



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CUIDADO PERDIDO DE
ENFERMERÍA EN PACIENTES DE UN HOSPITAL PRIVADO**

TESIS

Que para obtener el GRADO de:

**MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN
DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

PRESENTA:

**Licenciado en Enfermería
RAÚL HERNÁNDEZ CRUZ**

**DIRECTORA DE TESIS:
DRA. MARÍA GUADALUPE MORENO MONSIVÁIS**

**CO-ASESORA:
M.A.A.E. SOFÍA CHEVERRÍA RIVERA**

SEPTIEMBRE 2015



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA



**Factores que Influyen en el Cuidado Perdido de
Enfermería en Pacientes de un Hospital Privado**

T E S I S

**Para obtener el GRADO de:
Maestro en Administración de la Atención de Enfermería**

Presentada por:

Licenciado en Enfermería
RAÚL HERNÁNDEZ CRUZ

Aprobado por el Comité de Tesis:

D i r e c t o r a

Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis

Co-D i r e c t o r a

M.A.A.E. Sofía Cheverría Rivera

1º de Septiembre de 2015



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI
FACULTAD DE ENFERMERIA
Av. Niño Artillero 130 Conmutador: Tel. 826-23-00 Ext 5010 y 5011
Posgrado e Investigación: Tel: 826-23-00 Ext. 5070, 5072 Administración: Ext. 5064
Dirección: Ext. 5047 e-mail: enfermeriauaslp.mx
Zona Universitaria, C.P. 78240, San Luis Potosí, S.L.P., México



UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

TEMA DE TESIS:

**“Factores que influyen en el cuidado perdido de enfermería en
pacientes de un hospital privado”**

ELABORADO POR:

**LICENCIADO EN ENFERMERÍA
RAÚL HERNÁNDEZ CRUZ**

APROBÓ:

PRESIDENTE DE JURADO

Dra. Aracely Díaz Oviedo

SECRETARIO

Dra. Martha Landeros López

VOCAL

Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis

1º DE SEPTIEMBRE DE 2015

RESUMEN

Objetivo: determinar los factores que influyen en el cuidado perdido del personal de enfermería en pacientes hospitalizados en una institución privada de San Luis Potosí. **Material y métodos:** estudio con enfoque cuantitativo, descriptivo, transversal y correlacional, se realizó en un hospital privado de San Luis Potosí, S.L.P. México, en el periodo de enero a marzo de 2015. Para identificar el cuidado perdido y los factores relacionados se utilizó el Instrumento MISSCARE con una fiabilidad de 0.91. El cuidado perdido y los factores se agruparon en índices globales y por dimensiones, con valores de 0 a 100. Se utilizó una correlación de Spearman para determinar la influencia de los factores en el cuidado perdido. **Resultados:** la población de estudio la conformaron 71 enfermeras de los servicios de urgencias, terapia intensiva y hospitalización. El índice global de cuidado perdido mostró una $M=7.45$ ($DE=10.74$); el índice con mayor puntaje de cuidado perdido fue la dimensión de intervenciones de cuidado básico ($M=13.02$, $DE=17.60$), seguido de planificación del alta y educación del paciente ($M=5.63$, $DE=18.02$). El principal factor que contribuye en el cuidado perdido, fue el de recursos humanos ($M=56.13$, $DE=21.38$), seguido del factor de comunicación ($M=48.55$, $DE=23.42$). Los factores relacionados con el cuidado perdido fueron los de recursos humanos ($r_s=0.408$, $p<0.001$) y comunicación ($r_s=0.418$, $p<0.001$). **Conclusiones:** los hallazgos de este estudio permitirán a los administradores en enfermería tomar decisiones orientadas a fortalecer la continuidad en el cuidado de enfermería.

Palabras clave: cuidado de enfermería, atención al paciente, recursos humanos, comunicación, hospital privado.

ABSTRACT

Objective: determine the factors that influence of missed nursing care in patients from a private institution of San Luis Potosí. **Material and methods:** the study was approach quantitative, descriptive design, transverse, correlational and it was performed in a private hospital from San Luis Potosi, S.L.P. Mexico, in the period from January to March 2015. The measure of missed care and factors related, the MISSCARE Survey was used with a reliability of 0.91. Missed nursing care and factors were grouped into global indices and dimensions, with values from 0 to 100. Associations between pairs of continuous variables (factors and missed nursing care) were tested for statistical significance using Spearman's correlation coefficient. **Results:** The study is comprised of 71 nurses from emergency, intensive care and hospitalization services confirmed the study population. The overall rate of missed care showed a $M=7.45$ ($SD=10.74$); the index that more score of missed care was basic care interventions ($M=13.02$, $SD=17.60$), followed by discharge planning and patient education ($M=5.63$, $SD=18.02$). The main factor that contributes to the missed nursing care, it was the human resources ($M=56.13$, $SD=21.38$), followed by communication factor ($M=48.55$, $SD=23.42$). Factors related to missed nursing care were human resources ($r_s=0.408$, $p <0.001$) and communication ($r_s= 0.418$, $p <0.001$). **Conclusions:** the findings of this study will allow administrators in nursing to take decisions aimed at strengthening the continuity of nursing care.

Key words: nursing care, patient care, human resources, communication, private hospital.

DEDICATORIA

*A aquellos que me han apoyado en el cumplimiento
de mis metas y confían en mí...*

ÍNDICE

APROBACIÓN DE COMITÉ DE TESIS	i
APROBACIÓN DE SINODALES	ii
RESUMEN	iii
ABSTRACT	iv
DEDICATORIA	v
ÍNDICE	vi
ÍNDICE DE CUADROS	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. JUSTIFICACIÓN	3
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
IV. MARCO TEÓRICO	11
CAPITULO 1	11
4.1. Modelo del cuidado perdido de enfermería.....	11
4.1.1. Atributos del modelo del cuidado perdido de enfermería	13
4.1.2. Antecedentes en el entorno de la atención	14
4.1.3. Procesos internos de las enfermeras	14
CAPITULO 2	16
4.2. Elementos del cuidado perdido de enfermería	16
4.2.1. Intervenciones de necesidades individuales	16
4.2.2. Planificación del alta y educación de los pacientes.....	17
4.2.3. Intervenciones de cuidado básico.....	18
4.2.4. Cuidado con evaluaciones continuas	19
CAPÍTULO 3	20
4.3. Factores que intervienen en el cuidado perdido de enfermería	20
4.3.1. Recursos humanos.....	20
4.3.2. Comunicación	21
4.3.3. Recurso material	23
CAPITULO 4	24
4.4. Estudios previos.....	24
V. HIPÓTESIS	28
VI. OBJETIVOS	28
6.1. Objetivo general.....	28
6.2. Objetivos específicos	28
VII. METODOLOGÍA	28
7.1. Tipo de estudio	28
7.2. Diseño metodológico	28
7.3. Límites de tiempo y espacio	29
7.4. Población de estudio	29
7.5. Criterios de estudio	29
7.6. Variables de estudio	30
7.7. Instrumento de recolección de datos	31

7.8. Procedimientos	33
7.9. Análisis estadístico	34
7.10. Recursos humanos, materiales y financieros	35
7.11. Cronograma de actividades.....	36
VIII. CONSIDERACIONES ETICAS Y LEGALES.....	36
IX. RESULTADOS.....	39
9.1. Datos laborales del personal de enfermería	39
9.2. Elementos del cuidado perdido de enfermería	41
9.3. Características laborales del personal y cuidado perdido de enfermería	44
9.4. Factores de recursos humanos, comunicación y recurso material que influyen en el cuidado perdido de enfermería.....	47
9.5. Influencia de los factores de recursos humanos, comunicación y recurso material en el cuidado perdido de enfermería.....	50
X. DISCUSIÓN	55
XI. CONCLUSIONES	61
XII. RECOMENDACIONES.....	62
XIII. BIBLIOGRAFÍA	63
XIV. ANEXOS	72
Anexo 1. Operacionalización de variables	
Anexo 2. Encuesta MISSCARE para enfermería	
Anexo 3. Recursos humanos, materiales y financieros	
Anexo 4. Cronograma de actividades	
Anexo 5. Autorización de la autora	
Anexo 6. Carta de aprobación del Comité Académico del Programa de Maestría en Administración de la Atención de Enfermería	
Anexo 7. Carta de aprobación del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería	
Anexo 8. Carta de aprobación del Comité de Ética en Investigación de Investigación y Desarrollo Médico S.A. de C.V.	
Anexo 9. Carta de consentimiento informado	
Anexo 10. Carta de no conflicto de interés	

