativa	Escalar			
Frecuencia considerada como adecuada cantidad de personal	15	Frecuencia que considera que la cantidad de personal es adecuada en los servicios supervisados	Cualitativa	Ordinal	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre		
Asignación de pacientes	16	Promedio de pacientes asignados al personal de los servicios supervisados	Cuantitativa	Escalar			
Ingresos de paciente por turno	17	Promedio de pacientes ingresados en un turno en los servicios supervisados	Cuantitativa	Escalar			
Egresos de pacientes por turno	18	Promedio de pacientes egresados en un turno en los servicios supervisados	Cuantitativa	Escalar			
Plan de dejar de laborar	23	Planificación de dejar labores debida a insatisfacción laboral	Cualitativa	Ordinal	1. En los próximos 6 meses 2. En el próximo año 3. No planea dejarlo		
Satisfacción de laborar en institución	19	Satisfacción de laborar en esta institución en la que supervisa	Cualitativa	Ordinal	1. Muy insatisfecho 2. Insatisfecho 3. Neutral 4. Satisfecho 5. Muy satisfecho		
Satisfacción de laborar en su puesto actual	20	Satisfacción de laborar en su puesto actual					
Satisfacción de ser enfermera	21	Satisfacción de ser profesional de enfermería					
Satisfacción con el trabajo en equipo de supervisión	22	Satisfacción con el nivel de trabajo en equipo de supervisión					
							Satisfacción

Variables de cuidado perdido

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo	Dimensión	Subdimensión	Indicadores (ítems)	Escala	Medida	Valores	
Cuidado perdido de enfermería	Cualquier aspecto de la atención requerida al paciente que es omitida (ya sea en parte o en su totalidad) o es retrasada ⁵	Encuesta MISSCARE de Beatrice J. Kalisch modificada para el personal de supervisión	Cualitativa	Cuidado perdido	Cuidado básico	1, 2, 3, 4, 11, 12, 13, 24	Likert	Ordinal	0. No aplica 1. Nunca 2. Rara vez 3. De vez en cuando 4. Frecuentemente 5. Siempre	
					Necesidades individuales	5, 10, 19, 20, 21, 22, 23				
					Evaluaciones continuas	6, 7, 8, 15, 16, 17, 18				
					Planificación del alta	9, 14				
				Razones	Recursos humanos	1, 2, 3, 4, 5, 8, 16, 17	Likert	Ordinal		1. No es una razón 2. Razón menor 3. Razón moderada 4. Razón significativa
					Comunicación	7, 11, 12, 13, 14, 15				
					Recursos materiales	6, 9, 10				

3.2.4 Procedimientos

3.2.4.1 Para la recolección de datos

Una vez autorizada la investigación por la Subdirección de Enfermería de la institución de tercer nivel, se presentó el protocolo de investigación a la jefe de Departamento de Hospitalización, los cuales otorgaron las facilidades para iniciar con la recolección de datos.

De manera conjunta con la coordinadora de hospitalización, se consultó el rol de distribución del área de supervisión para identificar: cantidad por turno, días de descanso y correo electrónico.

En una reunión se les explicó el objetivo de la investigación y las fases de la investigación, se les invitó a participar en esta y se les proporcionó el consentimiento informado.

Posterior a esto se les entregó el instrumento (anexo 1) para que ellos lo contestaran en presencia del investigador para aclarar las dudas que surgieran durante el llenado. Al término se agradeció su participación y se solicitó su apoyo para la fase cualitativa.

3.2.4.2 Para el análisis de datos

El procesamiento de análisis se realizó mediante la creación de una base de datos capturada en el programa informático Statistical Package for the Social Sciences, versión 25 (SPSS V25.0).

Seguido de esto, se utilizó estadística descriptiva para perfilar a los participantes y describir las variables del estudio, la información se agrupó para analizar los cuidados perdidos, por lo que se diseñó un índice global calculado con valores en un rango de 0 a 100 para la variable de cuidado perdido de enfermería y para cada una de sus dimensiones, así como para las razones asociadas al cuidado perdido, donde a mayor puntaje mayor cuidado perdido y mayor razón significativa para el cuidado perdido.

3.2.5 Instrumento de medición

Para la recolección de datos se llevó a cabo la aplicación de la encuesta MISSCARE modificada para profesionales de enfermería que realizan funciones de supervisión de los servicios de hospitalización de la institución (anexo 1).

La encuesta está dividida en tres partes, en la primera de ellas se obtienen datos sociolaborales de los gestores en supervisión de enfermería donde se realizan cuestionamientos abiertos y algunos ítems acerca de la satisfacción laboral medido por una escala de respuesta tipo Likert con un rango que va de mayor a menor: 5 muy satisfecho, 4 satisfecho, 3 neutral, 2 insatisfecho, 1 muy insatisfecho.

La segunda parte se realizan preguntas sobre el cuidado perdido subdividiéndose en 4 dimensiones, la primera dimensión recaba información acerca de las necesidades individuales del paciente con un total de 7 ítems (5, 10, 19, 20, 21, 22, 23), la siguiente dimensión es sobre la planificación del alta y educación del paciente, que cuenta con solamente 2 ítems (9, 14), la tercera dimensión son las intervenciones de cuidado básico con 8 ítems (1, 2, 3, 4, 11, 12, 13, 24), y por último, corresponde a la dimensión de evaluaciones continua con 7 ítems (6, 7, 8, 15, 16, 17, 18), midiéndose por medio de una escala de respuesta tipo Likert con un rango que va de mayor a menor y una respuesta agregada al instrumento de “no aplica”: 5 siempre, 4 frecuentemente, 3 de vez en cuando, 2 rara vez, 1 nunca, 0 no aplica.

En la tercera y última parte de la encuesta, denominada “Razones para que se dé cuidado de enfermería perdido”, se refiere a todos aquellos factores por los cuales se pierden los cuidados de enfermería, se divide en tres dimensiones: factores del recurso humano, compuesto de cuatro preguntas que corresponden a la 1, 2, 3 y 4; los factores correspondientes a los recursos materiales (6, 9 y 10); y los correspondientes con la comunicación, compuesto por diez preguntas (5, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16 y 17), midiéndose a través de una escala de respuesta tipo

Likert con un rango que va de mayor a menor: 4 razón significativa, 3 razón moderada, 2 razón menor, 1 no es una razón.

3.2.6 Confiabilidad y validez

La confiabilidad de la encuesta MISSCARE (Missed Nursing Care) diseñada por Kalisch y Williams¹⁷ se fundamenta en los diversos y múltiples estudios que la han utilizado para la obtención de datos informativos sobre el cuidado perdido de enfermería, tanto en su versión original en idioma inglés como la versión traducida al español, las cuales reportaron un Alfa de Cronbach de 0.86²⁴.

Además, se realizó la validación por expertos de la encuesta MISSCARE modificada para supervisores de enfermería, con un total de 5 supervisores de los 4 turnos y servicios de hospitalización de un hospital de alta especialidad, se realizaron las modificaciones pertinentes al instrumento. Se agregó la casilla “no aplica”, en la escala de respuesta Likert de la sección de cuidados perdidos, para todas aquellas preguntas de cuidados de enfermería que no se realizan en turnos de noche, tales como: la alimentación del paciente, la verificación de la dieta, la deambulacion del paciente, cambio de posición del paciente y baño del paciente.

Así, el Alfa de Cronbach obtenido para la sección de cuidados perdidos fue de 0.97 y para la sección de razones del cuidado perdido se reportó un valor Alfa de Cronbach de 0.87. Asimismo, el Alfa de Cronbach para ambas secciones fue de 0.92.

3.3 Fase cualitativa

Estudio descriptivo y exploratorio.

3.3.1 Escenario del estudio

El escenario de la presente investigación fue una institución de tercer nivel considerada como una institución única en su género en México y América Latina, cuya misión es abatir la incidencia de la discapacidad, mediante la investigación científica, la formación de recursos humanos y atención médica especializada con un enfoque humanístico.

Esta institución marca un cambio en la atención médica de las personas con discapacidad dentro de un modelo conceptual moderno de equidad y justicia social, cumpliendo así, con el compromiso gubernamental que inicia con la implementación de excelencia médica al servicio de la población mexicana que sufre los perjuicios de la discapacidad en todo el país.

El Instituto pertenece a la Secretaría de Salud, brinda atención los 365 días del año las 24 horas del día a la población con o sin acceso a la seguridad social de todo el país, proporciona atención de alta especialidad en: ortopedia, rehabilitación, otorrinolaringología y quemados.

En la torre de hospitalización de ortopedia se encuentran los siguientes servicios: filtro COVID, traumatología, ortopedia pediátrica, ortogeriatría, tumores óseos, deformidades neuromusculares, cirugía de mano, cirugía de columna, ortopedia del deporte y artroscopia, reconstrucción articular y especialidades múltiples. En la torre de hospitalización de rehabilitación se encuentra el servicio de rehabilitación neurológica⁵². En estos servicios se encuentran asignadas 162 enfermeras y 21 supervisores distribuidos en los turnos matutino, vespertino y nocturno.

El presente estudio se centró en los profesionales de enfermería que desempeñan la función de supervisión de los servicios antes mencionados de la institución de tercer nivel en la Ciudad de México.

3.3.2 Descripción de los sujetos de estudio

Pseudónimo	Edad	Sexo	Nivel académico	Antigüedad en la institución	Años en el puesto de supervisión
Amarillo	38	Masculino	Especialidad	10 años	1 año
Azul	39	Femenino	Maestría	11 años	5 años
Verde	51	Femenino	Maestría	25 años	1 año
Negro	48	Femenino	Maestría	20 años	4 años
Blanco	49	Femenino	Maestría	29 años	12 años
Morado	47	Femenino	Licenciatura	12 años	5 años
Rojo	52	Femenino	Licenciatura	32 años	3 años

3.3.3 Recolección de información

La recolección de la información se realizó utilizando la técnica de entrevista a profundidad, a través de una guía semiestructurada, elaborada por el investigador en función de los resultados cuantitativos (anexo 2), en la cual el informante es invitado a hablar libremente acerca su percepción del cuidado perdido de enfermería, con el fin de profundizar en las razones por las que se omite el cuidado.

Previo a realizar la entrevista se acordó el horario y lugar, se obtuvo el consentimiento informado, la autorización de las entrevistas y se estableció una relación de respeto y empatía que permitió obtener información fidedigna de los entrevistados.

Las entrevistas fueron audiograbadas, lo que permitió apreciar los testimonios del participante. La entrevista se dividió en dos partes: en la primera se obtuvieron los datos para caracterizar a los sujetos de estudio y la segunda se formularon las preguntas detonadoras.

Se utilizó la técnica de bola de nieve para identificar otros informantes de la investigación, y la nota de campo se utilizó para registrar los discursos y el lenguaje no verbal como: expresiones faciales y silencios, evidenciados en el momento de la entrevista. El resguardo de la identidad de los informantes se realizó a través de la codificación de los participantes con pseudónimos siendo los nombres de diferentes colores. El número de entrevistados se determinó de acuerdo con la saturación teórica de la información.

3.3.4 Análisis e interpretación de la información

Para la organización de los datos se optó por el análisis temático y análisis del discurso según Minayo⁵³; Operacionalmente el análisis temático se dividió en tres etapas: el pre-análisis, la exploración del material y el tratamiento de los resultados obtenidos e interpretación.

La etapa del pre-análisis consistió en la elección de los documentos a ser analizados y en retomar la hipótesis, y de los objetivos iniciales de la investigación. Aquí el investigador debe preguntarse sobre las relaciones entre las etapas realizadas, elaborando algunos indicadores que lo orienten en la comprensión del material y en la interpretación final.

El pre-análisis se inició con una lectura fluctuante de las entrevistas realizadas, en este momento el investigador requirió un contacto directo e intenso con el material de campo, dejándose impregnar por su contenido. Las dinámicas entre las hipótesis iniciales, las hipótesis emergentes y las teorías relacionadas con el tema tornaron la lectura progresivamente más sugestiva de superar la sensación de caos inicial.

En la constitución del corpus: término que se refiere al universo estudiado en su totalidad, respondiendo a algunas normas de validez cualitativa: exhaustividad: que el material contemple todos los aspectos relevados en la guía; representatividad: que contenga las características esenciales del universo pretendido; homogeneidad: que obedezca a criterios precisos de elección en cuanto a los temas tratados, a las técnicas empleadas y a los atributos de los

interlocutores; pertinencia: que los documentos analizados sean adecuados para dar respuesta a los objetivos del trabajo⁵³.

La formulación y reformulación de las hipótesis y objetivos consistió en retomar la etapa exploratoria teniendo como parámetro, la lectura exhaustiva del material y las interrogantes iniciales. Los procedimientos exploratorios fueron valorados en este momento para que la riqueza del material de campo no fuera oscurecida por el tecnicismo. Es por ello que, se habla también de la reformulación de hipótesis, lo que significa la posibilidad de corregir los rumbos interpretativos o la apertura a nuevas interrogantes.

En esta primera etapa pre-analítica, se determinaron: la unidad de registro (palabra clave o frase), la unidad de contexto (la delimitación del contexto de comprensión de la unidad de registro), los recortes, la forma de categorización, la modalidad de codificación y los conceptos teóricos más generales (tratados al inicio o levantados en esta etapa, a causa de la ampliación del marco de hipótesis o supuestos) que orientaron el análisis.

En la segunda etapa se realizó la exploración del material que consistió esencialmente en una operación clasificatoria que apunta a alcanzar el núcleo de comprensión del texto. Para eso el investigador buscó encontrar categorías que son expresiones o palabras significativas en función de las cuales el contenido de un discurso será organizado. La categorización es un proceso de reducción del texto a las palabras o expresiones significativas.

El análisis temático tradicional trabaja primero esta fase, recortando el texto en unidades de registro que pueden constituirse por palabras, frases, temas, personajes, acontecimientos, indicados como relevantes en el pre-análisis. En un segundo momento el investigador elige las reglas de conteo, dado que tradicionalmente la comprensión es constituida por medio de las codificaciones e índices cuantitativos. Finalmente, en esta etapa se realizó la clasificación y la agregación de los datos, seleccionando las categorías teóricas o empíricas, responsables de la especificación de los temas.

En la tercera etapa de tratamiento de los resultados obtenidos e interpretación, el investigador propuso inferencias y realizó interpretaciones, interrelacionándolas con el marco teórico diseñado inicialmente o abriendo otras pistas en torno de nuevas dimensiones teóricas interpretativas, sugeridas por la lectura del material.

A partir del proceso de análisis de la información obtenida, teniendo los objetivos del estudio, se construyeron las categorías. Posterior a la lectura y relectura cuidadosa, se hizo el pre-análisis, en vista de un examen exhaustivo del material recolectado lo que permitió la construcción de las unidades temáticas.

