

# Omisión en atención de enfermería para pacientes hospitalizados

## RESUMEN

**Objetivo:** determinar el cuidado de enfermería no prestado a pacientes hospitalizados y los factores relacionados con la atención no prestada, según la percepción del personal de enfermería y la del paciente. **Método:** estudio descriptivo correlacional de una muestra de 160 enfermeras y pacientes hospitalizados, utilizando la Encuesta de Enfermería MISSCARE. **Resultados:** el personal de enfermería indicó que hubo menos omisiones de atención en intervenciones continuas de evaluación ( $M = 94,56$ ;  $DE = 11,10$ ). El mayor número de omisiones se refirió a intervenciones de atención básica ( $M = 80,2$ ;  $DE = 19,40$ ). Los pacientes mencionaron que hubo menos omisiones en intervenciones continuas de evaluación ( $M = 96,32$ ;  $DE = 7,96$ ), mientras que el mayor número de omisiones correspondió a dar de alta al paciente y a la educación ( $M = 45,00$ ;  $DT = 23,22$ ). Los factores que contribuyeron a la atención de enfermería no prestada, de acuerdo con el personal de enfermería, estuvieron relacionados con recursos humanos ( $M = 80,67$ ;  $DE = 17,06$ ) y recursos materiales ( $M = 69,72$ ;  $DE = 23,45$ ); los pacientes mencionaron los recursos humanos y la comunicación como factores determinantes en este sentido. **Conclusiones:** se identificó el cuidado de enfermería que no se lleva a cabo de acuerdo con las necesidades del paciente, o que se omite o retrasa. Este aspecto es relevante ya que la atención de enfermería es fundamental para la recuperación de los pacientes hospitalizados.

## PALABRAS CLAVE

Cuidados de enfermería, atención, hospitalización, personal de enfermería, calidad (Fuente: DeCS, BIREME).

DOI: 10.5294/aqui.2015.15.3.2

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Moreno Monsiváis MG, Moreno Rodríguez C, Interrial Guzmán MG. Omisión en atención de enfermería para pacientes hospitalizados. *Aquichan*. 2015; 15 (3): 329-338. DOI: 10.5294/aqui.2015.15.3.2

## Introducción

En los países desarrollados, se estima que uno de cada diez pacientes hospitalizados sufre daños que resultan de la atención recibida o de su omisión, y en los países que están en vías de desarrollo, la cifra es mucho mayor. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1), lo más importante en materia de seguridad del paciente es evitar que estos sufran daños durante el tratamiento relacionado con la atención. Por tanto, asegurar la calidad de la atención y la seguridad del paciente es el mayor reto al que se enfrentan las enfermeras y los líderes de enfermería de la actualidad al gestionar el cuidado (2). Es fundamental el compromiso del personal para otorgar un cuidado de enfermería de calidad que corresponda al plan de tratamiento y a la identificación y satisfacción oportuna de las necesidades específicas para cada paciente.

El cuidado de enfermería corresponde a las actividades desarrolladas por el personal del área, como administración de medicamentos, deambulación y baño de pacientes, cambios de posición, cuidado bucal, toma de signos vitales, control de líquidos, alimentación, educación para el alta hospitalaria, entre otras. Cuando estos cuidados indispensables no se realizan, se denomina cuidado de enfermería perdido o error de omisión (3, 4). Estudios previos evidencian que en los hospitales donde se atiende a pacientes con problemas de salud agudos, son frecuentes los cuidados de enfermería perdidos o los errores de omisión.

La OMS (1) define el error como la no realización de una acción prevista tal y como se pretendía, o la aplicación de un plan erróneo. Puede manifestarse por la realización de algo incorrecto (error de comisión) o la no realización de algo que debe realizarse (error de omisión); en la planificación y la ejecución del cuidado, independientemente de si el error es de comisión o de omisión, es necesario analizar por qué se presenta, para ofrecer soluciones y evitar que vuelva a suceder (3).

De acuerdo con lo estipulado por la Agencia de Investigación para el Cuidado de la Salud y la Calidad, los errores de omisión son más difíciles de reconocer que los errores cometidos, por lo que representan un gran problema con graves repercusiones en la calidad y seguridad de la atención (5). La omisión de cuidados de enfermería puede conducir a resultados adversos para el paciente con daños importantes, sobre todo en poblaciones de pacientes vulnerables (6).

El fenómeno del cuidado de enfermería perdido fue identificado por primera vez por Kalisch (2), en un estudio cualitativo realizado con la finalidad de identificar los tipos de cuidados de enfermería que regularmente se omiten durante la atención hospitalaria; de acuerdo con los hallazgos, se identificó que las principales omisiones corresponden a la deambulación, cambios de posición, lavado bucal, alimentación con retraso o no brindada, educación del paciente, planificación del alta, documentación de ingresos y egresos, higiene y vigilancia. Las razones para no cumplir con estos cuidados se atribuyen a la falta de tiempo, poco personal para la intervención de enfermería, deficiente trabajo en equipo, delegación ineficaz, entre otros. Estos hallazgos fueron similares a lo reportado por Ball *et al.* (7).