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro		Página
1	Datos laborales del personal de enfermería de un Hospital Privado de San Luis Potosí, S.L.P. Enero-Marzo 2015.	40
2	Índices por dimensión y global del cuidado perdido de enfermería de un Hospital Privado de San Luis Potosí, S.L.P. Enero-Marzo 2015.	41
3	Elementos del cuidado de la dimensión de intervenciones de necesidades individuales de un Hospital Privado de San Luis Potosí, S.L.P. Enero-Marzo 2015.	42
4	Elementos del cuidado de la dimensión de planificación del alta y educación del paciente de un Hospital Privado de San Luis Potosí, S.L.P. Enero-Marzo 2015	43
5	Elementos del cuidado de la dimensión de intervenciones de cuidado básico de un Hospital Privado de San Luis Potosí, S.L.P. Enero-Marzo 2015	43
6	Elementos del cuidado de la dimensión de intervenciones de cuidado con evaluaciones continuas de un Hospital Privado de San Luis Potosí, S.L.P. Enero-Marzo 2015.	44
7	Cuidado perdido de enfermería de acuerdo a las características laborales del personal de un Hospital Privado de San Luis Potosí, S.L.P. Enero-Marzo 2015.	45
7.1	Cuidado perdido de enfermería de acuerdo a las características laborales del personal de un Hospital Privado de San Luis Potosí, S.L.P. Enero-Marzo 2015.	46
8	Índices por dimensión de los factores que influyen en el cuidado perdido de enfermería de un Hospital Privado de San Luis Potosí, S.L.P. Enero-Marzo 2015.	47
9	Elementos del factor de recursos humanos que influyen en el cuidado perdido de enfermería de un Hospital Privado de San Luis Potosí, S.L.P. Enero-Marzo 2015.	48
10	Elementos del factor de comunicación que influyen en el cuidado perdido de enfermería de un Hospital Privado de San Luis Potosí, S.L.P. Enero-Marzo 2015.	49

11	Elementos del factor de recurso material que influyen en el cuidado perdido de enfermería de un Hospital Privado de San Luis Potosí, S.L.P. Enero-Marzo 2015.	50
12	Coeficientes de correlación de dimensiones de cuidado y factores que contribuyen a omisiones del personal de enfermería de un Hospital Privado de San Luis Potosí, S.L.P. Enero-Marzo 2015.	51
13	Factores que percibe el personal de enfermería que afectan que el cuidado que se proporciona en pacientes hospitalizados en una Institución Privada de San Luis Potosí, S.L.P. Enero-Marzo 2015.	52
14	Factores que afectan las intervenciones de necesidades individuales en pacientes hospitalizados en una Institución Privada de San Luis Potosí, S.L.P. Enero-Marzo 2015.	53
15	Factores que afectan las intervenciones de cuidado básico en pacientes hospitalizados en una Institución Privada de San Luis Potosí, S.L.P. Enero-Marzo 2015.	53
16	Factores que afectan las intervenciones de cuidado con evaluaciones continuas en pacientes hospitalizados en una Institución Privada de San Luis Potosí, S.L.P. Enero-Marzo 2015.	54

I. INTRODUCCIÓN

Los errores durante la atención tienen consecuencias adversas para los pacientes como mortalidad, fracturas, dependencia funcional, el temor a la recurrencia y baja satisfacción por el servicio recibido; y también consecuencias en el personal que presta atención directa al paciente; entre las que se pueden señalar sentimientos de culpa, temor e insatisfacción laboral. Aunque varias organizaciones han desarrollado directrices basadas en la evidencia que establecen estrategias para la reducción de errores durante la atención, esto sigue siendo un reto¹.

Los errores y los eventos adversos son el resultado de varios factores en distintos niveles de la atención a la salud, como pueden ser el grado de apoyo gubernamental de una institución, el sistema de atención médica o la intervención entre pacientes y profesionales. Por consiguiente, las soluciones deben orientarse a promover un entorno y sistemas de apoyo que minimicen el riesgo de daño, pese a la complejidad de las organizaciones y a la carencia de estandarización de la atención sanitaria actual², lo cual trae consigo omisiones en la atención que conllevan al déficit de calidad de las organizaciones de salud¹, con repercusiones en la seguridad del paciente.

El Instituto de Medicina de Washington, en el año 2008 define la seguridad del paciente como "la prevención de daños a los pacientes"³, esta definición involucra a los profesionales de las diversas disciplinas que participan en la atención, así como a las organizaciones de atención a la salud, mismos que deben procurar la recuperación de la salud de los pacientes evitando daños o complicaciones causadas por la misma atención.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en mayo de 2002, mediante una resolución de su Asamblea Mundial de la Salud, insta a los Estados Miembros a prestar la mayor atención posible al problema de seguridad del paciente; a consolidar sistemas más seguros, en particular asegurar la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología², donde se encuentra involucrado el personal de enfermería, puesto que ellos brindan la atención directa e indirecta

y pueden detectar cualquier falla o pérdida en la atención antes de que se convierta en evento adverso.

En México desde los años sesenta se han desarrollado iniciativas para elevar la calidad de los servicios que prestan las instituciones, muestra de ello es la Cruzada Nacional por la Calidad de los servicios de salud, que fue la primera estrategia de alcance nacional en México que permitió integrar proyectos para mejorar la calidad de la atención médica⁴. A pesar de estos esfuerzos, la calidad en la atención y la seguridad del paciente sigue siendo un reto para los servicios de salud⁵.

Cada año, el tratamiento y la atención de cientos de millones de pacientes en todo el mundo se complica a causa de fallas o errores, así como a omisiones en la atención, como consecuencia, algunas personas enfermas se agravan aún más, unas deben permanecer más tiempo en el hospital, otras quedan discapacitadas por un largo periodo y otras más mueren. Además del costo en vidas humanas, esta situación genera una carga económica adicional importante tanto para las familias así como para los sistemas de salud, donde en México, el costo anual se aproxima a los 1,500 millones de dólares².

El cuidado perdido ha sido poco estudiado, por lo que identificarlo y determinar los factores que influyen proporcionará información de utilidad para la gestión de los servicios de enfermería con información relevante para evaluar la calidad y seguridad en la atención. La teoría apoya a identificar y explicar los cuidados de enfermería perdidos u omitidos y los resultados en los pacientes, así como los factores que contribuyen al cuidado perdido u omitido en la atención con repercusiones en los resultados del paciente y por ende en la calidad y seguridad.

El cuidado perdido de enfermería se describe a través del modelo elaborado y definido por Kalisch en el 2006, ambas variables se profundizan en el marco teórico de forma que brinden un panorama específico para la realización y sustento del protocolo de investigación.

II. JUSTIFICACIÓN

En los últimos años la calidad de los servicios de salud en México, se ha situado en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud, esto como respuesta a los eventos adversos en salud los cuales se presentan desde hace muchos años, y generan efectos desfavorables que afectan la calidad y seguridad en la atención de la salud. La seguridad del paciente constituye una actividad compleja, ya que en ella se conjugan aspectos inherentes al sistema de salud y acciones humanas. La seguridad de la atención en salud es un proceso que se centra en el conocimiento de los riesgos de efectos adversos, la eliminación de los riesgos innecesarios y la prevención de aquellos eventos que son evitables a partir de intervenciones basadas en evidencia científica con demostrada efectividad. Los eventos adversos generalmente son precedidos de errores e incidentes en la atención, así como también por omisiones en la atención. Cuando estas omisiones corresponden a la atención de enfermería, se denomina cuidado perdido de enfermería, éste da lugar a un gran número de los eventos adversos, los cuales se detectan principalmente en el ámbito hospitalario².

La seguridad del paciente, entendida como la prevención de daños a los pacientes, requiere de sistemas sólidos que prevengan los errores, en caso de que se presenten, se aprenda de ellos y generen una cultura de seguridad que involucre a todos los profesionales de la salud, las organizaciones y a los propios pacientes. Si bien, el rol de todos los profesionales de la salud es relevante, enfermería juega un papel fundamental por su involucramiento en la mayor parte de los procesos hospitalarios, lo que genera que sea el profesional de la salud con mayor cercanía con el paciente.

En México, a partir de los resultados arrojados con el Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS), se sabe que la tasa de prevalencia de eventos adversos en hospitales nacionales fue de 7.7%, y los principales eventos adversos fueron: neumonías nosocomiales (5.2%), infecciones de herida quirúrgica (5.6%), otras complicaciones relacionadas con intervención quirúrgica o procedimiento (5.6%) y sepsis o bacteriemia (6.9%)². Lo anterior indica resultados poco

favorables relacionados con el cuidado perdido de enfermería (omisiones) o procedimientos realizados de forma incorrecta que afectan la calidad de la atención y pueden amenazar la seguridad del paciente.

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS), lanzada en el año 2001, fue la primera estrategia de alcance nacional en México y en el mundo, que permitió integrar proyectos para mejorar la calidad de la atención, desde entonces se ha mantenido el interés por mejorar la calidad de los servicios de salud, por lo que se ha propuesto garantizar que toda persona independientemente del lugar al que acuda a solicitar atención, la reciba de calidad, con calidez y seguridad, como queda estipulado en el Plan Nacional de Desarrollo⁴.

Por ello, en el marco del proceso de planeación en salud, se dieron pasos decisivos para impulsar la calidad en los servicios de salud, los cuales consistieron en: definir la política de “brindar servicios de salud eficientes, con calidad y seguridad para los pacientes”; fijar el objetivo de “prestar servicios con calidad y seguridad”; establecer la estrategia de “situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud” y determinar una línea de acción puntual para “implementar un Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD)”⁶. Aunado a esta estrategia para finales del 2011, un total de 323 de todos los hospitales del país han implementado alguna o varias medidas contempladas para disminuir los eventos adversos y mejorar la seguridad del paciente, sin embargo resulta imperativo seguir desarrollando proyectos de intervención para la mejora continua de estos procedimientos⁶, para que el cuidado perdido no se presente e influya en la aparición de los eventos adversos y repercuta en la seguridad del paciente.

Hasta el momento la información se focaliza en los componentes de estructura y de resultado, dejando de lado el proceso de la atención y en particular, la calidad con la que se brinda la atención⁶. Es aquí donde la atención de enfermería cobra relevancia debido a que la calidad en la atención de enfermería se concibe como la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería, de acuerdo con estándares definidos para una práctica

profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la seguridad del paciente⁷, es decir, enfermería debe cumplir con criterios ya establecidos para brindar un cuidado oportuno y de calidad, evitando el cuidado perdido, es decir, la omisión o retraso de los cuidados de enfermería, para lograr un impacto positivo en los resultados en salud de los pacientes.