El siguiente paso fue agrupar las unidades temáticas significativas relacionadas y congruentes, y por último se hizo la clasificación de los temas, agrupando y reagrupando los contenidos en categorías y subcategorías.

3.3.5 Criterios de rigor científico

Para el rigor científico metodológico de la fase cualitativa se tomaron en cuenta los siguientes criterios:

Credibilidad: la cual está definida como la correspondencia entre la forma en que el participante percibe los conceptos vinculados con el planteamiento y la manera como el investigador retrata los puntos de vista del participante. Se llevó a cabo al mostrarles la información transcrita de las entrevistas para que llevaran a cabo la lectura, aprobando la información una vez leída, corroborando directamente y de manera asidua lo que el investigador escuchó, observó y recopiló mediante espacios de puestas en común y devolución de información, después de cada encuentro y al transcribir las entrevistas.

Transferibilidad: hace referencia a que parte de los resultados o de su esencia puedan ser aplicados en otros contextos. Se logró a través de una descripción de las características del contexto en que se realizó la investigación. Lo anterior permitió realizar comparaciones y descubrir lo común y lo específico con otros estudios.

Confirmabilidad: este criterio se refiere a demostrar que se han minimizado los sesgos y tendencias del investigador. Fue atendida para garantizar la veracidad de las descripciones, para ello se consideró la transcripción textual de las entrevistas, el contraste de los resultados con la literatura existente. Los hallazgos de esta investigación se sustentan con las entrevistas transcritas textualmente, corroborando con las entrevistas audiograbadas, que se encuentran a disposición en archivos de audio y texto en forma digital.

Confiabilidad: esta tiene por objeto asegurarse de que el investigador, siguiendo los mismos procedimientos descritos por otro investigador predecesor y realizando el mismo estudio, puede llegar a los mismos resultados y conclusiones⁵⁴. Por lo que en la presente investigación la información recabada se realizó por medio de la encuesta MISSCARE modificada para supervisores de enfermería, la cual fue validada por expertos, además de obtener un Alfa de Cronbach de 0.92 para ambas secciones de la encuesta.

3.4 Aspectos éticos

El presente estudio se considera de riesgo mínimo de acuerdo con lo señalado en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título II, capítulo 1, artículos 13, 15,16,17 fracción II⁵⁵.

El Art. 13 señala que toda la investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

El Art. 16 establece que se protegerá la privacidad de los individuos sujetos a investigación, por lo que los instrumentos deberán ser manejados respetando el anonimato y confidencialidad de los datos que arrojen.

El párrafo IV del Art. 100 declara que se deberá contar con el consentimiento libre e informado, por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para la salud.

Asimismo, se consideró el Código de Ética para las enfermeras y enfermeros de México el cual proporciona valiosos lineamientos para la enfermera profesional con respecto a sus deberes y obligaciones para con el paciente, la profesión y la sociedad.

Además, el consentimiento informado (anexo 3) fue aprobado para su uso por las autoridades de la institución de tercer nivel, la cual considera los datos recabados como “sensibles”, por lo que se resguardó el anonimato y el buen uso de la información de los participantes.

IV. Resultados

4.1 Resultados de fase cuantitativa

4.1.1 Descripción y análisis estadístico

En el presente capítulo se describen la características sociodemográficas de la muestra, seguido de ello, se muestran los índices de puntaje global y de cada una de las cuatro dimensiones del cuidado perdido, así como la frecuencia y porcentajes de cada uno de los cuidados que son referidos por los supervisores como omitidos durante la atención hospitalaria, al finalizar se muestra el índice de razones que influyen en el cuidado perdido y se incluyen las razones de ocurrencia para que suceda este fenómeno.

Posteriormente, se presentan las categorías y subcategorías del análisis cualitativo realizado para profundizar en las razones del cuidado perdido.

4.1.2 Caracterización de la muestra

En el cuadro 1 se describen los datos que caracterizan a la muestra, la cual estuvo conformada por 21 supervisores de enfermería de los diferentes servicios de hospitalización de un hospital de tercer nivel de atención, siendo en su mayoría de sexo femenino con un 90.5 %, la edad promedio fue de 48 ± 6.9 años, la escolaridad estuvo representada por el nivel académico de maestría en un 52.4 %, seguido de licenciatura en enfermería con 23.8 %, nivel postécnico con 14.2 %, y por último nivel de especialidad y doctorado, ambos con un 4.8 %, respectivamente.

La mayoría de los supervisores pertenece al turno nocturno siendo el 42.9 %, y para los turnos matutino y vespertino un 28.6 %, respectivamente, asimismo, todos reportaron que desempeñan mejor su trabajo en el turno en el que laboran, además la mayoría pasa gran parte de su tiempo en los servicios que supervisa con un 85.7 %.

La antigüedad de los supervisores fue de 21 ± 7.8 años, una antigüedad en el servicio de supervisión de 7 ± 6.6 años, con experiencia laboral como enfermera

de 25 ± 7.7 años, laboran en promedio 40 ± 7.8 horas a la semana, y 4 ± 9.1 horas extras laboradas.

En cuanto a la carga laboral del personal de enfermería de atención directa a los pacientes, los supervisores consideraron un promedio de 6 ± 2.4 pacientes por enfermera, 5 ± 6.2 ingresos de pacientes por turno, y 3 ± 5.4 egresos de pacientes de los servicios que supervisan, manifestando que la cantidad de personal “algunas veces” es la adecuada con un 47.6 %, un 19 % considera que “casi siempre” la cantidad es la adecuada, “casi nunca” y “nunca” la consideraron adecuada ambas con un 14.3 %, y solo 4.8 % consideró que “siempre” la cantidad es adecuada. Además, el índice de satisfacción de los supervisores de enfermería tuvo una media de 85.71 ± 35.8

4.1.3 Percepción de los supervisores sobre el cuidado perdido de enfermería y las razones por las que se omite

A continuación, se describen los índices global y por dimensiones del cuidado perdido.

El índice de cuidado perdido global fue de 38.51 IC 95% [21.45-55.57], asimismo, la dimensión mayormente omitida fue la planificación del alta y educación del paciente con una media de 47.62 IC 95% [25.46-69.77] (cuadro 2).

En el cuadro 3 se muestran los cuidados perdidos de enfermería por dimensión, así en la dimensión de necesidades individuales, se encontró en primer lugar la administración medicamentos a solicitud o PRN en menos de 15 minutos con 47.6 %, brindar apoyo emocional al paciente y/o familia, evaluar la eficacia de los medicamentos, asistir a las visitas de evaluación del cuidado interdisciplinario, estos tres últimos cuidados con 42.9 % cada uno.

En cuanto a la dimensión de planificación del alta y educación del paciente, el cuidado que más se pierde es la elaboración del plan de alta con un 52.4 %, seguido de educar al paciente y/o familia con un 42.9 %.

Por otra parte, en la dimensión de intervenciones de cuidado básico se encuentran el lavado de manos y, cuidar la piel y las heridas, ambos con 42.9 %.

Por último, dentro de las evaluaciones continuas, los cuidados más omitidos son: control de ingresos y egresos (balance de líquidos), monitorización de glucosa según la indicación y, cuidar y evaluar los accesos vasculares y las soluciones IV de acuerdo con las políticas del hospital, estos tres con un 42.9 % (cuadro 3).

Asimismo, en el cuadro 4 se pueden apreciar los índices de las razones que influyen en el cuidado perdido global y por dimensiones. De forma global se reporta una media de 69.21 IC 95% [58.16-80.25], siendo la dimensión recursos humanos la razón principal por la que se omite el cuidado con una media de 65.99 IC 95% [54.09-77.88].

A continuación, se muestran las razones de cuidado perdido por cada dimensión, así en las razones debidas a los recursos humanos el número insuficiente de personal de enfermería obtuvo un 95.2 %.

En cuanto a las razones relacionadas con los recursos materiales, se encuentran: medicamentos y suministros/equipos no disponibles cuando se necesitan, ambas con un 90.5 %, cada una.

Por último, dentro de las razones concernientes a la comunicación se encuentra la tensión o fallas en la comunicación dentro del equipo de enfermería con un 100 %, seguido de la tensión o fallas en la comunicación con el personal médico con un 90.5 % (cuadro 5).

Cuadro 1. Caracterización de la muestra

Variables	Fo / (%)	Media (DS)
Edad		48 ± 6.9
Años de formación		18 ± 2.6
Sexo		
Masculino	2 (9.5)	
Femenino	19 (90.5)	
Nivel académico		
Postécnico	3 (14.2)	
Licenciatura	5 (23.8)	
Especialidad	1 (4.8)	
Maestría	11 (52.4)	
Doctorado	1 (4.8)	
Categoría laboral		
Enfermera General	3 (14.3)	
Enfermera Especialista	6 (28.6)	
Otra	12 (57.1)	
Turno		
Matutino	6 (28.6)	
Vespertino	6 (28.6)	
Nocturno	9 (42.9)	
Pasa gran parte de su tiempo en esos servicios		
Sí	18 (85.7)	
No	3 (14.3)	
Antigüedad en la institución		21 ± 7.8
Antigüedad en el servicio		7 ± 6.6
Experiencia laboral		25 ± 7.7
Horas laboradas por semana		40 ± 7.8
Horas extras laboradas		4 ± 9.1
Carga laboral		
Pacientes asignados por enfermera		6 ± 2.4
Ingresos por servicio		5 ± 6.2
Egresos por servicio		3 ± 5.4
Frecuencia que siente que la cantidad de personal es adecuada		
Siempre	1 (4.8)	
Casi siempre	4 (19)	
Algunas veces	10 (47.6)	
Casi nunca	3 (14.3)	
Nunca	3 (14.3)	
Índice de satisfacción		86 ± 35.8
Planes de dejar de laborar por insatisfacción		
En el próximo año	1 (4.8)	
No planea dejarlo	20 (95.2)	

Cuadro 2. Índices de cuidado perdido de acuerdo con sus dimensiones desde la percepción de los supervisores de enfermería

n= 21	Media [IC 95%]
Puntaje Global	38.52 [21.45-55.57]
Necesidades individuales	38.10 [21.10-55.09]
Planificación del alta y educación del paciente	47.62 [25.46-69.77]
Cuidado básico	35.37 [19.36-51.38]
Evaluaciones continuas	39.46 [18.29-60.62]

Cuadro 3. Cuidados perdidos de enfermería

Cuidados	Fo / (%)
Necesidades individuales	
Administrar medicamentos	5 (23.8 %)
Brindar apoyo emocional	9 (42.9 %)
Responder al llamado del paciente	8 (38.1 %)
Administrar medicamentos PRN	10 (47.6 %)
Evaluar la eficacia de los medicamentos	9 (42.9 %)
Asistir a la visita de evaluación del cuidado interdisciplinario	9 (42.9 %)
Ayudar a ir al baño	6 (28.6 %)
Planificación del alta y educación del paciente	
Educar al paciente	9 (42.9 %)
Elaborar plan de alta	11 (52.4 %)
Cuidado básico	
Deambulaci3n	3 (14.3 %)
Movilizar al paciente	8 (38.1 %)
Alimentaci3n	4 (19 %)
Verificar la dieta	6 (28.6 %)
Ba1ar al paciente	5 (23.8 %)
Cuidado de la boca	8 (38.1 %)
Lavar las manos	9 (42.9 %)
Cuidar la piel y las heridas	9 (42.9 %)
Evaluaciones continuas	
Signos vitales	7 (33.3 %)
Control de l3quidos	9 (42.9 %)
Registrar los datos necesarios	8 (38.1 %)
Monitorizar glucosa	9 (42.9 %)
Evaluaci3n por turno	8 (38.1 %)
Reevaluar al paciente	8 (38.1 %)
Cuidado de los accesos vasculares	9 (42.9 %)

Cuadro 4. Índices de razones que influyen en el cuidado perdido desde la percepción de los supervisores de enfermería

n= 21	Media [IC 95%]
Puntaje Global	69.21 [58.16-80.25]
Recursos humanos	65.99 [54.09-77.88]
Recursos materiales	39.68 [20.12-59.24]
Comunicación	62.86 [20.12-59.24]

Cuadro 5. Razones de ocurrencia para el cuidado perdido

Razones	Es una razón (%)
Recursos humanos	
Número insuficiente de personal	20 (95.2 %)
Situaciones de urgencia del paciente	14 (66.7 %)
Aumento inesperado de pacientes	19 (90.5 %)
Personal de apoyo insuficiente	19 (90.5 %)
Distribución inequitativa de pacientes	11 (52.4 %)
Otros departamentos no proporcionaron los cuidados	15 (71.4 %)
La enfermera no está disponible	9 (42.9 %)
Demasiados cuidados a pacientes	11 (52.4 %)
Recursos materiales	
Medicamentos no disponibles	19 (90.5 %)
Suministros/equipos no disponibles	19 (90.5 %)
Suministros/equipos no funcionan	17 (81 %)
Comunicación	
Inadecuada entrega de turno anterior	12 (57.1 %)
Falta de apoyo de los miembros del equipo	13 (61.9 %)
Tensión en la comunicación con otros departamentos	17 (81 %)
Tensión en la comunicación del equipo de enfermería	21 (100 %)
Tensión en la comunicación con el personal médico	19 (90.5 %)
Auxiliar de enfermería no comunicó el cuidado debido	5 (23.8 %)

4.2 Resultados de fase cualitativa

Se profundizó en el análisis de las razones por las cuales se omite el cuidado, a continuación, se presentan los resultados de la fase cualitativa en donde se construyeron las siguientes categorías y subcategorías:

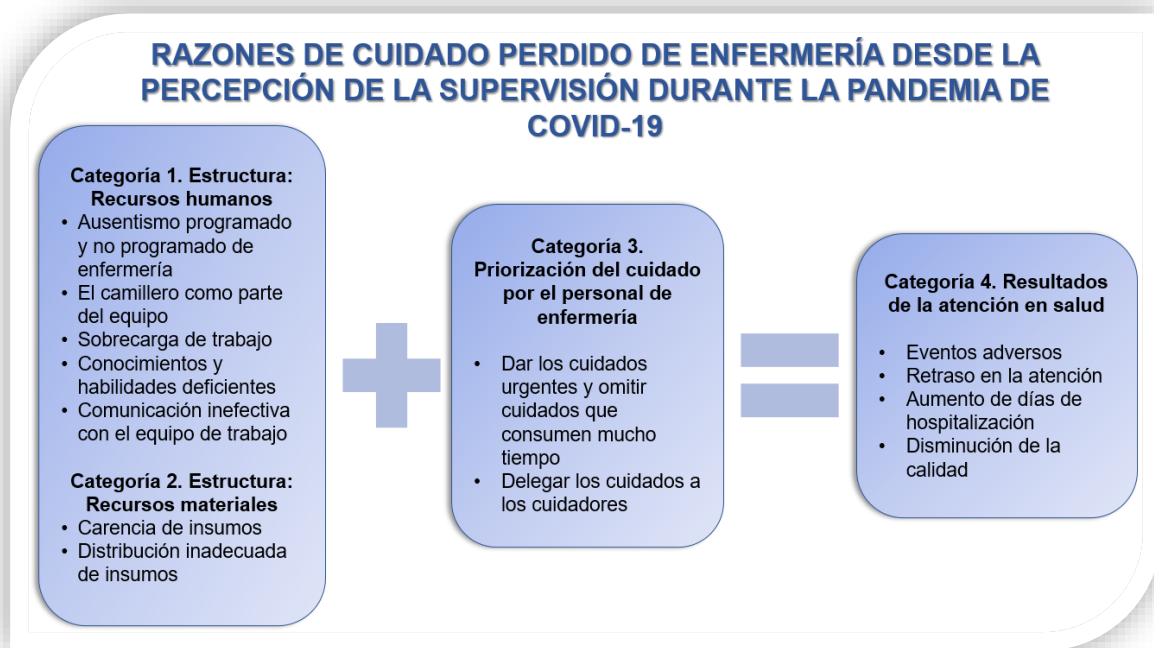


Figura 3. Molina, J., Hernández, S. 2022

4.2.1 Categoría 1. Estructura: recursos humanos

Donabedian, en su búsqueda por la calidad de los servicios de salud, implementó un modelo teórico en el que se identifican diversos factores que afectan los servicios de atención médica disminuyendo la calidad de atención en salud, su teoría con tres dimensiones denominadas; estructura, proceso y resultado, proporciona las bases que funcionan como guía de la calidad en la atención sanitaria. Desde esta perspectiva teórica, Donabedian engloba en la primera dimensión a los recursos humanos, es decir, las características del personal que proporciona el cuidado, como las capacidades técnicas y de conocimiento que son evaluadas⁷.