El Modelo de cuidado de enfermería perdido u omitido de Kalisch (2) es el sustento teórico en el que se basó el presente estudio. Este marco examina tres conceptos derivados del modelo de calidad de Donabedian (8), como son la estructura, el proceso y el resultado. La estructura se refiere a la infraestructura del hospital, la unidad de atención al paciente y las características individuales del personal de enfermería. El proceso tiene que ver con el cuidado de enfermería otorgado y con el perdido u omitido; conceptualmente, este último se considera un error por omisión y se define como cualquier aspecto del cuidado del paciente requerido que es omitido, o demorado en parte o en su totalidad (9). El resultado se refiere a los efectos directos de la atención del personal de enfermería en el paciente como caídas, úlceras por presión e infecciones, se incluye también la satisfacción del personal con su posición actual y ocupación.

Según este modelo, las características de la unidad y del personal de enfermería han sido vinculadas a los resultados del paciente. Kalisch *et al.* (10) y Schubert *et al.* (11) señalan que las características del personal se asocian con el cuidado de enfermería perdido e impactan en los resultados del paciente con altos porcentajes de mortalidad, tasas de infección, úlceras por presión y caídas. Estas complicaciones, en muchos casos, dan lugar a estancias hospitalarias más largas y mayores costos de atención, con repercusiones negativas en la calidad y seguridad hospitalaria. La literatura reporta que el personal de enfermería con categoría profesional, mayor nivel de formación, antigüedad en el servicio y experiencia laboral presenta bajos índices de cuidado perdido (10-14). En cuanto al turno, se ha identificado menor cuidado perdido de enfermería en el nocturno (7).

El modelo de cuidado de enfermería perdido plantea que existen factores que contribuyen a la omisión en el cuidado, los más frecuentes se atribuyen a los recursos humanos, recursos materiales y de comunicación. En relación con el recurso humano, se puede señalar el perfil del personal (categoría, nivel de formación, antigüedad en el servicio, experiencia laboral, servicio asignado y turno), el déficit de trabajo en equipo, la delegación ineficaz, la falta de personal, la alta rotación de personal, la negación para realizar algunos cuidados, los hábitos (síndrome de “esa no es mi función”), la relación enfermera-paciente, el uso deficiente del recurso humano y las largas jornadas de trabajo (15-17).

En cuanto a los recursos materiales, se pueden mencionar la falta de dotación de material, equipo y suministros necesarios para la atención, así como la disponibilidad de equipo electromédico. En relación con la comunicación, predomina la comunicación ineficaz entre los departamentos de apoyo, con el equipo de enfermería y con el personal médico.

Identificar el tipo de cuidado de enfermería perdido u omitido en la atención, así como los factores asociados, es fundamental para el administrador de enfermería, pues, este conocimiento permitirá diseñar estrategias efectivas que contribuyan a la continuidad de la atención. Otro aspecto relevante, es que hasta el momento la mayoría de los estudios se han centrado en los errores de comisión y se le ha dado poca relevancia a los errores de omisión, los cuales están directamente asociados con la calidad y seguridad del paciente, así como con los resultados en salud. Asimismo, los estudios se han centrado en identificar la percepción del personal de enfermería, la literatura reporta que estos profesionales son conscientes de los puntos fuertes y débiles en el cuidado que proporcionan (18); sin embargo, se ha dado poco énfasis a la opinión del paciente, quien vive el proceso de cuidado por parte de enfermería; su información es muy útil y veraz, pues es el resultado de un proceso individual de reflexión acerca del cuidado que le otorga el personal de enfermería; además, el paciente manifiesta su opinión de acuerdo con los resultados de la atención otorgada (19), por tanto, para el presente estudio se consideró relevante identificar su apreciación como receptor de la atención, con la finalidad de contrastar la percepción de ambos sobre el cuidado de enfermería perdido y, ante los hallazgos, diseñar estrategias que contribuyan en forma efectiva a disminuir las omisiones en la atención.

Este estudio puede contribuir a la calidad del cuidado de enfermería al centrar la atención en el cuidado perdido para

diseñar estrategias que hagan posible disminuir las omisiones en la atención; asimismo, permite aportar conocimientos a los profesionales de enfermería destacando las intervenciones que no se están realizando y que son fundamentales para la recuperación de los pacientes.