La contribución más importante del administrador en enfermería a la seguridad del paciente, en cualquier contexto, es la capacidad de coordinar e integrar los múltiples aspectos de la calidad en la atención directa proporcionada por la enfermería, y a través de la asistencia prestada por otros en el entorno, así como el seguimiento y la vigilancia que permita identificar riesgos en el paciente antes de que se conviertan en errores y eventos adversos^{3, 8}.

El cuidado que brinda enfermería debe promoverla seguridad, apoyar la prevención de eventos no deseables y a la recuperación, por ello, la seguridad del paciente es la piedra angular de la atención de salud de alta calidad⁹. Las(os) enfermeras (os) son esenciales para que se reduzcan dichos resultados adversos, sin embargo queda mucho trabajo por hacer en la evaluación del impacto de los cuidados de enfermería en los indicadores positivos de calidad³.

En lo que respecta a la calidad de los servicios de salud; en Estados Unidos se ha demostrado que las instituciones de salud con mayor dotación de personal profesional de enfermería se asocia con una menor probabilidad de varios eventos adversos de los pacientes, donde se evitarían 26 casos de estos eventos por cada 1,000 pacientes hospitalizados, entre los que destacan; casos de infecciones de heridas, de neumonía adquirida en el hospital y de sepsis nosocomial¹⁰, por lo que resulta conveniente que los gestores prevengan afecciones asociadas con la atención a la salud.

Los pacientes, durante la estancia hospitalaria, pueden sufrir eventos adversos asociados a las omisiones en la atención, por lo que es relevante que los administradores en enfermería de las instituciones de salud identifiquen los factores que desencadenan las omisiones del cuidado de enfermería con la

finalidad de realizar acciones orientadas a fortalecer la continuidad de la atención, a través del desarrollo de estrategias para que el personal de enfermería brinde un cuidado de calidad a los pacientes durante su estancia hospitalaria.

Por ello, el realizar estudios que aborden el cuidado perdido se constituye en un aporte importante para el cuidado de enfermería, con información relevante para evaluar la calidad y seguridad en la atención. El cuidado perdido ha sido poco estudiado, por lo que identificarlo y determinar los factores que influyen proporcionará información de utilidad para la gestión de los servicios de enfermería con información relevante que genere estrategias que apoyen en disminuir los efectos que producen las omisiones de cuidado enfermero.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cuidado de enfermería es un acto que implica el abordaje integral de la persona para garantizar que los cuidados que se brindan sean de calidad; sin embargo esto constituye un gran desafío para las (os) enfermeras (os) gestoras (es) de hoy¹¹. Para asegurar la calidad en la atención de la salud, se deben identificar y conocer los factores que intervienen para disminuir brechas existentes entre la atención que se proporciona y la seguridad y con ello, evitar cualquier tipo de error que conlleve a daños para los pacientes.

En todo el mundo, hay un reconocimiento de que los errores en los pacientes se producen con regularidad. Durante la atención sanitaria las infecciones, úlceras por presión y las caídas, entre otros, son producidas en el periodo de hospitalización y se asocian con la reducción en la recuperación de los pacientes¹².

El cuidado perdido de enfermería, enunciado por primera vez en 2006¹¹, se define como cualquier aspecto de la atención de los pacientes que se requiere y que se omite o es retrasado en forma parcial o total, existen errores de comisión (los que errores que se cometen) y errores de omisión, a éstos corresponde el cuidado perdido de enfermería; en ocasiones estas omisiones conducen a resultados negativos e incluso mortales, y esto a su vez se refleja en la calidad y el costo de la atención de salud, así como en el incremento en la estancia hospitalaria^{12, 13}.

Sin embargo, toda actividad humana conlleva el riesgo de que el camino a un objetivo final se pierda por el dominio de las leyes de la Física: la incertidumbre de todo proceso forma parte de esta problemática¹⁴ y el actuar de enfermería no es la excepción. Etimológicamente la raíz latina de la palabra error es perder el rumbo, es decir, en salud es el extravío del rumbo que sigue el actuar frente al requerimiento de un paciente¹⁴, en este caso, el cuidado perdido de enfermería representa un error de omisión, el cual se produce con regularidad en cualquier cultura del mundo¹².

El personal de enfermería es el responsable de la calidad de los cuidados que brinda, por lo que identificar las omisiones en la atención y tomar las medidas pertinentes que involucren la reestructuración de los servicios de enfermería puede contribuir a resolver el problema del cuidado perdido¹², elevando así la calidad de la atención. Se han llevado a cabo estudios en Estados Unidos que muestran que el cuidado perdido de enfermería es un problema significativo. El primer estudio, que exploró el cuidado perdido, fue realizado por Kalisch en 2006 de tipo cualitativo, con un total de 173 miembros de enfermería de dos hospitales de cuidados intensivos, se entrevistaron en 25 grupos focales. El estudio reveló nueve áreas de atención donde el cuidado por omisiones los cuales son: deambulaci3n, cambio postural, alimentaci3n retrasada, educaci3n al paciente, planificaci3n de alta, apoyo emocional, higiene, documentaci3n de egresos y vigilancia. Siete razones fueron citadas como las causantes del cuidado perdido: poco personal, falta de tiempo necesario, falta de trabajo en equipo, delegaci3n ineficaz, h3bitos de enfermer3a y negaci3n¹¹.

Los cuidados perdidos pueden encaminar a riesgos en los resultados del paciente, en caso de que no se presentara este problema se reducir3a el 43% en las probabilidades de la sepsis nosocomial, 34% en paro cardiaco, 41% en complicaciones m3dicas, 60% en la insuficiencia respiratoria, y 45% en la extubaci3n no planificada. Esta reducci3n evitar3a 10 casos de sepsis nosocomial, 90 casos de insuficiencia respiratoria, 66 casos de extubaciones no planificadas, y 145 complicaciones m3dicas por cada 1,000 pacientes hospitalizados¹⁰.

En otros pa3ses, como Europa y Alemania, tambi3n han explorado esta tem3tica con resultados que revelaron que las actividades de atenci3n com3nmente reportadas como omitidas por el profesional de enfermer3a; son el desarrollo o la actualizaci3n de los planes de cuidados de enfermer3a, la educaci3n de los pacientes y las familias, la higiene oral, la documentaci3n del cuidado, y la vigilancia del paciente^{8, 15, 16, 17}, estas omisiones en el cuidado se han asociado significativamente al liderazgo deficiente, a la inadecuada organizaci3n del trabajo de enfermer3a, as3 como a un elevado cansancio emocional¹⁸.

Sin embargo, en México no existe investigación diseñada para determinar qué tipo de atención de enfermería en realidad se proporciona en los hospitales¹¹, por lo tanto, poco se sabe acerca de la prevalencia y los patrones del cuidado perdido de enfermería¹⁸ y cuáles son los principales cuidados que se omiten durante la estancia hospitalaria, además de los factores que lo condicionan.

A pesar de los diferentes sistemas de salud y regímenes de financiación, el fenómeno de los cuidados perdido de enfermería parece ser común en todos los países. Las conclusiones de los estudios de otros países indican que las(os) enfermeras(os) profesionales toman decisiones importantes sobre los cuidados que son necesarios de realizar y cuales omitir^{15, 18, 19}. Conjuntamente, la frecuencia de la atención omitida es una consecuencia no deseada, sin embargo predecible, de los sistemas de atención actuales²⁰.

La situación de saturación de pacientes en los hospitales públicos condiciona que los tiempos de espera sean largos y que la población que cuenta con otro tipo de seguridad, a través de planes privados de seguro o pagos de bolsillo, utilice esta opción²¹. Los hospitales privados deben apuntar a la calidad del servicio y por ende a la satisfacción del paciente, por lo que identificar el cuidado que se proporciona y el que se omite en los hospitales privados cobra relevancia para ser altamente competitivos dentro de este mercado.

El profesional de enfermería, constituye un recurso humano esencial dentro de las instituciones de salud, sean públicas o privadas, cuyo fin es prestar atención integral a la persona en el ámbito de la salud, implementando el cuidado y el contacto permanente y directo con el cliente ya sea interno o externo. Así, enfermería es quien está la mayor parte del tiempo con el paciente, y es a quien le corresponde valorar, otorgar y evaluar los cuidados que se brindan de manera que sean eficaces para su salud y bienestar. Por eso, el personal de enfermería centra su accionar en el cuidado de la persona, satisfaciendo demandas y necesidades de salud, no obstante se debe permitir que las(os) enfermeras(os) tengan suficiente tiempo para organizar, evaluar y proporcionar cuidados de enfermería necesarios¹⁶.

El sector privado de salud busca proporcionar servicios buscando siempre la atención integral de sus clientes, sin embargo la formación original del personal de salud, en la mayoría de los casos, no contempla este aspecto, es responsabilidad entonces de cada organización, el fomento de la atención al cliente a todos los niveles; así mismo, la cultura de la calidad está cada vez más difundida en la población usuaria de los servicios y lograr la satisfacción de sus demandas se convierte en un reto cada vez mayor^{22, 23}.

