



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Percepción del cuidador primario sobre
el cuidado perdido de enfermería en
pacientes pediátricos hospitalizados

PAPIIT IN 306419

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

BRENDA AYMMÉ MARTÍNEZ LUNA

N° DE CUENTA 314314086

DIRECTOR DE TESIS

MTRO. LUIS ANGEL BENÍTEZ CHAVIRA

CIUDAD DE MÉXICO, 2024





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.

DEDICATORIA

A mi Jinx.

Por existir y ser mi ancla, gracias por salvarme. Deseo llenar tu pequeña vida, así como tú llenas la mía.

*Como las flores en
primavera, la esperanza
florece en los corazones más
oscuros.*

AGRADECIMIENTOS

A la UNAM y la FENO.

Por darme el privilegio de aprender en este espacio y formarme como profesional.

Al proyecto PAPIIT IN 306419.

Por la oportunidad de ampliar mi panorama y conocimientos en la disciplina de enfermería.

Al Mtro. Luis Angel.

Por compartir su conocimiento, experiencia y tiempo para lograr este trabajo.

A mi mamá.

Gracias por todo tu esfuerzo, por apoyar esta meta y por tu paciencia. Este logro también es tuyo, y espero que lo sientas como tal.

A mis tíos y tías.

Porque siempre que les fue posible me apoyaron, han aligerado mi camino.

A mis primos.

Ustedes son como mis hermanos, gracias por acompañarme en la vida.

A mis amigos.

Ustedes son la familia que elegí, gracias por alentarme y siempre creer en mí.

Finalmente, a mi yo de hace un par de años.

Porque ahora entendemos que aunque el proceso sea difícil, vamos a encontrar una manera. Gracias por seguir intentando.

Contenido

Resumen	8
Abstract	10
I. Introducción	11
II. Planteamiento del problema	13
Pregunta de investigación	17
Justificación.....	17
Propósito.....	17
Objetivos	18
General.....	18
Específicos	18
III. Marco teórico	20
Calidad.....	20
Teorías de la calidad	21
Calidad de la atención médica	26
Calidad de los servicios de enfermería y del cuidado	30
Percepción de la calidad de los servicios de salud y de enfermería	31
Rol del cuidador primario	34
Cuidado Perdido de Enfermería	35
Antecedentes.....	35
Modelo conceptual de Cuidado Perdido de Enfermería	37
Cuidado Perdido de Enfermería en pacientes pediátricos	39
Importancia del cuidado perdido en pacientes pediátricos	39
Instrumentos MISSCARE	40
Instrumento MISSCARE para cuidadores primarios	42
Marco referencial	45
Antecedentes del cuidado perdido en pediatría	45
IV. Metodología.....	49
Tipo de estudio y diseño	49
Población y muestra.....	49
Criterios de selección	49
Criterios de inclusión	49
Criterios de exclusión.....	49

Criterios de eliminación.....	50
Variables de investigación.....	50
Instrumento de recolección de datos.....	53
Proceso de recolección de datos.....	53
Análisis estadístico.....	54
Lineamientos éticos.....	55
V. Resultados	58
Características demográficas	58
Cuidado Perdido de Enfermería en pacientes pediátricos hospitalizados.....	59
Razones del Cuidado Perdido de Enfermería en pacientes pediátricos hospitalizados	62
Cuidado Perdido de Enfermería en pacientes pediátricos hospitalizados, análisis inferencial.....	65
Razones significativas del Cuidado Perdido de Enfermería, análisis inferencial.....	68
VI. Discusión.....	69
VII. Conclusiones.....	74
Referencias	76
Anexos	90

Índice de tablas

Tabla 1 Trilogía de Juran.	25
Tabla 2 Versiones y adaptaciones del instrumento MISSCARE	41
Tabla 3 Operacionalización de variables.....	51
Tabla 4 Operacionalización de variables.....	52
Tabla 5 Características demográficas de cuidadores primarios	58
Tabla 6 Cuidado perdido de enfermería global y por dimensiones	59
Tabla 7 Razones significativas del cuidado perdido de enfermería.....	62
Tabla 8 Cuidado perdido de enfermería percibido por el cuidador primario, dimensión cuidados básicos de acuerdo con nivel de estudios	66
Tabla 9 Índice de cuidado perdido de enfermería global percibido por cuidadores primarios por nivel educativo.....	66
Tabla 10 Cuidado perdido de enfermería percibido por el cuidador primario, dimensión cuidados básicos.....	67

Índice de ilustraciones

Ilustración 1 Calidad a través del tiempo. Construcción propia.	20
Ilustración 2 Diagrama de causa raíz basado en modelo de Kaoru Ishikawa. Construcción propia.	23
Ilustración 3 Modelo basado en círculo de Deming. Construcción propia	24
Ilustración 4 Modelo basado en la trilogía de la calidad de Joseph Juran. Construcción propia.	24
Ilustración 5 Modelo basado en hexágono de la calidad en la atención al paciente de Héctor Aguirre. Construcción propia.	28
Ilustración 6 Basado en Modelo de calidad en la atención médica de Donabedian. Torres SM, Vazquez Stanescu CL. Modelos de evaluación de la calidad del servicio, caracterización y análisis.(40) Construcción propia.	29
Ilustración 7 Basado en Modelo del Cuidado Perdido de Enfermería. (2) Adaptación y traducción por Aymmé Martínez.	37
Ilustración 8 Modelo complementario de relación del Cuidado Perdido de Enfermería y la Percepción de cuidado. Construcción propia, basado en el Modelo de investigación: Cuidado Perdido, Ambiente Laboral y Calidad del Cuidado. Zárate, Mejía.	39
Ilustración 9 CPE dimensión necesidades individuales, por ítem.....	60
Ilustración 10 CPE dimensión planificación del alta y educación al paciente, por ítem	60
Ilustración 11 CPE dimensión cuidados básicos, por ítem.....	61
Ilustración 12 CPE dimensión evaluaciones continuas, por ítem	61
Ilustración 13 Razones significativas del cuidado perdido, dimensión recursos humanos, por ítem	63
Ilustración 14 Razones significativas del cuidado perdido, dimensión recursos materiales, por ítem.....	63
Ilustración 15 Razones significativas del cuidado perdido, dimensión comunicación, por ítem	64

Resumen

Introducción: El Cuidado Perdido de Enfermería (CPE) es definido como todo aquel cuidado que es omitido o se ha retrasado en la atención hospitalaria. Su identificación ha estado centrada en profesionales de salud y pacientes adultos, poco se ha explorado desde la percepción del cuidador primario de pacientes pediátricos, como un valioso actor para mejorar la atención brindada por los profesionales de enfermería y contribuir a los objetivos del sistema de salud de México.

Objetivo: Identificar el Cuidado Perdido de Enfermería desde la percepción del cuidador primario de pacientes pediátricos hospitalizados en un hospital de tercer nivel de atención.

Metodología: Se realizó un estudio cuantitativo, con un diseño observacional, transversal y prospectivo. El muestreo fue no probabilístico a conveniencia, conformado por 147 cuidadores primarios de pacientes pediátricos hospitalizados en una institución de tercer nivel ubicada en la Ciudad de México. Los criterios de inclusión fueron que estos cuidadores estuvieran un mínimo de 72 horas, y se excluyeron a quienes se encontraban en servicios de corta estancia. Los cuidadores primarios recibieron un consentimiento informado previo a la aplicación del instrumento MISSCARE para madres, donde los resultados fueron analizados de forma descriptiva.

Resultados: Los cuidadores primarios tienen un rango de edad entre 18 a 61 años, donde el 86% son mujeres. En cuanto a su nivel de estudios el 38.8% concluyó la secundaria y 28.6% preparatoria. El índice global de CPE fue de 20.36 (IC_{95%} 16.89-23.83), se reportó con mayor omisión la dimensión de **cuidado básico** 24.23 (IC_{95%} 20.21-28.23), seguido de las **necesidades individuales** 12.79 (IC_{95%} 9.53-16.05), la **planificación del alta y educación al paciente** 9.86 23 (IC_{95%} 6.09-13.64) y por último las **evaluaciones continuas** 3.74 (IC_{95%} 1.39-6.10). En cuanto a las razones para la ocurrencia de CPE, los cuidadores primarios perciben como la razón

principal la relacionada con **recursos humanos** (79.51%), seguida de **recursos materiales** (75.28%).

Conclusiones: Con la identificación de la pérdida de cuidados, en esta investigación, se aportó información suficiente para ampliar el panorama que existe sobre el CPE y sus razones significativas en pacientes pediátricos.

Abstract

Introduction: Missed Nursing Care (MNC) is defined as any care that is omitted or has been delayed in hospital care. Its identification has been focused on health professionals and adult patients, few from the perception of the primary caregiver of paediatric patients as a valuable role player to improve the care provided by nursing professionals and contribute to the objectives of the Mexican health system.

Aim: Identify the MNC from the perception of the primary caregiver of hospitalised paediatric patients in a tertiary care hospital.

Methodology: A quantitative study was conducted with an observational, cross-sectional and prospective design, with a non-probabilistic convenience sample of 147 primary caregivers of hospitalised paediatric patients in a tertiary care hospital located in Mexico City. Inclusion criteria were primary caregivers of paediatric patients hospitalised for a minimum of 72 hours, and those in short-stay services were excluded. Primary caregivers received informed consent before the application of the MISSCARE instrument for mothers, where the results were analysed descriptively.

Results: Primary caregivers ranged in age from 18 to 61 years, 86% of whom were female. In terms of their education level, 38.8% completed secondary school and 28.6% completed high school. The overall MNC index was 20.36 (95%CI 16.89-23.83), with the highest delay in the **basic care** dimension 24.23 (95%CI 20.21-28.23), followed by **individual needs** 12.79 (95%CI 9.53-16.05), **discharge planning and patient education** 9.86-23 (95%CI 6.09-13.64) and finally **continuous assessments** 3.74 (95%CI 1.39-6.10). Regarding the reasons for the occurrence of MNC, primary caregivers perceived **human resources** as the main reason (79.51%), followed by **material resources** (75.28%) and finally **communication** (70.75%). **Conclusions:** With the identification of missed care, this research provides sufficient information to extend the existing knowledge about MNC and its significant reasons in paediatric patients.

I. Introducción

En las instituciones de salud los pacientes pediátricos hospitalizados requieren ayuda para satisfacer sus necesidades, esto implica que otros se responsabilicen de su cuidado; a las personas quienes llevan a cabo dicha tarea se les denomina Cuidador Primario, siendo ellos un factor clave para la provisión de servicios de enfermería para la atención del paciente.

Así mismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas (ONU) demandan que se evalúe la forma de provisión de servicios, pues la falta, omisión o retraso repercute en resultados negativos en el paciente y costos innecesarios de la atención sanitaria. (1)

El Cuidado Perdido de Enfermería (CPE), definido por Kalisch como “cualquier aspecto del cuidado de enfermería que se omite o se retrasa parcial o totalmente” (2) es prioridad analizarlo, no solo para mejorar los cuidados de enfermería, sino para prevenir cualquier evento adverso que puedan cursar los usuarios, y a su vez, intervenir de manera positiva en la seguridad del paciente.

Es así que el objetivo de esta investigación es adicionar a la evidencia existente sobre el CPE en instituciones de salud de México, mediante la identificación y descripción del CPE y las razones significativas para que este ocurra, desde la percepción de los cuidadores primarios de pacientes pediátricos hospitalizados, con la finalidad de reconocer las necesidades que se requieren para el trabajo profesional de enfermería y con ello, dar continuidad o mejorar los estándares de calidad existentes.

En esta tesis uno de los puntos de partida más importantes para la evaluación de la calidad será la percepción de los cuidadores primarios que hacen uso de los servicios, ya sea directa o indirectamente, pues con esto se ampliará el panorama de la realidad de los servicios de salud.

En esta investigación con un diseño observacional, transversal y prospectivo, participaron 147 cuidadores primarios de pacientes pediátricos hospitalizados en una unidad hospitalaria de tercer nivel de la Ciudad de México en 2019, quienes posterior a haber aceptado el consentimiento informado, accedieron a responder la encuesta “MISSCARE en español para madres”, la cual tiene un alfa de Cronbach de 0.91 y consta de tres apartados: sociodemográficos, CPE dividido en 4 dimensiones y razones significativas para el CPE dividido en 3 dimensiones.

En la sección de los resultados encontraremos que los cuidadores primarios tienen un rango de edad entre los 18 a 61 años, el nivel de estudios que tienen en su mayoría fue de secundaria (38.8%), seguido de preparatoria (28.6%) y primaria (19.7%). De manera global se encontró que el índice de CPE fue de 20.36% y en el caso de las razones significativas, se encontró un índice global de 75.67%. Estos datos son el reflejo de la necesidad de mejoramiento en la práctica profesional, es vital conocerlos para identificar las áreas de oportunidad de nuestra profesión.

Finalmente, es importante que las y los profesionales de enfermería se interesen y se informen sobre la existencia de este tipo de fenómenos para así poder mejorar nuestra práctica en los diversos espacios donde se ejerzan los cuidados.

II. Planteamiento del problema

Según la OMS, la población pediátrica constituye una gran proporción de la población mundial y ésta aumenta en países de ingresos medios y bajos. Lo anterior puede implicar aumento en el número de hospitalizaciones por diferentes enfermedades en etapas tempranas de la vida(3), lo que significa, que los pacientes pediátricos requieren ayuda para satisfacer su salud y que otros se responsabilicen por completo en su cuidado; las personas quienes llevan a cabo dicha tarea se les denomina cuidador primario, convirtiéndose también en un usuario directo o indirecto de la atención de salud(3) brindada a su paciente, siendo una pieza esencial para la evaluación de la calidad de los servicios de enfermería.

De acuerdo con Avedis Donabedian (4), para evaluar la calidad de la atención brindada en los servicios de salud, es necesario recurrir a la percepción del usuario que recibe la atención, ya sea el paciente directo o el cuidador primario, ya que en esto se basa el poder medir o identificar las necesidades de cuidado que tengan(5,6) y mejorar la calidad de la atención en salud y en los departamentos de enfermería.

La percepción de los pacientes o cuidadores sobre el cuidado que brindan los profesionales de enfermería tiene un impacto importante en su tiempo de hospitalización. Aquellos quienes perciben que están siendo mejor atendidos lo manifiestan con mayor seguridad al recibir algún tratamiento o cuidado, también muestran menos incomodidad e incluso menor ansiedad durante su estancia hospitalaria. Estas respuestas se relacionan directamente a la percepción de cuidados, especialmente a ser atendidos en los momentos que ellos lo requieren, así como a la forma en que se relacionan con los profesionales, destacando si hay o no buena comunicación, muestras de interés en ayudarlos, respeto y empatía con las necesidades que sean expresadas.(7)

Es decir, la percepción de los pacientes sobre el cuidado tiene un impacto importante en su estancia hospitalaria así como en su bienestar, por ejemplo, quienes perciben ser mejor cuidados manifiestan mayor seguridad y confianza en

el personal de enfermería, menor ansiedad, mejor y más rápida atención, interés en su bienestar y empatía.

La percepción de cuidadores primarios de pacientes pediátricos es significativa ya que el cuidador buscará apoyo y seguridad en el profesional de enfermería, debido a que será con quien mayor interacción tenga durante la estancia hospitalaria. Además, los cuidadores mostrarán mayor tranquilidad si logran crear buena comunicación con los enfermeros, con el fin de resolver sus dudas acerca de los cuidados y tratamiento, así como tener aprendizaje para involucrarse en las actividades para el cuidado del paciente pediátrico, siendo esto un indicador de las habilidades que posee el profesional y teniendo como consecuencia mayor satisfacción.(8)

El nivel de satisfacción que tengan los pacientes del cuidado de enfermería, derivado de la percepción, es un punto de referencia importante para conocer la calidad de los servicios de salud que se ofertan, depende de muchos factores, por ejemplo, algunos de los puntos más valorados son la buena comunicación, las muestras de interés y apoyo e incluso la educación sobre los cuidados. Los pacientes que estén más satisfechos serán aquellos que mostrarán mejor adherencia a los tratamientos, menor índice de rehospitalización y mayor recuperación. (9)

Los prestadores de servicios de salud adoptan diferentes estrategias para valorar y mejorar la calidad de los cuidados de enfermería, tales como encuestas a los usuarios, evaluaciones al personal, capacitaciones continuas, así como la implementación de protocolos basados en evidencia científica, por ejemplo para disminuir el riesgo de caídas, infecciones nosocomiales, correcta administración de medicamentos, entre otros.(10) Sin embargo, existen errores por comisión y omisión que afectan los cuidados de enfermería durante la hospitalización que ponen en riesgo la seguridad del paciente.

Desde el 2006 se ha acuñado el término Cuidado Perdido de Enfermería (CPE), la pionera fue Kalisch, quien lo define como “cualquier aspecto del cuidado de enfermería que se omite o se retrasa parcial o totalmente” (2) siendo este un fenómeno que ocurre en todo el mundo(5,11) considerándose como un riesgo latente para la seguridad del paciente. Por ello, dicho fenómeno debe ser medido en cada una de las instituciones de salud, para conocer las percepciones del cuidado que se brinda dentro de las instituciones.

En los últimos años, diferentes estudios han demostrado que entre el 28%(12) y 98%(13) de los cuidados de enfermería se pierden o retrasan, y los que se pierden en mayor proporción son el cuidado de la boca (35.7-74%), cuidado de la piel (38.5-75.2%), deambulacion (17-70%), alimentación del paciente (21.3-68%, administración de medicamentos (11.1-67%), educación del paciente (10.8-31.1%), respuesta a la llamada dentro de los primeros 5 minutos (16.4-78.5%), control de fluidos parenterales y niveles de glucosa (48-81.6%), asistencia posterior al alta (21.3-60.9%), apoyo emocional (21.3-71.6%) y planes de atención (66.8-67%)(11–14). Asimismo, existen reportes de eventos adversos relacionados con el CPE.(14,15) Así mismo, Heather y cols. señalaron en su estudio que la mitad de las enfermeras de pediatría reportan que omiten por lo menos una de las 12 actividades esenciales del cuidado, entre las que destacan planeación del cuidado, cuidados para proporcionar confort, revisión de sitio de inserción de catéteres venosos y educación, como las más frecuentes.(16,17)

La mayor parte de la evidencia existente y actual ha estudiado el CPE desde la percepción del mismo profesional de enfermería quien está en el cuidado directo del paciente (13,15,18), así como en pacientes adultos hospitalizados(14,19), no obstante, ha crecido el interés en los últimos años de este fenómeno en pacientes pediátricos, pero desde la percepción del cuidador primario (en la literatura disponible solo se menciona la figura de la madre o el padre), aunque, aún es poca la evidencia.(20,21)

A ejemplo, estudios realizados en México(14) y Estados Unidos(21,22), concluyen que existe mayor omisión del cuidado de enfermería en las intervenciones para la

educación, la planificación del alta, el apoyo emocional, cuidado de la boca y cuidado de la piel de los pacientes pediátricos o las personas quienes se hacen responsables de su cuidado (cuidador primario). Referente a Estados Unidos, Tubbs-Cooley señala que en las unidades de cuidados intensivos neonatales el cuidado perdido registrado con mayor frecuencia es la revisión del sitio de inserción de catéteres venosos, la fijación de catéteres venosos centrales y la supervisión del estado de los equipos de terapia intravenosa.(17) Adicional, en México, Moreno-Monsiváis(14) refiere que las razones por las que se pierde u omite el cuidado, son los recursos materiales (80.67%), recursos humanos (69.72%) y problemas de la comunicación unidisciplinar e interprofesional (65.16%).