Por otra parte, Kalisch retomó y enriqueció esta dimensión dentro de su modelo de cuidado perdido, en donde considera que los recursos humanos de enfermería también, se caracterizan por el número de enfermeras, así como la experiencia, la formación educativa y valores propios del personal, el trabajo en equipo, el tiempo extra laborado, y el ausentismo²⁵.

Subcategoría. Ausentismo programado y no programado de enfermería

El ausentismo se refiere a faltas o inasistencias del personal a su centro laboral, siendo la suma de los períodos en que el trabajador está ausente, ya sea por falta o por tardanzas justificadas o no. Prácticamente puede definirse como la pérdida temporal de horas o días de trabajo, independiente de las causas que lo originen, esto tiene múltiples repercusiones que afectan a la institución, al servicio y a la persona, pero además a quienes no faltan y asumen el trabajo pospuesto por el otro, que ven afectados su bienestar psicológico y físico por el aumento de la carga de trabajo, reduciendo la calidad del cuidado, generando riesgo a errores de omisión, y poniendo en peligro la credibilidad del equipo de enfermería⁵⁶.

El ausentismo de las enfermeras es una problemática que reconoce Azul y que se refleja en el siguiente discurso:

“Generalmente se trabaja en la escasez, no hay plantilla que cubra, pues tienen sus prestaciones normales, pero siempre hay falta, no podemos evitar que falten, o que no se incapaciten, eso es complicado”.

Es por lo que, Azul centra su discurso en el ausentismo programado del personal de enfermería, el cual no puede remplazarse por la carencia de una plantilla suplente al que se le agrega el ausentismo no programado, lo que reduce de forma significativa el número de enfermeras que proporcionan el cuidado diariamente.

También, Morado profundiza en el ausentismo del personal de enfermería:

“Es complicado porque el trabajador goza de días económicos, pagos de días festivos y vacaciones, también, estamos viendo la ausencia del personal por situaciones externas, por ejemplo, la quinta ola del

COVID, nos llaman que no se presentan, entonces le aunamos el ausentismo no programado como las faltas, las incapacidades y las licencias”.

Lo comentado por Morado reafirma que la falta de personal de enfermería se relaciona con las prestaciones gozadas por los trabajadores de la institución de salud, y agrega que la situación vivida por la pandemia de COVID-19 generó un mayor ausentismo laboral.

También, Rojo hace referencia a la pandemia de COVID-19 por medio de su relato:

“Tenemos poco personal y además por la pandemia, el personal está saliendo positivo y entonces están de confinamiento justificado, hay poco personal por esta situación”.

En el análisis de su experiencia se denota la importancia del efecto que tiene la pandemia de COVID-19 en el ausentismo no programado del personal de enfermería.

Por otro lado, el ausentismo a causa de la pandemia no solo se encuentra en el equipo de enfermería asistencial, también incluye a los profesionales de la supervisión de enfermería, como lo menciona Rojo:

“En supervisión también, nos ha pegado la pandemia, por ejemplo, hoy solo estuvimos dos supervisoras para toda la torre de ortopedia, rehabilitación y otorrino”.

Blanco resalta la importancia del ausentismo en el servicio de supervisión de enfermería:

“La cantidad de supervisores es importante, pues hay momentos en que no somos las suficientes como para estar observando todas las actividades que realiza el personal”.

El ausentismo programado y no programado igualmente se observa en el personal de camillería, por lo que Negro y Rojo comentan:

“Yo sé que estamos con menos personal de camillería porque han tenido distintas situaciones, se van de incapacidad o faltan, eso nos afecta, porque no tenemos bien la plantilla, entonces sí nos hacen falta camilleros”.

“Tenemos falta de camilleros por incapacidades y resguardos del COVID”.

De todo lo anterior se infiere que el ausentismo programado de los profesionales de enfermería y camilleros es un fenómeno constante en la institución, que incluye a personal asistencial y de supervisión, esto impacta directamente en el índice enfermera-paciente, en los cuidados que requieren del apoyo de los camilleros y las funciones de la gestión.

Además, la pandemia de COVID-19 ha contribuido al aumento del ausentismo no programado, pues por cuestiones de enfermedad o sospecha de esta, el personal se ausenta dejando incompleta la plantilla de enfermería.

Es importante resaltar que en el caso particular del hospital de tercer nivel de este estudio, la mayoría de los profesionales de enfermería que laboran en la institución son trabajadores de base, y de acuerdo con las condiciones generales del trabajo establecidas en la Ley Federal del Trabajo, cuentan con el mínimo de prestaciones determinadas en la ley, las cuales son: día de descanso, paternidad y adopción, licencia por maternidad, periodo de lactancia y vacaciones^{57,58}. Asimismo, en las Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud⁵⁹ se establece que el personal de base goza de prestaciones como son: 12 días económicos al año, pases de salida, retardos menores y mayores, licencias con y sin goce de sueldo de acuerdo con la antigüedad, día onomástico; las incidencias antes mencionadas son consideradas ausencias programadas, solo las faltas e incapacidades por enfermedad son consideradas ausencias no programadas.

Subcategoría. El camillero como parte del equipo

El personal de camillería es un actor principal dentro del equipo de salud, pues es el personal encargado del traslado y movilización del paciente dentro y fuera de la institución⁶⁰. Además, debe estar capacitado para desarrollar las funciones de trasladar enfermos o cadáveres en camillas, camas de mano, manualmente en ambulancias o dispositivos hospitalarios⁶¹.

Asimismo, es de suma importancia el rol del camillero en un hospital de especialización en ortopedia y rehabilitación, por lo que Blanco, comenta:

“En este hospital todos los pacientes o la gran mayoría tienen una fractura o una férula en donde la movilización está comprometida, entonces necesitamos apoyo del camillero, tenemos mucho paciente adulto mayor, fracturas de cadera... necesito el apoyo de un camillero”.

Y Rojo, agrega:

“Por el tipo de pacientes del hospital se requiere de la ayuda del camillero”.

Este hospital es una institución de Salud de tercer nivel de atención, que está dedicada a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la discapacidad mediante la atención médica especializada⁶², por lo que la mayoría de los pacientes presenta problemas de movilización física y se hace necesaria la ayuda del camillero para promover un adecuada movilización del paciente.

Además, Azul enfatiza en la importancia del apoyo del camillero en su discurso:

“La ausencia de camilleros nos orilla a que un camillero apoye en varios servicios, es indispensable su presencia para trasladar a los pacientes al área de baño de camilla, pero si él no está, entonces, a veces se retrasa o inclusive no se realiza el baño.

Lo que denota las dificultades enfrentadas por el personal de enfermería ante la falta de camilleros.

Por otra parte, Verde, relata en su discurso:

“Es difícil con el personal de enfermería porque no quieren movilizar al paciente si no está el camillero”.

Por lo que las enfermeras manifiestan la negación y justificación para no realizar este cuidado, ya que la movilización del paciente es una responsabilidad compartida entre la enfermera/o y el camillero. Además, el apoyo del servicio de camillería proporciona seguridad al personal de enfermería para ejecutar la adecuada movilización del paciente.

Subcategoría. Sobrecarga de trabajo

La sobrecarga de trabajo es una de las razones mayormente mencionadas por los supervisores participantes de la institución, por lo que Verde lo señala de la siguiente manera:

“El turno vespertino tiene más actividades en un tiempo más corto, hay que hacer el control del dolor, la vía oral, ver los drenajes que haya, entonces son muchas actividades las que se tienen que realizar, eso justifica que se retrasen las transfusiones.”

Se puede observar que el número de actividades no es adecuado para poder realizarse en el tiempo establecido para los turnos, lo que provoca retrasos en la atención y en los cuidados que deben ser proporcionados a los pacientes.

Por otra parte, Morado otorga una explicación acerca de la sobrecarga de trabajo que tiene el personal de enfermería, haciendo alusión a lo ya mencionado sobre la falta de personal de enfermería:

“No podemos dar una atención de calidad porque el trabajo es excesivo, esto es porque el personal de enfermería es escaso en comparación con la demanda de los pacientes que ingresan”

Por último, Rojo menciona en su discurso:

“En supervisión también nos tocan muchos servicios y tenemos que hacer muchas actividades, tratamos de realizarlas, pero no podemos cumplir con todo.”

De lo anterior, se infiere que el gran número de intervenciones y la demanda de actividades que consumen mucho tiempo tanto al personal de enfermería con funciones asistenciales como al personal supervisor de enfermería generan el retraso y omisión de los cuidados, repercutiendo en la calidad de atención otorgada al usuario.

Subcategoría. Conocimientos y habilidades deficientes

Debido a la pandemia de COVID-19, en el servicio donde se concentran a los pacientes con diagnóstico de COVID-19 del instituto, el personal de enfermería tiene que colocarse el equipo de protección antes del ingreso al área, con relación a esto, Amarillo menciona en su discurso:

“El personal que no está habituado a usar el equipo de protección les cuesta más trabajo colocárselo y se llevan un poco más de tiempo, retrasando la rutina de cuidados.”

Asimismo, Amarillo comenta sobre el personal de enfermería que ingresa al área COVID y desconoce la rutina que se lleva en el servicio:

“Lo que más retrasa los cuidados cuando viene el personal de enfermería del área de ortopedia o rehabilitación a los servicios de quemados, es que no saben cómo es la dinámica de rutina con los pacientes y desconocen en dónde se encuentra el material para la atención de los pacientes.”

La omisión de la movilización de los pacientes fue uno de los cuidados mayormente puntualizados por los supervisores de enfermería, y Verde lo resalta en el siguiente discurso:

“El personal de enfermería no moviliza a los pacientes porque les falta habilidad en el uso de la mecánica corporal.”

De la misma forma, Negro hace mención sobre la omisión de la movilización del paciente:

“Hay veces que hasta a nosotras mismas nos da miedo mover al paciente, porque no sabemos cómo movilizar a este tipo de pacientes.”

Además, Negro reflexiona y explica que esta omisión es debida al desconocimiento para la movilización adecuada del paciente ortopédico, dándose esta impericia en el personal de enfermería asistencial e incluso en los supervisores de enfermería.

Asimismo, el expediente clínico electrónico ha sido una herramienta tecnológica implementada en beneficio de la atención para la salud y su empleo establece eficacia en la atención de los pacientes hospitalizados por medio de la reducción de tiempos en registros y el aumento en la seguridad de la información⁶³. Este expediente es regulado por medio de la Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2010, la cual establece los objetivos funcionales y funcionalidades de Sistemas de Expediente Clínico Electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud⁶⁴.

Sin embargo, el uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) a la cual pertenece el expediente clínico electrónico son un reto al que el personal de salud se ha enfrentado constantemente, pues quienes carecen de habilidades tecnológicas presentan mayores dificultades para el uso y manejo del expediente clínico electrónico, existiendo evidencia sobre la disminución del uso de las TIC conforme aumenta la edad, motivada por la falta de conocimientos y capacitación⁶⁵. Por lo que se hace indispensable la capacitación y actualización de los profesionales de enfermería para que no sean ajenos a las nuevas tecnologías⁶⁶, y se promueva un uso adecuado del expediente clínico electrónico y los registros de enfermería con mayor eficiencia, lo que evitaría el retraso de los cuidados otorgando una atención de mayor calidad.

Las habilidades tecnológicas deficientes son mencionadas como una de las razones por las que se retrasa el cuidado, y Verde lo señala de la siguiente manera:

“El expediente se maneja de forma digital y en la noche tengo al personal más antiguo, entonces son poco hábiles para el uso de la tecnología y retrasa los cuidados”.

Uno de los beneficios del expediente clínico electrónico es la agilización de los registros que el personal de salud debe realizar, sin embargo, la falta de habilidades para el uso de las tecnologías genera retrasos en la atención.

Subcategoría. Comunicación inefectiva con el equipo de trabajo

En el presente estudio, se encontró que la comunicación entre el equipo interdisciplinario fue mencionada como una de las razones por las que se pierden los cuidados, es así como Verde manifiesta su percepción de manera general:

“Considero que en el hospital hace falta mucha comunicación entre todas las áreas para evitar que se pierdan cuidados.”

Por su parte, Negro hace mención sobre el caso específico de la movilización de los pacientes:

“No hay comunicación o apoyo con los médicos porque los médicos no son muy flexibles, pues el médico llega, grita, amenaza y culpabiliza a la enfermera, por lo que la enfermera le da miedo movilizar a los pacientes y deja ese cuidado a los médicos, no trabajamos como equipo.”

La comunicación inefectiva observada por Negro entre el equipo de enfermería y el de medicina, expresa una situación que genera miedo en el personal de enfermería, el cual obstaculiza la realización de la movilización del paciente con padecimientos ortopédicos.