Los servicios privados que conozcan lo que los usuarios desean recibir por parte de ella respecto a sus características, calidad, precio, puntualidad en la entrega y servicios; estarán en ventaja competitiva para establecer estrategias de mercadeo y lograr que los clientes respondan en forma positiva a estos estímulos²³, es decir, el regreso de los clientes para continuar atendiéndose con sus servicios. Lo anterior permitirá crear un ambiente favorable que influya en el hecho de que el paciente perciba una atención que corresponda a sus necesidades.

Dado lo anterior, en los hospitales privados no se han realizado investigaciones que exploren el cuidado perdido de enfermería y los factores que lo influyen, por lo que es importante realizar un estudio que muestre las principales áreas de cuidado perdido y los factores con el fin mantener una competitividad en el sector de salud privado²³.

Los resultados del presente estudio permitirán disponer de información que apoye al personal de enfermería en el desarrollo de estrategias para disminuir el cuidado perdido y los efectos que producen las omisiones de cuidado enfermero, para que influyan positivamente en la calidad de la atención y seguridad de los pacientes. Por ello se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores que influyen en el cuidado perdido de enfermería en pacientes de una institución privada de San Luis Potosí?

IV. MARCO TEÓRICO

Para sustentar las variables de estudio, se presenta la descripción referencial, teórica y conceptual del modelo utilizado, así como estudios previos relacionados.

CAPITULO 1

4.1. Modelo del cuidado perdido de enfermería

El marco conceptual se basa en el Modelo de Cuidado Perdido de Enfermería de Kalisch²⁴, definido en el 2006, donde examina tres conceptos procedentes del Modelo de Calidad de Donabedian de 1966²⁵, estructura, proceso y resultado. La estructura se refiere a las características del hospital y las características de la unidad de atención del paciente y las características individuales del personal de enfermería. El proceso se refiere a la atención en general, es aquí donde se origina la pérdida u omisión de la atención de enfermería y el resultado se refiere a los efectos directos de la atención en los pacientes, como caídas, úlceras por presión, infecciones, entre otros. Se incluye también la satisfacción del personal con la posición actual y su ocupación²⁶, que se refiere a género, título de trabajo, de educación, y adecuación de la dotación de personal²⁷, como se muestra en la figura 1.

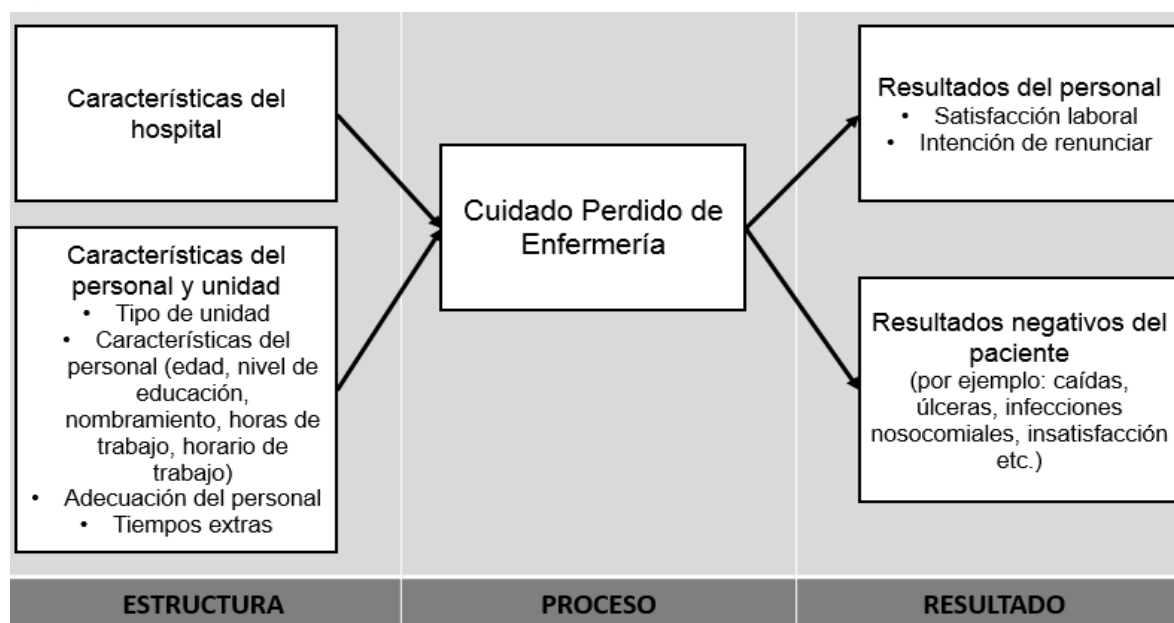


Figura 1. Modelo del Cuidado Perdido de Enfermería. Kalisch BJ, Landstrom G, Hinshaw AS. Missed nursing care: A concept analysis. 2009. PubMed 19456994

Conceptualmente, el cuidado perdido de enfermería se considera un error por omisión y se define como cualquier aspecto del cuidado del paciente requerido que se omite (ya sea parcial o en su totalidad) o se retrasa significativamente²⁴. En el movimiento de la seguridad del paciente se han identificado dos grandes tipos de errores; actos de comisión (errores que se cometen) y actos de omisión (el cuidado perdido de enfermería)^{11, 24}. Lo anterior conduce a un resultado adverso real o potencialmente significativo en los resultados de la atención²⁸.

Para la Agencia de Investigación y Calidad de Salud de EE. UU., los errores de omisión son más difíciles de reconocer que los errores de comisión, pero, probablemente, representan un problema mayor¹². En otras palabras, hay probablemente muchos más casos de omisiones en la atención en los que la prestación de los cuidados de enfermería adicionales tendrán que mejorar los resultados¹⁵, por lo tanto, la poca atención en este tipo de errores, afecta la seguridad del paciente y puede conducir a resultados adversos²⁹.

El cuidado perdido de enfermería es un fenómeno universal que puede amenazar la seguridad del paciente en todos los países y culturas. La definición del concepto y el modelo inicial para cuidados perdidos de enfermería pueden utilizarse para desarrollar intervenciones de enfermería efectivas que ayuden a contrarrestar los resultados negativos de dichas omisiones^{11, 18, 27, 30}.

Kalisch menciona nueve áreas del cuidado de enfermería que frecuentemente el personal omite y se traducen en las acciones perdidas de cuidado de enfermería: la deambulaci3n, cambio postural, alimentaci3n retrasada o perdida, ense1anza al paciente, planificaci3n del alta, apoyo emocional, higiene, documentaci3n de ingresos y egresos, valoraci3n y evaluaci3n de cuidados y vigilancia. Entre las razones o factores que el personal de enfermer3a se1ala que se relacionan con el cuidado perdido de enfermer3a se reporta deficiente asignaci3n de personal necesario, deficiente tiempo necesario para la intervenci3n de enfermer3a, deficiente trabajo en equipo, delegaci3n ineficaz, h1bitos y la negaci3n para realizar los cuidados^{11, 17, 30, 31}.

4.1.1. Atributos del modelo del cuidado perdido de enfermería

El Modelo consiste en cinco categorías de atributo: 1) Antecedentes en el entorno de la atención que facilitan o inhiben la práctica de la enfermería, 2) los elementos del proceso de enfermería, 3) las percepciones internas y procesos de decisión, 4) la atención que se proporciona como estaba previsto y el cuidado que se retrasa o se omite, y 5) los resultados del paciente²⁴, como se muestra en la figura 2.

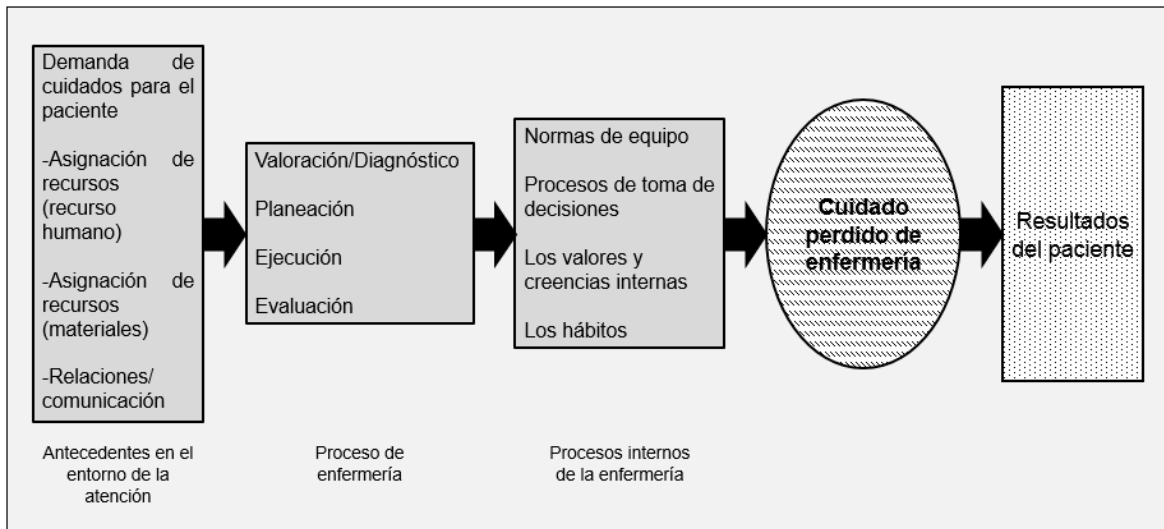


Figura 2. Modelo del Cuidado Perdido de Enfermería. Kalisch BJ, Landstrom G, Hinshaw AS. Missed nursing care: A concept analysis. 2009. PubMed 19456994

El Modelo de Kalisch retoma las etapas del Modelo de Calidad, las cuales son estructura, proceso y resultado, donde Kalisch enuncia que dentro de la estructura se sitúan los factores externos, que son aquellos que existen dentro del contexto del medio ambiente del cuidado que influyen en el personal para decidir los cuidados que serán proporcionados, incluye la demanda de atención de los pacientes; distribución de recursos laborales, material, comunicación y relaciones. Los procesos internos de enfermería los cuales son: normas de grupo del equipo, prioridad de toma de decisiones, hábitos, valores y creencias personales^{24, 32}.