También se ha identificado que las intervenciones de cuidado que tienen que ver con el apoyo emocional, son omitidas por el personal de enfermería en los pacientes pediátricos debido a que lo consideran como una actividad que le concierne a los familiares o cuidadores primarios, o en otros casos simplemente no se percibe como parte de las labores que deberían realizarse(22,23) pese a que debería ser considerado parte fundamental de las actividades de la enfermería holística que interviene en la recuperación del bienestar total de los pacientes.

Dicho lo anterior, el CPE representa un gran riesgo para la seguridad de los pacientes y la calidad de los servicios de enfermería, ya que dependen de la atención que se brinda y los conocimientos, las habilidades, así como actitudes de los profesionales de enfermería que se ven involucrados para que esto ocurra.(6,11) No obstante, algunos autores refieren que las causas del CPE se relacionan más con la estructura y los procesos que se realizan durante la atención.(2,22,24)

Teniendo en cuenta estos aspectos y su relevancia en materia de calidad de los servicios de salud y enfermería, el presente estudio tiene el objetivo de identificar el cuidado perdido de enfermería en pacientes pediátricos desde la percepción del cuidador primario con el fin de crear propuestas o estrategias de mejora en los servicios de enfermería, que permitan asegurar la calidad y con ello, las condiciones que intervienen en la práctica profesional del equipo de enfermería.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la percepción del Cuidado Perdido de Enfermería del cuidador primario de pacientes pediátricos hospitalizados en un hospital de tercer nivel de atención?

Justificación

Este estudio adicionará a la escasa evidencia sobre el Cuidado Perdido de Enfermería en pacientes pediátricos hospitalizados desde la percepción del cuidador primario quien se encuentra a cargo del paciente, dando así otro enfoque y campo de oportunidad para mejorar la calidad de los cuidados y la atención de enfermería, creando así conciencia de la relación enfermero-cuidador.(25)

Además, los hallazgos sumarán a la evidencia existente sobre el Cuidado Perdido de Enfermería presente en instituciones de salud de México y en pediátricos como población vulnerable y de alto riesgo de presentar eventos adversos si no se evita este fenómeno que repercute en la calidad de la atención.

Asimismo, en el marco que señala la Organización Mundial de la Salud, se sugiere que las instituciones reguladoras y el personal asignado dentro de cada unidad de salud, realicen estudios para evaluar la calidad del cuidado de los servicios de enfermería para alcanzar las metas y prioridades, así como ofrecer servicios de salud de calidad, que sean eficaces, seguros y centrados en las personas(26), con la finalidad de ayudar a corregir y mejorar las estrategias que han sido implementadas para reducir los riesgos a los que se exponen los pacientes relacionados con el cuidado que se les proporciona.

Propósito

El propósito de esta investigación es identificar el Cuidado Perdido de Enfermería desde la percepción del cuidador primario de los pacientes pediátricos, es decir identificar cuidados de enfermería que se omiten con mayor regularidad, así como los cuidados que se realizan. Para que estos hallazgos les permitan trazar planes de mejora a los tomadores de decisiones, con estrategias basadas en evidencia,

con la intención de alcanzar la satisfacción de los cuidadores y pacientes, así como el personal de enfermería al realizar sus intervenciones.

Objetivos

General

- Identificar los niveles del Cuidado Perdido de Enfermería desde la percepción del cuidador principal de pacientes pediátricos hospitalizados en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México.

Específicos

- Identificar la percepción del cuidador principal sobre el CPE en pacientes pediátricos hospitalizados.
- Identificar las razones del CPE en pacientes pediátricos hospitalizados.
- Analizar las características demográficas del cuidador primario de los participantes en este estudio.

MARCO TEÓRICO

III. Marco teórico

Calidad

El origen de la calidad(27) lo podemos rastrear durante el paleolítico (ilustración 1) donde se encontraron las primeras herramientas(28) creadas por grupos humanos, las cuales servían para cazar, tallar, manejar alimentos, entre otras actividades que buscaban mejorar y facilitar la vida a través de dichas herramientas.

En 1700 a.C. durante la época mesopotámica, existieron reglas para mejorar el bienestar de la sociedad, algunas de ellas con enfoque en la

calidad. En el Código de Hammurabi se encontraban especificaciones que hacían referencia a ella, por ejemplo, si alguien realizaba un trabajo de construcción y éste se derrumbaba matando al dueño, entonces la sanción sería una condena a muerte al prestador del servicio. Así con el paso del tiempo y el descubrimiento de diversos recursos, se lograron distintas innovaciones en diversas civilizaciones por el mundo. (29)

Durante el nuevo imperio egipcio, entre 2000-1550 a.C. (30), se encontraban actividades relacionadas con la calidad por parte de los inspectores de construcciones, quienes con un cordón tomaban medidas para precisar las construcciones asimismo, cuidaban de la calidad de los materiales que se utilizaban. En muchos de los casos, cuando las construcciones no tenían la calidad deseada, la forma en que se resolvían las inconformidades implicaba la tortura, mutilación y hasta la muerte de los responsables. Sin embargo, en el caso de la medicina y cómo se practicaba durante este periodo, las enfermedades eran asociadas a la religión y creencias que tenía la sociedad, es decir, eran producto de posesiones demoniacas o consecuencia de haber cometido pecados así que sus dioses

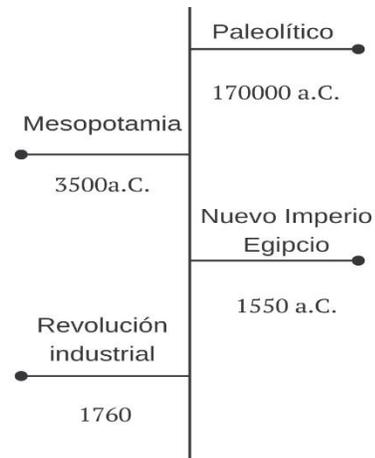


Ilustración 1 Calidad a través del tiempo. Construcción propia.

imponían la enfermedad como castigo o lección, por lo tanto las curas eran a través de hechizos o rituales.(31)

A partir del siglo XVIII, la calidad se empezó a considerar en diversos aspectos como la calidad de un producto y la calidad de un servicio, todo esto relacionado con la evolución de la Revolución industrial (1760) debido a la competencia económica, sin embargo, por el inicio de la producción en masa, se tuvo como consecuencia la disminución de la calidad en diversos productos y servicios.(27,32) En la actualidad existen procesos para la gestión de calidad, en los cuales considera la satisfacción del cliente, quien toma en cuenta el buen funcionamiento del producto o servicio para acreditarlo como apto y de calidad. Por ejemplo, dentro del campo de los servicios de salud, para mantener la calidad, se implementan procesos de mejora basados en la evidencia como lo son las quejas que existen acerca de las prácticas institucionales.(33)

En la actualidad, la calidad ha sido definida, según la RAE, como “el conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor”(34) o de acuerdo con el diccionario de Cambridge, como *qué tan bueno o malo es algo*.(35) A través de los años, el término de calidad es una serie de juicios que se forman con base en puntos de vista distintos, por lo que, no hay una definición exacta ni universal, ya que al inicio de la Revolución Industrial, la calidad tenía como finalidad principal reducir costos conservando o mejorando la producción al mismo tiempo. Para fines de esta investigación, definiremos la calidad en función de la satisfacción y cubrimiento de las necesidades de la persona que haga uso de los servicios de salud.

Teorías de la calidad

Para poder comprender la calidad de manera más extensa y diversa, existieron algunos autores que durante el siglo pasado la definieron, con base en su contexto y necesidades crearon algunas de las siguientes teorías:(36)

Philip Crosby, en 1979 menciona que la calidad no cuesta, lo que cuesta son las cosas sin calidad. Él la define *como la forma de cubrir los objetivos que un producto/servicio tiene, con el más bajo costo.*(36) La forma de realizar calidad, es hacia la prevención y no a la corrección. Crosby nos habla acerca de los cuatro absolutos de la calidad: el primer absoluto se enfoca en la definición de la calidad; el segundo es la forma en que se le puede obtener y resalta que la prevención es el sistema apropiado; el tercer absoluto se refiere al estándar de desempeño del producto en donde se considera el límite de calidad aceptable; finalmente el cuarto absoluto habla sobre el costo de la calidad (donde destaca que el proveer un servicio implica mayor costo para que sea de calidad).(37) Es decir, estos absolutos previenen de tener elevados costos y la repetición de procesos.

Por otro lado, en 1982 William Ouchi resalta que la calidad comprende todas las operaciones o funciones que realiza el producto o servicio, pero integra en su definición a todo el equipo involucrado en la creación del mismo, es decir, jefes, supervisores y empleados. (27,36,38) Fue así que la teoría Z de Ouchi se basaba en tres principios importantes:(27,39)

1. Confianza: De la empresa hacia el trabajador y viceversa.
2. Trato-íntimo/Relaciones humanas: Según Ouchi el trabajo no se puede separar de la vida personal, entonces se le debería prestar atención a este conjunto que humaniza la relación entre el empleado y su jefe.
3. Relaciones humanas: El jefe debe aprender a establecer relaciones individuales con cada empleado, tomando en cuenta que cada uno tiene distinta personalidad y criterio, con el fin de tener un mejor ambiente laboral.

Esta teoría resalta la importancia de conocer al equipo de trabajo para que el producto o servicio en cuestión sea funcional según el rol que cada uno de sus miembros desempeñe.

En 1986, Kaoru Ishikawa considera la calidad desde la percepción que el usuario tiene del producto/servicio, tomando en cuenta también sus características, como el costo y que cumpla las funciones de manera correcta(36,40). Una de sus principales

aportaciones fue el diagrama de Causa Raíz (Ilustración 2), donde se pueden identificar distintos tipos de errores que afecten los procesos, tales como físicos, humanos y/o latentes. Además en éste se puede desarrollar el planteamiento de soluciones, mencionando las acciones para corregir los errores y omisiones.(40)

En cuanto a su filosofía, se toma en cuenta para crear una cultura de calidad, integra los círculos de calidad (grupo de personas), la estadística como herramienta y la promoción de acciones para el control de la calidad.(41)

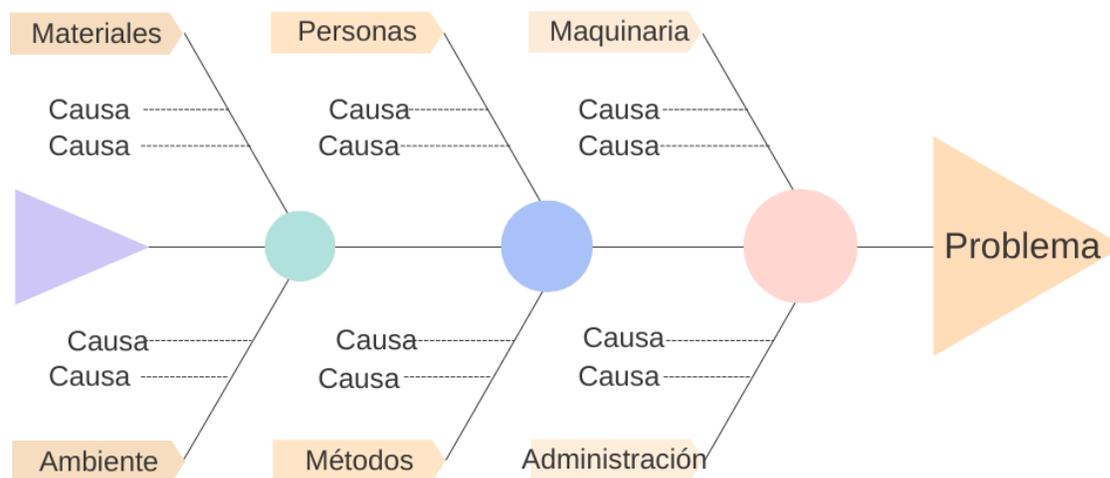


Ilustración 2 Diagrama de causa raíz basado en modelo de Kaoru Ishikawa. Construcción propia.

Por su parte, W. Edward Deming en 1989 afirma que se hace calidad con la mejora continua, definiéndola como “el grado perceptible de uniformidad y fiabilidad a bajo costo y adecuado a las necesidades de su cliente”, creando además su modelo del Círculo de Calidad (Figura 3), el cual consiste en *planear, hacer, verificar y actuar*.(42) Siendo éste muy utilizado en las empresas e instituciones de salud para mejorar la atención a través del control estadístico. (36,41) En la primera fase se crea el plan de trabajo, en la segunda se llevan a cabo las acciones del plan de trabajo, en la tercera se evalúan los resultados y se comparan. Finalmente, en la cuarta fase se actúa conforme a lo obtenido, se hacen correcciones y se estandarizan procedimientos.(41)

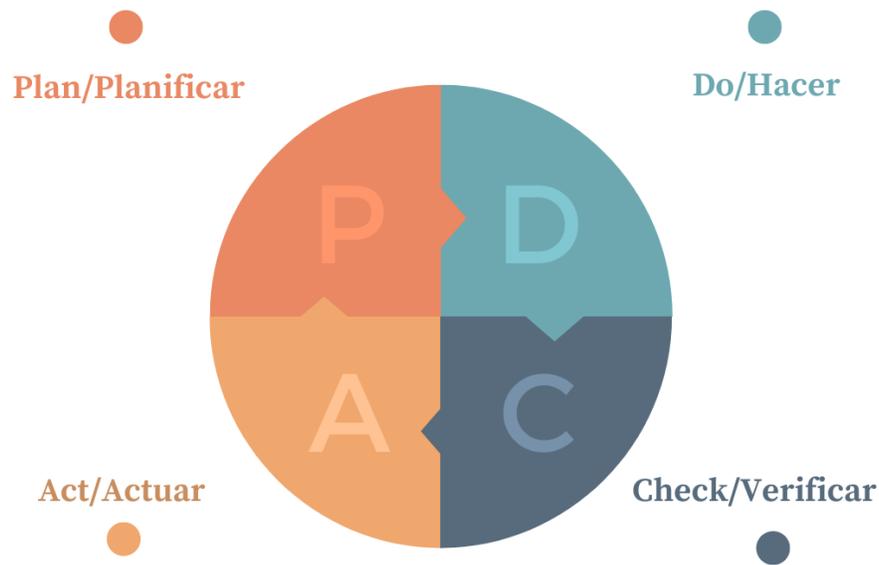


Ilustración 3 Modelo basado en círculo de Deming. Construcción propia

En resumen, esta teoría destaca el círculo de actividades que se deben realizar para la mejora continua de los procesos en diversas empresas o instituciones.

Joseph Juran, en 1990, señaló que el producto/servicio debe tener la capacidad de funcionar para lo que ha sido creado, es decir, debe cumplir las características específicas asignadas de acuerdo a lo que ofrece.(36) Una de las aportaciones más reconocidas fue su *Trilogía de la Calidad*, donde describe en tres pasos qué se debe considerar para crear calidad.(27,43) Tabla 1



Ilustración 4 Modelo basado en la trilogía de la calidad de Joseph Juran. Construcción propia.

Tabla 1 Trilogía de Juran.

PLANEACIÓN	CONTROL	MEJORAMIENTO
Decretar metas, identificar a los clientes y sus necesidades, crear productos que cubran esas necesidades, desarrollar procesos para la fabricación del producto, transferir los procesos operativos.	Establecer retroalimentación de los procesos, decretar metas y unidades de medida, proporcionar herramientas para poder ajustar el proceso, medir el desempeño de producto y proceso, corregir el producto/proceso de ser necesario.	Identificar proyectos y mejorarlos, establecer un comité que mejore la calidad, crear equipos y asignarlos a cada proyecto, evaluar la calidad y mejorarla, incentivar a quienes logren las mejoras, mantener un control para conservar las mejoras de calidad.

Como se observa, cada autor define la calidad de acuerdo a las necesidades que se presentaban en su contexto social y económico, por ejemplo Philip Crosby a través de su *Modelo de Cero Defectos* tuvo como objetivo realizar los procesos de buena manera desde la primera vez, ya fuera con un producto o servicio, para así reducir los costos de la calidad. Por otro lado, Ouchi pretendía tener un impacto fundamentalmente cultural para mejorar la calidad, de manera que modificando el contexto empresarial podría así mejorar las relaciones interpersonales entre trabajadores-empleadores para tener resultados favorables en la producción, calidad, etc.

Para Ishikawa la calidad se debía promover entre las personas involucradas en la producción de productos/servicios para alcanzar las mejoras y compromiso que se tengan como objetivo, siendo parte importante de este proceso el personal administrativo. En el caso de Deming, se consideraba como factor principal la satisfacción del cliente, siendo el indicador fundamental para mejorar y modificar un

servicio o producto. Finalmente, para Juran las bases fueron a través de la evaluación y comparación para alcanzar la calidad.

Entonces podemos concluir que para el análisis de la calidad, se deben tomar en cuenta dos variables: calidad y desempeño, sin que esto signifique que necesariamente deban estar presentes en todos los casos, puesto que puede haber ausencia de alguna, pero todas requieren un control para así asegurar los objetivos planteados y con ello la calidad del servicio o producto(32), por ejemplo en el caso específico de los servicios para la salud y la atención médica, donde se ven aplicados estos aspectos de la calidad en función de su continua mejora.

Calidad de la atención médica

En la actualidad la buena atención médica, que por lo tanto es de calidad, se relaciona directamente con la ciencia y todo aquello que ha sido o puede ser demostrado a través de ésta, es decir, que se dejan fuera de este concepto todas aquellas prácticas que estén asociadas, por ejemplo, al pensamiento mágico.

Como fin común, la medicina de calidad se agrupa en tres grandes acciones: prevención, diagnóstico y tratamiento; involucrando a los usuarios y a los profesionales de salud en todas para lograr su buen funcionamiento.(44) La atención médica será de calidad si se crea y está en acción junto con todos los servicios médicos involucrados, para alcanzar el estado de bienestar máximo de los usuarios.

La restauración del bienestar y supervivencia de los pacientes a sus padecimientos son utilizados como parte de las características (indicadores) de la calidad en la atención. Otro de los indicadores que se utilizan para evaluar la calidad, son el número de pacientes que se dan de alta, sin embargo, aunque pueden representar el éxito de la calidad del servicio, se debe considerar que no siempre reflejan alcanzar el bienestar o resultados esperados para el paciente.