Se plantearon los siguientes objetivos:

1. Identificar el cuidado de enfermería perdido durante la estancia hospitalaria de acuerdo con la percepción del personal de enfermería y del paciente.
2. Identificar el cuidado perdido según las características laborales del personal de enfermería (categoría, nivel de formación, antigüedad en el servicio, experiencia laboral y turno).
3. Determinar la relación que existe entre la percepción del personal de enfermería y la del paciente respecto al cuidado de enfermería perdido.
4. Identificar los factores por los cuales se pierde el cuidado de enfermería durante la estancia hospitalaria de acuerdo con la percepción del personal de enfermería y del paciente.

## Materiales y métodos

El diseño del estudio fue descriptivo, correlacional (20). La población estuvo conformada por personal de enfermería y pacientes adultos hospitalizados en una institución privada del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León (México). Respecto al personal de enfermería, participaron 160 enfermeras de un censo total de 201 asignadas al servicio de hospitalización donde se ingresan pacientes de cirugía general y medicina interna. Se excluyó al personal que estuvo ausente durante el periodo de recolección de datos por motivos de incapacidad o vacaciones. En relación con los pacientes, se admitieron 160 que cumplieron con los criterios de inclusión: estar conscientes y ubicados en tiempo, lugar y persona; tener 18 años o más y mínimo 48 horas de hospitalización. Una vez que se identificaron las 160 enfermeras, se seleccionó en forma aleatoria a uno de los pacientes que tenía asignados; en las situaciones donde el paciente ya había sido seleccionado previamente, se eligió otro en forma aleatoria.

Para la recolección de información del personal de enfermería se utilizó la encuesta MISSCARE (“Missed Nursing Care”) diseñada por Kalisch y Williams (21), la cual está compuesta

por 64 reactivos divididos en tres secciones. La primera sección, con un total de 23 reactivos, contiene los datos demográficos y laborales del personal de enfermería.

La segunda sección, llamada "Cuidado de enfermería perdido", está integrada por 24 preguntas relacionadas con los elementos del cuidado de enfermería que se proporcionan al paciente, se divide en cuatro dimensiones que incluyen las intervenciones de necesidades individuales, planificación del alta y educación del paciente; intervenciones de cuidado básico y de cuidados con evaluaciones continuas. Las opciones de respuesta son tipo Likert, con un rango que va de mayor a menor: 5 siempre, 4 frecuentemente, 3 de vez en cuando, 2 rara vez, 1 nunca y 0 no aplica. La opción "no aplica" se incluyó para todas aquellas preguntas de cuidados de enfermería que no se realizan en turnos de noche, tales como la alimentación del paciente, deambulación, entre otros. De acuerdo con los autores, las opciones de respuesta se transforman a una escala dicotómica, las opciones 5 y 4 se consideran cuidado realizado, mientras que las opciones 3, 2 y 1 se consideran cuidado perdido. El alpha de Cronbach que se obtuvo para esta sección fue de 0,89.

La tercera sección llamada "Razones para que se dé cuidado de enfermería perdido", está integrada por 17 reactivos que corresponden a los factores por los cuales se pierden los cuidados de enfermería. Incluye tres dimensiones, correspondientes a los factores del recurso humano, recursos materiales y de comunicación. Esta sección reportó un valor alpha de Cronbach de 0,90. El rango de respuesta es tipo Likert de cuatro puntos donde 4 significa razón significativa, 3 razón moderada, 2 razón menor y 1 no es una razón.

Para medir el cuidado de enfermería perdido desde el punto de vista del paciente, se aplicó la misma encuesta MISSCARE (21); sin embargo, fue necesario eliminar de la primera sección las preguntas relacionadas directamente con el perfil laboral del personal de enfermería dejando únicamente datos de identificación del paciente. La sección "Cuidado de enfermería perdido" se mantuvo igual a la aplicada al personal de enfermería, únicamente se cuidó que la redacción fuera congruente para el paciente.

La sección "Razones para el cuidado de enfermería perdido" se descartó para la aplicación al paciente, debido a que en la prueba piloto predominó la respuesta "no sé" a los reactivos incluidos en esta sección, por lo que se optó por formular una pregunta abierta: ¿A qué atribuye usted que algunos cuidados no

se realicen "siempre" por parte del personal de enfermería? La encuesta final quedó integrada por 33 reactivos.

Para la utilización del instrumento se contó con la autorización de los autores (21), quienes permitieron la traducción del instrumento para su aplicación en México. Como el instrumento no había sido aplicado en población mexicana fue necesario el proceso de traducción y retraducción y la última versión se sometió a prueba piloto previa a su aplicación.