En la etapa de proceso se encuentran diferentes cuidados de enfermería que si se omiten se presenta el cuidado perdido de enfermería; y por último en la etapa de resultado son los resultados de los pacientes, y la satisfacción del personal^{24, 32}.

4.1.2. Antecedentes en el entorno de la atención

Existen tres antecedentes del cuidado perdido de enfermería en el contexto de la atención; el primero son los recursos laborales que abordan el número y tipo del personal de enfermería (nivel de competencia, de educación y la experiencia laboral, entre otros) disponible en relación con las demandas de cuidados de los pacientes. El segundo antecedente son los recursos materiales; como los medicamentos, suministros y equipos requeridos por enfermería, su disponibilidad influye al momento de brindar la atención. Y el tercer antecedente es el trabajo en equipo y la comunicación entre los sus miembros interdisciplinarios; enfermeras (os) y médicos y entre el personal profesional y no profesional de enfermería²⁴.

Cuando cualquiera de estos antecedentes está presente, las(os) enfermeras(os) deben proceder a examinar el cuidado necesario que se le otorgará a los pacientes. Cuando los recursos humanos y materiales disponibles se encuentran en conflicto para proporcionar cuidados, las(os) enfermeras (os) deben tomar decisiones o dar prioridad en relación a cuales cuidados brindar y cuales omitir²⁴.

4.1.3. Procesos internos de las enfermeras

En cuanto a los procesos internos de las(os) enfermeras(os), el primer factor se refiere a las normas del equipo dentro del cual los individuos operan. Cada equipo tiene un conjunto de normas relativas a la conducta aceptable por sus miembros. Algunas normas se respetarán estrictamente, mientras que otras le permiten una gama de comportamientos dentro del grupo. Las normas son generalmente implícitas, y los nuevos miembros aprenden estos comportamientos aceptados con relativa rapidez. Si las(os) enfermeras(os) perciben que otras enfermeras(os) a menudo no lo hacen los nuevos miembros tienden a ajustarse a esto²⁴.

El segundo factor interno es la toma de decisiones para priorizar cuidados, cuando las(os) enfermeras(os) determinan los elementos de la atención dentro del proceso de enfermería que son necesarios para los pacientes, lo hacen en base a sus evaluaciones de las condiciones y necesidades de los pacientes. Dependiendo de las condiciones de los pacientes, las(os) enfermeras(os) pueden

incluir en el plan de cuidados diarios, acciones específicas que respondan a las demandas del paciente, así como hacer juicios acerca de lo importante que es ese cuidado en particular, para el proceso de curación de un paciente, respecto a otras demandas²⁴.

El tercer factor interno corresponde a los valores, actitudes y creencias que las(os) enfermeras(os) tienen sobre sus funciones y responsabilidades. Construido sobre una base de valores personales y normas culturales, las creencias de la gente, los sentimientos y las expectativas sobre el auto desempeñar un papel fundamental en la conformación de su comportamiento. En particular, las(os) enfermeras (os) tienen valores internos y creencias acerca de su papel de enfermeras(os), los cuales influyen en su comportamiento. Incluso obligándolas (os) a tomar decisiones acerca de la atención que será proporcionada u omitida, valores y creencias personales que pueden obligar a las(os) enfermeras(os) a prestar determinados aspectos de la atención, así como a tomar la decisión de omitir otros. De este modo, los valores, las actitudes y las creencias tienen un efecto sobre qué elementos de la atención al paciente se proporcionarán, así como cuales se retrasarán u omitirán²⁴.

Los hábitos, el cuarto factor interno y último, afectan a la decisión final de las(os) enfermeras (os) para retrasar u omitir la atención. Una vez que la atención se pierde, y no hay ningún efecto perjudicial aparente sobre un paciente o nadie se da cuenta, es más fácil decidir retrasar u omitir ese elemento de cuidado la próxima vez. Estos hábitos pueden llegar a ser tan profundamente arraigadas que las (os) enfermeras (os) ya no toman decisiones conscientes para omitir el cuidado²⁴.

Cuando los factores (antecedentes del entorno de la atención y factores internos de las enfermeras) convergen, los elementos de la atención tienen más probabilidades de retrasarse u omitirse²⁴.

CAPITULO 2

4.2. Elementos del cuidado perdido de enfermería

La asistencia a los pacientes es una función prioritaria en la enfermería, que incluye aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales de la persona, estos aspectos engloban la protección y la optimización de la salud, la prevención de enfermedades y lesiones^{24, 33} que coadyuvan a brindar un cuidado de calidad que muestre, en las personas atendidas, una elevada satisfacción con la atención recibida.

El concepto que Kalisch enuncia es que los cuidados de enfermería son acciones tomadas bajo importantes decisiones que se incorporan en cuatro dimensiones (necesidades individuales, planificación del alta y educación, cuidado básico y cuidado con evaluaciones continuas) y son influenciadas por el proceso de enfermería, seguido por los procesos internos de la enfermera que afectan a la decisión final para retrasar u omitir la atención. Una vez que la atención se pierde, y no hay ningún efecto perjudicial aparente sobre un paciente o nadie se da cuenta, es más fácil decidir retrasar u omitir ese elemento de cuidado la próxima vez, convirtiéndose en un hábito que puede llegar a ser tan profundamente arraigado por enfermería quienes ya no tomarán decisiones conscientes para omitir el cuidado^{24, 33}.

4.2.1. Intervenciones de necesidades individuales

Las respuestas o necesidades humanas demandan por parte de la enfermería la realización de intervenciones de necesidades individuales, ya que estas respuestas son diferentes en cada individuo, la enfermería utiliza sus conocimientos y habilidades para tratar las respuestas humanas de las personas antes los problemas de salud; las intervenciones administradas por los profesionales de enfermería³⁴ están basados en fundamentos científicos que se realizan para minimizar los riesgos, suplir el déficit y aprovechar la disposición de la persona para promover el autocuidado y brindar soporte emocional³⁵.

En este elemento se sitúan aquellas que son respuestas hacia el paciente, ya sea de medicamentos o acudir cuando éste llama a la enfermera para que lo auxilie como evaluar la eficacia de los medicamentos, solicitudes de medicación por razón necesaria (PRN), medicamentos administrados después de la hora programada, ayudar con las necesidades de ir al baño y apoyo emocional al paciente y / o familia¹².

4.2.2. Planificación del alta y educación de los pacientes

Según Carpenito la planificación del alta es un proceso sistemático de valoración, preparación y coordinación que facilita la administración de cuidados sanitarios y de asistencia social y requiere una acción coordinada y de colaboración entre los distintos profesionales de la salud³⁶.

Además, los estándares para la certificación de hospitales mencionan que la continuidad de la atención requiere la planificación del alta de manera temprana. Durante la estancia se deben identificar los requerimientos especiales al momento del egreso de aquellos pacientes quienes lo necesitarán, el personal de enfermería debe identificar; ya sea por motivos de edad, falta de movilidad, necesidades de atención médica o de enfermería continuas, asistencia con las actividades de la vida diaria, entre otros elementos para esa planificación de alta, asimismo, elaborar un plan acorde a todas las necesidades identificadas, al mismo tiempo la planeación del alta para todos los pacientes comienza tan pronto como sea posible después de la hospitalización o admisión al hospital³⁷.

Con lo anterior, el alta de enfermería es un registro que garantiza la continuidad de cuidados y la coordinación interprofesional, facilita información precisa acerca de la administración de la medicación y ayuda a evitar errores, además es un documento legal estandarizado que proporciona una visión global, rápida y clara del estado del paciente y de los cuidados enfermeros que precisa³⁸. Una intervención planificada del alta con una valoración integral individualizada disminuye los reingresos y el tiempo hasta el reingreso hospitalario³⁹, con ello, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son estrategias que

deben estar presentes a lo largo de todo el proceso salud-enfermedad y tienen aplicación tanto a nivel individual como grupal⁴⁰.

En cuanto a la educación del paciente ayuda a mejorar su participación y a tomar decisiones informadas sobre la atención, la educación tiene lugar cuando el paciente interactúa con el personal de enfermería, y con otros profesionales de la salud, esta educación incluye tanto el conocimiento que se necesita durante el proceso de atención, como el necesario una vez que el paciente es dado de alta, por ejemplo, atención médica para el seguimiento y las circunstancias en que debe solicitar atención médica de urgencia. La educación es efectiva cuando se emplean diversas técnicas acordes a las necesidades del paciente, pues el aprendizaje es más efectivo cuando se adapta a los valores culturales, religiosos y destrezas, asimismo, cuando tiene lugar en los puntos adecuados del proceso de atención con el fin de alcanzar un estado de salud óptimo, la educación debe contener información sobre cuándo y cómo retomar las actividades cotidianas después del alta, las medidas preventivas y si es necesario, información sobre cómo sobrellevar la enfermedad o discapacidad, además de los procesos de atención que recibe. La educación proporcionada se documenta en el expediente clínico del paciente. Dentro de este elemento se sitúa la enseñanza del paciente acerca de la enfermedad, las pruebas y los estudios de diagnóstico y la planificación del alta¹².