Ante el cuestionamiento sobre la calidad ideal, una de las formas directas de obtener esta información es a través de los registros médicos, los registros de enfermería, y las disciplinas involucradas, ya que en estos documentos se verán reflejados los campos de oportunidad en los que se deba mejorar el proceso. Además, una manera indirecta de obtener esta información es por medio de estudios de investigación, ya que facilitará el conocer las opiniones y factores relacionados con la calidad.(45)

Actualmente se reconocen distintas definiciones para la *calidad de los servicios de salud*, y se toma en cuenta como una propiedad de la Cobertura Universal de Salud.(46) Trincado Agudo hace referencia a la relación que existe entre los conocimientos de los profesionales de salud, y su coherencia con los resultados que se esperan para mejorar la salud de la población.(4)

En el caso de Aguirre-Gas, lo manifiesta como “Otorgar atención médica al paciente con oportunidad, competencia profesional. Seguridad y respeto a los principios éticos, con el propósito de satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas”.(47) Además, plantea un modelo hexagonal para entender éste proceso de calidad, en el cual sus componentes permanecen en interacción con el proceso de calidad que tiene el usuario.(48,49)



Ilustración 5 Modelo basado en hexágono de la calidad en la atención al paciente de Héctor Aguirre. Construcción propia.

Para alcanzar éstos objetivos se han creado y tomado en cuenta distintas estrategias para el fortalecimiento de sistema de salud mexicano, como el Plan Estratégico Sectorial para la Implementación de Guías de Práctica Clínica Mediante Algoritmos de Atención Clínica, Aval Ciudadano, Sistema de la Encuesta de Satisfacción Trato Adecuado y Digno, Comités de Calidad en Salud, Cuidados Paliativos como parte la Atención Integral en Salud y Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, entre otros.(50)

Por otro lado, y para fines de esta investigación, Avedis Donabedian define a la calidad como todo proceso/atención que espera proporcionar al usuario el máximo y el más completo bienestar(51), considera tres aspectos importantes para la calidad:

- El componente técnico: cómo se aplica la ciencia y tecnología en la resolución de un problema,
- El componente interpersonal: considera las normas y valores sociales, así como su relación con las expectativas de calidad de cada individuo,

- Los aspectos de confort: todo aquel elemento que forma parte del entorno del paciente y que tiene la capacidad de modificar el confort.(52)

Asimismo, Donabedian menciona que para garantizar la calidad se deben contar con 3 pilares importantes en las instituciones de salud: estructura, proceso y resultado.

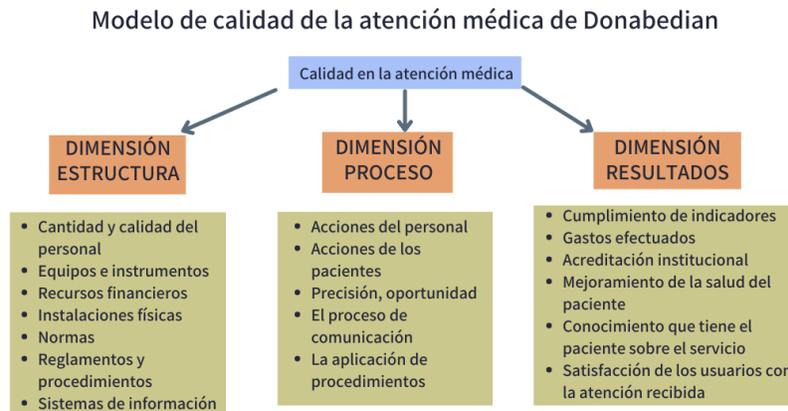


Ilustración 6 Basado en Modelo de calidad en la atención médica de Donabedian. Torres SM, Vazquez Stanescu CL. Modelos de evaluación de la calidad del servicio, caracterización y análisis.(40) Construcción propia.

La estructura hace referencia a todos los recursos con los que se cuenta para brindar la atención. El proceso se refiere a las acciones que realizan el personal de salud y los usuarios en la atención. Los resultados son aquellos cambios que se generaron (ya sean positivos o no), incluyendo también el grado de satisfacción de usuarios y personal.(53)

Dentro del Sector de Salud Mexicano se establece la calidad de la atención sanitaria como una serie de conceptos y metas:

- La equidad: que no haya diferencias en el acceso a la salud.(26)
- La efectividad: es el resultado de la eficiencia y como tal de la calidad.(54)
- La eficiencia: alcanzar las metas de salud con el mínimo costo y los recursos asignados(55) y
- La eficacia: son los resultados que se hayan obtenido considerando las metas que se habían establecido.(56)

Estas metas son parte del fundamento de los servicios intrahospitalarios, tal como el trabajo profesional de enfermería necesita, para que se provean servicios de calidad y al mismo tiempo los profesionales tengan un entorno favorable para llevar a cabo sus funciones de cuidado

Calidad de los servicios de enfermería y del cuidado

Derivado de la alta demanda de los servicios de enfermería, dentro de las instituciones hospitalarias, existen de manera general un aproximado de 70% de enfermeras y enfermeros(57) quienes para alcanzar la calidad de los cuidados que proveen y tener una evaluación de los mismos, se basan en distintos factores tales como los recursos asignados, el nivel de profesionalismo, nivel de satisfacción de los usuarios, nivel de seguridad de los pacientes y finalmente, las consecuencias que se deriven de este conjunto.(58)

Raya en 1994, afirmó que la calidad de los servicios que ofrece enfermería debería estar basado en el punto de vista y las experiencias de los pacientes (59) puesto que la percepción es distinta entre el prestador de servicios y el usuario.

Además, se debe considerar que la mayor parte del tiempo en el que los pacientes permanecen hospitalizados, están acompañados de una enfermera o enfermero, siendo ellos quienes poseen un rol determinante para que logren alcanzar un estado de bienestar.

Existen diversas formas de darle un significado a la calidad de estos servicios de enfermería, ya que todas estas definiciones tienen en cuenta que los factores principales para la calidad son la relación que existe entre el paciente y la enfermera o enfermero(59), considerando en todo momento el tipo de servicios que se dan, la finalidad y los recursos con los que se cuenta.(58) De acuerdo a lo establecido anteriormente, la calidad del cuidado de enfermería puede entenderse como la forma en que los profesionales de enfermería implementan las intervenciones de manera oportuna y segura para satisfacer las necesidades de los pacientes.

La perspectiva desde la que se puede valorar la calidad, el máximo bienestar y la seguridad del paciente es a través de la percepción que éste o el cuidador primario poseen sobre el cuidado que se otorga durante su estancia hospitalaria, el cual finalmente tendrá como resultado la satisfacción o insatisfacción del usuario. Es por ello que, la percepción de la calidad de los cuidados de enfermería juega un rol clave en el proceso y desenlace del estado de salud y bienestar del paciente.

Percepción de la calidad de los servicios de salud y de enfermería

Avanzando en el tema, como parte de la evaluación de la calidad es importante resaltar la percepción de los usuarios de los servicios de salud, para ampliar el panorama de la realidad de los cuidados de enfermería que éstos reciben, y con esta información poder tomar las medidas adecuadas para su mejora.

La Real Academia Española define la percepción como “Sensación interior que resulta de una impresión material producida en los sentidos corporales”.(60) Se determina también que debe considerarse como biocultural, ya que depende de estímulos físicos, sensaciones, la selección y organización de estos, este proceso está enfocado a la satisfacción de necesidades individuales y colectivas de los seres humanos.(61) Gibson define la percepción como un estímulo que no necesita ser procesado mentalmente para obtener la información.(62)

Al mismo tiempo, referir a la percepción es importante ya que es una fuente de evidencias para analizar la apreciación que tiene el paciente de los servicios de salud. Por esto, la percepción se considera uno de los métodos más rápidos para evaluar dichos servicios. Sin embargo, el nivel de satisfacción percibido depende de las expectativas y necesidades de los usuarios(63), ya que ésta es subjetiva, pues está influenciada por varios factores como sus experiencias personales anteriores, su cultura, su educación, la accesibilidad y disponibilidad de los servicios en ese momento.

En este punto es importante destacar la relevancia que tiene la percepción de los usuarios ya que con ella se obtiene información acerca de cómo se perciben las

instalaciones del lugar donde se atienden, la organización que se tiene, el proceso de las consultas y tratamientos que se les brindan por parte de los profesionales de salud, así como el resultado que obtengan luego de haber recibido los servicios.(64) Derivado de esta información, se reconocen aspectos importantes para la mejora de los servicios, se pueden identificar campos de oportunidad para crear estrategias y realizar modificaciones en la práctica de enfermería, así como para cubrir las necesidades de los pacientes y contribuir a mejorar su bienestar.

La percepción del usuario de los servicios de enfermería es considerada como una actividad guiada por las expectativas de las instituciones que pueden ser modificadas por la información que se obtiene a través de los pacientes. Ésta refleja en gran medida el grado de satisfacción que el usuario puede tener de la atención recibida; por ello, esta impresión depende de la calidad de los servicios otorgados.(65)

Por ejemplo, la percepción del cuidado de enfermería fue evaluada en un estudio realizado por J. Silva Fhon a través de tres dimensiones:

- Técnico: son todos los elementos que son parte del proceso de servicios de salud
- Interpersonal: se refiere a la amabilidad y ética
- Confort: son las condiciones de comodidad que se ofrecen y pueden alcanzarse en una institución de salud.(62)

Teniendo en cuenta estos grandes campos que engloban el quehacer de enfermería, se encontró que el 60% de pacientes perciben medianamente favorable el cuidado de enfermería. Específicamente en la parte Técnica se halló que el 52% perciben medianamente favorable. En el campo Interpersonal, se destacó que el 46% también percibe medianamente favorable la atención. Y finalmente, en el rubro de Confort, el hallazgo fue de un 80% desfavorable.(62)

Por otro lado, en Tijuana-México en una Unidad de Medicina Familiar, se realizó un estudio sobre la percepción del paciente de la atención otorgada por el personal de

enfermería, para evaluar la atención de dichos profesionales, en el cual solo el 60.87% de los pacientes percibe atención regular, 51.9% no percibe trato digno, 46.74% no recibe trato con respeto y 46.41% percibe que el personal de enfermería es poco profesional. (65)

En resumen, el índice de percepción favorable del trabajo que desempeñan los profesionales de enfermería no es suficiente, lo que manifiesta la importancia de medir los cuidados y su calidad, así como la necesidad de mejorarla y profundizar el estudio del cuidado que se brinda en las instituciones.

En un estudio realizado por Jaramillo en 2004, se reporta que la auxiliar de enfermería, quien es responsable directa del cuidado del paciente, se percibe como alguien de confianza para los pacientes, puesto que son quienes más tiempo se acercan con ellos y están en constante contacto para llevar a cabo procedimientos necesarios.(66)

Huber afirma que hay factores que pueden modificar la percepción del paciente respecto a la calidad del cuidado, los cuales son la edad, sexo y escolaridad.(67) En este sentido, conocer la percepción del cuidado de enfermería en el paciente pediátrico sucede a través del cuidador primario. Ya que está influenciado por la comunicación con el personal hospitalario, la interacción que se alcance con el personal de enfermería, asimismo, toda la información que el cuidador reciba acerca del padecimiento, el tratamiento y las causas de la enfermedad.(25)

Camargo señala que es de vital importancia que el equipo multidisciplinario considere al paciente pediátrico no solo por su enfermedad sino también por sus características del entorno en el cual se haya desarrollado, debido a que esto también influye en la percepción de la conducta y todos los procedimientos que realicen, en uno de sus estudios muestra que el 93.6% de los padres tienen una percepción favorable del cuidado de enfermería puesto que constantemente se practican evaluaciones del mismo.(20)

Una de las formas para que seamos capaces de mejorar la manera en la que se brinda el cuidado de enfermería es tomando en cuenta la percepción que se tiene de éste de forma continua.

Rol del cuidador primario

Socialmente se reconoce que cuando algún miembro de la familia se encuentra cursando alguna enfermedad, e incluso debe permanecer hospitalizado, hay alguien que da acompañamiento y/o cuidados a éste, especialmente si se trata de un paciente pediátrico. Aunque no es una regla, es común que el cuidador primario sea la madre(68) del paciente pediátrico, sin embargo, puede variar e incluso ser una persona con quien no tenga un parentesco por consanguinidad.

Si bien existen varios términos conocidos en la literatura para nombrar a ésta persona, utilizaremos el de “Cuidador primario”, cuya función principal será participar en los cuidados que se le darán al paciente(69) dentro y fuera del hospital. Para enfermería, es de vital importancia el rol del cuidador primario ya que es con quien primordialmente se establecerá una relación que deberá sumar al cuidado del paciente, esto no significa que el cuidador primario reemplazará las actividades que realiza el personal de enfermería u otros profesionales.(69) De hecho, lo esperado es que el cuidador primario comience el aprendizaje y práctica de ciertas actividades en las que puede colaborar, bajo la enseñanza y supervisión del equipo de enfermería(70), con ello, se logrará el mejor intercambio de información con respecto al padecimiento del paciente y así tener una comunicación asertiva(70,71).

Si el cuidador participa activamente, generará emociones positivas, no solo para el mismo sino para el paciente, algunos de los efectos positivos incluyen satisfacción, empoderamiento, mejor adaptación(69) y adherencia al tratamiento. Todo esto a pesar de las alteraciones que generalmente provoca el curso de la enfermedad dentro de la dinámica social/familiar del entorno del paciente.(68)

Es importante resaltar que estas alteraciones del entorno dependen de varios factores(68), por ejemplo:

- Estatus socio-económico
- Nivel de estudios
- Calidad de servicios de salud
- Sistemas de apoyo

Todo el proceso de vinculación al que necesariamente son sometidos el paciente pediátrico-cuidador primario-profesional de salud, están determinados por el nivel de confianza que se perciba, es decir, si el profesional de salud determina que existe poco compromiso por parte del cuidador primario es más probable que no enfoque sus cuidados a la enseñanza, y por otro lado, si el cuidador percibe que los profesionales de salud no le brindan de manera apropiada cuidados, atenciones, o existe déficit en su tratamiento entonces su participación no será la más adecuada.

Como profesionales de salud, es importante el empatizar, tener paciencia, un buen enfoque y compartir habilidades con el cuidador primario, ya que hará que su rol en el cuidado sea significativo y tenga un impacto deseable con compromiso y responsabilidad(72) para el trabajo de enfermería y el bienestar del paciente.(71)

La capacidad que tengan los pacientes para expresar e identificar el cuidado que reciben es un factor importante para la evaluación del cuidado perdido de enfermería. Kalisch ha señalado que existen ocasiones en las que los pacientes no son capaces de hacer un reporte del cuidado perdido puesto que no están seguros de qué aspectos del cuidado han sido llevados a cabo y creen que son responsabilidad del equipo de enfermería o los consideran como responsabilidad de otros.(73) Los pacientes pueden estar satisfechos con el cuidado que recibieron, sin embargo, no forzosamente esto significa que recibieron todos los cuidados de enfermería que necesitaban.

Cuidado Perdido de Enfermería

Antecedentes

Desde el año 2006 ha crecido el interés por el estudio del proceso del cuidado que los profesionales de enfermería proporcionan en hospitales. Esto ha dado lugar a

hallazgos como *los cuidados de enfermería que no se realizan*, a este fenómeno se le ha llamado de distintas formas a lo largo de su análisis en diferentes países, por ejemplo: “Cuidados de enfermería que no se realizan”, “Cuidado perdido de enfermería” o “Racionamiento implícito de los cuidados de enfermería”.(74) Los cuidados que no se realizan tienen un impacto en la calidad(74), satisfacción que se tenga del trabajo de enfermería y número de eventos adversos prevenibles que ocurren en los hospitales.(75)

Incluida como una de las principales causas para que éste fenómeno ocurra, se ha señalado que la carga de trabajo dentro de los servicios hospitalarios, se relaciona directamente con los cuidados que el personal de enfermería proporciona, ya que la capacidad que se requiere para cubrir las necesidades de los pacientes puede no ser suficiente ni adecuada(76) teniendo como consecuencia posibles reingresos hospitalarios, mortalidad elevada, errores en la medicación, caídas, úlceras por presión e infecciones nosocomiales.(74,77)

Se ha argumentado que las omisiones de cuidado por falta de tiempo generan un incremento en los días de estancia hospitalaria y/o complicaciones en el tratamiento de los pacientes, provocando un aumento en el coste global de la atención hospitalaria, ocasionando un mayor gasto económico tanto para la organización y el usuario.(75) También se ha detectado que se tiene mayor incidencia en éstos fenómenos dependiendo de la ubicación geográfica de los hospitales, teniendo menor calidad en cuidados los lugares con mayor pobreza.(75) Considerando estas circunstancias en las que los profesionales de enfermería deben laborar, se ven en la necesidad de priorizar según su propio criterio, los cuidados que brindan teniendo en cuenta también los recursos a los que tienen acceso.(78)

Finalmente se ha reportado que los cuidados de enfermería que se omiten con mayor frecuencia han sido los relacionados a las altas hospitalarias y el apoyo psicosocial, tales como la comunicación y educación(79), ya que el dejar de hacerlos no parece tener un efecto negativo inmediato en los pacientes, comparado por ejemplo con dejar de administrar un medicamento o realizar un cuidado

relacionado a una necesidad física que se deba atender en el momento que se manifiesta.(74)

Modelo conceptual de Cuidado Perdido de Enfermería

De acuerdo con la literatura el Cuidado Perdido de Enfermería es un error de omisión(11) del cuidado que no se llevó a cabo o no se tuvo la posibilidad de realizar.(24) Para poder analizarlo, el Modelo de Cuidado Perdido de Enfermería de Kalisch incluye una serie de conceptos, tales como: características del hospital y la unidad, características del equipo de enfermería, y los resultados obtenidos de pacientes y del equipo de enfermería.(78) Este modelo se basa en la percepción que tiene el personal de enfermería y su aplicación vislumbra los procesos de mejora continua.

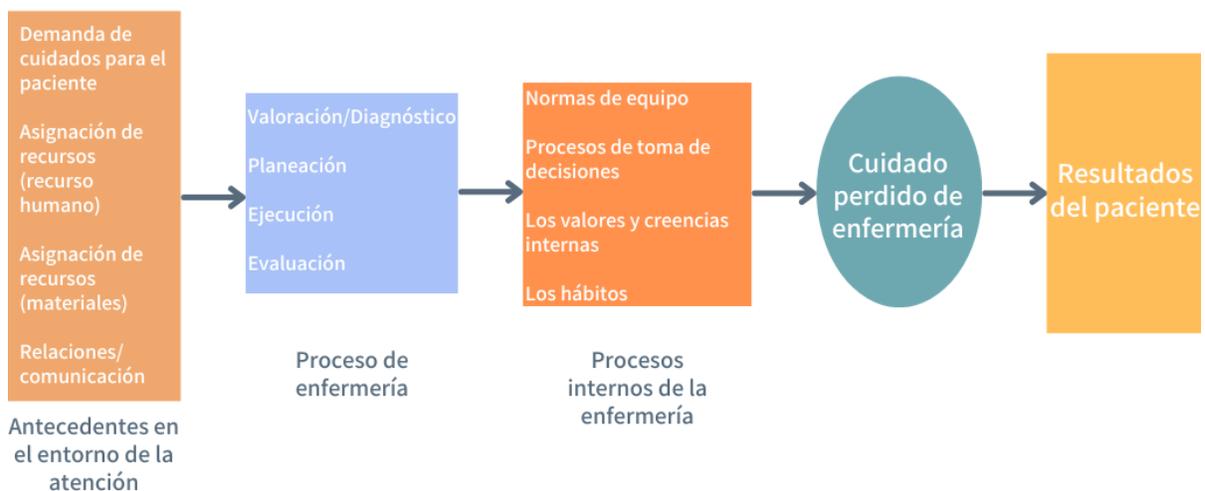


Ilustración 7 Basado en Modelo del Cuidado Perdido de Enfermería. (2) Adaptación y traducción por Aymmé Martínez.