Para la recolección de datos se acudió al servicio de hospitalización en cada uno de los diferentes turnos y se invitó al personal de enfermería a participar en el estudio; para ello, se les explicó el propósito del mismo. Al personal que aceptó participar se le solicitó la firma del consentimiento informado; se les cuestionó si querían contestar la encuesta en ese momento; se verificó que no se interfiriera con sus actividades programadas; se les entregó la encuesta MISSCARE y se les dieron las instrucciones para su llenado; asimismo, se les indicó que tenían la libertad de retirarse del estudio en el momento que así lo desearan.

Posteriormente, se seleccionó en forma aleatoria a un paciente de los que le fueron asignados al personal de enfermería que previamente contestó la encuesta y que reunía los criterios de inclusión, se acudió a su habitación y se valoró que no presentara dolor o alguna molestia o que no se interfiriera con algún procedimiento, se le solicitó su participación explicándole en qué consistía el estudio, una vez que aceptó participar se le solicitó la firma del consentimiento informado y posteriormente se procedió a aplicar la encuesta MISSCARE para el paciente; se verificó la ausencia del personal de enfermería en la habitación, con la finalidad de obtener mayor apertura en sus respuestas. El presente estudio se apegó a los lineamientos éticos estipulados en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (22). Se contó con la aprobación de los Comités de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, se solicitó autorización de los participantes a través de la firma del consentimiento informado y en todo momento se respetó su dignidad, privacidad, bienestar y derechos.

Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 17. Se utilizó estadística descriptiva para perfilar a los participantes y describir las variables del estudio, se diseñaron índices con valores de 0 a 100 para cada una de las dimensiones del cuidado, así como para los factores asociados, a mayor puntaje mayor

cuidado otorgado (la diferencia entre el puntaje obtenido y el máximo posible que equivale a 100, corresponde al cuidado de enfermería perdido) y mayor razón significativa para el cuidado perdido. Se aplicó estadística inferencial como prueba de Kruskal Wallis y correlación de Spearman para dar respuesta a los objetivos del estudio.

## Resultados

### *Características del personal de enfermería*

Predominó el sexo femenino con un 86,3%, el rango de edad de 18 a 25 años (36,8%), seguido 41 a 50 años (20,7%) y el nivel de formación de enfermera general (53%) y auxiliar de enfermería (18,8%).

En cuanto a las características laborales, más de la mitad tiene categoría de enfermera(o) general (61,9%), seguido de auxiliar de enfermería (33,1%), la mayor proporción cuenta con una antigüedad en la institución y en el servicio de uno a cinco años, con un 55,6 y 61,3%, respectivamente. La experiencia laboral se ubicó principalmente en uno a cinco años (61,3%) y predominó el turno vespertino (41,2%), seguido del nocturno (32,5%).

El promedio de pacientes asignados al personal de enfermería por turno fue de 6 (DE = 4,24), los ingresos correspondieron a tres pacientes por turno (M = 2,94; DE = 1,48) y los egresos a dos (M = 2,01; DE = 1,60).

### *Características de los pacientes*

La mayor proporción de pacientes fue atendida por la especialidad de Medicina Interna (81,3%). En cuanto al sexo, predominaron ligeramente las mujeres (femenino 55%, masculino 45%); respecto a la edad, la mitad de los participantes tiene de 51 años a más; en relación con el grado de estudios, más del 50% cuenta con educación profesional y predominó el nivel de licenciatura (46,3%).

### *Elementos del cuidado percibidos por el personal de enfermería*

En la tabla 1 se muestra el índice global y por dimensiones de cuidados de enfermería realizados, las intervenciones que más se cumplen corresponden a cuidados con evaluaciones continuas,

con una media de 94,56 (DE = 11,10) y donde más se pierde u omite el cuidado de enfermería correspondió a las intervenciones de cuidado básico, con una media de 80,82 (DE = 19,40).

Al analizar los elementos del cuidado perdido para cada una de las dimensiones, en las intervenciones de necesidades individuales, el personal señaló una mayor proporción de cuidado perdido u omitido en el siguiente orden: el apoyo emocional al paciente o la familia (21,3%), asistir a las visitas de evaluación del cuidado interdisciplinario (14,7%) y los medicamentos administrados dentro de los 30 minutos antes o después de la hora programada (11,1%).

En la planificación del alta y educación al paciente, el cuidado perdido se percibió en un 5,7% en educación al paciente acerca de la enfermedad, las pruebas y los estudios de diagnóstico y 10,8% en cuanto al plan del alta del paciente y educación. En las intervenciones de cuidado básico, el mayor cuidado perdido se encontró en la asistencia en la deambulación tres veces al día o según la indicación (42,0%), seguida de la alimentación del paciente cuando la comida está caliente (30,2%) y la asistencia en el cuidado de la boca (21,3%).

Finalmente, en las intervenciones de cuidados con evaluaciones continuas, el principal cuidado perdido u omitido correspondió a las evaluaciones y reevaluaciones de pacientes por turno y por condición de salud, con el 13,5 y el 12,8% respectivamente.