4.2.3. Intervenciones de cuidado básico

Las intervenciones de cuidado básico son cuidados mínimos de enfermería y son acciones técnicas de baja a mediana complejidad⁴¹, estas intervenciones son acciones apropiadas con el objeto de satisfacer las necesidades básicas y la carencia de la autonomía de los pacientes, pues reflejan una falta total o parcial temporal o permanente de capacidad física o psíquica del usuario para hacerlas por sí mismo; estos cuidados son considerados rutinarios de enfermería en la mayoría de hospitales y son parte de los cuidados que deben ser realizados por enfermería⁵⁷. Las intervenciones básicas incluyen la higiene y comodidad que se brinda a los pacientes.

Dentro de este elemento se encuentran la deambulaci3n, movilizaci3n del paciente cada 2 horas, cuidado de cavidad oral y ba1o/cuidado de la piel del paciente¹².

4.2.4. Cuidado con evaluaciones continuas

Una parte esencial del papel de la enfermera de cuidados es participar activamente en el proceso continuo de mantener seguros a los pacientes y la prevenci3n del deterioro de su salud. En la prestaci3n de vigilancia, las (os) enfermeras (os) tienen el potencial para minimizar los resultados negativos mediante la prevenci3n de los eventos adversos o deterioro en el estado del paciente⁴². Dentro de esto se encuentra la evaluaci3n continua de los cuidados que se otorgan, adem1s de estar ligada al proceso de enfermer1a, es un proceso efectivo de evaluaci3n que da como resultado la oportunidad y asertividad en la toma de decisiones, incluso cuando el estado de salud del paciente cambia.

La evaluaci3n del paciente es un proceso constante y din1mico que tiene lugar en diversas 1reas de atenci3n hospitalaria, conjuntamente la valoraci3n de enfermer1a es fundamental para identificar sus necesidades y seguir o modificar el proceso de atenci3n, por lo anterior resulta fundamental que, las evaluaciones de enfermer1a y de otras disciplinas, se encuentren adecuadamente documentadas y puedan encontrarse f1cilmente. Inclusive se debe revalorar a todos los pacientes a intervalos adecuados para determinar su respuesta al tratamiento y para planear los cuidados que se otorgar1n³⁷.

Estas intervenciones son de mediana a alta complejidad. En este elemento se ubica la documentaci3n completa, cuidado de la zona intravenosa (IV), la evaluaci3n, toma de signos vitales, monitoreo de glucosa seg1n lo prescrito y evaluaciones de los pacientes por turno¹².

CAPÍTULO 3

4.3. Factores que intervienen en el cuidado perdido de enfermería

Kalisch menciona que existen factores que intervienen en el cuidado perdido de enfermería y tienen impacto en la atención, estos corresponden a los recursos humanos disponibles para prestar atención, la comunicación del equipo interdisciplinario y finalmente el recurso material accesible para ayudar en las actividades de atención al paciente^{11, 24}.

4.3.1. Recursos humanos

Las personas constituyen a las organizaciones, las personas como personas son las que están dotadas de personalidad e individualidad, aspiraciones, valores, actitudes, motivaciones y objetivos individuales, pero si se conciben como recursos humanos entonces deben estar dotados de habilidades, capacidades, destrezas y conocimientos necesarios para desarrollar labores. Las organizaciones reclutan y seleccionan sus recursos humanos para alcanzar con ellos, y mediante ellos, objetivos⁴³, con esto, los servicios de salud desean brindar una atención de calidad a través de su personal.

Kalisch señala que las características del personal, como datos sociodemográficos, horarios de trabajo, dotación del personal, ausentismo, turnos extra, experiencia laboral, nivel de competencia, formación y experiencia del personal, son aspectos relevantes del recurso humano^{32, 44}.

Por lo anterior, la calidad de la dotación de personal (la excelencia en habilidades y conocimientos técnicos y profesionales) se relaciona positivamente con la tendencia de los miembros del equipo para reaccionar con flexibilidad dentro de un equipo⁴⁵.

Los administradores de enfermería deben tener en cuenta la cantidad y la calidad del personal para determinar los niveles óptimos de dotación de personal. El nivel del personal por unidad debe incluir enfermeras que tienen tanto la experiencia

como el conocimiento teórico con el fin de lograr resultados óptimos en el paciente y así reducir los cuidados perdidos de enfermería⁴⁶.

El aumento en la dotación del personal (cantidad y calidad) ha sido vinculado a una reducción en varias complicaciones del paciente, incluyendo las tasas de mortalidad, y los cuidados perdidos. Las complicaciones, en muchos casos, conducen a estancias hospitalarias más prolongadas y mayores costos. Por lo tanto, una reducción en los niveles de dotación de personal de enfermería puede no resultar en un ahorro de costos en absoluto, sino todo lo contrario^{46, 47}.

Los recursos humanos desempeñan un papel primordial en la evolución de los pacientes¹² que incluye una asociación significativa entre los resultados en la atención con la hora por paciente por día, definida como el número total de horas de enfermería por día del paciente⁴⁶ que se traduce como la atención directa a los pacientes en una unidad determinada⁴⁵.

Un inadecuado aprovechamiento del recurso humano de enfermería, como el tener demasiado personal sin experiencia en un turno, hacer asignaciones de pacientes basadas únicamente en números y no en las necesidades de cuidados, el no cubrir adecuadamente el ausentismo del personal, el aumento en la carga de trabajo de los pacientes por situaciones de salud inesperadas, así como un gran número de ingresos disminuyen el trabajo en equipo e influyen en el cuidado perdido de enfermería^{11, 45}.

4.3.2. Comunicación

La comunicación interpersonal es esencial en la eficacia de la enfermería, puesto que algunas de las actividades de enfermería son de colaboración y, por tanto, depende de la capacidad de las enfermeras para comunicarse eficazmente con los demás: los pacientes y los miembros del equipo interdisciplinario. La comunicación interpersonal es la que sostiene un nivel de excelencia y satisfacción del cliente, y evita errores en la atención⁴⁸.

Kalisch menciona que un factor que contribuye al problema de la atención es la comunicación ineficaz y que la mentalidad independiente de las enfermeras causa

una barrera en esta, ya que no pueden ver el valor de trabajar con o como trabajar con el mismo personal en equipo pero la mejora del trabajo en equipo entre el personal de enfermería es una meta universal para las enfermeras gestoras de hoy para que el cuidado perdido disminuya^{11, 49}. El trabajo en equipo del grupo de trabajo conduce a una mayor satisfacción en el trabajo personal, el aumento de la seguridad del paciente, la mejora de la calidad de la atención, y una mayor satisfacción del paciente⁵⁰. Los equipos necesitan comunicar sus mensajes en al menos cuatro formas antes de que puedan esperar que el personal realmente escuche y comprenda los mensajes⁴⁹.

La comunicación inadecuada o la falta de ésta, influye en la planeación de los cuidados que se le brindaran al paciente, tanto el personal profesional como el no profesional deben tener comunicación efectiva para informar la evolución del paciente y los resultados obtenidos de los cuidados, así como para la delegación de actividades¹¹.

Por otro lado, la falta de habilidades de manejo de conflictos interviene en la comunicación del equipo interdisciplinario pues algunos se involucran en el conflicto y otros tratan de evitarlo si es posible, así el personal que se involucra termina renunciando y el que trata de evitar el conflicto prefiere realizar el trabajo de la compañera¹¹.

Entre los factores relevantes para la efectividad de la comunicación en el equipo y la delegación de actividades del personal profesional como el no profesional incluye conocimientos, relaciones interpersonales positivas y, entre ellos, la comunicación pues la comprensión de la delegación se traduce como una causa importante del cuidado perdido, pues las prácticas de delegación ineficaces provocan resultados negativos en los pacientes^{49, 51}.

El trabajo en equipo requiere de liderazgo para coordinar el trabajo de todo el equipo, lo que garantiza que la atención no se pierda. El trabajo en equipo también se asegura de que el equipo se adapta a las condiciones cambiantes y comparte un modelo mental de la atención que se necesita. Estos requieren la comunicación

efectiva y confianza en el otro pues el trabajo en equipo es fundamental para la prestación de calidad y cuidados de enfermería seguros⁵².

El trabajo en equipo influye en el nivel de satisfacción en el trabajo de enfermería⁵³, así como en la adecuada dotación de personal y el menor número de pacientes atendidos en un turno^{53, 54}. La comunicación inefectiva puede llevar al cuidado perdido de enfermería, ésta debe ser efectiva entre el departamento de enfermería, así como con otros miembros del equipo interdisciplinario⁵⁵.

4.3.3. Recurso material

La gestión del recurso material con criterios de eficacia y eficiencia se convierte en un punto estratégico de cualquier organización sanitaria, sea pública o privada.

El entorno de trabajo de enfermería tiene un impacto en los resultados para los pacientes en el cual se encuentra implícito el recurso material para brindar la atención. En el recurso material se encuentra los medicamentos, suministros y equipo médico⁵⁶, así como la infraestructura de la unidad del paciente o área donde se realiza el cuidado de enfermería. La importancia del funcionamiento del equipo requerido así como bajo los recursos materiales, suministros y medicamentos que no están disponibles, influyen en que enfermería no puede proporcionar la atención convirtiéndose en cuidado perdido^{12, 24}.