Este modelo se divide en tres grandes módulos

- Estructura: Refiere a la estructura hospitalaria, incluye a recursos humanos y su trabajo interdisciplinario, los recursos materiales, las normas y protocolos de trabajo, así como la organización laboral.
- Proceso: Comprende todas las actividades involucradas en los hospitales, es decir, la valoración, planeación, ejecución y evaluación que rigen el desarrollo del trabajo hospitalario.

- Resultados: Identifica y evalúa el proceso y desarrollo del trabajo hospitalario, desde la percepción del profesional de enfermería y los pacientes.

En este sentido, el Cuidado Perdido de Enfermería ocurre durante el proceso debido a múltiples circunstancias que están ligadas a la estructura, al proceso o por omisiones individuales del personal de enfermería. Este modelo nos sirve para identificar las razones del CPE así como los cuidados de enfermería que se omiten y cómo da lugar a la calidad del cuidado.

Ahora bien, es importante destacar la percepción que tienen los usuarios respecto a los cuidados de enfermería, el siguiente modelo destaca la experiencia que están viviendo o que ya vivieron los pacientes y los cuidadores primarios, así como la evaluación y resultados de la calidad de los cuidados.

Finalmente, permite extender la valoración y percepción de los cuidados de enfermería, ya que no se limita a señalar si el paciente está o no satisfecho con la atención que recibió durante su estancia hospitalaria, y se apega al instrumento de valoración utilizado para la evaluación del CPE, MISSCARE para pacientes o cuidadores primarios, teniendo así un modelo gráfico que facilita el entendimiento del fenómeno del CPE y su relación con la percepción de los usuarios.

Modelo de relación CPE-Percepción



Ilustración 8 Modelo complementario de relación del Cuidado Perdido de Enfermería y la Percepción de cuidado. Construcción propia, basado en el Modelo de investigación: Cuidado Perdido, Ambiente Laboral y Calidad del Cuidado. Zárte, Mejía.

Cuidado Perdido de Enfermería en pacientes pediátricos

Importancia del cuidado perdido en pacientes pediátricos

El cuidado perdido en pacientes pediátricos es de especial interés debido a las características sociodemográficas y fisiológicas de este grupo etario. Algunos autores como González A., Tubbs Cooley, Moreno M. y Lake han tenido un particular interés en el tema por la vulnerabilidad de los niños, los cuales en algunos casos, no pueden ser capaces de expresar de manera específica sus síntomas para recibir la atención necesaria, especialmente cuando las familias no están presentes.

Diversos estudios han encontrado que el cuidado perdido ocurre en intervenciones básicas lo cual se asocia, por ejemplo, a que son cuidados no tan especializados, la carga de trabajo o requieren dedicar más tiempo a cada paciente, lo que finalmente, termina generando un impacto negativo afectando a su vez los resultados del paciente.(22)

De acuerdo a la teoría de necesidades desarrollada por Virginia Henderson existen tres razones en las cuales la enfermería juega diversos roles en el ejercicio del cuidado como: suplente, educador y/o acompañante. La enfermería se centra en proporcionar cuidados profesionales a las personas, para satisfacer las necesidades básicas cuando no pueden hacerlo solas, por estar enfermas o por carecer del conocimiento, habilidad o motivación necesaria.(80) En el caso específico del paciente pediátrico, todas las fuentes de dificultad o áreas de dependencia se ven alteradas por las características inherentes a la edad.

Por lo tanto, el cuidado de enfermería en pediatría es de suma importancia y las omisiones del mismo generan un impacto negativo en el desarrollo del paciente pediátrico, debido a esto requieren que sus cuidadores y el personal de salud los ayuden a mejorar/alcanzar su bienestar supliendo o acompañando sus cuidados.

Instrumentos MISSCARE

Se han desarrollado diversos instrumentos para estudiar el cuidado perdido(21,81–87), la primera versión fue creada por B. Kalisch en el año 2009.(81) El presente estudio utiliza como eje el instrumento antes mencionado. En México durante el año 2015 se llevó a cabo la primera validación y prueba piloto del instrumento en su versión al español.(83)

Con el objetivo de extender el estudio del Cuidado Perdido de Enfermería se realizaron las adaptaciones necesarias para su análisis en poblaciones pediátricas. Algunas de estas adaptaciones se hicieron con base en las necesidades específicas que requieren los pacientes pediátricos, y tomaron en cuenta que los cuidados que se les realizan pueden diferir de los que reciben los adultos.

Además uno de los principales objetivos del instrumento MISSCARE era considerar que debe contar con un lenguaje claro y sencillo para que el cuidador primario pueda responder. También se debía incluir la participación del cuidador primario en las actividades evaluadas. (87,88)

En la siguiente tabla se exponen las diferentes adaptaciones del MISSCARE en distintos países, su nivel de confiabilidad reportado así como se puede notar el año de su aprobación, finalmente, la tabla contiene diferentes versiones según la población que evalúa.

Tabla 2 Versiones y adaptaciones del instrumento MISSCARE

ESTUDIO	INSTRUMENTO	ALPHA DE CRONBACH
Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care(81) 2009	MISSCARE Survey Primer versión	CPE: 0.91/0.89 Razones del CPE Comunicación 0.851 R. Humanos 0.693 R. Materiales 0.708
The Misscare Survey-Turkish: Psychometric properties and findings(82) 2012	MISSCARE Survey Versión turca	CPE: 0.911 Razones CPE Comunicación: 0.911 R. Humanos: 0.765 R. Materiales: 0.688
Missed nursing care in hospitalized patients(83) 2015	MISSCARE Survey Versión español	CPE: 0.89 Razones del cuidado perdido: 0.90
Validation of the MISSCARE-BRASIL survey – A tool to assess missed nursing care(84) 2017	MISSCARE Survey Versión brasileña	Rango de 0.77-0.90
MISSCARE Survey - Italian Version: findings from an Italian validation study(85) 2017	MISSCARE Survey Versión italiana	CPE: 0.94

Exploring the Influence of Nursing Work Environment and Patient Safety Culture on Missed Nursing Care in Korea(86) 2018	MISSCARE Survey Versión coreana	CPE: 0.87
Adaptation of the MISSCARE survey to the maternity care setting(21) 2019	MISSCARE Survey Adaptación al cuidado materno	CPE: 0.99 Razones del CPE Comunicación: 0.963 R. Humanos: 0.959
Cuidado de enfermería perdido percibido por madres de pacientes pediátricos hospitalizados(87) 2020	MISSCARE Survey Adaptación para madres de pacientes pediátricos	CPE: 0.85
Versiones y adaptaciones del instrumento MISSCARE. Construcción propia.		

Instrumento MISSCARE para cuidadores primarios

El instrumento MISSCARE para cuidadores primarios consta de un apartado para recolección de datos personales sociodemográficos, una sección más de satisfacción, seguido de preguntas relacionadas a los cuidados de enfermería correspondientes a cuatro dimensiones:

- Necesidades individuales
- Cuidado básico
- Planificación del alta y educación al paciente
- Evaluaciones continuas.

Necesidades individuales

Las necesidades individuales se refieren a todas aquellas actividades que se realizan para brindar autocuidado y soporte emocional, se orientan en tratar respuestas humanas para resolver situaciones con afectaciones a la salud.(87)

En el instrumento se encuentran los siguientes ítems: Administración de medicamentos, apoyo emocional al paciente y/o familia, respuesta al llamado de un paciente, administración de medicamentos por razón necesaria, evaluación de eficacia de los medicamentos, asistencia a evaluaciones interdisciplinarias y apoyo para ir al baño.

Cuidado básico

El cuidado básico son aquellas actividades esenciales para preservar la vida y se brindan cuando el paciente no tiene autonomía para satisfacerlas.(87)

Dentro de estas intervenciones se evalúan: Asistencia para la deambulaci3n, cambios de postura, alimentaci3n del paciente, verificaci3n de la dieta, ba1o y cuidado de la piel, cuidado de la boca, lavado de manos y cuidado de heridas.

Planificaci3n del alta y educaci3n al paciente

Los cuidados de planificaci3n del alta y educaci3n al paciente, corresponden a la orientaci3n que se le otorga al usuario y a su familiar de manera continua y personalizada. Esta debe iniciar desde el momento del ingreso de los pacientes a la unidad hospitalaria y durante toda la estancia, para que al egreso se refuercen las medidas necesarias para favorecer la continuidad del cuidado en el domicilio y mantener o mejorar los resultados de salud posteriores al alta.(87)

En esta dimensi3n del instrumento se evalúan los siguientes ítems: Educaci3n al paciente acerca de su enfermedad, pruebas y estudios para diagn3stico, así como la elaboraci3n del plan de alta.

Evaluaciones continuas

Como parte del proceso de atención de enfermería es necesario llevar a cabo evaluaciones continuas para la toma adecuada de decisiones cuando el estado de salud del paciente se modifica.(87)

En esta dimensión se evalúan las siguientes intervenciones: Evaluación de signos vitales, balance de líquidos, registro de datos necesarios, monitorización de niveles de glucosa, evaluaciones por turno, reevaluación del paciente, cuidado y evaluación de accesos vasculares así como equipo de soluciones IV.

Por su parte, el instrumento cierra con una sección de preguntas enfocadas a los factores determinantes relacionados al cuidado perdido que corresponden a tres dimensiones: factores relacionados con recursos humanos, recursos materiales y la comunicación.

Factores relacionados con los recursos humanos

Los factores relacionados a los recursos humanos corresponden a las características del personal, la dotación, horarios laborales, experiencia y nivel de competencia en la profesión.(87)

En esta dimensión se evalúan los siguientes factores: Personal insuficiente, situaciones de urgencia, aumento inesperado de pacientes o de carga de trabajo, personal de apoyo insuficiente, asignación de pacientes desequilibrada, deficiencia en el cuidado proporcionado de otros departamentos, enfermera no disponible y demasiados cuidados a pacientes que ingresan/egresan.

Factores relacionados con recursos materiales

Los factores relacionados con los recursos materiales se refieren a la disponibilidad de todos los insumos y dispositivos médicos necesarios para la atención.(87)

Se evalúan factores como: Medicamentos no disponibles, equipo médico no disponible y equipo médico no funcional.

Factores relacionados con la comunicación

Finalmente la última sección corresponde a los factores asociados a la comunicación. Es decir, son las relaciones interpersonales con el equipo multidisciplinario para tener una mejor planeación de los cuidados.(87)

Son evaluados los siguientes ítems: La falta de claridad en las indicaciones médicas, falta de apoyo entre el personal del servicio, problemas de comunicación con otros departamentos auxiliares, problemas de comunicación entre el personal de enfermería, problemas de comunicación con el personal médico y con el personal auxiliar de enfermería.

Marco referencial

Antecedentes del cuidado perdido en pediatría

Existe poca evidencia científica relacionada con el cuidado perdido de enfermería en pacientes pediátricos desde la percepción del cuidador primario. En los últimos 5 años se encontraron 4 estudios relacionados al tema. En países como Estados Unidos y Canadá se reportaron 3 artículos donde señalan que los cuidados de enfermería que se omiten con mayor frecuencia son los cuidados básicos, educación y plan de alta, así como apoyo emocional tanto para el cuidador primario como para el paciente pediátrico.

En un estudio transversal, realizado en 2017 por Lake y colaboradores en Estados Unidos en 223 hospitales de 4 estados. Se encontró que de las enfermeras quienes participaron (n=2149), omitían más de un cuidado, entre los que tuvieron mayor frecuencia fueron el plan de cuidados, medidas de confort, educación al paciente o apoyo emocional. Los de menor frecuencia fueron el manejo de dolor, tratamientos y procedimientos necesarios, además el CPE se incrementó hasta en un 20% en entornos laborales desfavorables.(89)

Por otra parte en 2018, Tubbs-Cooley en colaboración con diversos autores, dieron a conocer un estudio prospectivo realizado en una unidad de cuidados intensivos

neonatales, cuyo objetivo era conocer la incidencia del cuidado perdido y su asociación con la carga de trabajo de los profesionales de enfermería.

En dicha investigación participaron 136 enfermeras y enfermeros quienes cuidaban a 418 pacientes pediátricos en distintos turnos. El cuidado perdido reportado se centró en la evaluación del sitio de punción (20.4%), prevención de la infección del catéter venoso (15.5%), alimentación (7.5%), evaluación del paciente (7.2%), toma de muestras (7%), participación de los cuidadores (6.7%), prevención de infecciones asociadas a ventilación mecánica (5.3%), entrega de turno (3.4%), verificar los 6 correctos para la ministración de medicamentos (3.2%), doble verificación en medicamentos de alto riesgo (3.2%) y control de los equipos y alarmas (1.8%).(90)

Durante el año de 2019 Ogboenyiya y colaboradores, realizaron una revisión sistemática de artículos relacionados con el cuidado perdido en países como Estados Unidos, Canadá, Irlanda, Israel y Kenia, abarcando un periodo de tiempo de 13 años hasta ese punto, los cuales utilizaron distintos tipos de diseño como descriptivo, correlacional, prospectivo, cualitativo o ensayo controlado aleatorio. Los instrumentos utilizados en dichas investigaciones fueron la encuesta MISSCARE de Kalisch, la encuesta del personal de enfermería RN4CAST y la encuesta de racionamiento de cuidados de enfermería neonatales NEWRI.(91)

La revisión de los estudios arrojó que las siguientes actividades de enfermería fueron las más omitidas, especialmente al término de turno de trabajo: Cuidado de la boca, alimentación, higiene, planeación del alta, educación y apoyo para los cuidadores. En unidades de cuidados intensivos neonatales se reportó que se omiten hasta 36% de los cuidados. Además se menciona que es menor el nivel de cuidado perdido en pacientes pediátricos y neonatales comparado con pacientes adultos (donde se reporta un 55-98%).(91)

En México se llevó a cabo una investigación descriptiva correlacional, acerca de la percepción de las madres sobre el cuidado perdido. Participaron 162 madres de pacientes pediátricos que se encontraban hospitalizados en una institución pública, utilizando el instrumento MISSCARE. Se encontró que los cuidados que más se

pierden son la ministración de medicamentos en el horario que corresponde (97.5%), apoyo emocional (94.4%), evaluación de tratamiento (94.4%), cuidado de la boca (82.1%), lavado de manos (82.1%) y cuidado de la piel (71.6%).(87)

Las madres que participaron en la encuesta atribuyen que principalmente la razón por la cual se percibe mayor cuidado perdido es el aumento del número de pacientes (47%), seguido de las situaciones de urgencia (34.5%).(87)

Con estos datos recabados, podemos destacar que existen altas cifras de CPE en pacientes pediátricos, sin embargo, estas cifras dependen del contexto social y económico de los países analizados. En el caso de México, podemos identificar que existe una enorme necesidad de ajustar la estructura hospitalaria para que el trabajo de enfermería sea de mejor calidad y que con esto, se reduzcan los índices de CPE, así como los eventos adversos que derivan de él.

Es importante que se realice más trabajo de investigación para alcanzar ese objetivo y de esta forma poder identificar hacia dónde se deben dirigir las estrategias de mejora en la atención de la salud.

METODOLOGÍA

IV. Metodología

Tipo de estudio y diseño

El estudio que se realizó fue de corte cuantitativo, con un diseño observacional, transversal y prospectivo.

Población y muestra

El universo estuvo conformado por cuidadores primarios de pacientes pediátricos que se encontraban hospitalizados en un hospital de tercer nivel de atención de la Ciudad de México.

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, con una muestra final de 147 cuidadores primarios de pacientes pediátricos hospitalizados, encuestados cara a cara en un hospital de tercer nivel de atención en el periodo de enero a diciembre de 2019.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Cuidador primario de paciente pediátrico hospitalizado con un mínimo de 72 horas.
- Cuidador primario de paciente pediátrico hospitalizado que haya leído y aceptado participar en la investigación.

Criterios de exclusión

- Cuidador primario de paciente pediátrico hospitalizado que esté en un servicio de corta estancia

Criterios de eliminación

- Instrumento MISSCARE para madres donde se encontraran 4 o más ítems sin respuesta

Variables de investigación

Variable principal:

- Cuidado perdido: Cualquier aspecto del cuidado perdido de enfermería que se omite o se retrasa parcial o totalmente.(11) Sus dimensiones son: necesidades individuales, planificación del alta y educación al paciente, cuidado básico y evaluaciones continuas.
- Razón del CPE: Son factores determinantes relacionados al CPE. Sus dimensiones son: recursos humanos, recursos materiales y comunicación.

Variables intervinientes

- Edad: Tiempo que ha vivido una persona.(92)
- Sexo: Conjunto de características biológicas que determinan lo que es un macho o una hembra en la especie humana.(93)
- Escolaridad: Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.(94)

Tabla 3 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL		
Cuidado perdido de enfermería	Cualquier aspecto del cuidado de enfermería que se omite o se retrasa parcial o totalmente.(2)	Frecuencia con la que el personal de enfermería le realiza los siguientes cuidados a su hijo mientras está hospitalizado.	INDICADOR	ÍTEM
			Necesidades individuales	5, 10, 19, 20, 21, 22, 23
			Planificación del alta y educación al paciente	9 y 14
			Cuidado básico	1, 2, 3, 4, 11, 12, 13 y 24
			Evaluaciones continuas	6, 7, 8, 15, 16, 17 y 18
Razones significativas	Factores determinantes relacionados al CPE.	Razones por las que considera que los cuidados de enfermería no se le realizan a su hijo.	INDICADOR	ÍTEM
			Recursos humanos	32, 33, 34, 35, 36, 39, 47 y 48
			Recursos materiales	37, 40 y 41
			Comunicación	38, 42, 43, 44, 45 y 46

Tabla 4 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	NIVEL DE MEDICIÓN	CÓDIGO DE VALOR
Servicio	Unidad institucional en la que se brinda un tratamiento médico y/o quirúrgico, especializado en distintas disciplinas.	Servicio del hospital donde se le está atendiendo a su hijo.	Cualitativo	Nominal	
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. (95)	Número de años que ha asistido a la escuela.	Cualitativo	Años concluidos / =, >, <, 0 absoluto Ordinal	Dato duro / 0-Ninguno 1-Primaria 2- Secundaria 3- Preparatoria 4- Licenciatura 5- Posgrado
Edad	Tiempo que ha vivido una persona. (96)	Años de vida cumplidos hasta el momento.	Cuantitativa	Escalar	Dato duro
Sexo	Conjunto de características biológicas que determinan lo que es un macho o una hembra en la especie humana. (93)	Sexo correspondiente a características biológicas.	Cuantitativo	Nominal	Mujer Hombre

Instrumento de recolección de datos

La encuesta utilizada deriva de MISSCARE Survey, diseñada por Kalisch y Williams, originalmente en idioma inglés y validada en Estados Unidos, la cual tiene un alfa de Cronbach de 0.91(19)

Se trabajó con la encuesta MISSCARE en español para madres (los cuidadores primarios), la cual fue utilizada en el proyecto de investigación “Cuidado perdido, ambiente laboral y eventos adversos PAPIIT IN 306419”, que tiene un alfa de Cronbach de 0.85(87), está distribuida de la siguiente manera:

1. Datos sociodemográficos (ítems 1 a 5) y nivel de satisfacción (ítems 6 y 7)
2. Cuidado de Enfermería Perdido, consta de 24 ítems, divididos en 4 dimensiones:
 - a. Intervenciones de Necesidades individuales, ítems: 12, 17, 26, 27, 28, 29 y 30
 - b. Intervenciones de Planificación del alta y educación al paciente, ítems: 16 y 21
 - c. Intervenciones de Cuidado básico, ítems: 8, 9, 10, 11, 18, 19, 20 y 31
 - d. Intervenciones de Evaluaciones continuas, ítems: 13, 14, 15, 22, 23, 24 y 25.
3. Razones significativas para el Cuidado de Enfermería Perdido, consta de 17 ítems, divididos en 3 dimensiones:
 - a. Factores relacionados con el recurso humano, ítems: 32, 33, 34, 35, 36, 39, 47 y 48
 - b. Factores relacionados con recursos materiales, ítems: 37, 40 y 41
 - c. Factores relacionados con la comunicación, ítems: 38, 42, 43, 44, 45 y 46.