### *Elementos del cuidado percibidos por el paciente*

En la tabla 2 se muestran los índices de los cuidados de enfermería, de acuerdo con la percepción del paciente. Se destacan con mayor cumplimiento las intervenciones de cuidados de evaluaciones continuas con una media de 96,32 (DE = 7,96) y la dimensión con mayor cuidado perdido se ubicó en la planificación del alta y educación del paciente con una media de 45,0 (DE = 23,22).

El análisis de cada una de las dimensiones permitió identificar los elementos del cuidado con mayor omisión. En cuanto a las intervenciones de necesidades individuales predominó el cuidado perdido u omitido en el apoyo emocional al paciente o la familia (43,7%), seguida de la asistencia a las visitas de evaluaciones realizadas por otros profesionales (médico, nutricionista, etc.), con un 26,2%, y evaluar la eficacia de los medicamentos (16,7%).

En las intervenciones de planificación del alta y educación del paciente, estos últimos refirieron omisión en la educación durante la hospitalización (acerca de la enfermedad, pruebas y estudios de diagnóstico), así como en el plan de alta hospitalaria, con un 36,2 y 73,7 %, respectivamente.

En relación con las intervenciones de cuidado básico, el cuidado perdido predominó en la asistencia en el cuidado de la boca (32,1 %), seguido de la asistencia en el lavado de manos (29,4 %), en la deambulacion tres veces al día o según indicación (20,3 %) y apoyo en cambio de posición cada 2 horas o de acuerdo a sus necesidades (17 %).

Finalmente, en las intervenciones de evaluaciones continuas, la mayor proporción de omisión correspondió a la documentación completa de todos los datos necesarios del paciente (9,5 %). Este tipo de intervenciones reportó la menor omisión.

Para identificar diferencias en el cuidado perdido de acuerdo con las características laborales del personal de enfermería se analizaron los índices del cuidado realizado por este de acuerdo con la categoría asignada, nivel de formación, antigüedad en el servicio, experiencia laboral y turno asignado. Se obtuvieron valores muy similares en cada una de las características laborales. Estadísticamente no se encontró diferencia significativa entre los grupos al aplicar la prueba de Kruskal Wallis ( $p > 0,05$ ).

Para determinar la relación entre la percepción del personal de enfermería y la del paciente acerca del cuidado otorgado y recibido se aplicó la prueba de correlación de Spearman, los resultados no reportaron asociación significativa ( $p > 0,05$ ).

### ***Factores relacionados con el cuidado de enfermería perdido percibidos por enfermería***

En la tabla 3 se muestra que, según la percepción del personal de enfermería, los factores por los que se pierde el cuidado o se omite se atribuyen principalmente a recursos humanos con una media de 80,67 (DE = 17,06), seguido de recursos materiales con una media de 69,72 (DE = 23,45) y por último los factores de comunicación con una media de 65,16 (DE = 21,95).

En relación con recursos humanos, el personal de enfermería mencionó que los elementos donde percibe una razón significativa

para el cuidado perdido en más del 50 % corresponden al aumento inesperado en el volumen de pacientes (65 %), seguido de personal insuficiente (58,8 %) y, por último, las situaciones de urgencia de los pacientes (46,9 %).

En cuanto a los factores correspondientes a los recursos materiales, el personal de enfermería mencionó como una razón significativa para el cuidado perdido, el que los medicamentos no están disponibles cuando se necesitan (50 %), seguida de que los suministros/equipos no estén disponibles y que no funcionen correctamente cuando se necesitan con un 36,9 y 33,8 %, respectivamente.

Respecto a los factores de comunicación, se percibe como una razón significativa la asignación de pacientes desequilibrada con un 40,6 %, seguida de demasiados cuidados a pacientes que ingresan y egresan, con el 36,9 %, y la falta de apoyo de los miembros del equipo con el 35,6 %.

### ***Factores relacionados con el cuidado de enfermería perdido percibidos por el paciente***

Los pacientes mencionaron como principal factor relacionado con el cuidado perdido la escasez de personal (18,1 %), seguido por personal con falta de experiencia (13,8 %) y falta de organización y trabajo en equipo (7,5 %). En menor proporción, señalaron aspectos como la falta de comunicación del personal de un turno a otro (6,3 %) y la actitud del personal (5 %), entre otros.