4.2.2 Categoría 2. Estructura: recursos materiales

En los estudios realizados por Kalisch^{11,25}, determina que la falta de recursos materiales es una de las razones para que se da la omisión del cuidado de enfermería, pues la carencia, escasez o distribución inadecuada de los insumos y equipos de atención médica, no permite que el cuidado de enfermería sea proporcionado.

Subcategoría. Carencia de insumos

Una de las razones por las que se pierden los cuidados de enfermería es la carencia de insumos la cual es mencionada por los participantes del presente estudio, por lo que Azul, señala:

“La principal razón para que se omita la administración de medicamentos es la carencia del insumo, pues a veces no hay algunos medicamentos que requieren los pacientes.”

Azul expresa que, la falta de medicamentos es la razón principal por la que no se lleva a cabo este cuidado.

Además, Azul refiere que no solo se sufre la escasez de medicamentos, también faltan otros materiales y equipos para la adecuada atención hospitalaria:

“También nos ha pasado que no tenemos insumos suficientes para instalar un acceso venoso periférico, como los equipos de venoclisis.”

Esto es reafirmado por Rojo, quien mencionó:

“Trabajamos con falta de material, por ejemplo, nos ha estado faltando tela adhesiva, equipos de venoclisis y jeringas.”

Asimismo, Morado señaló en su discurso:

“No se cuenta con el estetoscopio y el baumanómetro en los servicios, tampoco hay medicamentos, aunque se han hecho las

gestiones correspondientes, se solicitan al administrador, se han realizado memorándums, pero simplemente no nos llegan.”

Cabe mencionar que los medicamentos y estos materiales son esenciales para la administración de medicamentos y toma de las constantes vitales, y si no se cuentan con ellos, no se puede proporcionar una adecuada atención del paciente por la pérdida de estos cuidados.

Además, Verde comentó una situación particular que se observa en el turno nocturno:

“La ropa no nos llega a veces, nos dejan sin ropa y hemos dejado de bajar pacientes a cirugía porque no hay ropa, cómo lo bajo si tiene que llevar ropa limpia, entonces se quedan pendientes por bajar.”

La escasez de ropa limpia para la cama del paciente origina que se diferiera la cirugía, retrasando los tiempos del cuidado, omitiendo la intervención quirúrgica, y generando consecuencias como la prolongación de estadía hospitalaria.

Subcategoría. Distribución inadecuada de insumos

Por otro lado, la distribución inadecuada de los insumos promueve la pérdida del cuidado de enfermería, en su discurso Verde narra la problemática, quien hace alusión al hábito que tiene el personal de enfermería que proporciona atención directa a los pacientes. Verde lo expresa de la siguiente manera:

“Las enfermeras tienen resguardos, muchas veces guardan el insumo porque no se los dan y este no alcanza para la atención de los pacientes durante el turno, por ejemplo; las jeringas, la enfermera matutina guarda 5, llega la enfermera de la tarde y guarda 10, entonces ya son 15 menos, y esa merma se le va quedando al último turno.”

Esta situación, principalmente afecta al turno nocturno, quienes carecen de menores insumos y equipos para trabajar, consecuentemente la calidad de

atención que es proporcionada por el equipo de enfermería se observa limitada y disminuida por la omisión de los cuidados.

4.2.3 Categoría 3. Priorización del cuidado por el personal de enfermería

La priorización del cuidado de enfermería es una de las situaciones que se dan en las unidades médicas a razón de la sobrecarga de trabajo y la falta de tiempo para realizar los cuidados debida a la dotación inadecuada del personal de enfermería para proporcionar una atención de alta calidad⁶⁷.

Es por ello que, los supervisores de enfermería del presente estudio mencionan que las enfermeras operativas priorizan estos cuidados de manera urgente o necesaria para la atención del paciente.

Subcategoría. Dar los cuidados urgentes y omitir los que consumen mucho tiempo

Blanco expresa esta priorización del cuidado de la siguiente forma:

“Por la carga de trabajo, las enfermeras operativas van priorizando los cuidados, y lo que es meramente necesario en ese momento lo hacen, y si no, van retrasando los cuidados que no son tan importantes.”

Además, Blanco complementa su discurso:

“Las enfermeras determinan la importancia de los cuidados a su percepción, no a lo que necesite el paciente, por ejemplo, las curaciones dicen no ser de suma importancia, si la hacen ahorita o en 20 minutos no pasa nada, con que entreguen la curación bien al final del turno.”

Por lo que se analiza que las enfermeras operativas retrasan los cuidados de acuerdo con la subjetividad perceptiva que tienen acerca de las necesidades de los pacientes.

De igual manera, Azul menciona esta situación:

“Las enfermeras piensan que no pasa nada si no se baña al paciente, no se va a enfermar más ni menos, y mejor realizan otros cuidados como preparar medicamentos, preparar pacientes para cirugía, llevar al paciente de cirugía y bajarlo, o atender a un paciente que se pone mal o un paciente inquieto.”

Azul reafirma lo percibido por Blanco, pues su discurso denota la priorización del cuidado que realizan las enfermeras que proporcionan atención directa a los pacientes hospitalizados en la institución.

Sin embargo, esta priorización de los cuidados necesarios se ve reflejada en la disminución de la calidad de atención, pues Azul lo menciona de la siguiente manera:

“A veces solo se realizan los baños que van a cirugía, y los que no se posponen para el siguiente día, y si esto se repite, igual encontramos al mismo paciente al otro día sin bañarse. Además, el baño toma tiempos de otras actividades que para ellas son más necesarias.”

Lo mencionado por los enfermeros supervisores acerca de la omisión en el cuidado del baño de los pacientes demuestra que la pérdida de este cuidado, en gran medida se debe a la percepción que tienen las enfermeras operativas sobre la urgencia o necesidad de realizar otras actividades dejando de lado el cuidado de asistir en el baño del paciente.

Por otro lado, Blanco expresa en su discurso:

“Para realizar el baño se requiere del apoyo del camillero, ir por la silla, trasladar y acomodar al paciente, meterlo al baño, aunque esté el familiar, estar al pendiente, secarlo, llamar al camillero, sacarlo, subirlo a la cama, darle posición, todo esto conlleva mucho tiempo, tener 5 pacientes y bañarlos consume más de media hora por cada paciente.”

Esto permite observar que el baño es un cuidado de enfermería que requiere de bastantes actividades y para proporcionarlo se requiere de un tiempo considerable para cada uno de los pacientes que se tengan durante el turno, por lo que este cuidado llega a omitirse o retrasarse.

Subcategoría. Delegar los cuidados a los cuidadores

Los cuidados de enfermería, en algunas ocasiones, son delegados a los familiares o cuidadores primarios, Negro y Blanco lo refieren en sus discursos:

“A veces le dejan el cuidado al cuidador primario, yo sé qué tenemos mucho trabajo en piso, la relación enfermera paciente es a veces sobrepasado, pero se normaliza dejar el cuidado a su familiar.”

“Las enfermeras se apoyan demasiado del familiar y el familiar o no sabe o tampoco quiere hacer esa actividad.”

Los profesionales de enfermería facultan a los cuidadores primarios para realizar algunos cuidados, argumentando la falta de recursos humanos de enfermería, sin embargo, lo anterior, es habitual.

Lo percibido por Negro y Blanco proporciona una razón por la cual se pierden los cuidados de enfermería, pues la normalización de delegar el cuidado de enfermería a los cuidadores primarios genera una importante disminución en la calidad de atención de enfermería.

4.2.4 Categoría 4. Resultados de la atención en salud

Los resultados de la atención en salud son descritos en la teoría de Avedis Donabedian como uno de los indicadores de calidad de la atención en salud, por lo que las cifras de morbimortalidad incluyendo los eventos adversos, el retraso en la atención y la prolongación de estancia hospitalaria son comprendidos dentro de esta etapa²². Asimismo, el modelo de cuidado perdido de Kalisch²⁵, contiene la fase de resultados a los efectos directos de la atención en los pacientes, en donde se analiza la percepción de la atención proporcionada por el personal de enfermería y los casos de eventos adversos.

Subcategoría. Eventos adversos

Negro menciona que las consecuencias de la pérdida del cuidado de enfermería son principalmente eventos adversos:

“Eventos adversos como las úlceras por presión.”

De igual forma, Rojo manifiesta en su discurso:

“En el lesionado medular es prioritario el movimiento, y ahí sí con el tipo de pacientes sí hemos llegado a ver que se hacen las zonas de presión.”

Por lo que se puede observar que de estos eventos adversos principalmente referidos por los supervisores son la formación de úlceras por presión en los pacientes hospitalizados.

Por otra parte, Blanco menciona:

“La persona que está encargada de los eventos adversos es el de calidad, es quien entrevista a la persona, habla con ella y pues él desmenuza más esta parte, y ve las estrategias para que esto no vuelva a ocurrir.”

Blanco menciona que el departamento de calidad es el responsable de dar seguimiento a los eventos adversos ocurridos en la institución, además de ser los responsables de crear estrategias que coadyuven a evitar estos eventos.

Subcategoría. Retraso en la atención

Como consecuencia de omitir el cuidado se genera un retraso de en la atención, por lo que Verde menciona en su discurso:

“La afectación del retraso es la instalación de venoclisis es mucha porque, por ejemplo, hay pacientes de accesos difíciles y si no se les coloca el catéter a tiempo se quedan sin su medicación intravenosa.”

El cuidado retrasado por las enfermeras operativas mencionado por Verde es la instalación de catéter venoso periférico, y el impacto de retrasar este cuidado se genera en la omisión de la medicación vía intravenosa.

Asimismo, Amarillo menciona:

“Si se retrasa la curación en el paciente quemado positivo a COVID, vamos a tener alguna afectación en la salud del paciente, va a afectar la lesión de la piel, pues son áreas que deben estar limpias, que se tienen que hacer curación y cambios de vendajes en las áreas exudativas.”

Así, Amarillo hace referencia a las afectaciones del retraso en las curaciones de los pacientes que las requieren, pues si no realizan a tiempo, estas afectan la salud de los pacientes, específicamente la integridad de la piel.

Subcategoría. Aumento de días de hospitalización

Los días de hospitalización son mencionados por Morado en su siguiente discurso:

“El deterioro de la integridad cutánea y las úlceras por presión afectan directamente a los pacientes, y esto se ve reflejado en el incremento de los días de estancia.”

Asimismo, Morado agrega:

“Los días de estancia también aumentan por la falta de medicamento, porque si falta, lo tiene que traer familiar y hasta que lo traiga se empieza a administrar la dosis y eso hace que se queden más tiempo hospitalizados.”

Tanto los eventos adversos como la falta de medicamentos son mencionados por Morado como causas del aumento de estancia hospitalaria.

A este respecto, Rojo menciona:

“Aumentan los días de estancia si no se da movilización a los pacientes, pues los médicos realizan la valoración de egreso de sus

pacientes dependiendo si ya se movilizó su paciente, pero si no se hace esto, se demora y hasta el otro día checan si el paciente se moviliza adecuadamente y si no es así, pues se quedan otro día más.”

Por lo que Rojo menciona la relación entre la falta de movilización del paciente ortopédico por parte del personal de enfermería con la valoración médica, lo que conlleva un retraso en el egreso del paciente, aumentando su estancia hospitalaria.

Subcategoría. Disminución de la calidad

El cuidado perdido es un factor contribuyente para la disminución de la calidad de atención¹⁹. Es por ello que Azul lo menciona en su discurso:

“Los pacientes de inicio tienen su derecho a la atención y tiene que ser de la mayor calidad, y si no se dan los cuidados oportunamente, pueden afectar al paciente, puede ser tan grave como que no se traslade a tiempo al paciente a un estudio, por ejemplo, cuando el paciente esté sangrando y se solicite una endoscopia y no se traslade y no se detecte a tiempo el sangrado.”

Azul alude el derecho del paciente a la atención de calidad, la cual se ve afectada por la pérdida de los cuidados de enfermería, además, enfatiza en la gravedad que puede tener el omitir o retrasar los cuidados de enfermería, proporcionando el ejemplo del retraso en el traslado de pacientes a los estudios correspondientes.

V. Discusión y Conclusiones

5.1 Interpretación y discusión de resultados

El cuidado perdido se ha estudiado principalmente desde la percepción de los profesionales de enfermería y los pacientes, existen escasos estudios realizados en personal de supervisión de enfermería.

Con relación a la percepción de los supervisores de enfermería sobre el cuidado perdido, la dimensión de planificación del alta y educación del paciente fue la más omitida, más de la mitad de los participantes reportaron que el plan de alta es un cuidado reconocido como perdido. Estos resultados difieren de lo descrito en un estudio que comparó el cuidado perdido entre el personal de enfermería operativo y los líderes de enfermería en hospitales de cuidados agudos, los autores reportaron que los líderes manifestaron una menor pérdida en el plan de alta con 37.3%¹⁵.

Sin embargo, un estudio cualitativo realizado en Singapur menciona que la omisión de la educación del paciente genera una disminución de la calidad del cuidado que otorgan las enfermeras asistenciales, por lo cual consideran que será el próximo indicador de calidad. No es extraño que los gerentes de enfermería se centren en otros indicadores como errores de medicación y caídas de los pacientes, probablemente porque son los que se relacionan con los eventos adversos¹⁶.

La planificación del alta y educación del paciente son actividades fundamentales que contribuyen a la mejora de la calidad de los servicios sanitarios, estos cuidados fomentan el autocuidado en los pacientes, disminuyen complicaciones, reingresos hospitalarios y costos de atención^{68,69,70}. De ahí la importancia de que los supervisores utilicen herramientas como la auditoria del proceso de planeación del alta para identificar oportunidades de mejora que les permita implementar estrategias para incrementar la calidad de este proceso.

De acuerdo con la dimensión de intervenciones de necesidades individuales, los cuidados que se omitieron con mayor frecuencia fueron: administración de medicamentos a solicitud o PRN, evaluación de la eficacia de los medicamentos, visitas de cuidado interdisciplinario, apoyo emocional al paciente y/o familia, estos resultados son similares a lo reportado en un estudio en el cual participaron líderes de enfermería de unidades médico-quirúrgicas de hospitales de Estados Unidos en el que reportaron que los cuidados mayormente perdidos fueron medicamentos PRN con 51.5 %, evaluación de la eficacia de la medicación con un 60.4 %¹⁵.

Asimismo, los resultados de la dimensión de intervenciones de cuidado básico son similares a lo reportado por Kalisch¹⁵, pues en su estudio el cuidado de la piel y las heridas fue omitido un 41.6 %, el lavado de manos 45.5 %, el cuidado de la boca 65.7 % y la movilización del paciente cada 2 horas o de acuerdo con sus necesidades se omitió en un 63.7 %.