Proceso de recolección de datos

Éste trabajo forma parte del proyecto de investigación “Cuidado perdido, ambiente laboral y eventos adversos PAPIIT IN 306419”, fue sometido a validación del comité

de ética e investigación de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM (actualmente Facultad de Enfermería y Obstetricia), así como en el hospital de tercer nivel que fue seleccionado.

Luego de la aprobación se dirigió a la institución de salud, para solicitar la revisión de las hojas de enfermería con la jefa o jefe de servicio, con el propósito de identificar a los pacientes que cumplieran los criterios de inclusión y así poder elegir a los posibles participantes.

Teniendo identificados a los candidatos, se les entregó un consentimiento informado a los cuidadores primarios de pacientes pediátricos, consentimiento informado para el adolescente y asentimiento informado para niños y niñas, los últimos dos de haber sido posible su aplicación.

Se hizo del conocimiento que la participación en la recolección de datos era anónima y voluntaria, que se protegerían en todo momento sus datos y se podía abandonar el proyecto en el momento que decidieran sin comprometer la atención de su paciente.

Posteriormente, se les explicó la forma en que se debía llenar la información del instrumento de recolección (MISSCARE en español para madres , de Kalisch) y se realizó la aplicación a quienes aceptaron, todo durante tiempos convenientes que no interfirieran o retrasaran actividades que pudiera realizar el cuidador primario mientras se encontraba en los distintos turnos.

Finalmente, se verificó que la encuesta tuviera el llenado de información solicitado para su uso adecuado.

Análisis estadístico

Se realizó la captura de los datos obtenidos de las encuestas en el sistema de bases de datos IBM SPSS Statistics v25, donde se etiquetaron los datos perdidos "99" y posterior a la limpieza de la base, se eliminaron los casos que tuvieron 4 o más datos perdidos.

Seguido de ese proceso se realizó la recategorización de variables correspondientes para poder continuar con el análisis de estadística descriptiva e inferencial. Cada ítem de CPE se recodificó en una variable binaria (0 y 1), en donde 0 es cuidado realizado y 1 cuidado perdido. Por último, se sumaron los ítems por dimensión y puntaje total, calculando un índice en una escala de 0-100.

Para el análisis inferencial, se realizó una prueba *ANOVA de un factor*, para comparar el índice de cuidado perdido global, así como el de cada una de sus dimensiones por características sociodemográficas como: edad y escolaridad. También se realizó una prueba *T de Student* para comparar la percepción entre hombres y mujeres, del índice de cuidado perdido global y por dimensiones.

A continuación, se realizó una prueba *ANOVA de un factor*, a fin de comparar el índice de razones significativas y sus dimensiones, por edad y escolaridad. De la misma manera, se realizó una prueba *T de Student* para comparar estas razones, así como sus tres dimensiones, entre hombres y mujeres.

Lineamientos éticos

Este trabajo de investigación se realizó de acuerdo con los lineamientos señalados en el Informe de Belmont “Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación”.(97) También, derivado de la Ley General de Salud, se tomó en cuenta el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, con enfoque en el Capítulo III. De la Investigación en Menores de Edad o Incapaces.(98)

Además se consideraron los cuatro principios de bioética en la práctica de enfermería: no maleficencia, beneficencia, autonomía o libertad de decisión y justicia.(99)

1. *Principio de no maleficencia.* Este trabajo de investigación se realizó a través de la recolección de datos, por medio de encuestas, en donde se explicó a los cuidadores primarios que la información solicitada sería confidencial y no implicaría algún riesgo para ninguna de las partes.

2. *Principio de beneficencia.* Este trabajo de investigación tiene como objetivo la creación de planes de mejora en protocolos de cuidado y cuestiones de calidad de los servicios de enfermería, no solo en beneficio de los participantes, sino también para la sociedad.
3. *Principio de autonomía o de libertad de decisión.* A través del consentimiento informado que se extendió a los participantes se reafirmó que podían permanecer o abandonar su colaboración en este proyecto sin consecuencias en la atención médica que reciben.
4. *Principio de justicia.* En este trabajo de investigación se mantuvo la equidad de la selección de la muestra a conveniencia, además se preservó la seguridad de los datos de los participantes (cuidador primario y paciente pediátrico).

RESULTADOS

V. Resultados

Para dar respuesta a la pregunta de investigación, en el presente capítulo se describen en principio las características demográficas de la muestra, posteriormente se analizan los índices de Cuidado Perdido de Enfermería en pacientes pediátricos hospitalizados y las razones significativas para su ocurrencia. Finalmente, se muestra un análisis inferencial.

Características demográficas

La muestra fue de 147 cuidadores primarios de pacientes pediátricos hospitalizados en un hospital de tercer nivel de atención en la Ciudad de México. La media de edad de los cuidadores fue de 35 años con una desviación estándar de 9.045, con un rango de edad que va desde los 18 años hasta los 61 años. En relación con el sexo, el 14% son hombres y el 86% son mujeres. 39% contaban como último grado de estudios la secundaria, 28% preparatoria, 20% primaria y 11% licenciatura. La media de días de hospitalización fue de 32, con un mínimo de 3 días y máximo de 545. Tabla 5.

Tabla 5 Características demográficas de cuidadores primarios

<i>n</i> = 147	Media o %	Intervalo de Confianza 95%	
		Inferior	Superior
Sociodemográficos			
Edad (años), media	34.80	33.33	36.28
18-28	24.5	18.17	32.15
29-38	44.2	36.34	53.40
39-48	23.8	17.57	32.42
49-61	7.5	4.17	13.06
Sexo			
Mujer	86.4	79.78	91.08
Hombre	13.6	08.92	20.21
Nivel de estudios			
Ninguno	1.4	0.03	05.33
Primaria	19.7	14.03	27.02
Secundaria	38.8	31.19	46.95
Preparatoria	28.6	21.80	36.46

Licenciatura	10.9	06.74	17.09
Posgrado	.7	0.009	04.74
Hospitalización (días), media	31.79	17.60	45.98
Satisfacción			
Si	88.4	82.12	92.71
No	11.6	07.28	17.87

Cuidado Perdido de Enfermería en pacientes pediátricos hospitalizados

El cuidado perdido de enfermería se midió con el instrumento en español MISSCARE para madres, que constó de 24 ítems en una escala tipo Likert, en donde 1= Nunca se pierde el cuidado y 5= Siempre se pierde el cuidado. Cada ítem se recodificó en una variable binaria (0 y 1), en donde 0 es cuidado realizado y 1 cuidado perdido. Por último, se sumaron los ítems por dimensión y puntaje total, calculando un índice en una escala de 0-100.

El **índice global de cuidado perdido** percibido por los cuidadores primarios de pacientes pediátricos hospitalizados fue de 20.36 (IC_{95%} 16.89-23.83). Por dimensión, con mayor pérdida o retraso están los cuidados de **cuidado básico** 24.23 (IC_{95%} 20.24-28.23), seguido por cuidados de **necesidades individuales** 12.79 (IC_{95%} 9.53-16.05), **planificación del alta y educación al paciente** 9.86 (IC_{95%} 6.09-13.64) y por último, cuidados relacionados con la **evaluación continua** 3.74 (IC_{95%} 1.39-6.10). Tabla 6.

Tabla 6 Cuidado perdido de enfermería global y por dimensiones

<i>n</i> = 147	Media, %	Intervalo de Confianza 95%	
		Inferior	Superior
Media, %			
Global	20.36	16.89	23.83
Necesidades individuales	12.79	9.53	16.05
Educación y Plan de Alta	9.86	6.09	13.64
Cuidado básico	24.23	20.24	28.23
Evaluación continua del cuidado	3.74	1.39	6.10

En relación con la dimensión **de necesidades individuales**, el cuidado con mayor proporción que se pierde u omite son *evaluación con visitas multidisciplinarias* y

ayuda para ir al baño (22.4%), seguido de ministración de medicamentos (5.4%) y ministración de medicamentos por razón necesaria (4.8%). Y el cuidado con menor proporción es apoyo emocional (2%). Ilustración 9

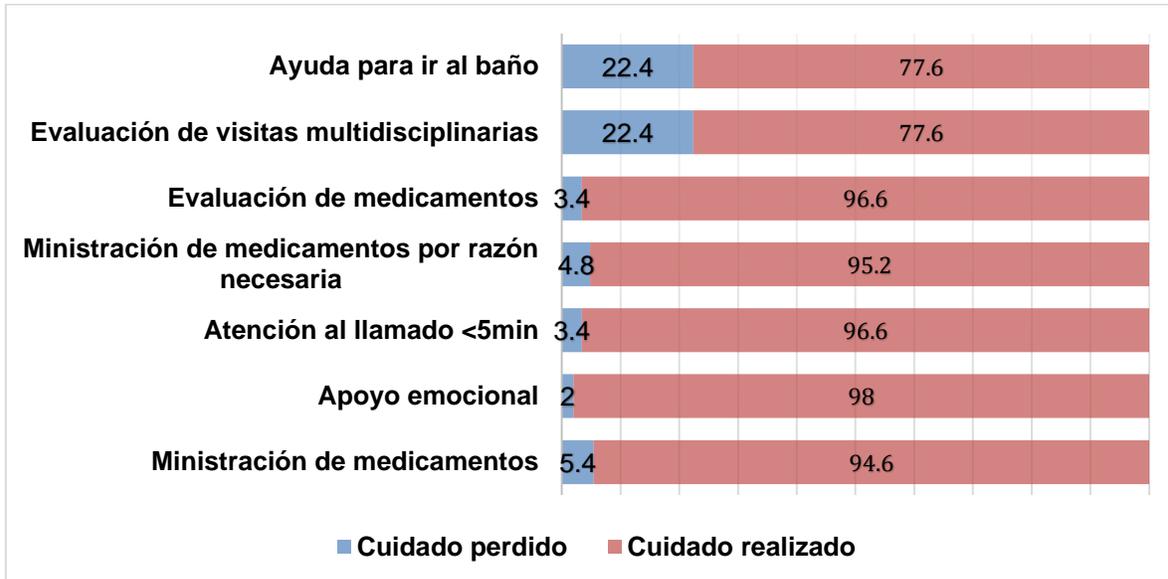


Ilustración 9 CPE dimensión necesidades individuales, por ítem

Por otro lado, la orientación sobre la dimensión de **planificación del alta y educación al paciente** se pierde en un 9.86%. En cuanto a la *educación para la salud* durante la hospitalización del paciente pediátrico, el cuidador primario percibe que se pierde el 10.2%, y la *planificación del alta hospitalaria* el 9.5%. Ilustración 10

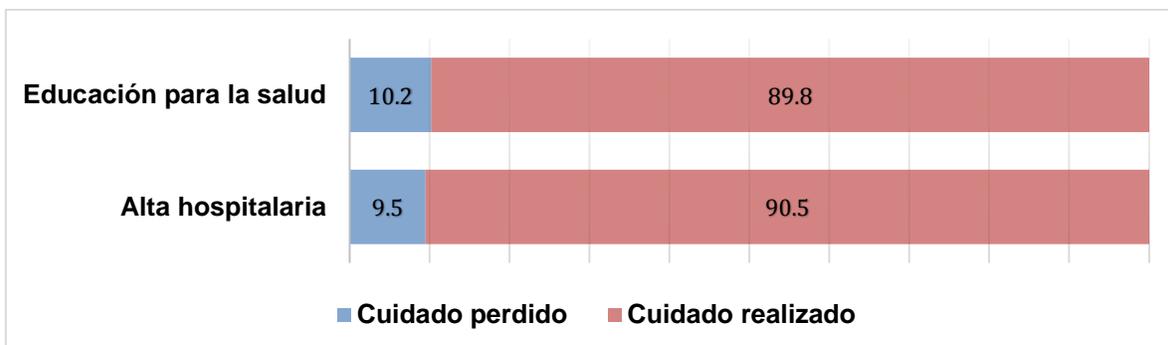


Ilustración 10 CPE dimensión planificación del alta y educación al paciente, por ítem

En la dimensión de **cuidado básico**, se pierden con mayor proporción los cuidados relacionados con el *apoyo para el lavado de manos* (45.6%), *cuidado de la boca*

(44.9%), *apoyo al caminar* (32%), *cambio de posición* (25.9%) y *verificar dieta indicada* (18.4%). Ilustración 11

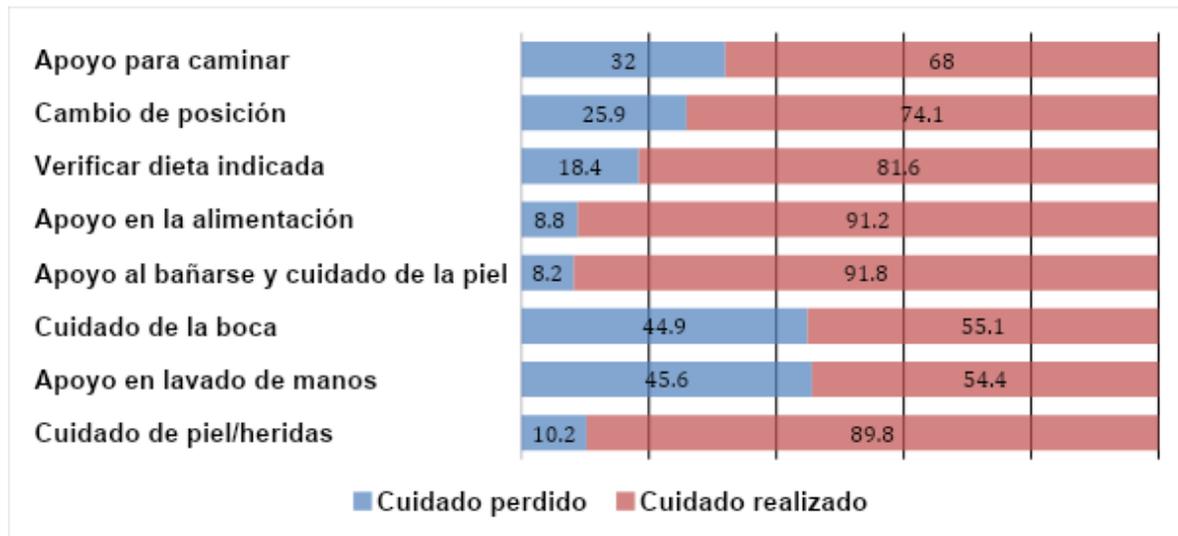


Ilustración 11 CPE dimensión cuidados básicos, por ítem

Por último, la dimensión **evaluaciones continuas**, *la toma de glucosa* se pierde en mayor proporción (5.4%), seguido de *registro de hoja de enfermería* (1.4%) y *la revisión del sitio de inserción del catéter venoso* (.7%). Ilustración 12

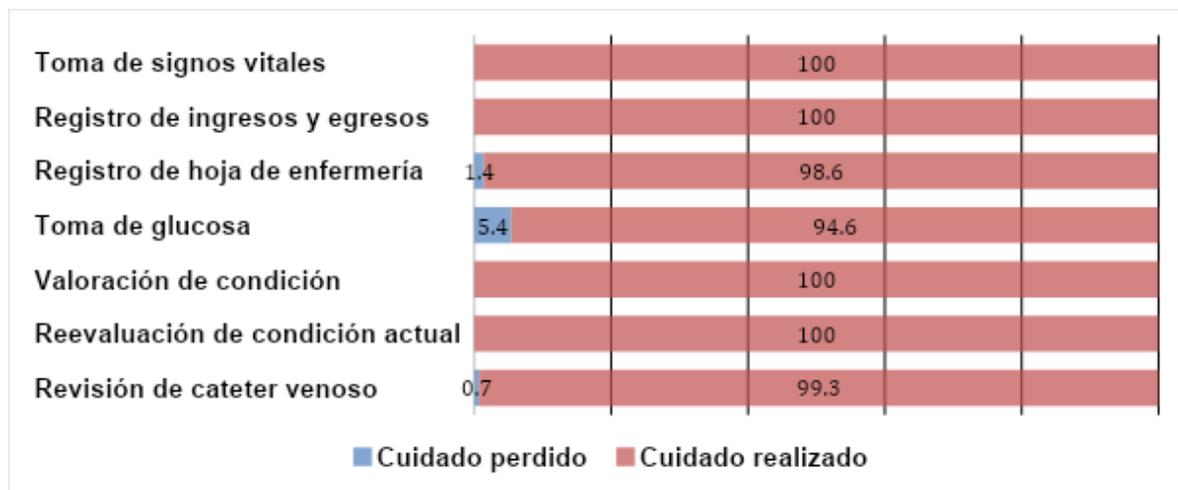


Ilustración 12 CPE dimensión evaluaciones continuas, por ítem

Razones del Cuidado Perdido de Enfermería en pacientes pediátricos hospitalizados

El apartado B del instrumento en español MISSCARE para madres, consta de 17 ítems de las razones por las cuales el cuidador primario del paciente pediátrico hospitalizado percibe que se pierde o retrasa el cuidado. Con una escala tipo Likert en donde 1=No es una razón y 4=Es una razón significativa. Cada ítem se recodificó en una escala binaria (0 y 1), en donde 0=No es una razón y 1=Es una razón significativa. Por último se sumaron los ítems por dimensión y puntaje total, calculando un índice en una escala de 0-100.

El **índice global de las razones significativas** del cuidado perdido fue de 75.67 (IC_{95%} 70.88-80.46). En cuanto a sus dimensiones, la que se percibe como mayor razón significativa para que se pierda el cuidado es la relacionada con los **recursos humanos** (79.51%), seguido de los **recursos materiales** (75.28%) y finalmente la **comunicación** (70.75%). Tabla 7.