## **Discusión**

Existen elementos del cuidado de enfermería que son perdidos u omitidos durante la estancia hospitalaria de los pacientes, de acuerdo con la percepción de enfermería y del paciente. Las dimensiones en las cuales existe mayor omisión de cuidados, según la percepción del personal de enfermería, corresponden a las intervenciones de cuidado básico, seguidas de intervenciones de necesidades individuales. Los pacientes, por su parte, concuerdan con el personal de enfermería acerca de la omisión de las intervenciones de necesidades individuales; sin embargo, difieren con enfermería al identificar una alta omisión en la planificación del alta y educación. Los resultados en relación con la omisión de cuidados en intervenciones de cuidado básico y necesidades individuales son similares a los reportado por Kalisch *et al.* (3) y Kalisch y Lee (15).

Los elementos del cuidado de enfermería con mayor omisión percibidos por el personal de enfermería en las intervenciones de necesidades individuales fueron los relacionados con el apoyo emocional al paciente o la familia, asistir a las visitas de evaluación del cuidado interdisciplinario, así como los medicamentos administrados dentro de los 30 minutos antes o después de la hora programada; de igual manera, el paciente concuerda con el personal de enfermería al percibir mayor omisión en el apoyo emocional, seguido de asistir a las visitas de evaluación de otros profesionales (médico, nutricionista, etc.) y evaluar la eficacia de los medicamentos; estos resultados concuerdan con lo reportado en estudios realizados por Kalisch (2) y Kalisch *et al.* (3).

En la planificación del alta y la educación del paciente, tanto el personal de enfermería como los pacientes coincidieron en que estos aspectos son cuidados que se pierden continuamente durante la hospitalización. Además, los pacientes señalaron omisión en la educación acerca de la enfermedad, las pruebas y los estudios de diagnóstico. Estos resultados concuerdan con lo reportado en estudios realizados por Kalisch *et al.* (3) y Kalisch y Lee (15). Estos elementos son importantes de destacar de acuerdo con Kalisch (2) y Kalisch *et al.* (23), quienes señalan que la falta de educación adecuada y la poca o nula preparación para el alta hospitalaria, repercuten en efectos negativos en los resultados del paciente como complicaciones y readmisiones.

La educación del paciente es una intervención relevante que debe ser desarrollada como prioritaria por el personal de enfermería, debido a que ayuda a mejorar su participación y a tomar decisiones informadas sobre la atención; por su parte, el plan de alta garantiza la continuidad de la atención y permite la educación al paciente durante la estancia hospitalaria según sus necesidades específicas, de tal forma que al momento del alta, el paciente y su familia, en caso necesario, cuenten con el conocimiento adecuado para el manejo del tratamiento en el hogar (24).

En cuanto a las intervenciones de cuidado básico, tanto el personal de enfermería como los pacientes perciben una proporción importante de cuidado que se pierde u omite en la asistencia en la deambulación tres veces al día o según la indicación, seguida de la alimentación del paciente cuando la comida está caliente y el cuidado de la boca; el paciente también identificó como aspectos relevantes del cuidado perdido la asistencia en el lavado de manos y apoyo en los cambios de posición cada dos horas o según indicación. Estos resultados concuerdan con lo reportado por Kalisch *et al.* (3).

Los cuidados básicos generalmente pasan a un segundo orden durante la atención y se le da prioridad a otro tipo de cuidados; por ser cuidados básicos, el personal de enfermería supone que pueden ser realizados por el paciente en caso de no tener problemas cognitivos o físicos, y que este puede apoyarse en un familiar para realizarlos. Estos cuidados, considerados de rutina diaria de enfermería en la mayoría de hospitales, son parte de los cuidados que deben ser realizados por enfermería y aprovechar este espacio para interactuar con el paciente e identificar necesidades. Bittner y Gravlin (16) reportaron que estos deben ser realizados de acuerdo con la categoría de enfermería; así, la auxiliar de enfermería es la responsable, aunque el personal profesional debe verificar que estos cuidados se realicen.

En cuanto a los cuidados que requieren evaluaciones continuas, tanto el personal de enfermería como los pacientes perciben que son los que mayormente se realizan; sin embargo, ambos perciben omisiones, el personal de enfermería señaló que los cuidados que se pierden u omiten son las evaluaciones del paciente según su condición de salud. En cuanto a los pacientes, estos señalaron que los cuidados que se pierden u omiten corresponden a la documentación completa de todos los datos necesarios. Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Kalisch *et al.* (3), quienes reportaron que la documentación completa de la valoración del paciente en la hoja de registro de enfermería fue uno de los cuidados más omitidos.

Algunos estudios realizados en hospitales públicos han identificado que el cuidado perdido está asociado con algunas características laborales del personal de enfermería (5); no obstante, en el presente estudio no se encontró diferencia en el cuidado otorgado y perdido conforme a este tipo de características. Esto puede atribuirse a que el presente estudio se realizó en un hospital privado, donde una importante proporción del personal de enfermería tiene menos de diez años laborando en la institución y predomina un nivel de formación profesional; aunado a lo anterior, la institución participante cuenta con un programa de educación continua para el personal de enfermería.