Es importante mencionar que, el lavado de manos y el aseo bucal están asociados a la presencia infecciones asociadas a la atención en salud^{71,72,73}. De igual manera, los cambios posturales y los cuidados de la piel previenen lesiones por presión⁷⁴. Por lo tanto, el implementar estrategias que disminuyan la omisión de estos cuidados, además de otorgar mayor confort previenen eventos adversos, lo cual disminuye costos y días de estancia hospitalaria⁷⁵.

Por otra parte, los resultados de las intervenciones con evaluaciones continuas difieren de lo reportado por Kalisch¹⁵, en el cual la monitorización de la glucosa según la indicación fue omitida solo un 6.9 %, y la evaluación de accesos vasculares de acuerdo con las políticas del hospital fue omitida un 38.6 %, siendo menores a lo encontrado en este estudio. Además, Kalisch describe que el cuidado con mayor frecuencia de omisión de esta dimensión es la documentación incompleta con un 79.4 %, sin embargo, en este estudio los profesionales de enfermería mantienen la documentación de forma incompleta en una menor frecuencia.

Razones del cuidado perdido

Donabedian engloba en la dimensión de estructura a los recursos humanos, incluyendo la cantidad y calidad de los recursos humanos⁷. Por otra parte, Kalisch en su modelo de cuidado perdido, considera que los recursos humanos de enfermería, se caracterizan por el número de enfermeras, así como la experiencia, la formación educativa y valores propios del personal, el trabajo en equipo, el tiempo extra laborado, y el ausentismo²⁵.

La razón principal que influye en la pérdida del cuidado referida por los supervisores de enfermería son los recursos humanos, siendo el personal insuficiente la más reportada. Asimismo, esta escasez de personal de enfermería es derivado del ausentismo laboral programado y no programado que se ha visto incrementado por la pandemia COVID-19 en esta institución de salud pública.

Los resultados son similares a los reportados en un estudio comparativo realizado en Estados Unidos y el Líbano, en el que reporta que las tasas altas de ausentismo se asocian a mayor cuidado perdido en las enfermeras de Estados Unidos⁷⁶. Asimismo, en el 2011 Kalisch, demostró que la falta de personal de enfermería fue el predictor más fuerte para la pérdida de cuidado, en su estudio menciona que es posible que cuando hay menos personal, una enfermera no puede completar toda la atención requerida, además, tener menos personal también, conduce a una menor atención debido a la falta de disponibilidad de los miembros del personal para ayudar cuando se requiere atención. También, Kalisch demostró que se debe contar con una cantidad suficiente de personal para poder proporcionar una atención de calidad, pues la escasez y ausentismo de enfermeras está asociado significativamente a la falta de cuidados de enfermería²⁶.

Se ha reconocido que contar con recursos humanos limitados, se asocia positivamente con el riesgo de resultados negativos en el paciente^{25,46,77,78}. Asimismo, se ha sugerido que los problemas con los recursos humanos afectan principalmente a las intervenciones de necesidades individuales y a las acciones de cuidado básico^{79,80}.

Durante la pandemia de COVID-19 se demostró que la escasez de personal de enfermería es la razón principal para la omisión del cuidado⁸¹. Una de causas fue que el personal de enfermería contrajo la enfermedad y se confinó en su domicilio por lo que el ausentismo aumentó⁸².

Otro factor relacionado con los recursos humanos para la omisión del cuidado mencionado por los supervisores de enfermería es la ausencia de personal de camillería, que durante la pandemia se ausentó por las mismas razones que el personal de enfermería.

Los resultados de este estudio son consistentes con lo reportado en la literatura, los supervisores de enfermería mencionan que la escasez de personal de enfermería y otros profesionales de la salud, aunado al exceso de carga de trabajo, y la realización de tareas repetitivas que consumen mucho tiempo, pueden provocar la pérdida de atención de enfermería para pacientes hospitalizados^{18,83}.

Considerando lo anterior, es importante que los supervisores de enfermería y las instituciones de salud, tengan presente que el incremento de ausentismo programado es derivado de las prestaciones que otorgan las condiciones generales de trabajo, y que en situaciones de emergencia como lo es la pandemia, por lo que se hace necesario crear nuevas estrategias para la gestión del recurso humano.

Sobrecarga de trabajo

En el presente estudio la mitad del personal de supervisión de enfermería reportó como una razón que los pacientes tenían demasiados cuidados, además, en las entrevistas mencionaron que el trabajo de las enfermeras operativas es excesivo, pues la cantidad de actividades no es la adecuada para realizarse durante su turno, lo que provoca retrasos en la atención. Lo que es consistente con un estudio realizado en Kuwait en el cual se reportó que el 83 % de las enfermeras mencionaron un aumento de la carga de trabajo ocasionó la pérdida del cuidado de enfermería, y los cuidados mayormente omitidos fueron; la charla de confort

con el paciente y la familia, la documentación adecuada de la atención de enfermería y la higiene bucal⁸⁴.

En este sentido se ha reportado que la sobrecarga de trabajo provoca que las enfermeras prioricen la atención que aborda las necesidades fisiológicas de los pacientes⁸⁵.

Priorización del cuidado por el personal de enfermería

La priorización del cuidado de enfermería ha sido descrita como la ordenación de los problemas de enfermería utilizando nociones de urgencia y/o importancia, con el fin de establecer un orden preferencial para las acciones de enfermería, y este orden puede verse afectado por factores como: la experiencia de la enfermera, la condición del paciente, la disponibilidad de recursos, las filosofías y modelos de atención, la relación enfermera-paciente y la estrategia cognitiva utilizada por la enfermera para establecer prioridades⁸⁶.

Los resultados de este estudio mostraron que, desde la percepción de los supervisores de enfermería, los cuidados que se priorizaron fueron los cuidados básicos, lo cual difiere con lo reportado en otros estudios como lo encontrado en una revisión exploratoria realizada con el objetivo de ilustrar los aspectos éticos del establecimiento de prioridades de enfermería, en el cual se identificó que los cuidados de enfermería se centraron en las necesidades individuales de los pacientes, como: la administración de medicamentos y asistir a la visita de evaluación del cuidado interdisciplinario⁸⁷.

Por otra parte, Kalisch¹⁵ reportó que las líderes de enfermería refirieron que los cuidados priorizados por las enfermeras fueron los cuidados de evaluaciones continuas, pues la toma de signos vitales solamente se omitió un 25.7 %, evaluación por turno 10.8 %, reevaluar al paciente 32.7 % y monitorizar la glucosa 6.9 %.

Además, en un estudio realizado en unidades médico-quirúrgicas de Corea del sur, las enfermeras reportaron dar prioridad a los cuidados de reevaluaciones continuas, medicamentos oportunos y enseñanza al paciente, otorgando una

prioridad más baja a cuidados básicos como realizar el baño del paciente siendo omitido en un 81.5 %, omitir el cuidado de la boca en un 68.9 %, y asistir a conferencias de atención interdisciplinaria en un 61.7 %⁶⁷.

Sin embargo, durante las entrevistas del presente estudio, los supervisores mencionaron que las enfermeras operativas priorizan los cuidados de manera urgente o necesaria para la atención del paciente, dejando de lado cuidados básicos que consumen mucho tiempo para las enfermeras y que deben ser realizados en cada uno de los pacientes, por lo que es similar a lo reportado en un estudio cualitativo realizado en Irán donde las enfermeras participantes (incluidos 3 supervisores de enfermería) afirmaron que la priorización de los cuidados es una de las razones de la omisión del cuidado de enfermería. De igual manera, mencionaron que la atención es priorizada de acuerdo con los signos vitales de los pacientes, es decir, se priorizan a los pacientes de alto riesgo con signos vitales anormales⁸⁸.

Otra de las razones para omitir el cuidado es ocasionado por delegar el cuidado de enfermería a los cuidadores primarios, esta es mencionada por los supervisores de enfermería participantes en este estudio, sin embargo, estos en un estudio realizado en Suecia se menciona que involucrar a las familias en el cuidado beneficia tanto a los pacientes como a sus familias.⁸⁹

Estos resultados son similares a los reportados en China⁹⁰ en el que se describe que los cuidados básicos son delegados a los familiares. Sin embargo, es necesario resaltar que la enseñanza que la enfermera proporciona a los cuidadores y el trabajo conjunto puede disminuir complicaciones en los pacientes. En este sentido, otro estudio llevado a cabo en Países Bajos reporta que es importante que los cuidadores familiares se involucren en los cuidados de enfermería, por lo tanto, los pacientes, las familias y los profesionales de la salud deben colaborar como socios en el cuidado para mantener la continuidad de la atención⁹¹.

Conocimientos y habilidades deficientes

Los participantes en las entrevistas mencionaron que otra de las causas de la pérdida del cuidado de enfermería son los conocimientos y habilidades deficientes del personal operativo, lo que es consistente con lo descrito por Kalisch²⁰ donde el nivel de competencia, educación y experiencia del personal de enfermería son tomados en cuenta como un factor del cuidado perdido de enfermería porque los profesionales deben estar capacitados para atender las demandas de atención de enfermería por parte de los pacientes.

De igual manera, de acuerdo con el modelo de cuidado perdido la formación de los profesionales de enfermería influye en la calidad del cuidado y la pérdida del mismo²⁶, esto incluye la educación continua y la actualización de conocimientos de los procesos administrativos.

Además, los supervisores manifestaron que existe un retraso de la atención de los pacientes debida a la falta de habilidad en el manejo del expediente clínico electrónico por parte del personal operativo de mayor edad, lo que es similar a lo reportado en un estudio que evidenciaba que el uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs), disminuye conforme aumenta la edad, motivada por la falta de conocimientos y capacitación⁶⁵. Por lo que se hace indispensable la capacitación y actualización de los profesionales de enfermería para que no sean ajenos a las nuevas tecnologías⁶⁶ se promueva un uso adecuado del expediente clínico electrónico y los registros de enfermería con mayor eficiencia, lo que evitaría el retraso de los cuidados otorgando una atención de mayor calidad.

Comunicación inefectiva con el equipo de salud

Por otra parte, se conoce que una comunicación efectiva favorece el establecimiento de vínculos profesionales, facilitando la colaboración interdisciplinaria, así como la elaboración de planes conjuntos, además, los problemas de comunicación durante la atención, pueden generar errores de información que afectan la seguridad del paciente⁹².

En esta investigación la dimensión de comunicación fue la segunda razón mencionada por la que se genera la pérdida del cuidado, resultados disímiles con otra investigación donde los líderes de enfermería la reportaron con un índice y desviación estándar de 2.20 ± 0.51 , siendo la tercera razón por la que se pierde el cuidado¹⁵.

Las razones mayormente reportadas sobre esta dimensión en la presente investigación fueron; la tensión en la comunicación con el equipo de enfermería y el personal médico. A este respecto, una revisión del estado del arte del cuidado perdido determinó que la mala comunicación entre el equipo de enfermería, los departamentos auxiliares y el personal médico son mencionados por el personal de enfermería en un 81.2 % como razón de la omisión del cuidado⁴. Sin embargo, una investigación realizada en Suecia reportó a las tensiones o rupturas de comunicación con el personal médico un 45.3 %⁹³, por lo que será necesario profundizar en esta razón.

Profundizando en las razones relacionadas a la comunicación, en los discursos de los supervisores, se puede observar que emergen actitudes de parte del personal médico como: gritos y amenazas al personal de enfermería, lo que deteriora seriamente el proceso de comunicación. Lo que es consistente con lo reportado en un estudio llevado a cabo en hospitales de Jordania en el que se identificó que los cuidados de enfermería perdidos aumentaron como consecuencia de la comunicación infectiva entre los profesionales⁹⁴.

Derivado de lo anterior, es necesario que los gestores fomenten ambientes laborales que favorezcan una comunicación clara y precisa entre profesionales de la salud, con finalidad de prevenir errores en la información y garantizar la seguridad del paciente durante la atención.

Carencia de recursos materiales

Por otro lado, la falta de recursos materiales y equipos, si bien aparecen en el presente estudio como una de las razones por las que se pierde el cuidado, es la razón menos reconocida por los supervisores de enfermería. Aunque, los medicamentos y suministros no disponibles se reportan con porcentajes altos.

Estos resultados difieren de lo reportado por Kalisch¹⁵, pues en su estudio las enfermeras líderes mencionaron a los recursos materiales como segunda razón más importante para la omisión del cuidado con un índice y desviación estándar de 2.44 ± 0.60 . No obstante, la mayoría de las investigaciones se han realizado con enfermeras operativas, en tal situación, los resultados obtenidos son congruentes con la presente investigación como lo es un estudio realizado en Brasil, en el cual las enfermeras reportaron como razón de omisión del cuidado la falta de recursos materiales y equipos con un 91.3 % y la omisión de administración de medicamentos a consecuencia de la falta de los mismos con un 79.1 %⁹⁵.

De igual forma, en un hospital de rehabilitación de Italia, las enfermeras participantes reportaron que el 92.6 % de los cuidados que se omitieron se debieron a la falta de suministros y equipos, el 90.5 % debido a que los suministros y equipos no funcionan correctamente y el 74.7 % por la falta de medicamentos cuando se necesitan⁹⁶.

Sin embargo, se aprecian inconsistencias con los resultados de otros estudios, como es el caso de una investigación realizada en 10 hospitales de Jordania, las enfermeras reportaron que la omisión del cuidado a razón de los recursos materiales se debió en un 53.3 % por la falta de suministros y equipos, seguido de la falta de disponibilidad de los medicamentos cuando se necesitaban en un 52.8%⁹⁷.

Además, en un estudio realizado en México las enfermeras participantes reportaron que una razón importante para la falta de atención se debió a la falta de recursos materiales y equipos con 69.72 %, igualmente, especificaron que esta

omisión se debió a la falta de medicamentos con un 50 %, seguido de la falta de los suministros y equipos con un 36.9 %, y los suministros y equipos que no funcionan correctamente cuando se requiere con un 33.8 %⁹⁸.

Ahora bien, los discursos de los participantes entrevistados, revelan la ausencia de medicamentos, ropa de cama, falta de equipos para la toma de signos vitales, y ausencia de materiales de consumo como jeringas y equipos de venoclisis, debido a la falta o la inadecuada distribución de estos insumos, que afectan principalmente al turno nocturno, pues son mencionados por los supervisores como el personal que mayormente carece de insumos y equipos para trabajar, por lo que es importante mencionar que esta situación retrasa e impide a la enfermera operativa para realizar el cuidado, consecuentemente la calidad de atención que es proporcionada por el equipo de enfermería se observa limitada y disminuida por la omisión de los cuidados.