Tabla 7 Razones significativas del cuidado perdido de enfermería

<i>n</i> = 147	Media, %	Intervalo de Confianza 95%	
		Inferior	Superior
Media, %			
Global	75.67	70.88	80.46
Recursos Humanos	79.51	74.83	84.18
Recursos Materiales	75.28	69.38	81.18
Comunicación	70.75	65.01	76.49

En relación con la dimensión de **recursos humanos**, el 75.67% de los cuidadores primarios perciben que el cuidado perdido de enfermería se debe por el *aumento inesperado de pacientes* (87.8%), *situaciones de urgencia del paciente* (85.7%), *insuficiente personal de apoyo* (85%). Ilustración 13

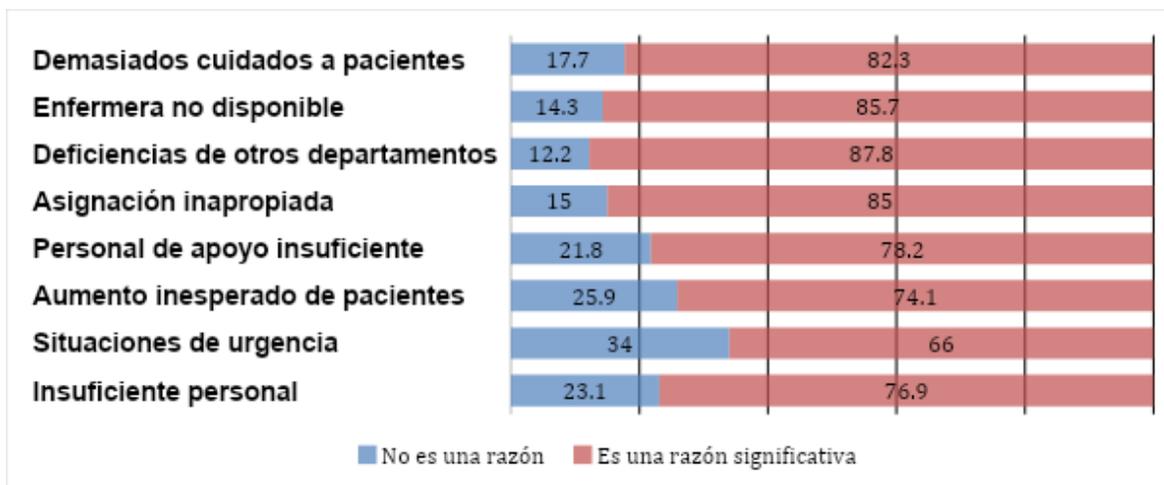


Ilustración 13 Razones significativas del cuidado perdido, dimensión recursos humanos, por ítem

En cuanto a los **recursos materiales** por los que se pierde o retrasa el cuidado de enfermería, la principal razón es que los *medicamentos no están disponibles* (78.9%), seguido de que el *equipo médico no está disponible* (76.2%) y el *equipo médico no funciona* (70.7%). Ilustración 14

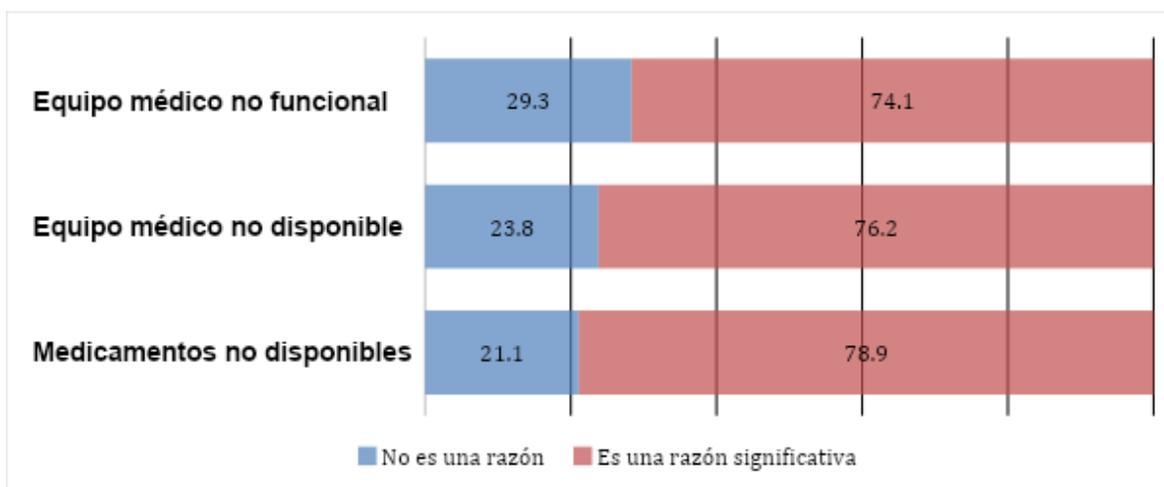


Ilustración 14 Razones significativas del cuidado perdido, dimensión recursos materiales, por ítem

Finalmente, en la dimensión de **comunicación**, el 76.9% de los cuidadores primarios percibieron que es debido a la *falta de claridad en las indicaciones médicas* que se pierde el cuidado, además de los *problemas con otros departamentos* (74.8%) y la *falta de apoyo entre el personal* (72.8%). Ilustración 15

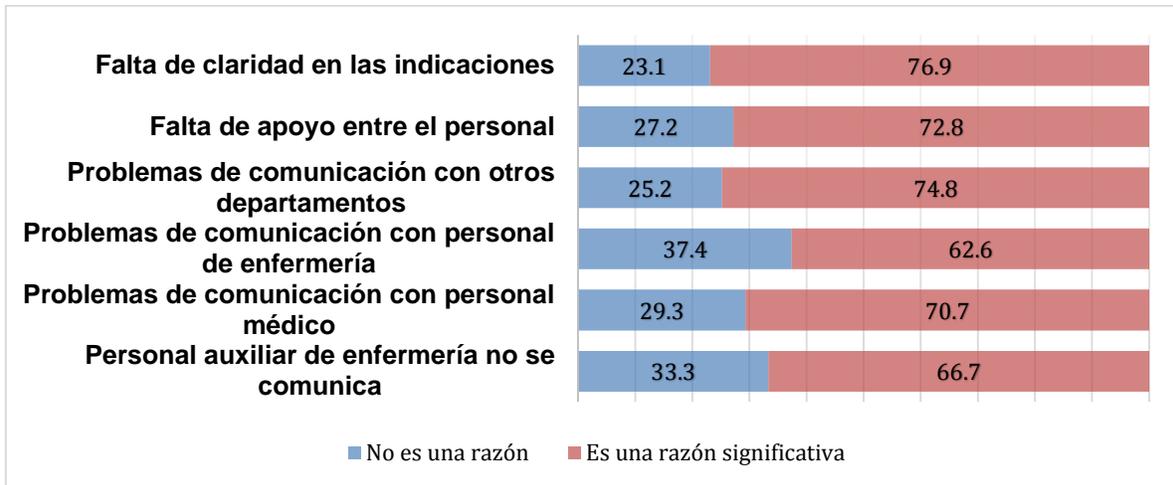


Ilustración 15 Razones significativas del cuidado perdido, dimensión comunicación, por ítem

Cuidado Perdido de Enfermería en pacientes pediátricos hospitalizados, análisis inferencial

Se realizó una prueba *ANOVA de un factor*, para comparar el índice de cuidado perdido global por rango de edad del cuidador primario (18-28, 29-38, 39-48 y 49-61 años), donde no se encontraron diferencias estadísticas significativas entre grupos ($F=0.058$, $gl=3$, $p=0.981$). Además, con respecto a las dimensiones del cuidado perdido se obtuvieron los siguientes resultados: **necesidades individuales** $F=1.898$, $gl=3$, $p=0.133$, **plan de alta y educación al paciente** $F=0.228$, $gl=3$, $p=0.877$, **cuidados básicos** $F=0.174$, $gl=3$, $p=0.914$ y **evaluaciones continuas** $F=0.276$, $gl=3$, $p=0.843$, es decir, no hay diferencias significativas por grupos de edad.

En relación con el sexo de los cuidadores primarios y el Índice global de Cuidado Perdido, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres (24.06 vs 19.97, $p=0.436$). Ocurrió el mismo caso en la dimensión de **necesidades individuales** (18.95 vs 11.97, $p=0.157$), **plan de alta y educación al paciente** (5.26 vs 10.63, $p=0.211$), **cuidados básicos** (28.95 vs 23.72, $p=0.387$). En cuanto a **evaluaciones continuas**, las mujeres tienen una percepción más elevada de cuidado perdido en esta dimensión en comparación con los hombres (0.00 vs 4.33, $p=0.002$), y esta diferencia es significativa.

También se realizó la prueba *ANOVA de un factor* para identificar diferencias significativas del índice de cuidado perdido global por nivel de estudios (ninguno, primaria, secundaria, preparatoria y licenciatura), en la cual no se encontraron diferencias entre grupos ($F=1.880$, $gl=4$, $p=0.117$). De acuerdo con las cuatro dimensiones del cuidado perdido, en los cuidados relacionados con las **necesidades individuales**, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas percibidas por los cuidadores primarios ($F=1.042$, $gl=4$, $p=0.388$). No se encontraron diferencias estadísticas en la dimensión de cuidados de **plan de alta y educación al paciente** ($F=0.295$, $gl=4$, $p=0.881$). En cuanto a la dimensión de **evaluaciones continuas** tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($F=0.544$, $gl=4$, $p=0.703$). Finalmente en la dimensión de **cuidados**

básicos sí se encontraron diferencias estadísticas ($F=2.671$, $gl=4$, $p=0.035$) los cuidadores que perciben mayor CP en estos cuidados son aquellos con un nivel de estudios de preparatoria comparado con aquellos con un nivel de estudios de secundaria. Tabla 8

Tabla 8 Cuidado perdido de enfermería percibido por el cuidador primario, dimensión cuidados básicos de acuerdo con nivel de estudios

Nivel de estudios	Índice Cuidado Perdido, Cuidados básicos		
	Media, %	Intervalo de Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Ninguno	12.50	-146.33	171.33
Primaria	21.55	13.94	29.17
Secundaria	18.64	13.17	24.11
Preparatoria	33.63*	24.51	42.76
Licenciatura	27.34	13.33	41.36

ANOVA de un factor con prueba Tukey como posthoc, *Preparatoria vs Secundaria, $p=0.021$ También se realizó la prueba ANOVA de un factor para identificar diferencias significativas del índice de cuidado perdido global por nivel educativo (ninguno, básico, medio superior y superior). Se encontró diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de nivel básico vs. nivel medio superior ($F=2.481$, $gl=3$, $p=0.063$), es decir, los cuidadores primarios que tienen nivel de educación medio superior perciben mayor índice de CPE. Tabla 9

Tabla 9 Índice de cuidado perdido de enfermería global percibido por cuidadores primarios por nivel educativo

Nivel educativo	Índice Cuidado Perdido Global		
	Media, %	Intervalo de Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Ninguna	14.29	-76.47	105.04
Básico	17.36	13.30	21.42
Medio superior	27.89*	19.85	35.94
Superior	18.65	9.54	27.96

ANOVA de un factor con prueba Tukey como posthoc, *Medio superior vs. Básico, $p=0.042$.

De acuerdo con las cuatro dimensiones del cuidado perdido, en los cuidados relacionados con las **necesidades individuales**, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas percibidas por los cuidadores primarios ($F=1.388$, $gl=3$, $p=0.249$). No se encontraron diferencias estadísticas en la dimensión de cuidados de **plan de alta y educación al paciente** ($F=0.353$, $gl=3$, $p=0.787$). En cuanto a la dimensión de **evaluaciones continuas** tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($F=0.731$, $gl=3$, $p=0.535$). Finalmente, en la dimensión de **cuidados básicos** sí se encontraron diferencias estadísticas ($F=3.484$, $gl=3$, $p=0.018$), los cuidadores que perciben mayor CP en estos cuidados son aquellos con un nivel de educación medio superior y es diferente a los cuidadores con nivel básico. Tabla 10

Tabla 10 Cuidado perdido de enfermería percibido por el cuidador primario, dimensión cuidados básicos.

Nivel educativo	Índice Cuidado Perdido, Cuidados básicos		
	Media, %	Intervalo de Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Ninguna	12.50	-146.33	171.33
Básico	19.62	15.26	23.98
Medio superior	33.63*	24.51	42.76
Superior	27.34	13.33	41.36

ANOVA de un factor con prueba Tukey como posthoc, *Medio superior vs. Básico, $p=0.012$

Razones significativas del Cuidado Perdido de Enfermería, análisis inferencial

Se realizó una prueba *ANOVA de un factor*, para comparar las razones significativas por las que ocurre el cuidado perdido por rango de edad del cuidador primario. No se encontraron diferencias estadísticas significativas del índice de cuidado perdido global ($F=0.706$, $gl=3$, $p=0.550$), asimismo tampoco comparando los rangos de edad con las dimensiones de las razones significativas: **recursos humanos** ($F=1.296$ $gl=3$ $p=0.278$), **recursos materiales** ($F=0.108$ $gl=3$ $p=0.955$) y **comunicación** ($F=0.441$ $gl=3$ $p=0.724$).

En relación con el sexo de los cuidadores primarios y las razones significativas no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres (75.54 vs 75.59, $p=0.995$). Ocurrió el mismo caso en la dimensión de **recursos humanos** (79.61 vs 79.43, $p=0.980$), **recursos materiales** (73.68 vs 75.33, $p=0.855$) y **comunicación** (71.05 vs 70.60, $p=0.959$), *Prueba T de Student*.

También se realizó la prueba *ANOVA de un factor* para identificar diferencias estadísticas de las razones significativas por nivel de estudios (ninguno, primaria, secundaria, preparatoria y licenciatura), en la cual no se encontraron diferencias entre grupos ($F=0.517$, $gl=4$, $p=0.723$). De acuerdo con las tres dimensiones de razones significativas en las relacionadas con **recursos humanos**, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas percibidas por los cuidadores primarios ($F=0.815$, $gl=4$, $p=0.518$). No se encontraron diferencias estadísticas en la dimensión de **recursos materiales** ($F=0.585$, $gl=4$, $p=0.674$). Finalmente en cuanto a la dimensión de **comunicación** tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($F=0.379$, $gl=4$, $p=0.823$).

VI. Discusión

Para poder mejorar la calidad del cuidado de enfermería, es importante evaluar la percepción de cuidadores primarios, con el fin de trabajar de la mano con ellos y poder integrar un cuidado oportuno, seguro y libre de riesgos. El propósito que tuvo esta investigación fue identificar los cuidados de enfermería que se omiten, así como los que sí se realizan y las razones por las que esto ocurre desde la percepción del cuidador primario de pacientes pediátricos hospitalizados.

Un estudio realizado por González A., Moreno M. y Cheverría S (87) en una institución de salud pública de tercer nivel de atención, ubicada en León Guanajuato, México, encontró que el índice de percepción de CPE global de las madres fue del 42%. Comparado con la presente investigación, se obtuvo 22 puntos menos de CP. Esta diferencia podría ser debido a la ubicación geográfica de los hospitales, ya que en esta investigación se realizó en la Ciudad de México, donde el acceso a los servicios de salud no es tan complejo. A pesar de que ambos hospitales son de tercer nivel, el que se encuentra en la ciudad más grande dispone de mayores recursos(100,101), esta disparidad podría ser una de las razones por las cuales, en la investigación actual, la percepción de CPE es menor. Sobre la equidad en el acceso a los recursos, es fundamental destacar la necesidad de una gestión más eficaz para favorecer a los grupos vulnerables, sin importar su ubicación geográfica. El objetivo es garantizar el derecho a la salud y que todos los usuarios tengan acceso a servicios de calidad.

Los hallazgos de esta investigación demostraron que el cuidado que se pierde en mayor proporción de la dimensión de necesidades individuales, de acuerdo con la percepción de los cuidadores primarios, es la presencia del profesional de enfermería en evaluaciones de visitas multidisciplinarias y la ayuda para ir al baño. Sobre esto en el estudio de González A., antes mencionado, los cuidados que más se pierden son los mismos.(87) En comparación con los resultados de investigaciones realizadas desde la percepción de los enfermeros y enfermeras, se ha señalado que tampoco ellos están presentes en las evaluaciones

multidisciplinarias. Esto podría ser debido a problemas de comunicación entre los profesionales, un mal protocolo de organización que limite el tiempo y espacio para lograr la participación de los involucrados o incluso por falta de recursos humanos, Por lo anterior, es importante añadir que los modelos educativos de las universidades, donde se forman a los profesionales de enfermería, deben hacer énfasis en el trabajo interdisciplinario, con el fin de facilitar el trabajo en equipo dentro de las instituciones de salud.

Por lo que se refiere a la dimensión de planificación del alta y educación al paciente, las madres que participaron en el estudio de González A., perciben que hubo insuficiente educación para el cuidado de la salud de sus pacientes y tampoco se les prepara adecuadamente para el alta hospitalaria.(87) Al igual que en investigaciones relacionadas con el ambiente laboral y la percepción de los profesionales de enfermería, estos cuidados pertenecen a la dimensión con más omisión de cuidados.(102,103) Esta omisión podría tener como causa la falta de capacitación específica para que los enfermeros y enfermeras tengan habilidades de comunicación adecuadas con los cuidadores primarios, incluso por no tener los recursos o tiempo necesarios para poder brindar la información que requieren al momento del alta hospitalaria.(25) Es importante destacar que a diferencia de dichos estudios, en este trabajo de tesis, los cuidadores primarios refieren que los profesionales sí los prepararon adecuadamente.

Acerca de la dimensión de cuidado básico, los usuarios perciben que los cuidados que se pierden en mayor proporción son el apoyo para el lavado de manos, cuidado de la boca, apoyo para caminar, los cambios de posición y la verificación de la dieta indicada. Del mismo modo, en los estudios antes citados se exponen estos mismos cuidados como los más omitidos. Las causas de esta falta de cuidados están descritas por González(87) y Moreno(102) como consecuencia de la poca complejidad en su ejecución y la participación de los familiares en estas actividades, por su parte, en el estudio de Zárate(103) se asocia a un entorno laboral desfavorable. En este sentido, aunque los cuidados básicos son responsabilidad del profesional de enfermería o del apoyo del cuidador, no todos ellos dependen

completamente de su decisión de practicarlos, puesto que en algunos se requiere contar con los insumos necesarios (por ejemplo: gasas, jabón, agua, hidratante corporal, cepillos dentales) para llevarlos a cabo, por lo tanto, si no se cuenta con dichos materiales ejecutarlos no es posible.(104,105) Para lograr solventar estas necesidades, es recomendable sensibilizar al personal de enfermería para que gestione de manera apropiada los recursos con los que cuenta, educar al cuidador primario adecuadamente y aumentar los recursos materiales en la institución.