Si bien, tanto el personal de enfermería como los pacientes percibieron cuidado perdido, no se encontró asociación entre la percepción de ambos. Esto pudiera atribuirse a que perciben en forma distinta la omisión de cuidados de acuerdo con las dimensiones consideradas en el presente estudio; así, mientras que los pacientes percibieron mayor omisión en lo referente a planificación del alta, educación e intervenciones de necesidades

individuales, el personal de enfermería lo percibe en cuanto a las intervenciones de cuidado básico y de necesidades individuales. Es importante que enfermería tenga en cuenta la mayor percepción de omisión del cuidado por parte del paciente; asimismo, es prioritario diseñar estrategias que permitan una mayor continuidad del cuidado en estos aspectos relevantes de la atención, los cuales están directamente vinculados con la calidad y seguridad que se proporciona al paciente durante su estancia hospitalaria.

Respecto a los factores que contribuyen al cuidado de enfermería perdido según la percepción del personal, se encontró que lo atribuye principalmente al recurso humano, seguido de recursos materiales y de comunicación. En cuanto al recurso humano, predominaron aspectos como el aumento inesperado en el volumen de pacientes y el número insuficiente de personal. Estos datos concuerdan con los resultados reportados por Kalisch y Lee (15).

La cantidad adecuada del personal con competencias específicas es fundamental para atender las necesidades de los pacientes. Cuando esto se ve afectado, interfiere de manera directa en los resultados de la atención debido a que las enfermeras se ven forzadas a disminuir o, algunas veces, hasta omitir ciertas tareas, a pesar de que eso puede incrementar el riesgo de resultados negativos en el paciente (11, 12, 14).

Los recursos materiales fueron considerados por el personal de enfermería como el segundo factor más importante, en especial el que los medicamentos y los suministros/equipos no estén disponibles o no funcionen cuando se necesitan. Estos resultados son similares a lo reportado por Kalisch *et al.* (3, 5) y Kalisch y Williams (21), quienes señalan que el adecuado funcionamiento del equipo requerido, así como su disponibilidad, intervienen en la oportunidad de proveer cuidado de enfermería de calidad y seguridad para el paciente.

En relación con los factores de comunicación, enfermería señaló como aspectos relevantes la asignación desequilibrada

de pacientes, demasiados cuidados a pacientes que ingresan y egresan, la falta de apoyo de los miembros del equipo y las fallas en la comunicación con el personal médico. Estos aspectos identificados en el estudio, fueron similares a los reportados por Schubert *et al.* (14) como elementos que interfieren en el cuidado. Es relevante fortalecer en las instituciones de salud la comunicación efectiva entre todos los miembros del equipo, debido a que esta es uno de los principales elementos que favorece la continuidad de la atención y contribuye a disminuir las omisiones del cuidado a través de una adecuada transferencia de información del paciente.

Es importante que en estudios subsecuentes relacionados con el cuidado perdido y los factores asociados se analice el efecto en los resultados del paciente, aspecto no considerado en el presente estudio.

---

## Conclusión

---

Los resultados del presente estudio permitieron identificar a través de la percepción del personal de enfermería y del paciente, que existen cuidados que no se realizan al paciente de acuerdo con sus necesidades específicas durante su estancia hospitalaria; algunas veces son omitidos o retrasados, lo que puede afectar los resultados de la atención. Es importante señalar que en el presente estudio la mayor omisión es percibida por los pacientes, lo cual se considera un aporte relevante, sobre todo por el énfasis en los estudios previos en identificar la percepción del personal de enfermería.

Cabe destacar que tanto para el personal de enfermería como para los pacientes, los factores relacionados con el recurso humano son calificados en primer orden como asociados con el cuidado perdido; este hallazgo debe ser considerado por los administradores de enfermería como un área de oportunidad que requiere estrategias efectivas de gestión de recursos humanos para disminuir el cuidado perdido y fortalecer la continuidad de la atención.