Es importante recalcar que la falta de medicamentos y suministros contribuyen significativamente a la omisión del cuidado⁹⁹. Asimismo, es una situación que se presenta en países de ingresos altos como es el caso de Australia, en el cual un estudio reportó que la mitad de las enfermeras percibieron un desequilibrio entre los recursos materiales y las necesidades de atención del paciente¹⁰⁰. Y en Suecia las enfermeras expresaron que la falta de material, como medicamentos y la falta de computadoras para documentar los cuidados de enfermería, provocaron la pérdida de cuidados de enfermería¹⁰¹.

Por otra parte, Dehghan-Nayeri¹⁸, consideran que el acceso adecuado de las enfermeras a los recursos materiales y equipos médicos puede evitar la pérdida de los cuidados que requieren los pacientes, y una de las estrategias importantes para prevenir la falta de atención de enfermería es proporcionar estos suministros y equipos necesarios¹⁰².

Es menester mencionar que, trabajar con recursos limitados incrementa los eventos adversos que involucran directamente al personal de enfermería, por lo que es necesario establecer controles de dotación de material¹⁰³.

Categoría: resultados

El cuidado perdido tiene un impacto negativo en los resultados en salud, el personal supervisor reconoció que el cuidado perdido genera la presencia de eventos adversos como: lesiones por presión y retraso en la atención del paciente, lo anterior, puede prolongar los días de estancia, aumentar los costos en salud y disminuir considerablemente la calidad de atención. Lo que es similar a lo descrito en la literatura, pues Kalisch en su Modelo de Cuidado Perdido determina que las consecuencias de la omisión del cuidado son un factor contribuyente para la disminución de la calidad de atención¹⁹, en este mismo sentido, una investigación realizada en China también, reporta insatisfacción de los pacientes hospitalizados⁹⁰.

Además, algunos estudios han reportado que las probabilidades de eventos adversos, incluidos errores de medicación, la ruptura de la piel y la formación de úlceras por presión son significativamente mayores cuando el cuidado de enfermería se omite^{90,104}. De igual manera, en un estudio llevado a cabo en Nueva Zelanda, las enfermeras informaron lesiones por presión en los pacientes, las cuales fueron adquiridas durante la hospitalización y causadas por la omisión del cuidado de enfermería¹⁰⁵.

5.2 Conclusiones

El cuidado perdido de enfermería es un fenómeno que se presenta en la atención hospitalaria, y en el presente estudio se analizó la percepción de los supervisores de enfermería acerca de la omisión del cuidado en un hospital de tercer nivel de atención, además, se profundizó en las razones por las que se omite el cuidado de enfermería.

Las dimensiones de cuidado perdido de enfermería mayormente omitidas desde la percepción de los supervisores son: el plan de alta y educación del paciente, así como los cuidados de evaluaciones continuas. Las enfermeras priorizan los cuidados de necesidades individuales y cuidados básicos, sin embargo, delegan cuidados como el baño, la alimentación y la deambulacion del paciente a los cuidadores primarios, pues la sobrecarga de trabajo y la falta de tiempo para realizar cada una de las actividades de enfermería, coadyuvan a la pérdida de los cuidados.

De acuerdo con el Modelo de Cuidado Perdido de Kalisch, en esta investigación se identificó que la razón más frecuente para perder los cuidados son los recursos humanos, derivada de la falta de personal de enfermería y de los camilleros.

El análisis cualitativo permitió identificar las razones por las que los recursos humanos son escasos, entre ellas se encuentran: el ausentismo programado y no programado de enfermería y del camillero que se vio incrementado por la pandemia de COVID-19 y como consecuencia hubo sobrecarga de trabajo; por lo que, las enfermeras se centraron en dar los cuidados urgentes y omitir los que consumen mucho tiempo.

Otro elemento importante que se considera en los recursos humanos son el nivel educativo y la experiencia, en este sentido, algunas habilidades no han sido desarrolladas por los profesionales de enfermería y se hacen evidentes durante la movilización del paciente ortopédico y en el manejo del expediente clínico electrónico, lo que conlleva a la omisión y retraso de la atención del paciente hospitalizado.

La atención del paciente requiere de la participación y el trabajo en equipo en donde la comunicación juega un papel primordial, a este respecto los supervisores de enfermería mencionaron una comunicación inefectiva al interior del equipo de trabajo de enfermería, igualmente con el equipo de medicina, lo que tuvo un impacto en la omisión del cuidado.

La falta de recursos materiales ocasionó la omisión de cuidados como: la toma de signos vitales, la administración de medicamentos y el cuidado de los accesos vasculares.

El cuidado perdido tiene un impacto negativo en los resultados en salud, los cuales se presentan a través de eventos adversos como lesiones por presión y retrasos en la atención de los pacientes, lo que conlleva a un aumento de los días de estancia hospitalaria y disminución de la calidad de atención que proporciona el profesional de enfermería.

Por último, se concluye que el objetivo del estudio fue alcanzado con éxito pues se analizó el cuidado perdido de enfermería y se profundizó en las razones desde la percepción de los supervisores de enfermería durante la pandemia de COVID-19 en un hospital de tercer nivel.

5.3 Aportaciones

Para la disciplina de enfermería: El uso del Modelo de Cuidado Perdido de Enfermería de Beatrice J. Kalisch, así como la encuesta MISSCARE, la cual fue modificada para su aplicación al personal de la supervisión de enfermería, favorecen a la disciplina de enfermería por medio de la implementación teórica en el campo práctico de la supervisión de enfermería. Además, el presente trabajo supone una contribución al estado del arte del cuidado perdido de enfermería abordado desde una perspectiva diferente, ya que existe un vacío de conocimientos del fenómeno bajo la visión de la supervisión de enfermería, pues la literatura hasta el momento no es determinante, por lo que se sugiere continuar profundizando en esta problemática específicamente desde la percepción de la supervisión, quienes son los encargados de la planeación y gestión de los

recursos humanos y materiales en las instituciones hospitalarias, los cuales son factores importantes que se asocian a la pérdida del cuidado.

Para la práctica de enfermería: Permite identificar los cuidados mayormente omitidos, así como las razones por las que se omiten, lo que conlleva a buscar estrategias para que el índice del cuidado perdido disminuya.

Para la gestión: Esta investigación provee al supervisor de enfermería una contextualización del fenómeno dentro de la institución, lo cual permite al supervisor implementar estrategias en la gestión del cuidado de enfermería, como la adecuación del recurso humano y del recurso material de manera más eficiente. Asimismo, facilita al supervisor de enfermería en sus quehaceres normativo, educativo y de apoyo necesario al personal de enfermería operativo a su cargo para lograr disminuir la omisión de los cuidados.

Limitaciones

Existen pocos estudios de cuidado perdido realizados con personal de supervisión de enfermería, por lo que, en la discusión, se recurrió a los estudios que analizan la percepción del cuidado perdido de las enfermeras de atención directa.

Otra limitante del estudio fue la realización de este en una sola institución de salud, por lo que se sugiere la implementación del estudio en un mayor número de unidades de atención para la salud.

VI. Referencias bibliográficas

1. Secretaría de Salud. Seguridad del paciente [Internet]. [citado el 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
2. Secretaría de Salud. Seguridad del Paciente [Internet]. [citado el 19 de abril de 2021]. Disponible en: http://calidad.salud.gob.mx/site/calidad/seguridad_paciente.html
3. Rodziewicz TL, Houseman B, Hipskind JE. Medical Error Reduction and Prevention. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 [citado el 22 de marzo de 2021]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/>
4. Zárate-Grajales RA, Mejías M. Cuidado perdido de enfermería. Estado del arte para la gestión de los servicios de salud. Enferm Univ [Internet]. 2019 [citado el 8 de marzo de 2021];16(4). Disponible en: <http://www.revista-enfermeria.unam.mx:80/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/777>
5. Gustafsson N, Leino-Kilpi H, Prga I, Suhonen R, Stolt M. Missed Care from the Patient's Perspective – A Scoping Review. Patient Prefer Adherence [Internet]. 2020 [citado el 2 de abril de 2021];14:383–400. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7049852/>
6. Srulovici E, Drach-Zahavy A. Nurses' personal and ward accountability and missed nursing care: A cross-sectional study. Int J Nurs Stud [Internet]. 2017 [citado el 8 de marzo de 2021];75:163–71. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002074891730175X>
7. Donabedian A. The Quality of Care: How Can It Be Assessed? JAMA [Internet]. 1988 [citado el 8 de marzo de 2021];260(12):1743–8. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
8. WHO. Información básica sobre la COVID-19 [Internet]. [citado el 18 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>
9. Cutcliffe JR, Sloan G, Bashaw M. A systematic review of clinical supervision evaluation studies in nursing. Int J Ment Health Nurs [Internet]. 2018 [citado el 16 de noviembre de 2021];27(5):1344–63. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/inm.12443>
10. Valles JHH, Monsiváis MGM, Guzmán MaGI, Arreola LV. Nursing care missed in patients at risk of or having pressure ulcers. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2016 [citado el 12 de abril de 2021];24. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5173299/>
11. Kalisch BJ. Missed Nursing Care: A Qualitative Study. J Nurs Care Qual [Internet]. 2006 [citado el 4 de abril de 2021];21(4):306–13. Disponible en: https://journals.lww.com/jncqjournal/Abstract/2006/10000/Missed_Nursing_Care__A_Qualitative_Study.6.aspx
12. Schroeder K, Norful AA, Travers J, Aliyu S. Nursing perspectives on care delivery during the early stages of the covid-19 pandemic: A qualitative study. Int J Nurs Stud Adv [Internet]. 2020 [citado el 4 de mayo de 2021];2:100006. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666142X20300059>
13. Labrague LJ, de los Santos JAA, Fronda DC. Factors associated with missed nursing care and nurse-assessed quality of care during the COVID-19 pandemic. J Nurs Manag [Internet]. 2022 [citado el 14 de agosto de 2022];30(1):62–70. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jonm.13483>

14. Kim KJ, Yoo MS, Seo EJ. Exploring the Influence of Nursing Work Environment and Patient Safety Culture on Missed Nursing Care in Korea. *Asian Nurs Res*. [Internet]. 2018 [citado el 4 de agosto de 2022];S1976-1317(17)30683-7. Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.pbidi.unam.mx:2443/29684580/>.
15. Kalisch BJ, Lee KH. Congruence of Perceptions Among Nursing Leaders and Staff Regarding Missed Nursing Care and Teamwork. *JONA J Nurs Adm* [Internet]. 2012 [citado el 8 de marzo de 2022];42(10):473–7. Disponible en: http://journals.lww.com/jonajournal/Fulltext/2012/10000/Congruence_of_Perceptions_Among_Nursing_Leaders.7.aspx
16. See MTA, Chee S, Rajaram R, Kowitlawakul Y, Liaw SY. Missed nursing care in patient education: A qualitative study of different levels of nurses' perspectives. *J Nurs Manag* [Internet]. 2020 [citado el 15 de agosto de 2022];28(8):1960–7. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jonm.12983>
17. Blackman I, Papastavrou E, Palese A, Vryonides S, Henderson J, Willis E. Predicting variations to missed nursing care: A three-nation comparison. *J Nurs Manag*. [Internet]. 2018 [citado el 15 de agosto de 2022];26(1):33–41. Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.pbidi.unam.mx:2443/28752529/>
18. Dehghan-Nayeri N, Shali M, Navabi N, Ghaffari F. Perspectives of Oncology Unit Nurse Managers on Missed Nursing Care: A Qualitative Study. *Asia-Pac J Oncol Nurs*. [Internet]. 2018 [citado el 15 de agosto de 2022];5(3):327–36. Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.pbidi.unam.mx:2443/29963596/>
19. Recio-Saucedo A, Dall'Ora C, Maruotti A, Ball J, Briggs J, Meredith P, et al. What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. *J Clin Nurs* [Internet]. 2018 [citado el 8 de marzo de 2021];27(11–12):2248–59. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.14058>
20. Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. *J Adv Nurs* [Internet]. 2009 [citado el 8 de marzo de 2021];65(7):1509–17. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x>
21. Binder C, Torres RE, Elwell D. Use of the Donabedian Model as a Framework for COVID-19 Response at a Hospital in Suburban Westchester County, New York: A Facility-Level Case Report. *J Emerg Nurs* [Internet]. 2021 [citado el 2 de abril de 2021];47(2):239–55. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7831996/>
22. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Q* [Internet]. 2005 [citado el 2 de abril de 2021];83(4):691–729. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/>
23. Lobo A, Domínguez K, Rodríguez J. Satisfacción de los usuarios de los centros de salud de la ciudad de Ourense - Ridec Enfermería21. [Internet]. 2016 [citado el 22 de marzo de 2021] ; 9(1):21-5. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/ridec/articulo/27119/satisfaccion-de-los-usuarios-de-los-centros-de-salud-de-la-ciudad-de-ourense/>
24. Liu X, Zheng J, Liu K, Baggs JG, Liu J, Wu Y, et al. Hospital nursing organizational factors, nursing care left undone, and nurse burnout as predictors of patient safety: A structural equation modeling analysis. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2018 [citado el 8 de marzo de 2021];86:82–9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748918301172>

25. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee H, Friese CR. HOSPITAL VARIATION IN MISSED NURSING CARE. *Am J Med Qual Off J Am Coll Med Qual* [Internet]. 2011 [citado el 5 de abril de 2021];26(4):291–9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3137698/>
26. Kalisch BJ, Xie B. Errors of Omission: Missed Nursing Care. *West J Nurs Res.* [Internet]. 2014 [citado el 5 de abril de 2021];36(7):875–90. Disponible en: <https://journals-sagepub-com.pbidi.unam.mx:2443/doi/10.1177/0193945914531859>.
27. Hernández-Cruz R, Moreno-Monsiváis MG, Cheverría-Rivera S, Díaz-Oviedo A. Factors influencing the missed nursing care in patients from a private hospital. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2017 [citado el 8 de marzo de 2021];25. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5510998/>
28. Markey K, Murphy L, O'Donnell C, Turner J, Doody O. Clinical supervision: A panacea for missed care. *J Nurs Manag* [Internet]. 2020 [citado el 27 de septiembre de 2021];28(8):2113–7. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jonm.13001>
29. Duffy JR, Culp S, Padrutt T. Description and Factors Associated With Missed Nursing Care in an Acute Care Community Hospital. *JONA J Nurs Adm* [Internet]. 2018 [citado el 14 de marzo de 2022];48(7/8):361–7. Disponible en: http://journals.lww.com/jonajournal/Fulltext/2018/07000/Description_and_Factors_Associated_With_Missed.4.aspx
30. Opió M. Exploring Clinical Supervision Model Employed by Qualified Nursing Staff at Mbarara Regional Referral Hospital and Its Contribution to Students' Competencies. *Stud J Health Res Afr* [Internet]. 2021 [citado el 3 de mayo de 2022];2(9). Disponible en: <http://sjhresearchafrica.org/index.php/public-html/article/view/64>
31. Kühne F, Maas J, Wiesenthal S, Weck F. Empirical research in clinical supervision: a systematic review and suggestions for future studies. *BMC Psychol* [Internet]. 2019 [citado el 3 de mayo de 2022];7(1):54. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s40359-019-0327-7>
32. WHO. Coronavirus (COVID-19) Dashboard [Internet]. [citado el 20 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://covid19.who.int>
33. WHO. Mexico: Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard With Vaccination Data [Internet]. [citado el 20 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://covid19.who.int>
34. Secretaría de Salud. Documentos-Lineamientos-Reconversion-Hospitalaria.pdf [Internet]. [citado el 17 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Documentos-Lineamientos-Reconversion-Hospitalaria.pdf>
35. Secretaría de Salud. Estado I de S y SS de los T del. Convenio con hospitales privados ¡Todos juntos contra el COVID-19! [Internet]. gob.mx. [citado el 18 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://www.gob.mx/issste/articulos/convenio-con-hospitales-privados>
36. DOF - Diario Oficial de la Federación [Internet]. [citado el 1 de junio de 2021]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5597618&fecha=31/07/2020
37. DOF - Diario Oficial de la Federación [Internet]. [citado el 1 de junio de 2021]. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5601534&fecha=30/09/2020
38. Bifarin O, Stonehouse D. Clinical supervision: an important part of every nurse's practice. *Br J Nurs* [Internet]. 2017 [citado el 15 de noviembre de 2021];26(6):331–5. Disponible en: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjon.2017.26.6.331>