Podemos entender que las razones significativas por las que ocurre el CPE incluyen los recursos humanos, materiales y la comunicación intrahospitalaria, las cuales, determinan la posibilidad de ejecutar los cuidados. Ahora bien, los cuidadores primarios perciben que el aumento inesperado de pacientes, las situaciones de urgencia y la falta de disponibilidad del personal aumentan el CPE. Este hallazgo es comparable al resultado de González(87) en su investigación, ya que las madres asociaron el CPE al elevado número de pacientes y la carga de trabajo. Moreno(83) coincide señalando que los profesionales de enfermería y los pacientes expresaron que esta es la principal razón. Sobre esto, la UNAM indicó que la deficiencia de recursos humanos de enfermería entorpece el acceso a la salud, en este contexto, la OMS recomienda que se incremente el número de los profesionales en las instituciones hospitalarias.(106) Por esto se propone que tengan mejores condiciones laborales y que aumenten el número de plazas dentro del Sector Nacional de Salud (SNS)(107), esto puede tener como consecuencia una menor carga de trabajo de los profesionales de enfermería y así impactar positivamente en la percepción de los usuarios y la calidad del cuidado.

Por otro lado, tanto en esta investigación como en la de González(87) y Moreno(83), se señala como segundo factor para el CPE la deficiencia en los recursos materiales, asociándolo a la falta de medicamentos y materiales o equipos no disponibles. En este sentido, se ha reportado que existe desabastecimiento de medicamentos y otros insumos en las instituciones del SNS, el cual ha empeorado debido a las modificaciones en el presupuesto asignado para obtener estos recursos

y los cambios en políticas gubernamentales(108,109) al no tener acceso esto vulnera el derecho a la salud y pone en riesgo el bienestar de los pacientes.

Se ha señalado que las fallas en la comunicación con otros departamentos o que estos no proporcionen los cuidados que solicitan son factores importantes para que exista el CPE.(87) Nuestros resultados demostraron que las principales deficiencias en la comunicación son por falta de claridad en las indicaciones e insuficiencia de la misma con otros departamentos. Moreno(83) describe que además de esos factores, la forma en que se asignan a los pacientes influye en este rubro. Todo esto es un indicador de la necesidad que existe para poder crear buenas dinámicas de trabajo entre el personal del hospital, estas podrían ser, por ejemplo, la capacitación del trabajo multidisciplinario a lo largo de la formación académica, así como de manera continua en las instituciones hospitalarias.

Por último, en recientes publicaciones sobre salud pública se ha señalado que existe una relación entre el nivel educativo de las personas y su salud, porque aunque no es el único determinante, se ha demostrado que aquellas con mayor escolaridad tienen tendencia a practicar un estilo de vida más saludable de acuerdo a sus posibilidades.(110) Por lo tanto, para alcanzar un nivel de bienestar máximo es importante reconocer la dinámica que existe entre el contexto social-económico-cultural y político.

Con respecto a la influencia que puede existir del nivel educativo en la percepción del CPE, se encontró que sí existe una diferencia significativa con respecto a la influencia que puede existir del nivel educativo en la percepción del CPE, ya que aquellos cuidadores primarios que cursaron como máximo grado de estudios el nivel medio superior, percibieron mayor CPE, mientras que aquellas personas quienes señalaron no tener formación académica de ningún tipo, o como máximo cursaron el nivel básico, no percibieron tanta omisión en los cuidados. Si bien el nivel educativo es importante porque podría dar más herramientas para la percepción del CPE, en esta investigación no fue un factor determinante, ya que los cuidadores que percibieron mayor CPE fueron quienes tenían pacientes con más tiempo de

hospitalización, lo cual los llevó a conocer y entender mejor las necesidades de cuidados de los usuarios.

A partir de lo antes mencionado en este estudio, podemos resaltar que los cuidados más omitidos en la práctica de los profesionales de enfermería y las razones significativas que los ocasionan deben ser tomados en cuenta por un lado, para mejorar la calidad y seguridad de los pacientes pediátricos, y por el otro, para favorecer y mejorar el entorno profesional de enfermería. Esto tiene como consecuencia el fortalecimiento de los servicios de salud que se brindan en los hospitales del sector público en México. Finalmente, es importante destacar que en esta investigación solo se hizo énfasis en describir el fenómeno del CPE y sus razones significativas, lo cual fue una limitación para realizar un análisis inferencial extenso. Asimismo, se realizó en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México, lo que no necesariamente refleja la realidad y el contexto de todos los hospitales en la República Mexicana.

VII. Conclusiones

Los hallazgos demostraron nuevos conocimientos sobre temas de calidad en enfermería que generan conciencia sobre los aspectos que no se deben omitir o retrasar durante la provisión del cuidado. También amplió el panorama acerca de cómo los usuarios perciben el trabajo de los profesionales de enfermería y las necesidades que surgen para mejorarlo, puesto que la práctica profesional debe estar dirigida a satisfacer estas necesidades. El vínculo enfermero-paciente implica estar siempre atentos a su percepción para alcanzar el objetivo de crear una dinámica positiva de comunicación con ellos, con el fin de poder realizar intervenciones adecuadas, oportunas y de calidad. A través de la percepción de los cuidadores primarios se puede notar que, el trabajo de enfermería no es en sí mismo deficiente sino que, se encuentra en una estructura en la que no se logra intervenir directamente para corregir las necesidades existentes.

En la investigación de enfermería no se da especial importancia a los intereses de los pacientes, por ello es primordial poner al centro la percepción que éstos tienen de la labor de enfermería, ya que es necesario puntualizar lo que ven los usuarios. La percepción de los cuidadores primarios encuestados es uno de los principales puntos de partida que nos ayuda a identificar las necesidades que tiene el hospital para poder mejorar. Nos da una muestra no solo de las carencias que existen en la labor de los profesionales, sino también de las intervenciones que se realizan de manera correcta y que como resultado tienen consecuencias positivas en el bienestar de los pacientes pediátricos. A partir de la percepción de los cuidadores primarios, se tiene la oportunidad de dar un enfoque adecuado para la mejora e innovación de los servicios de salud que tomen en cuenta las necesidades expresadas por ellos.

Si bien la satisfacción que tengan los usuarios del trabajo profesional de enfermería depende en gran medida de su expectativa de cuidados y cómo perciben la atención que se otorga, es relevante señalar que el ofrecer servicios de salud de calidad tiene un impacto en el bienestar de los pacientes, por lo que es responsabilidad de todos

los involucrados en la prestación de servicios hacer el mejor trabajo, no solo a nivel personal sino también institucional, para así garantizar que el acceso a la salud se acerque más a un resultado positivo.

Al tener la adecuada formación, que incluya conocimientos bastos en temas relacionados a la calidad de la práctica profesional, será menos complejo para los enfermeros y enfermeras acoplarse a los protocolos de calidad, realizar la corrección de intervenciones que surjan, la implementación de nuevas acciones para mejorar los servicios, es decir, buscar el mejor desempeño general para tener una buena percepción por parte de los usuarios y con esta serie de acciones poder disminuir el nivel de CPE.

Sobre las razones significativas que dan lugar al CPE, se encontró que la mayor parte de la población encuestada en esta investigación percibió falta de recursos humanos y materiales en el hospital, por lo tanto, esto demuestra que se necesita hacer una modificación en la estructura hospitalaria, para poder mejorar los niveles de calidad del trabajo de enfermería. Siendo esto un indicador de que en algunas ocasiones los problemas o complicaciones que puedan existir en el trabajo de los profesionales no necesariamente es por mala praxis, sino por las deficiencias que existen dentro de las instituciones. Esto nos reafirma que, para el buen funcionamiento de todos los servicios de enfermería, es necesario que cada parte involucrada cumpla de manera correcta con sus tareas.

Finalmente, a partir de la percepción de los cuidadores primarios se pueden destacar los resultados en torno a las razones significativas con mayor índice, que fueron aquellas ligados a la estructura del hospital y a los recursos con los que se cuenta. Esto no necesariamente compromete el trabajo profesional de las y los enfermeros, sin embargo, se presenta como una limitante en su trabajo cotidiano. Con lo antes expuesto, se sugiere buscar tener una mejor comunicación entre el personal hospitalario, mejorar las dinámicas entre todos los integrantes para buscar resolver la carga de trabajo, aprovechando de mejor manera el tiempo y los recursos.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Servicios sanitarios de calidad [Internet]. [citado el 6 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
2. Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. JAN. 2009; 65(7):1509–17. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x>
3. Organización Mundial de la Salud. Mejorar la supervivencia y el bienestar de los niños [Internet]. [citado el 18 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>
4. Trincado Agudo MT, Fernández Caballero E. Calidad en enfermería. Rev Cubana Enfermer. [Internet]. [citado el 8 de enero de 2021]. abril de 1995;11(1):1–2. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191995000100001&lng=es.
5. Swiger PA, Patrician PA, Miltner RS, Raju D, Breckenridge-Sproat S, Loan LA. The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index: An updated review and recommendations for use. International Journal of Nursing Studies. 2017;74:76–84. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.06.003>
6. Ponce-Gómez J, Reyes-Morales H, Ponce-Gómez G. Satisfacción laboral y calidad de atención de enfermería en una unidad médica de alta especialidad. Rev Enferm IMSS. 2006;14(2):65–73. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2006/eim062b.pdf>
7. Moreno Monsiváis MG, Interrial Guzmán MG. Percepción del paciente acerca de su bienestar durante la hospitalización. Index de Enfermería. 2012;21(4):185–9. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000300002>.
8. Romero Hernández H. Percepción de los padres de pacientes pediátricos hospitalizados sobre la calidad del cuidado de enfermería en el servicio de hematología de un instituto especializado Lima, 2019. [Lima]: Universidad

- Peruana Unión; 2019. Disponible en: <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/3044>
9. Araceli González-Valentín M, Padín López S, De Ramón Garrido E. Satisfacción del paciente con la atención de enfermería. *Enfermería Clínica*. 2005;15(3):147–55. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(05\)71101-3](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(05)71101-3)
 10. Orrega Sierra S, Ortiz Zapata AC. Calidad del cuidado de enfermería. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2001;19(2):78–83. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105218301007.pdf>
 11. Zárate-Grajales RA, Mejías M. Cuidado perdido de enfermería. Estado del arte para la gestión de los servicios de salud. *Enferm univ*. 2019;16(4). Disponible en: <http://www.revista-enfermeria.unam.mx:80/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/777>
 12. Hessels AJ, Flynn L, Cimiotti JP, Cadmus E, Gershon RR. The impact of the nursing practice environment on missed nursing care. *Clin Nurs Stud*. 2015;3(4):60–5. Disponible en: <https://www.sciedupress.com/journal/index.php/cns/article/view/7059>
 13. Campbell CM, Prapanjaroensin A, Anusiewicz CV, Baernholdt M, Jones T, Patrician PA. Variables associated with missed nursing care in Alabama: A cross-sectional analysis. *J Nurs Manag*. 2020;28(8):2174–84. <https://doi.org/10.1111/jonm.12979>
 14. Moreno Monsiváis MG, Moreno Rodríguez C, Interrial Guzmán MG. Missed Nursing Care in Hospitalized Patients. *Aquichan*. 2015;15(3):318–28. <https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.3.2>
 15. Verrall C, Aberly E, Henderson J, Willis E, Hamilton P, Toffoli L, et al. Nurses and midwives perceptions of missed nursing care - A South Australian study. *Collegian*. 2014;22(4):413–20. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2014.09.001>
 16. Tubbs-Cooley HL. Missed Nursing Care: Understanding and Improving Nursing Care Quality in Pediatrics. *Hospital Pediatrics*. 2017;7(7). <https://doi.org/10.1542/hpeds.2017-0083>

17. Tubbs-Cooley HL, Mara CA, Carle AC, Mark BA, Pickler RH. Association of Nurse Workload With Missed Nursing Care in the Neonatal Intensive Care Unit. *JAMA Pediatr.* 2019;173(1):44–51. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.3619>
18. 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.* 2018;74(7):1474–87. <https://doi.org/10.1111/jan.13564>
19. Hernández Cruz R. Factores que influyen en el cuidado perdido de enfermería en pacientes de un hospital privado [Internet]. [San Luis Potosí]: Universidad Autónoma de San Luis Potosí; 2015. Disponible en: <http://ninive.uaslp.mx/xmlui/handle/i/3968>
20. Camargo Gonzales LM, Taipe Huamán V, Chero Pacheco VH. Percepción de los padres y calidad en el cuidado de enfermería a pacientes pediátricos en un hospital en Perú, 2017. *Ágora Rev Cient.* 2017;4(2):5. <https://doi.org/10.21679/arc.v4i2.85>
21. Simpson KR, Lyndon A, Spetz J, Gay CL, Landstrom GL. Adaptation of the MISSCARE Survey to the Maternity Care Setting. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2019;48(4):456–67 <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2019.05.005>
22. Lake ET, de Cordova PB, Barton S, Singh S, Agosto PD, Roberts K, et al. Missed Nursing Care in Pediatrics. *Hosp Pediatr.* 2017;7(7):378–84. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2016-0141>
23. 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.* 2019;26(1):9. <https://doi.org/10.1111/ijn.12803>
24. Kalisch BJ. Missed Nursing Care A Qualitative Study. *J Nurs Care Qual.* 2006;21(4):306–13. <https://doi.org/10.1097/00001786-200610000-00006>
25. Morales Salazar JA. Experiencias de la madre con el cuidado de enfermería de niños hospitalizados [Internet]. [Nuevo León]: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2004. Disponible en: <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1020151765.PDF>

26. Organización Panamericana de la Salud. Manual para la elaboración de políticas y estrategias nacionales de calidad. Un enfoque práctico para elaborar políticas y estrategias destinadas a mejorar la calidad de la atención [Internet]. 2018. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49549>
27. Izar Juan Manuel, González J. Antecedentes de la Calidad. En: Las 7 Herramientas Básicas de la Calidad [Internet]. 1a ed. 2004. p. 29. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/303876794_Antecedentes_de_la_Calidad
28. Museo da cidade “Quiñones de León” [Internet]. [citado el 6 de mayo de 2022]. Las primeras herramientas. Prehistoria. Disponible en: https://www.museodevigo.org/A1_es.php
29. Enciclopedia de la Historia del Mundo [Internet]. [citado el 4 de octubre de 2023]. El Código de Hammurabi. Disponible en: <https://www.worldhistory.org/trans/es/1-19882/el-codigo-de-hammurabi/>
30. Valverde Valdés M del C. Una historia de la religión de los antiguos mayas. Estudios de cultura maya. 2005;26:183–6. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-25742005000100011
31. Mark JJ. World History Encyclopedia. 2017. Medicina egipcia - Enciclopedia de la Historia del Mundo. Disponible en: <https://www.worldhistory.org/trans/es/1-15697/medicina-egipcia/>
32. Robledo Galván HG, Meljem Moctezuma J, Fajardo Dolci G, Olvera López D. Imbiomed. El modelo hexagonal de la calidad. Disponible en: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=100481>
33. Lezama Fernández MÁ. Boletín CONAMED-OPS Órgano de difusión del Centro Colaborador en materia de Calidad y Seguridad del Paciente. 2016 p. 3.
34. ASALE, RAE. Diccionario de la lengua española - Edición del Tricentenario. [Internet]. [citado el 20 de septiembre de 2021]. calidad. Disponible en: <https://dle.rae.es/calidad>

35. Cambridge Dictionary [Internet]. [citado el 20 de septiembre de 2021] QUALITY | English meaning. Disponible en: <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/quality>
36. Escobar Valencia M, Mosquera Guerrero A. El marco conceptual relacionado con la calidad: una torre de Babel. *cuad.adm.* 2014;29(50):207–16. <https://doi.org/10.25100/cdea.v29i50.56>
37. Crosby PB. One Point of View: Quality Assurance: The Management of Quality. *Research Management.* 2016;25(4):10–2. <https://doi.org/10.1080/00345334.1982.11756735>
38. Ouchi WG. The Relationship Between Organizational Structure and Organizational Control. Sage Publications. 1977;22(1):95–113. <https://doi.org/10.2307/2391748>
39. Mc Graw Hill. La teoría Z [Internet]. [citado el 12 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.mheducation.es/blog/la-teoria-z>
40. Ovalles Acosta JDC, Gisbert Soler V, Pérez Molina AI. Herramientas para el Análisis de Causa Raíz (ACR). *3C Empresa.* 2017;6(5):1–9. <https://doi.org/10.17993/3cemp.2017.especial.1-9>
41. Balderas Pedrero M de la L. Administración de los servicios de enfermería [Internet]. 5a ed. México: McGraw Hill; 2009. Disponible en: [https://alvarezrubenantonio.milaulas.com/pluginfile.php/150/mod_resource/content/1/LIBRO DE administraciondelosserviciosdeenfermeriafororinconmedico-141007210731-conversion-.pdf](https://alvarezrubenantonio.milaulas.com/pluginfile.php/150/mod_resource/content/1/LIBRO_DE_administraciondelosserviciosdeenfermeriafororinconmedico-141007210731-conversion-.pdf)
42. Rodríguez J. Círculo de Deming | SPC Consulting Group [Internet]. 2019 [citado el 20 de septiembre de 2021]. Disponible en: [https://spcgroup.com.mx/circulo-de-deming/.](https://spcgroup.com.mx/circulo-de-deming/)
43. González Meriño RF. La gestión de la calidad y la trilogía de Juran. *Folletos gerenciales.* 2000;4(1):11.
44. Lee R, Jones L. El concepto de buena atención médica. *Salud Pública de México.* el 28 de marzo de 1990;32(2):245–7. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5279/5423>

45. Rourke AJ. Evaluating the quality of medical care. *Hospital Progress*. 1957; 38(9):72–3.
46. Guerrero Núñez S. Quality indicators in the nursing care: Strategy for the universal health coverage. *Ciencia y Enfermería*. 2018; 24:1–3. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532018000100101>
47. Aguirre-Gas HG, Zavala-Villavicencio JA, Hernández-Torres F, Fajardo-Dolci G. Calidad de la atención médica y seguridad del paciente quirúrgico. Error médico, mala práctica y responsabilidad profesional. *Cirugía y Cirujanos* [Internet]. 2010; 78(5):456–462. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66220238015>
48. Robledo Galván HG, Meljem Moctezuma J, Fajardo Dolci G, Olvera López D. El hexágono de la calidad. En la Secretaría de Salud. La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia. México; 2006. p. 59–83.
49. Evans JR, Lindsay WM. Administración y control de la calidad. 7a ed. Cervantes G. SR, editor. Relación de antigüedades deste reyno del Piru. 2008. 857 p.
50. Secretaría de Salud. Calidad en Salud - Dirección General de Calidad y Educación en Salud [Internet]. Gobierno de México. 2020 [citado el 19 de enero de 2021]. Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/calidad_salud.html
51. Forrellat Barrios M. Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. Quality in health services: an unavoidable challenge. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*. 2014; 30(2):179–183.
52. García García S, Martínez Flores GA, Santillan Muñoz AE. Efectos del síndrome de Burnout en el profesional de enfermería del Hospital General Xoco y en la calidad de los servicios [Internet]. Ciudad de México; 2014. p. 125. Disponible en: <http://132.248.9.195/ptd2014/abril/0712162/Index.html>
53. Gonzalez Diaz HE. Calidad de la atención en enfermería. 2013.
54. Torres Arreola L del P, Constantino Casas NP. Equidad y calidad en salud. Conceptos actuales. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro*