CAPITULO 4

4.4. Estudios previos

Se han realizado diversos estudios sobre cuidado perdido de enfermería en diferentes naciones, sin embargo, este tema aun no es abordado en países latinoamericanos. Dentro de los estudios más relevantes sobre este tema se encuentran los siguientes:

En el año 2006, Kalisch realizó la primera investigación sobre el cuidado perdido de enfermería, con un enfoque cualitativo, en la cual se tuvo como propósito determinar la presencia del cuidado perdido de enfermería, las áreas específicas de cuidado perdido, y las razones de la falta de cuidado. En este estudio se realizó en grupos focales con el personal de enfermería en 2 hospitales de 210 camas, en la región sur y un centro médico regional de 458 camas en la región norte de los EE. UU¹¹.

Los resultados mostraron que existen nueve elementos del cuidado que personal de enfermería omite con regularidad que fueron extraídos de los grupos: deambulacion, cambio postural, alimentacion, la enseñanza, la plan del alta del paciente, apoyo emocional, la higiene, el ingreso y los planes de alta, y la vigilancia. También siete elementos relativos a las razones por las que determinados aspectos de los cuidados de enfermería se perdieron como: muy poco personal, el tiempo requerido para la intervencion de enfermería, la inadecuada dotacion de recurso humano, delegacion ineficaz, rutinas y la negacion a realizar las actividades que consideran no les corresponden¹¹.

Posteriormente en el año 2009, Kalisch y Williams desarrollaron una herramienta cuantitativa para poder medir la cantidad y tipo de cuidado perdido de enfermería, incluyendo los factores a los que se asocia, a través de las percepciones del personal de enfermería. Se realizaron 2 estudios, el primero con una muestra de 459 enfermeras(os) y el segundo con 639³⁰.

La herramienta, se denominó MISSCARE-Survey (Encuesta del Cuidado Perdido), por su nombre en inglés, el proyecto de instrumento fue aprobado, revisado y

evaluado por 3 paneles de personal de enfermería expertos secuencialmente en hospitales independientes. El índice de validez de contenido fue de 0.89 y se contó con la evaluación de un grupo de expertos que dieron el visto bueno a la herramienta. La encuesta consta de dos partes, parte A, cuidado perdido de enfermería, y parte B, razones por las cuales se perdió u omitió el cuidado de enfermería, el rango de respuestas se compone por una escala, tipo Likert de 4 puntos, que va de menor a mayor puntaje³⁰.

El estudio concluye que el desarrollo de encuesta fue un proceso complejo; sin embargo con cada utilización de la encuesta MISSCARE proporcionará una mayor comprensión de las fortalezas y limitaciones del cuidado de enfermería, así como que es una valiosa contribución a la práctica de la enfermería y de la ciencia³⁰.

En el año 2009, Bittner realizó un estudio cualitativo, en el cual el objetivo fue comprender como enfermería utiliza el pensamiento crítico para delegar el cuidado y evitar el cuidado perdido de enfermería, pues los procesos cognitivos y la relación de los errores y la omisión de la atención pueden ocurrir en la inadecuada delegación de actividades. Los resultados indicaron que los tipos de cuidado omitido más frecuentemente fueron la higiene, alimentación, cambio de posición, cuidado de la piel, toma de signos vitales, deambulación y el cuidado de la boca⁵⁷.

En el mismo año Kalisch, Landstrom y Williams realizaron otra investigación relacionada con el cuidado perdido de enfermería, en el cual el objetivo fueron los actos de omisión de cuidados de enfermería en oposición a los actos de la comisión, que conducen a un resultado adverso o tiene significativa potencial para ese resultado. Los resultados de esta investigación fueron que los cuidados perdidos más frecuentemente fueron la deambulación, la evaluación de la eficacia de los medicamentos, cambio postural, cuidado de la boca, la enseñanza de los pacientes y la puntualidad de la administración de medicamentos PRN y los factores para el cuidado perdido fueron recursos humanos, recurso material, y la comunicación¹².

En el 2010, Kalisch elaboró otra investigación, en 4 hospitales ubicados en el Medio Oeste de EE. UU, en la cual el objetivo fue determinar si el nivel del trabajo en equipo de enfermería influye en la naturaleza de los cuidados perdidos de enfermería, la población de estudio estuvo conformada por 216 miembros del equipo de enfermería⁵².

Los resultados de este estudio mostraron que el nivel de trabajo en equipo de enfermería en pacientes internados afecta el proceso de atención de enfermería. El proceso de atención de enfermería en este estudio se midió mediante los informes del personal de enfermería de atención que no completaron (cuidados perdidos de enfermería). Cuando el trabajo en equipo era más fuerte, se informó que la atención de enfermería no se omite. Esto según las correlaciones de Pearson para todas las variables de atención perdido y trabajo en equipo. La relación negativa entre la atención perdida puntuaciones medias y las puntuaciones generales de trabajo en equipo ($r = -0.37$, $P < 0.01$) fue apoyada⁵².

Otro estudio cuantitativo y transversal, realizado en 2011 por Kalisch, Tschannen, Hyunhwa y Friese se centró en la identificación de los niveles y tipos de atención y las razones para la atención perdida a través de hospitales. Las conclusiones revelaron que los elementos de la atención que se perdieron fueron: deambulacion con el 32.7% es frecuente o siempre omitida y entre otros elementos del cuidado que se perdieron con frecuencia se encontraron la educación al paciente con 31.8% y el cuidado de la boca con 25.5%, en cuanto a los factores para la omisión de cuidados fueron los recursos humanos, materiales y comunicación, los cuales fueron comunes en todos los hospitales³².

No obstante una investigación de Inglaterra, realizada en el año 2012 por Ball, Murrells, Rafferty, Morrow y Griffiths, en la que se utilizó una metodología diferente pero con el mismo objetivo, determinar la naturaleza y la prevalencia de cuidados perdidos de enfermería, en donde encuestaron a 2,917 enfermeras; los resultados mostraron que las actividades omitidas más comunes fueron: la comodidad de hablar con los pacientes con 66% de frecuencia, la educación de los pacientes con 52% y la elaboración o actualización de planes de cuidados con 47%⁴⁷.

Por todo lo anterior, los estudios revisados sobre el cuidado perdido de enfermería destacan que existe esta problemática y lo describen como un fenómeno universal que puede amenazar la seguridad del paciente en todos los países y culturas^{24, 30, 58}. Por lo tanto, mencionan ciertos cuidados perdidos específicos; como la deambulaci3n, evaluaci3n de la efectividad de los medicamentos, cambios de posici3n, cuidado de la boca y educaci3n al paciente, los cuales est3n relacionados con la falta de comunicaci3n entre integrantes del equipo de enfermer3a, los recursos humanos y el recurso material. Sin embargo el cuidado perdido de enfermer3a brinda informaci3n acerca de la calidad t3cnica y continuidad de los cuidados, por lo que al realizar la investigaci3n se brindar3 informaci3n de la relevancia de las omisiones en el cuidado de enfermer3a, adem3s de ofrecer un panorama de cu3les factores influyen en que la atenci3n se omita.

V. HIPÓTESIS

Los factores de recursos humanos, comunicación y recurso material influyen en la presencia del cuidado perdido de enfermería.

VI. OBJETIVOS

6.1. Objetivo general

Determinar los factores que influyen en el cuidado perdido del personal de enfermería en pacientes hospitalizados en una institución privada de San Luis Potosí.

6.2. Objetivos específicos

1. Describir los datos laborales del personal de enfermería.
2. Identificar el cuidado perdido de enfermería en pacientes hospitalizados desde la perspectiva del personal de enfermería.
3. Determinar el cuidado perdido de enfermería de acuerdo a las características laborales del personal de enfermería.
4. Describir los elementos de los factores de recursos humanos, comunicación y recurso material que influyen en el cuidado perdido.

VII. METODOLOGÍA

7.1. Tipo de estudio

El presente trabajo fue un estudio con enfoque cuantitativo y por su nivel de alcance fue un estudio descriptivo y correlacional⁵⁹.

7.2. Diseño metodológico

Por el número de mediciones del fenómeno fue un estudio transversal, ya que implicó la obtención de datos en un momento específico.

7.3. Límites de tiempo y espacio

El estudio se llevó a cabo en una institución privada del estado de San Luis Potosí, S.L.P., México. La recolección de datos se realizó en el periodo de enero a marzo del 2015.

7.4. Población de estudio

Total del personal de enfermería de nivel operativo de una institución privada del estado de San Luis Potosí.

No se utilizó muestreo, ya que se estudió al total del personal de enfermería que brindaba atención directa a pacientes, la cual estuvo conformada por 71 enfermeras de los servicios de hospitalización, urgencias y terapia intensiva.

7.5. Criterios de estudio

Criterios de inclusión

1. Personal de enfermería de la plantilla del servicio de hospitalización, urgencias y terapia intensiva con categoría de Enfermera Auxiliar, Enfermera General, titulados o en proceso de titulación.
2. Que aceptaron participar en el estudio a través del consentimiento informado.

Criterios de exclusión

1. Que se encontraron de vacaciones o de incapacidad temporal en el momento de la recolección de los datos.
2. Personal que tuvo menos de 4 días en el servicio de hospitalización, urgencias y terapia intensiva.
3. Que tuvo menos de 2 meses de antigüedad en el hospital (con el fin de asegurar que tuvieran conocimiento de los procesos que se realizan dentro del hospital).