39. Papastavrou E, Andreou P, Vryonides S. The hidden ethical element of nursing care rationing. *Nurs Ethics*. [Internet]. 2014 [citado el 15 de noviembre de 2021];21(5):583–93. Disponible en: <https://journals-sagepub-com.pbidi.unam.mx:2443/doi/10.1177/0969733013513210>
40. Hegney DG, Rees CS, Osseiran-Moisson R, Breen L, Eley R, Windsor C, et al. Perceptions of nursing workloads and contributing factors, and their impact on implicit care rationing: A Queensland, Australia study. *J Nurs Manag*. [Internet]. 2019 [citado el 15 de noviembre de 2021];27(2):371–80. Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.pbidi.unam.mx:2443/30221436/>
41. Bagnasco A, Catania G, Zanini M, Dasso N, Rossi S, Aleo G, et al. Are data on missed nursing care useful for nursing leaders? The cross-sectional study. *J Nurs Manag* [Internet]. 2020 [citado el 23 de septiembre de 2022];28(8):2136–45. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jonm.13139>
42. Blackman I, Papastavrou E, Palese A, Vryonides S, Henderson J, Willis E. Predicting variations to missed nursing care: A three-nation comparison. *J Nurs Manag* [Internet]. 2018 [citado el 14 de marzo de 2022];26(1):33–41. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jonm.12514>
43. Bianchi M, Bagnasco A, Bressan V, Barisone M, Timmins F, Rossi S, et al. A review of the role of nurse leadership in promoting and sustaining evidence-based practice. *J Nurs Manag* [Internet]. 2018 [citado el 14 de marzo de 2022];26(8):918–32. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jonm.12638>
44. Roche MA, Duffield C, Friedman S, Twigg D, Dimitrelis S, Rowbotham S. Changes to nurses' practice environment over time. *J Nurs Manag*. [Internet]. 2016 [citado el 22 de marzo de 2021];24(5):666–75. Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.pbidi.unam.mx:2443/26990820/>
45. Dehghan-Nayeri N, Ghaffari F, Shali M. Exploring Iranian nurses' experiences of missed nursing care: a qualitative study: a threat to patient and nurses' health. *Med J Islam Repub Iran*. [Internet]. 2015 [citado el 8 de marzo de 2021];29:276. Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.pbidi.unam.mx:2443/26793667/>
46. Griffiths P, Recio-Saucedo A, Dall'Ora C, Briggs J, Maruotti A, Meredith P, et al. The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. *J Adv Nurs* [Internet]. 2018 [citado el 8 de marzo de 2021];74(7):1474–87. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jan.13564>
47. Ball JE, Griffiths P, Rafferty AM, Lindqvist R, Murrells T, Tishelman C. A cross-sectional study of 'care left undone' on nursing shifts in hospitals. *J Adv Nurs* [Internet]. 2016 [citado el 8 de marzo de 2021];72(9):2086–97. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jan.12976>
48. Schubert M, Ausserhofer D, Bragadóttir H, Rochefort CM, Bruyneel L, Stemmer R, et al. Interventions to prevent or reduce rationing or missed nursing care: A scoping review. *J Adv Nurs* [Internet]. 2021 [citado el 8 de marzo de 2021];77(2):550–64. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jan.14596>
49. Labrague LJ, de los Santos JAA, Fronda DC. Factors associated with missed nursing care and nurse-assessed quality of care during the COVID-19 pandemic. *J Nurs Manag* [Internet]. [citado el 14 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jonm.13483>

50. Gurková E, Mikšová Z, Šáteková L. Missed nursing care in hospital environments during the COVID-19 pandemic. *Int Nurs Rev* [Internet]. [citado el 14 de diciembre de 2021];n/a(n/a). Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/inr.12710>
51. Benavides MO, Gómez-Restrepo C. Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2005 [citado el 22 de septiembre de 2022];34(1):118–24. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-74502005000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=es
52. Secretaría de Salud, INR. Bienvenido al INR LGII [Internet]. [citado el 16 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.inr.gob.mx/>
53. Minayo de S, Cecília M. Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. *Salud Colect* [Internet]. 2010 [citado el 20 de octubre de 2022];6(3):251–61. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1851-82652010000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
54. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C. Metodología de la investigación. Sexta edición. Baptista Lucio P, editor. México D.F.: McGraw-Hill Education; [Internet]. 2014 [citado el 19 de junio de 2021]. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1Fjufmi0oGY4Zs8EajFiAJYNT2qoecH4k/view>
55. DOF - Diario Oficial de la Federación [Internet]. [citado el 12 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4652777&fecha=07/02/1984#gsc.tab=0
56. Perales RAV, Ponce RAL, Vegas MHS. Factores asociados al ausentismo laboral de enfermeras. *Rev Cuba Enferm* [Internet]. 2019 [citado el 19 de julio de 2022];35(4). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3268>
57. Secretaría de Servicios Parlamentarios. Ley Federal del Trabajo [Internet]. [citado el 9 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lft.htm>
58. Gobierno de México. Trabajo PF de la D del. Conoce algunas de las prestaciones laborales a las que tienes derecho [Internet]. [citado el 9 de junio de 2022]. Disponible en: <http://www.gob.mx/profedet/es/articulos/conoce-algunas-de-las-prestaciones-laborales-a-las-que-tienes-derecho?idiom=es>
59. Secretaría de Salud. CGT_de_la_SSA_2016.pdf [Internet]. [citado el 18 de julio de 2022]. Disponible en: https://www.inr.gob.mx/Descargas/acercade/CGT_de_la_SSA%202016.pdf
60. INER. MP_CoordinacionCamilleria_021018.pdf [Internet]. [citado el 25 de julio de 2022]. Disponible en: http://iner.salud.gob.mx/descargas/normatecainterna/MPdirmedica/MP_CoordinacionCamilleria_021018.pdf
61. Gobierno de Tlaxcala. M03006_Camillero.pdf [Internet]. [citado el 25 de julio de 2022]. Disponible en: https://www.saludtlax.gob.mx/documentos/organizacion/catalogos/medica/M03006_Camillero.pdf
62. Secretaría de Salud, INR. Nuestra Misión [Internet]. [citado el 25 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.inr.gob.mx/g21.html>

63. Baeza AKR, Andrade SCM, Solís RJE, Sánchez HDO, Cárdenas MRS, Oxté LMO. Expediente Electrónico vs Expediente Físico para mejorar la calidad del proceso de atención en pacientes hospitalizados. Evidentia [Internet]. 2021 [citado el 27 de junio de 2022];e12913–e12913. Disponible en: <https://ciberindex.com/index.php/ev/article/view/e12913>
64. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2010, Que establece los objetivos funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de Sistemas de Expediente Clínico Electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, [Internet]. [citado el 27 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/4151/salud/salud.htm>
65. Regaira Martínez E, Vázquez Calatayud M, Regaira Martínez E, Vázquez Calatayud M. Uso de las tecnologías de la información y la comunicación en enfermería. Index Enferm [Internet]. 2020 [citado el 27 de junio de 2022];29(4):220–4. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962020000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
66. Fernández Cacho LM, Gordo Vega MÁ, Laso Cavadas S. Enfermería y Salud 2.0: recursos TICs en el ámbito sanitario. Index Enferm [Internet]. 2016 [citado el 27 de junio de 2022];25(1–2):51–5. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962016000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
67. Cho SH, Lee JY, You SJ, Song KJ, Hong KJ. Nurse staffing, nurses prioritization, missed care, quality of nursing care, and nurse outcomes. Int J Nurs Pract [Internet]. 2020 [citado el 29 de agosto de 2022];26(1):e12803. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ijn.12803>
68. Mabire C, Dwyer A, Garnier A, Pellet J. Meta-analysis of the effectiveness of nursing discharge planning interventions for older inpatients discharged home. J Adv Nurs [Internet]. 2018 [citado el 18 de abril de 2022];74(4):788–99. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jan.13475>
69. Opper K, Beiler J, Yakusheva O, Weiss M. Effects of Implementing a Health Team Communication Redesign on Hospital Readmissions Within 30 Days. Worldviews Evid Based Nurs. [Internet]. 2019 [citado el 8 de marzo de 2021];16(2):121–30. Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.pbidi.unam.mx:2443/30919571/>
70. Rice H, Say R, Betihavas V. The effect of nurse-led education on hospitalisation, readmission, quality of life and cost in adults with heart failure. A systematic review. Patient Educ Couns. [Internet]. 2018 [citado el 8 de marzo de 2021];101(3):363–74. Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.pbidi.unam.mx:2443/29102442/>
71. Berríos-Torres SI, Umscheid CA, Bratzler DW, Leas B, Stone EC, Kelz RR, et al. Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 2017. JAMA Surg. [Internet]. 2017 [citado el 8 de marzo de 2021];152(8):784–91. Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.pbidi.unam.mx:2443/28467526/>
72. Vermeil T, Peters A, Kilpatrick C, Pires D, Allegranzi B, Pittet D. Hand hygiene in hospitals: anatomy of a revolution. J Hosp Infect. [Internet]. 2019 [citado el 8 de marzo de 2021];101(4):383–92. Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.pbidi.unam.mx:2443/30237118/>
73. Warren C, Medei MK, Wood B, Schutte D. A Nurse-Driven Oral Care Protocol to Reduce Hospital-Acquired Pneumonia. Am J Nurs. [Internet]. 2019 [citado el 8 de marzo de 2021];119(3):38–43. Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.pbidi.unam.mx:2443/30237118/>

- 2021];119(2):44–51. Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.pbidi.unam.mx:2443/30681478/>
74. Murphree RW. Impairments in Skin Integrity. *Nurs Clin North Am*. [Internet]. 2017 [citado el 8 de marzo de 2021];52(3):405–17. Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.pbidi.unam.mx:2443/28779822/>
 75. Bortolotto LA. Postural Changes and their Influence on Functional Behavior of the Great Arteries. *Arq Bras Cardiol*. [Internet]. 2019 [citado el 8 de marzo de 2021];113(6):1082–3. Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.pbidi.unam.mx:2443/31800683/>
 76. Kalisch BJ, Doumit M, Lee KH, Zein JE. Missed nursing care, level of staffing, and job satisfaction: Lebanon versus the United States. *J Nurs Adm*. [Internet]. 2013 [citado el 8 de marzo de 2021];43(5):274–9. Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.pbidi.unam.mx:2443/23615369/>
 77. Ball JE, Bruyneel L, Aiken LH, Sermeus W, Sloane DM, Rafferty AM, et al. Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2018 [citado el 8 de marzo de 2021];78:10–5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5826775/>
 78. He J, Staggs VS, Bergquist-Beringer S, Dunton N. Nurse staffing and patient outcomes: a longitudinal study on trend and seasonality. *BMC Nurs* [Internet]. 2016 [citado el 5 de septiembre de 2022];15(1):60. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0181-3>
 79. Schubert M, Glass TR, Clarke SP, Aiken LH, Schaffert-Witvliet B, Sloane DM, et al. Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care*. [Internet]. 2008 [citado el 5 de septiembre de 2022];20(4):227–37. Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.pbidi.unam.mx:2443/18436556/>
 80. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *JAMA* [Internet]. 2002 [citado el 5 de septiembre de 2022];288(16):1987–93. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.288.16.1987>
 81. Gurková E, Mikšová Z, Šáteková L. Missed nursing care in hospital environments during the COVID-19 pandemic. *Int Nurs Rev* [Internet]. 2022 [citado el 14 de agosto de 2022];69(2):175–84. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/inr.12710>
 82. Falk AC, Nymark C, Göransson KE, von Vogelsang AC. Missed nursing care in the critical care unit, before and during the COVID-19 pandemic: A comparative cross-sectional study. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2022 [citado el 14 de agosto de 2022];72:103276. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339722000799>
 83. Warshawsky N, Cramer E. Describing Nurse Manager Role Preparation and Competency: Findings From a National Study. *JONA J Nurs Adm* [Internet]. 2019 [citado el 14 de agosto de 2022];49(5):249–55. Disponible en: http://journals.lww.com/jonajournal/Fulltext/2019/05000/Describing_Nurse_Manager_Role_Preparation_and.5.aspx
 84. Al-Kandari F, Thomas D. Factors contributing to nursing task incompleteness as perceived by nurses working in Kuwait general hospitals. *J Clin Nurs* [Internet]. 2009 [citado el 1 de septiembre de 2022];18(24):3430–40. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2702.2009.02795.x>