- Social [Internet]. 2003; 41(4): 359–364. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2003/im034l.pdf>
55. Cid C, Báscolo E, Morales C. Eficiencia para la salud universal. 2017; 58(5): 22. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/ppt-eficiencia-salud-universal-cid-feb-2017.pdf>
56. Lam Díaz RM, Hernández Ramírez P. Los términos: Eficiencia, eficacia y efectividad ¿son sinónimos en el área de la salud? Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia [Internet]. 2008; 24(2); 1-6. Disponible en: <http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/EficaciaEfici.pdf>
57. Febré N, Mondaca-Gómez K, Méndez-Celis P, Badilla-Morales V, Soto-Parada P, Ivanovic P, Reynaldos K, Canales, M. Calidad En Enfermería: Su Gestión, Implementación y Medición. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2018; 29(3): 278–287. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.04.008>
58. Béjar Leyva A. Calidad de atención en los servicios de enfermería [Internet]. Zamora de Hidalgo, Michoacán; 2007. p. 97. Disponible en: <http://132.248.9.195/pd2007/0618707/Index.html>
59. Charalambous A, Papadopoulos R, Beadsmoore A. Quality Nursing Care: a Selective Review of the Literature of Patients' and Nurses' Interpretations. Hellenic Journal of Nursing Science [Internet]. 2008; 1(2):75–82. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/255978214_Quality_Nursing_Care_a_Selective_Review_of_the_Literature_of_Patients'_and_Nurses'_Interpretations/link/0f317534291c6a17e7000000/download
60. Diccionario de la lengua española. percepción | Definición | Diccionario de la lengua española | Real Academia Española - Asociación de Academias de la Lengua Española [Internet]. [Citado el 19 de enero de 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/percepción?m=form>
61. Vargas Melgarejo LM, Sobre el concepto de percepción. Alteridades [Internet]. 1994; 4(8): 47-53. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711353004>

62. Silva-Fhon S, Ramón-Cordova S, Vergaray-Villanueva S, Palacios-Fhon V, Partezani-Rodrigues R. Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital público. *Enfermería Universitaria* [Internet]. 2015;12(2):80-87. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.04.001>
63. Pabón Córdoba ML, Palacio Díaz KI. Percepción De La Calidad De Los Servicios De Salud Desde La Satisfacción De Los Usuarios En El Hospital Local De Sitionuevo Magdalena, Periodo 2017-2019. 2020; 49.
64. Ramirez-Sánchez TJ, Nájera-Aguilar P, Nigenda-López G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: Perspectiva de los usuarios. *Salud Pública de México*. 1998;40(1):3–12.
65. Puebla-Viera DC, Ramírez-Gutiérrez A, Ramos-Pichardo P, Moreno-Gómez MT. Percepción del paciente de la atención otorgada por el personal de enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social* [Internet]. 2009;17(2):97–102. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092g.pdf>
66. Jaramillo Echeverri LG, Pinilla Zuluaga CA, Duque Hoyos MI, González Duque L. Percepción del paciente y su relación comunicativa con el personal de la salud en el servicio de agudos del Hospital de Caldas. Manizales (Colombia). *Index de Enfermería*. 2004;13(46):29–33.
67. Ortega López RM. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería según la opinión del paciente y la enfermera. Colección Digital Universidad Autónoma de Nuevo León [Internet]. 2004. p. 65. Disponible en: <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1020149991.PDF>
68. Grau C, Fernández Hawrylak M. Familia y enfermedad crónica pediátrica. *Anales Sis San Navarra* [Internet]. 2010;33(2):203–212.
69. Vasli P, Salsali M. Parents' participation in taking care of hospitalized children: A concept analysis with hybrid model. *Iranian Journal Nursing and Midwifery Research*. 2014;19(2):139–144.
70. Melo EM de OP de, Ferreira PL, Lima RAG de, Mello DF de. The involvement of parents in the healthcare provided to hospitalized children.

- Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2014;22(3):432–439.
<https://doi.org/10.1590/0104-1169.3308.2434>
71. Tolosa D, Leguizamón J, Dávila F. Quality of communication with the caregiver of pediatric patient. *Journal of Healthcare Quality Research* [Internet]. 2018;33(5):264–269. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2018.07.002>
 72. Ortunio Calabrés M, Herrera Leonet E, Guevara Rivas H. Síndrome de carga y calidad de vida del cuidador de pacientes pediátricos. *Revista de Bioética Latinoamericana* [Internet]. 2016;17(March):1–17. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/299272795>
 73. Kalisch BJ, McLaughlin M, Dabney BW. Patient perceptions of missed nursing care. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* . 2012;38(4):161–167.
 74. Ausserhofer D, Zander B, Busse R, Schubert M, Geest S De, Rafferty AM, Ball J, Scott A, Kinnunen J, Heinen, M, Sjetne IS, Moreno-Casbas T, Kózka M, Lindqvist R, Diomidous M, Bruyneel L, Sermeus W, Aiken LH, Schwendimann R. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: Results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Quality & Safety*. 2013;23(2):126–135. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002318>
 75. Lucero RJ, Lake ET, Aiken LH. Variations in nursing care quality across hospitals. *Journal of Advanced Nursing*. 2009;65(11):2299–2310. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05090.x>
 76. Sochalski J. Is more better?: the relationship between nurse staffing and the quality of nursing care in hospitals. *Medical Care*. 2004;42(2):1167–1173.
 77. Schubert M, Glass TR, Clarke SP, Aiken LH, Schaffert-Witvliet B, Sloane DM, Geest SD. Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: The Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. *International Journal for Quality in Health Care*. 2008;20(4):227–237. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn017>

78. Kalisch BJ, Xie B. Errors of Omission: Missed Nursing Care. *Western Journal of Nursing Research*. 2014;36(7):875–890. <https://doi.org/10.1177/0193945914531859>
79. Chaboyer W, Harbeck E, Lee BO, Grealish L. Missed nursing care: An overview of reviews. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*. 2020;37(2):82–91. <https://doi.org/10.1002/kjm2.12308>
80. Hernández Martín C. El modelo de Virginia Henderson en la práctica enfermera. Universidad de Valladolid. 2016;3–13.
81. Kalisch BJ, Williams RA. Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. *JONA: The Journal of Nursing Administration*. 2009;39(5):211–219. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3181a23cf5>
82. Kalisch BJ, Terzioglu F, Duygulu S. The Misscare Survey-Turkish: Psychometric properties and findings. *Nursing Economics*. 2012;30(1):29–37.
83. Moreno-Monsiváis MG, Moreno-Rodríguez C, Interrial-Guzmán MG. Missed nursing care in hospitalized patients. *Aquichan*. 2015;15(3):318–328. <https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.3.2>
84. Castilho Siqueira LD, Larcher Caliri MH, Haas VJ, Kalisch B, Spadoti Dantas RA. Validation of the MISSCARE-BRASIL survey – A tool to assess missed nursing care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2017;25. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2354.2975>
85. Sist L, Contini C, Bandini A, Bandini S, Massa L, Zanin R, Maricchio R, Giancesini G, Bassi E, Tartaglini D, Palese A, Ferraresi A. MISSCARE Survey - Italian Version: findings from an Italian validation study. 2017; 73(1):29-45.
86. Kim KJ, Yoo MS, Seo EJ. Exploring the Influence of Nursing Work Environment and Patient Safety Culture on Missed Nursing Care in Korea. *Asian Nursing Research*. 2018;12(2):121–126. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2018.04.003>
87. González-Sánchez AL, Moreno-Monsiváis MG, Cheverría - Rivera S. Cuidado de enfermería perdido percibido por madres de pacientes

- pediátricos hospitalizados. *Sanus*. 2020;15(15):1–12.
<https://doi.org/10.36789/sanus.vi15.175>
88. Bagnasco A, Zanini M, Aleo G, Catania G, Kalisch BJ, Sasso L. Development and validation of the MISSCARE survey – Pediatric version. *Journal of Advanced Nursing*. 2018;74(12):2922–2934.
<https://doi.org/10.1111/jan.13837>
89. Lake ET, de Cordova PB, Barton S, Singh S, Agosto PD, Ely B, Roberts KE, Aiken, LH. Missed Nursing Care in Pediatrics. *Hospital Pediatrics*. 2017;7(7):378–384. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2016-0141>
90. Tubbs-Cooley HL, Mara CA, Carle AC, Mark BA, Pickler RH. Association of Nurse Workload with Missed Nursing Care in the Neonatal Intensive Care Unit. *JAMA Pediatrics*. 2019;173(1):44–51.
<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.3619>
91. Ogboenyi A, Tubbs-Cooley HL, Miller E, Johnson K, Bakas T. Missed Nursing Care in pediatric an neonatal care settings: an integrative review. 2020;45(5):254-264. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000642>
92. Diccionario de la lengua española. edad | Definición | Diccionario de la lengua española | Real Academia Española - Asociación de Academias de la Lengua Española [Internet]. [Citado el 19 de enero de 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/edad?m=form>
93. Fundación Huésped. Diversidad sexual y género. Argentina: 2017.
94. Diccionario de la lengua española. escolaridad | Definición | Diccionario de la lengua española | Real Academia Española - Asociación de Academias de la Lengua Española [Internet]. [Citado el 20 de enero de 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/escolaridad?m=form>
95. Diccionario de la lengua española R. escolaridad | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE [Internet]. [citado el 20 de enero de 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/escolaridad>
96. Diccionario de la lengua española R. edad | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE [Internet]. [citado el 20 de enero de 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/edad?m=form>

97. United States Department of Health, Education and Welfare. Informe Belmont [Internet]. [Citado el 19 de enero de 2021]. Disponible en: http://www.innsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/informe_belmont.html
98. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [Internet]. [Citado el 19 de enero de 2021]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
99. Vargas Chávez MY, Cortes Villarreal G. Una reflexión sobre valores y principios bioéticos en la práctica de Enfermería. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2010;18(1–2):43–45.
100. Campos M, Balam X. Infraestructura hospitalaria: debilidad extrema. México Evalúa [Internet]. 2020. [Citado el 7 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.mexicoevalua.org/la-infraestructura-hospitalaria-debilidad-extrema/>
101. Cortés Adame LJ. Brechas de salud: las disparidades entre entidades federativas. *Pacto Federal - Políticas Públicas*. [Internet]. 2023. [Citado el 18 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://federalismo.nexos.com.mx/2023/09/brechas-de-salud-las-disparidades-entre-entidades-federativas/>
102. López Cocotle JJ, Moreno Monsiváis MG. Cuidado de Enfermería: Calidad, seguridad y satisfacción del paciente. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. 2023. 203 p.
103. Zárate-Grajales RA, Benítez-Chavira LA, Hernández-Corral S, Serván-Mori E, Nigenda G, Amaya-Aguilar JA, Interrial-Guzmán G, Fabián-Victoriano R, López-Cruz EA, Ortíz-López G, Moreno-Monsiváis MG. Nursing practice environment and missed care at highly specialised hospitals in Mexico: A cross-sectional observational study. *The International Journal of Health Planning and Management*. 2022;38(3):628–642. <https://doi.org/10.1002/hpm.3606>
104. Serrano Sierra A, Macías Parra M, Hernández Orozco H, Arias de la Garza E, Castañeda Narváez JL, Lucas Reséndiz E, et al. “Burbuja de la

- Vida”. Programa Institucional de Higiene de Manos- Instituto Nacional de Pediatría. Secretaría de Salud. 2022:73 p.
105. Quintero Morales J. La Jornada: Hospitales del gobierno local, sin insumos de higiene básicos [Internet]. 2020. [Citado el 6 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.jornada.com.mx/2020/02/28/capital/033n1cap>
106. La OMS y sus asociados hacen un llamamiento urgente para que se invierta en el personal de enfermería [Internet]. 2020. [Citado el 11 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/07-04-2020-who-and-partners-call-for-urgent-investment-in-nurses>
107. México necesita otros 115 mil profesionales de enfermería [Internet]. 2021. [Citado el 11 de diciembre de 2023]. Disponible en: https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2021_404.html
108. Forbes Staff. Falta de atención médica o medicamentos, causa del 20% de muertes en México, estiman expertos [Internet]. 2023. [Citado el 11 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.forbes.com.mx/falta-de-atencion-medica-o-medicamentos-causa-del-20-de-muertes-en-mexico-estiman-expertos/>
109. Velázquez M. Gobierno niega a 15.2 millones de mexicanos acceso a medicamentos. Código F. [Internet]. 2023. [Citado el 11 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://codigof.mx/gobierno-niega-a-15-2-millones-de-mexicanos-acceso-a-medicamentos/>
110. Gómez D, Jiménez-Pernett J, Leralta O. La Educación, determinante de la salud afectada por el COVID-19. Comprender el COVID-19 desde una perspectiva de salud pública. [Internet]. 2020. [Citado el 11 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.easp.es/web/coronavirusysaludpublica/1259-2/>

ANEXOS

Anexos



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ADOLESCENTE

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

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

Introducción y Propósito

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

Procedimientos

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

Riesgos/Beneficios

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

Participación Voluntaria / Abandono

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

Preguntas

En caso de dudas o aclaraciones acerca del estudio y mi participación, se me ha explicado que puedo comunicarme a la Unidad de Investigación de la ENEO que se encuentra en el 3er piso de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, ubicada en Camino Viejo a Xochimilco y Viaducto Tlalpan s/n Col. San



Lorenzo Huipulco, Delegación Tlalpan. CDMX. C.P. 14370. En un horario de 8:00 a 15:00.

Confidencialidad

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

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

Consentimiento para participar en el estudio

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

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

Firma del participante

Fecha: __/__/__

Nombre y Firma del Investigador

Fecha: __/__/__



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

ASENTIMIENTO INFORMADO PARA NIÑOS Y NIÑAS

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

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

Introducción y Propósito

Hola mi nombre es: _____ actualmente estoy realizando un estudio para conocer los cuidados de enfermería que has recibido durante tu hospitalización y cuáles no, así como las razones de no recibir los cuidados de enfermería. La información que se obtenga busca mejorar el cuidado que brindan los profesionales de enfermería.

Procedimientos

Se me explicó que mi colaboración consistirá en responder unas preguntas en aproximadamente 15 minutos. Se me ha explicado que al contar con alguna duda en el llenado correcto de la encuesta existe la oportunidad de aclarar mis dudas.

Riesgos/Beneficios

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

Participación Voluntaria / Abandono

Se me explicó que mi participación es voluntaria, es decir, aun cuando papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio o no quieres responder a alguna pregunta en particular, no habrá ningún problema. Puedo retirarme en el momento que lo crea pertinente, además, me informó que esta decisión no me afectará en mi atención médica.

Preguntas

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



Confidencialidad

Me informaron que la información que se obtenga será confidencial. Esto quiere decir que no dirán a nadie las respuestas; sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

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

Consentimiento para participar en el estudio

Se me explico en que consiste el estudio, incluyendo posibles riesgos y beneficios de mi participación. Luego de haber leído, comprendido y recibido las respuestas a mis preguntas con respecto a este formato de consentimiento informado, **mi participación es totalmente voluntaria**, acuerdo aceptar las condiciones estipuladas para la presente investigación.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (✓) en el cuadrado de abajo que dice "Sí quiero participar" y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ninguna (✓), ni escribas tu nombre.

Sí quiero participar

_____ Fecha: __/__/__:
Nombre del menor

_____ Fecha: __/__/__
Nombre y Firma del Investigador

_____ Fecha: __/__/__
Nombre y Firma del representante del menor



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA MADRE

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

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

Introducción y Propósito

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

Procedimientos

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

Riesgos/Beneficios

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

Participación Voluntaria / Abandono

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

Preguntas

En caso de dudas o aclaraciones acerca del estudio y mi participación, se me ha explicado que puedo comunicarme a la Unidad de Investigación de la ENEO que se encuentra en el 3er piso de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, ubicada en Camino Viejo a Xochimilco y Viaducto Tlalpan s/n Col. San



Lorenzo Huipulco, Delegación Tlalpan. CDMX. C.P. 14370. En un horario de 8:00 a 15:00.

Confidencialidad

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

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

Consentimiento para participar en el estudio

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

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

Nombre y Firma de la Mamá

Fecha: ___/___/___

Nombre y Firma del Investigador

Fecha: ___/___/___



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

Encuesta MISSCARE para la madre del paciente pediátrico

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

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

1. Nombre del servicio donde se le atiende a su hijo: _____
2. ¿Cuánto tiempo tiene hospitalizado su hijo en este servicio?: _____
3. Número de años de escolaridad formal de la madre: _____
(Incluye educación básica)
4. Grado de estudios de la madre:

0	_____	Ninguno	3	_____	Preparatoria
1	_____	Primaria	4	_____	Licenciatura
2	_____	Secundaria	5	_____	Posgrado
5. Edad en años cumplidos de la madre: _____

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

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



Cuidado de Enfermería Perdido

Las enfermeras (os) se enfrentan con frecuencia a múltiples demandas sobre su tiempo, que les exige reorganizar las prioridades, y no cumplir con todos los cuidados que necesitan sus pacientes. Según su experiencia, **¿Con qué frecuencia el personal de enfermería realiza los siguientes cuidados a SU HIJO durante el proceso de hospitalización?**

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

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



Elementos el cuidado	Siempre	Frecuentemente	De vez en cuando	Rara vez	Nunca
20. Le ayudan a realizar el lavado de manos de su hijo (a).					
21. Le enseñan cómo realizar los cuidados a su hijo y le indican cómo deberá realizarlos en el hogar al alta hospitalaria.					
22. Monitorean o le dan seguimiento a los exámenes indicados a su hijo (a) (ejemplo nivel de azúcar en sangre, color amarillo de la piel, etc.).					
23. Durante el turno, el personal de enfermería valora (revisa) a su hijo (a).					
24. Observa que revaloran (revisan) la evolución del estado de salud de su hijo (a) según su condición de salud (Por ejemplo, después de presentar fiebre, dolor, etc).					
25. Cuidan el sitio donde está conectado la solución o el suero y las soluciones que pasan a su hijo (a) a través de una vena.					
26. Atienden sus necesidades o las de su hijo (a) en un tiempo menor a los 5 minutos después de haberle llamado.					
27. Le administran en menos de 15 minutos los medicamentos indicados; por ejemplo, en caso de dolor, fiebre, vómito, etc.					
28. Valoran si los medicamentos que le administraron o dieron a su hijo hicieron efecto.					
29. La enfermera está presente en las visitas del médico cuando valora el estado de salud de su hijo (a).					
30. La enfermera ayuda a su hijo (a) con las necesidades de ir al baño en un tiempo no mayor a 5 minutos del llamado.					
31. Contribuye al cuidado de la piel, lesiones o heridas de su hijo (a).					

Dimensiones:

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

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

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

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



Razones para que se presente el Cuidado De Enfermería Perdido

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

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

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



Razones para el cuidado perdido de enfermería	Razón Significativa	Razón Moderada	Razón Menor	No es una razón
47.La enfermera responsable no está disponible				
48.Demasiados cuidados a pacientes que ingresan y egresan				

49. ¿A qué atribuye Usted que algunos cuidados no se realicen “Siempre” por parte del personal de enfermería?

¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!

Dimensiones

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

Factores relacionados con recursos materiales: 37, 40 y 41.

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