## Referencias

---

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1; 2009.
2. Kalisch B. Missed Nursing Care: a qualitative study. *J Nurs Qual* 2006;21(4):306-313.
3. Kalisch B, Landstrom G, Williams R. Missed Nursing Care: Errors of Omission. *Nurs Outlook* 2009;57(1):3-9.
4. Ausserhofer D, Zander B, Busse R, Schubert M, De Geest S, Rafferty AM, et al. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multycountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Qual Saf* 2014;23:126-135. doi:10.1136/bmjqs-2013-002318.
5. Kalisch B, Tschannen D, Lee H, Friese C. Hospital variation in Missed Nursing Care. *AM J Med Qual* 2011;26(4):291-299.
6. Bittner NP, Gravlin G, Hansten R, Kalisch BJ. Unraveling Care Omissions. *J Nurs Adm* 2011;41(12):510-512.
7. Ball JE, Murrells T, Rafferty AM, Morrow E, Griffiths P. "Care left undone" during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Qual Saf* 2014;23:116-125.
8. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care 1966. *Milbank Q* 2005;83(4):691-729.
9. Kalisch B, Tschannen D, Lee KH. Missed Nursing Care, Staffing, and Patient Falls. *Journal of Nursing Care Quality* 2012;27(1):6-12.
10. Kalisch B, Tschannen D, Lee KH. Do Staffing Levels predict Missed Nursing Care? *Int J Qual Health Care* 2011;23(3):302-308.
11. Ball J, Murrells T, Rafferty A, Morrow E, Griffiths P. "Care left undone" during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Saf* 2014;23:116-125.
12. Heede KV, Sermeus W, Diya L, Clarke SP, Lesaffre E, Vleugels A, et al. Nurse staffing and patient outcomes in Belgian acute hospitals: Cross-sectional analysis of administrative data. *International Journal of Nursing Studies* 2009;46:928-939.
13. Kane R, Shamliyan T, Mueller Ch, Surval S, Wilt TJ. The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes. *Medical Care* 2007;45(12):1195-1204.
14. Schubert M, Glass T, Clarke S, Aiken L, Schaffert-Witvliet B, Sloane D, et al. Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. *Int J Qual Health Care* 2008;20(4):227-237.
15. Kalisch B, Lee KH. The Impact of Teamwork on Missed Nursing Care. *Nurs Outlook* 2010;58(5):233-241.
16. Bittner NP, Gravlin G. Critical Thinking, Delegation and Missed Care in Nursing Practice. *J Nurs Adm* 2009;39(3):142-146.
17. Wakefield BJ. Facing up to the reality of missed care. *BMJ Qual Saf* 2014;23:92-94.
18. Moreno M, Interrial G. Percepción del paciente acerca de su bienestar durante la hospitalización. *Index Enferm* 2012;21(4),185-189.
19. Ibarrola S, Beortegui E, Orovioigoicoechea C, Vázquez M. Evaluación de la satisfacción con los cuidados de enfermería en el área de hospitalización de cardiología. *Enferm Cardiol* 2011;XVIII(53),27-33.
20. Grove SK, Burns N, Gray JR. *Practice of Nursing Research. Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*. St. Louis: Elsevier; 2013.
21. Kalisch B, Williams R. The development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. *J Nurs Adm* 2009;39(5):211-219.
22. Secretaría de Salubridad y Asistencia. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. México: Porrúa; 1987.
23. Kalisch B, Landstrom G, Hinshaw AS. Missed Nursing Care: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 2009;65(7),1509-1517.
24. Consejo de Salubridad General. Estándares para Certificar Hospitales. Version 2012. México; 2012.

**Tabla 1.** Índice global por dimensiones del cuidado realizado por enfermería

Índices	Media	Mdn	DE	Intervalo de confianza 95%	
				Límite Inferior	Límite Superior
Global de cuidado de enfermería realizado	89,18	91,66	11,51	87,38	90,98
Intervenciones de necesidades individuales	90,83	100	15,32	88,44	93,23
Planificación de alta y educación del paciente	91,82	100	20,95	88,54	95,10
Intervenciones de cuidado básico	80,82	85,71	19,40	77,79	83,85
Intervenciones de cuidados con evaluaciones continuas	94,56	100	11,10	92,82	96,29

Fuente: encuesta MISSCARE para el personal de enfermería.

N = 160

**Tabla 2.** Índice global y por dimensiones del cuidado de enfermería referido por el paciente

Índices	Media	Mdn	DE	Intervalo de confianza 95%	
				Límite Inferior	Límite Superior
Superior					
Global de cuidado de enfermería realizado	83,29	86,36	16,33	80,74	85,84
Intervenciones de necesidades individuales	80,84	83,33	23,22	77,21	84,47
Planificación del plan de alta y educación del paciente	45,00	50,00	23,22	38,92	51,07
Intervenciones de cuidado básico	83,78	100	28,51	79,28	88,27
Cuidados de evaluaciones continuas	96,32	100	7,96	95,08	97,56

Fuente: encuesta MISSCARE para pacientes.

N = 160

**Tabla 3.** Índices de factores que contribuyen al cuidado de enfermería perdido percibidos por el personal de enfermería

Índices	Media	Mdn	DE	Intervalo de confianza 95%	
				Límite Inferior	Límite Superior
Recursos humanos	80,67	83,33	17,06	78,01	83,34
Recursos materiales	69,72	66,66	23,45	66,07	73,36
Comunicación	65,16	66,66	21,95	61,27	68,16

Fuente: encuesta MISSCARE para el personal de enfermería.

N = 160