85. Labrague LJ, De los Santos JAA, Tsaras K, Galabay JR, Falguera CC, Rosales RA, et al. The association of nurse caring behaviours on missed nursing care, adverse patient events and perceived quality of care: A cross-sectional study. *J Nurs Manag* [Internet]. 2020 [citado el 15 de agosto de 2022];28(8):2257–65. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jonm.12894>
86. Hendry C, Walker A. Priority setting in clinical nursing practice: literature review. *J Adv Nurs* [Internet]. 2004 [citado el 1 de septiembre de 2022];47(4):427–36. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.2004.03120.x>
87. Suhonen R, Stolt M, Habermann M, Hjaltadottir I, Vryonides S, Tonnessen S, et al. Ethical elements in priority setting in nursing care: A scoping review. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2018 [citado el 1 de septiembre de 2022];88:25–42. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748918301895>
88. Rooddehghan Z, Yekta ZP, Nasrabadi AN. Ethics of rationing of nursing care. *Nurs Ethics*. [Internet]. 2018 [citado el 6 de septiembre de 2022];25(5):591–600. Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.pbidi.unam.mx:2443/27653513/>
89. Konradsen H, Kabir ZN, Boström AM, Årestedt K. Comparison of Swedish nurses' attitudes toward involving families in care over a decade. *BMC Nurs* [Internet]. el 2 de marzo de 2022 [citado el 6 de septiembre de 2022];21(1):52. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00827-z>
90. Zhu X, Zheng J, Liu K, You L. Rationing of Nursing Care and Its Relationship with Nurse Staffing and Patient Outcomes: The Mediation Effect Tested by Structural Equation Modeling. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019 [citado el 6 de septiembre de 2022];16(10):1672. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/10/1672>
91. The importance of families in nursing care: attitudes of nurses in the Netherlands - Hagedoorn - 2021 - Scandinavian Journal of Caring Sciences - Wiley Online Library [Internet]. 2021 [citado el 6 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.pbidi.unam.mx:2443/doi/10.1111/scs.12939>
92. Campbell AR, Layne D, Scott E, Wei H. Interventions to promote teamwork, delegation and communication among registered nurses and nursing assistants: An integrative review. *J Nurs Manag*. [Internet]. 2020 [citado el 6 de septiembre de 2022];28(7):1465–72. Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.pbidi.unam.mx:2443/32621342/>
93. von Vogelsang AC, Göransson KE, Falk AC, Nymark C. Missed nursing care during the COVID-19 pandemic: A comparative observational study. *J Nurs Manag* [Internet]. 2021 [citado el 14 de diciembre de 2021];29(8):2343–52. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jonm.13392>
94. Saqer TJ, AbuAIRub RF. Missed nursing care and its relationship with confidence in delegation among hospital nurses. *J Clin Nurs* [Internet]. 2018 [citado el 15 de agosto de 2022];27(13–14):2887–95. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.14380>
95. Lima MB, Moura ECC, Peres AM, Nascimento LR da S. The nursing team's perspective on missed nursing care: An analysis of the reasons: Cuidados de enfermagem omitidos en la percepción del personal: Un análisis de las razones. *Cuid Enferm Omissos Na Percepção Equipa Uma Análise Razões* [Internet]. 2022 [citado el 15 de agosto de 2022];(1):1–8. Disponible en: <http://pbidi.unam.mx:8080/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a sn&AN=157067264&lang=es&site=eds-live>

96. Danielis M, Fantini M, Sbrugnera S, Colaetta T, Maestra MR, Mesaglio M, et al. Missed nursing care in a long-term rehabilitation setting: findings from a cross-sectional study. *Contemp Nurse* [Internet]. 2021 [citado el 23 de agosto de 2022];57(6):407–21. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/10376178.2022.2029515>
97. Albsoul RA, Alshyyab MA, Hughes JA, Jones L, FitzGerald G. Examining the reasons for missed nursing care from the viewpoints of nurses in public, private, and university hospitals in Jordan: A cross-sectional research. *Collegian* [Internet]. 2022 [citado el 22 de agosto de 2022]; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1322769622001160>
98. Moreno-Monsiváis MG, Moreno-Rodríguez C, Interrial-Guzmán MG. Missed Nursing Care in Hospitalized Patients. *Aquichan* [Internet]. 2015 [citado el 22 de agosto de 2022];15(3):318–28. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-59972015000300002&lng=en&nrm=iso&tIng=en
99. Jones TL, Hamilton P, Murry N. Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2015 [citado el 22 de agosto de 2022];52(6):1121–37. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748915000589>
100. Albsoul RA, FitzGerald G, Alshyyab MA. Missed nursing care: a snapshot case study in a medical ward in Australia. *Br J Nurs* [Internet]. 2022 [citado el 23 de agosto de 2022];31(13):710–6. Disponible en: <http://pbidi.unam.mx:8080/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=157873389&lang=es&site=eds-live>
101. Andersson I, Eklund AJ, Nilsson J, Bååth C. Prevalence, type, and reasons for missed nursing care in municipality health care in Sweden – A cross sectional study. *BMC Nurs* [Internet]. 2022 [citado el 29 de agosto de 2022];21(1):95. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00874-6>
102. Janatolmakan M, Khatony A. Explaining the experiences of nurses regarding strategies to prevent missed nursing care: A qualitative study. *J Nurs Manag* [Internet]. 2022 [citado el 23 de agosto de 2022];n/a(n/a). Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jonm.13662>
103. Willis E, Carryer J, Harvey C, Pearson M, Henderson J. Austerity, new public management and missed nursing care in Australia and New Zealand. *J Adv Nurs* [Internet]. 2017 [citado el 22 de agosto de 2022];73(12):3102–10. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jan.13380>
104. Nantsupawat A, Poghosyan L, Wichaikhum OA, Kunaviktikul W, Fang Y, Kueakomoldej S, et al. Nurse staffing, missed care, quality of care and adverse events: A cross-sectional study. *J Nurs Manag* [Internet]. 2022 [citado el 5 de septiembre de 2022];30(2):447–54. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jonm.13501>
105. Willis E, Harvey C, Thompson S, Pearson M, Meyer A. Work Intensification and Quality Assurance: Missed Nursing Care. *J Nurs Care Qual* [Internet]. 2018 [citado el 6 de septiembre de 2022];33(2):E10. Disponible en: http://journals.lww.com/jncqjournal/Fulltext/2018/04000/Work_Intensification_and_Quality_Assurance__Missed.17.aspx

Anexos: Anexo 1

CUIDADO PERDIDO DE ENFERMERÍA (Encuesta MISSCARE para el personal de supervisión de enfermería) Beatrice J. Kalisch

El presente cuestionario permite recolectar información para **“Analizar el cuidado perdido de enfermería durante la pandemia por SARS CoV-2”**. La información que usted proporcione podría contribuir a mejorar el servicio que brindan los profesionales de Enfermería.

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

1. Nombre de los servicios que supervisa:

2. Pasa gran parte de su tiempo trabajando en estos servicios: Sí ____ No ____
3. Número de años de educación formal _____ (incluye educación básica)
4. Indique el último nivel de formación alcanzada
 - a. ____ Técnico en enfermería
 - b. ____ Posttécnico en enfermería
 - c. ____ Licenciatura en enfermería
 - d. ____ Especialidad
 - e. ____ Maestría
 - f. ____ Doctorado
5. Sexo: Masculino ____ Femenino ____
6. Edad en años cumplidos: _____
7. Categoría asignada en la institución:
 - a. ____ Auxiliar de enfermería
 - b. ____ Enfermera general A
 - c. ____ Enfermera general B
 - d. ____ Enfermera general C
 - e. ____ Enfermera especialista A
 - f. ____ Enfermera especialista B
 - g. ____ Enfermera especialista C
 - h. ____ Otra
8. Turno de trabajo:
 - a. ____ Matutino
 - b. ____ Vespertino
 - c. ____ Nocturno
 - d. ____ Otro. Especifique: _____
9. ¿En cuál turno siente usted que trabaja mejor?
 - a. ____ Matutino
 - b. ____ Vespertino
 - c. ____ Nocturno
 - d. ____ Otro. Especifique

Cuidado Perdido de Enfermería

Las enfermeras (os) durante la pandemia 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 durante la pandemia por SARS-CoV-2, **¿Con qué frecuencia el personal de enfermería que usted supervisa omite o retrasa los siguientes cuidados a los pacientes durante el proceso de hospitalización?**

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

Elementos del cuidado	Siempre se omite	Frecuentemente se omite	De vez en cuando se omite	Rara vez se omite	Nunca se omite	No aplica
1. Asistir al paciente en la deambulaci3n tres veces al d3a o seg3n la indicaci3n						
2. Cambiar de posici3n al paciente cada 2 horas o de acuerdo con las necesidades del paciente						
3. Alimentar al paciente cuando la comida est3 caliente						
4. Verificar la dieta y acercar la comida a los pacientes que se alimentan por s3 mismos						
5. Administrar medicamentos dentro de los 30 minutos antes o despu3s de la hora programada						
6. Evaluar signos vitales seg3n la indicaci3n						
7. Controlar ingresos y egresos (balance de l3quidos)						
8. Registrar todos los datos necesarios						
9. Educar al paciente acerca de la enfermedad, las pruebas y los estudios de diagn3stico						
10. Brindar apoyo emocional al paciente y/o familia						
11. Ba3ar al paciente / y cuidado de la piel						
12. Realizar cuidado de la boca						

13. Lavar las manos						
14. Elaborar plan de alta y de educación del paciente						
15. Monitorizar glucosa según la indicación						
16. Realizar evaluaciones de los pacientes por turno						

Elementos del cuidado	Siempre se omite	Frecuentemente se omite	De vez en cuando se omite	Rara vez se omite	Nunca se omite	No aplica
17. Reevaluar al paciente de acuerdo con su condición de salud						
18. Cuidar y evaluar los accesos vasculares y las soluciones IV de acuerdo con las políticas del hospital						
19. Responder en menos de 5 minutos al llamado de un paciente						
20. Administrar medicamentos a solicitud o PRN en menos de 15 minutos						
21. Evaluar la eficacia de los medicamentos						
22. Asistir a las visitas de evaluación del cuidado interdisciplinario						
23. Ayudar con las necesidades de ir al baño en un tiempo no mayor a 5 minutos de solicitud						
24. Cuidar la piel y las heridas						

Razones para que se presente el Cuidado Perdido de Enfermería

Pensando en los cuidados perdidos de enfermería durante la pandemia por SARS-CoV-2 en los servicios que supervisa (como se indica en la Sección A de este cuestionario), indique las **RAZONES** por las que los cuidados de enfermería no se realizan o se retrasan.

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

Razones para el cuidado perdido de enfermería	Razón Significativa	Razón Moderada	Razón Menor	No es una razón
1. Número insuficiente de personal.				
2. Situaciones de urgencia del paciente (por ejemplo, el estado del paciente se agrava)				
3. Aumento inesperado en el número de pacientes y / o carga de trabajo del servicio				
4. Número insuficiente de personal de apoyo (camillero, inhaloterapeuta, técnicos, etc.)				
5. Asignación inequitativa de pacientes.				
6. Medicamentos no disponibles cuando se necesitaron				
7. Inadecuada entrega de turno anterior o falta de claridad en la entrega-recepción de paciente de otro servicio o unidad				
8. Otros departamentos no proporcionaron los cuidados necesarios (por ejemplo, nutrición, laboratorio, etc.)				
9. Suministros/equipos no disponibles cuando se necesitan				
10. Suministros/equipos no funcionan correctamente cuando se necesitan				
11. Falta de apoyo de los miembros del equipo				
12. Tensión o fallas en la comunicación con otros departamentos auxiliares de apoyo				
13. Tensión o fallas en la comunicación dentro del equipo de enfermería				
14. Tensión o fallas en la comunicación con el personal médico				
15. El auxiliar de enfermería no comunicó que el cuidado no se proporcionó				
16. La enfermera responsable del paciente no está disponible				
17. Demasiados cuidados a pacientes que ingresan y egresan				

Anexo 2

Entrevista semiestructurada

1. ¿Cómo conceptualiza el cuidado perdido?
2. ¿Considera que en el servicio que usted supervisa, las enfermeras que proporcionan atención directa a los pacientes dejan de hacer cuidados de enfermería?
 - Según su experiencia como supervisor de enfermería, ¿cuáles son los cuidados que usted considera que se pierden con mayor frecuencia?
 - ¿Qué tan frecuente piensa que se pierden estos cuidados?
 - ¿Por qué cree que dejan de hacer esos cuidados?
3. ¿Cuáles son las razones por las que se pierden estos cuidados de enfermería?
 - Recursos humanos, ¿por qué?
 - Recursos materiales, ¿por qué?
 - Comunicación, ¿por qué?
4. ¿Considera otros factores que influyeron para que los cuidados de enfermería se omitieran o retrasaran durante la pandemia?
5. ¿Cree que afecta al paciente omitir estos cuidados?
6. ¿Cuáles son las consecuencias de omitir los cuidados?
7. ¿Qué se podría hacer para evitar la omisión de cuidados?
8. ¿Ha implementado estrategias para evitar la omisión de los cuidados de enfermería?, ¿cuáles?

Anexo 3

Carta de consentimiento informado

Título del proyecto: Cuidado perdido de enfermería desde la percepción de la supervisión durante la pandemia de COVID-19.

Investigador principal: Francisco Javier Molina Gómez.

Sede donde se realizará el estudio: Instituto Nacional de Rehabilitación LGII.

Se le invita a participar en esta investigación. Antes de tomar una decisión sobre su participación, es importante que usted conozca y comprenda la siguiente información sobre la investigación. Por favor pregunte sobre cualquier duda o información que desee conocer.

Su consentimiento para participar en la presente investigación se dará por entendido al firmar y recibir una copia de la presente forma.

Objetivo del estudio: Analizar la percepción del cuidado perdido de los supervisores de enfermería durante la pandemia de COVID-19 en una institución de tercer nivel.

Beneficios del estudio: apoyará para la recolección de información de este estudio, lo que permitirá al investigador analizar el cuidado perdido para proponer intervenciones de mejora que contribuyan a disminuir la prevalencia de cuidados perdidos de enfermería.

Procedimiento del estudio: al aceptar participar en el estudio se le aplicará una encuesta en una sola ocasión.

Riesgos asociados con el estudio: no existe algún riesgo para la salud del participante. Además, sus datos serán analizados estadísticamente y en conjunto con los de otros participantes, por lo que serán confidenciales y anónimos.

Observaciones:

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar participar.
- Recibirá respuesta a cualquier pregunta, duda y aclaración acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación antes, durante y después de la investigación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, solo se le pedirá que informe las razones de su decisión, la cual será respetada.
- Su participación en la investigación no tiene costo económico.
- En el transcurso del estudio podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable.
- La información que usted proporcione (nombre, datos de contacto, antecedentes, etcétera), así como los resultados de su participación serán tratados con estricto apego confidencial y se encontrarán bajo resguardo de los investigadores.

Si desea más información sobre la naturaleza de la investigación, por favor comuníquese con Francisco Javier Molina Gómez, responsable de la investigación, al teléfono: 5578987203 o al correo electrónico: javiermg187@gmail.com.

Yo, _____, comprendo la información anterior y mis preguntas han sido contestadas de manera satisfactoria. También me han informado que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Acepto participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante

Fecha

Testigo (Firma, nombre y relación con el participante)

Fecha

Investigador responsable:

He explicado a _____ en qué consiste el estudio, cuáles son sus objetivos, los riesgos y beneficios que implica su participación. Declaro que conozco la normatividad para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Firma del investigador

Fecha