7.6. Variables de estudio

Variable independiente: factores que influyen en el cuidado perdido de enfermería.

Definición conceptual: son las razones y obstáculos en la prestación de atención por las que los cuidados de enfermería se pierden³⁰.

Definición operacional: se refiere a las razones del personal, en cuanto a la dotación de recursos humanos, recurso material y a la calidad de comunicación entre miembros del equipo interdisciplinario, medido a través 17 preguntas del cuestionario MISSCARE.

Variable dependiente: cuidado perdido de enfermería.

Definición conceptual: es cualquier aspecto del cuidado del paciente requerido que se omite (ya sea en parte o en su totalidad) o se retrasa significativamente. El cuidado incluye intervenciones de necesidades individuales, planificación del alta, educación al paciente, cuidado básico y evaluaciones continuas, el cuidado de enfermería omitido en cualquiera de estas intervenciones se considera un error de omisión^{11, 24}.

Definición operacional: se refiere a las intervenciones de cuidado que el paciente requiere durante su hospitalización y que no se ejecutan o se retrasan de acuerdo a sus necesidades. Pueden no ejecutarse o retrasarse. Medido través del cuestionario MISSCARE.

La operacionalización de las variables se encuentra en el anexo 1, el cual contiene sus definiciones conceptuales, operacionales, tipo de variables, dimensiones, nivel de medición y reactivos.

7.7. Instrumento de recolección de datos

Instrumento MISSCARE para enfermería

El instrumento que se utilizó para la recolección de los datos de cuidado perdido y factores para su presencia fue el Instrumento MISSCARE para enfermería fue diseñado por Kalisch, en el año 2009, Enfermera y Profesora distinguida, investigadora y Directora de Evaluación de Educación e Innovación de la Universidad de Michigan, Estados Unidos de América.

El Instrumento MISSCARE, fue creado a partir de un estudio cualitativo de los cuidados de enfermería quirúrgico e intensivo, donde el resultado del estudio fue que el personal de enfermería refirió que existía una cantidad significativa de cuidados de enfermería que eran omitidos. Sin embargo, al no existir un instrumento que midiera cuantitativamente la cantidad y tipo de cuidados perdidos de enfermería, así como los factores para la falta de cuidados, se creó el Instrumento, "MISSCARE, Missed Nursing Care"³⁰.

Está constituida por 3 apartados, el primero abarca datos demográficos y laborales que consta de 24 reactivos. El segundo apartado llamado por la autora parte A, trata sobre los cuidados que se omiten, el rango de respuestas se compone por una escala de tipo Likert, con valores del 1 al 5; nunca, raramente, de vez en cuando, con frecuencia y siempre se pierde, la cual también consta de 24 reactivos. El tercer apartado llamado por la autora parte B son los factores por los que se omite el cuidado, con una escala de 1 al 4; factor significativo, factor moderado, factor menor y no es motivo, el cual consta de 17 reactivos³⁰.

La distribución y agrupación de los reactivos del instrumento MISSCARE es como se muestra en la siguiente tabla:

Apartado	Dimensión	Número de reactivos
Primer apartado	Datos sociodemográficos y laborales	20
	Satisfacción laboral	3
Apartado A (Cuidado perdido)	Intervenciones de necesidades individuales	7
	Planificación del alta y educación al paciente	2
	Intervenciones de cuidado básico	8
	Intervenciones de cuidado con evaluaciones continuas	7
Apartado B (Factores para el cuidado perdido)	Recursos humanos	7
	Comunicación	7
	Recurso material	3

Exclusivamente para fines de esta investigación, el primer apartado (datos sociodemográficos, laborales y satisfacción laboral) se modificó con la intención de solo caracterizar a la población de estudio; permaneciendo únicamente 11 reactivos de datos laborales.

El instrumento MISSCARE fue validado en 2 estudios, el primero con una muestra de 459 participantes, en 3 hospitales de Estados Unidos de América del lado oeste, los 3 hospitales variaron en tamaño de 223 a 631 camas. El segundo estudio con una muestra de 639 involucrados en un centro médico de Estados Unidos de América del lado oeste con 913 camas. La validez se midió utilizando la validez de contenido, validez de constructo, el análisis factorial confirmatorio, y la validez de contraste y mostraron un índice aceptable de 0.89. Además, el personal de enfermería que examinó la encuesta MISSCARE confirmó que los elementos clave de la atención figuran en el instrumento. La fiabilidad test-retest de constructo del cuestionario de la parte A (cuidado perdido de enfermería) fue de 0.87 y de la parte B (factores para el cuidado perdido) 0.86, indicando medidas fiables estables³⁰. Para el presente estudio, en este apartado se obtuvo un Alpha de Cronbach de 0.91 en la parte A y en la parte B un Alpha de Cronbach de 0.90. La encuesta MISSCARE para enfermería se encuentra en el Anexo 2.

Se contó con la autorización de la autora para traducción y aplicación del instrumento MISSCARE para enfermería en este estudio en el contexto mexicano. Anexo 5.

7.8. Procedimientos

El protocolo de investigación se presentó para su revisión y aprobación ante el Comité Académico de la Maestría en Administración de la Atención de Enfermería, aprobado el 10 de septiembre de 2014 (anexo 6), y por Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí (anexo 7), aprobado el 12 de noviembre de 2014 con registro CEIFE-2014-101, posteriormente a través de la Facultad de Enfermería se solicitó la revisión y aprobación del Comité de Ética en Investigación de Investigación y Desarrollo Médico S.A. de C.V. (anexo 8), del hospital, obteniendo la aprobación el 10 de enero de 2015, Se realizaron cambios necesarios para obtener el permiso de la autoridad y así comenzar con la ejecución del mismo.

Se mantuvo estrecha coordinación con las autoridades del área de enseñanza de la institución donde se realizó el estudio, tanto para prueba piloto y recolección definitiva de datos. La investigación contó con las siguientes etapas:

Estructuración del protocolo de investigación que comprendió del mes de enero a agosto del 2014, donde se elaboró el protocolo de investigación y se buscó la autorización de la autora del instrumento para traducción, adaptación contextual y utilización, asimismo se presentó a los comités de la Facultad de Enfermería y comité de la institución donde se realizó el estudio.

Para la prueba piloto se realizó una vez obtenidos los permisos, registros y aprobaciones. Se realizó previo a la recolección de datos definitiva de datos, para evitar posibles factores que propiciaran el sesgo en la información. Durante la realización no se tuvieron problemas con el instrumento. A la vez se comprobó la eficacia de la base de datos y se calculó los tiempos en recolección e identificación del momento óptimo para la aplicación del instrumento. Se realizó solicitud de los servicios de urgencias y terapia intensiva en la misma para realizar

la prueba piloto al personal de enfermería; fue llevada a cabo la prueba piloto en el mes de enero de 2015, donde fueron aplicados los instrumentos al personal de enfermería.

Se realizó informe de resultados de la prueba piloto donde se incluyó un análisis estadístico, problemas identificados, tiempo de llenado de los instrumentos, así como los ajustes necesarios que se realizaron previo a la recolección final de los datos. Los instrumentos son guardados por el tesista, para su control.

En relación a la recolección definitiva de datos, ésta se llevó a cabo en los meses de febrero y marzo de 2015. En cuanto a las tácticas que se emplearon para la recolección de datos; se dio previa explicación acerca de la importancia que tiene dicho estudio y la importancia de su participación, así como las instrucciones sobre cómo llenar los formatos, se les entregó dentro de un sobre amarillo el instrumento, resumen y consentimiento informado, en el momento que los participantes consideraron tener un momento para contestarlo, también se les explicó la importancia de completar verídicamente el instrumento y en su totalidad, así como el firmar el consentimiento informado con lapicero y el anonimato de su participación, en caso de existir alguna duda se aclaraba en ese momento, al finalizar se agradeció su participación. Cabe mencionar que las consideraciones éticas en la investigación se respetaron durante todo su proceso.

7.9. Análisis estadístico

Posterior a la captura de los datos finales, se realizó en análisis estadístico en relación con los niveles de medición de las variables propuestas, circunscritas en el instrumento para tal fin.

Para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences versión 20.0 (SPSS®) para el sistema operativo Microsoft Windows 8.1® con el que se obtuvieron frecuencias absolutas y relativas, medidas de tendencia central y dispersión.

Se agruparon los cuidados perdidos en cuidado perdido y cuidado no perdido, las opciones de respuesta fueron de 0, 1, 2 y 3 para cuidado no perdido y 4 y 5 para

cuidado perdido. Se diseñó un índice global y para cada una de las intervenciones: necesidades individuales, planificación del alta y educación, cuidado básico y cuidado con evaluaciones continuas y para los factores se realizaron índices con valores de 0 a 100, donde a mayor puntaje mayor nivel de significancia.

Para determinar el cuidado perdido según las características laborales; se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov y posteriormente se utilizó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney para buscar diferencias entre grupos. Cabe mencionar que cuando se emplearon las pruebas se calcularon intervalos de confianza al 95%, el nivel de significancia estadística se fijó en 0.05.

Para determinar la influencia de los factores en el cuidado perdido de enfermería, se aplicó el análisis de correlación de Spearman para los índices globales de cada uno de los factores sobre los índices de las dimensiones y global de cuidado. Posteriormente se aplicó el análisis de regresión lineal simple para determinar el efecto de los factores en el cuidado perdido.

7.10. Recursos humanos, materiales y financieros

En los recursos humanos, el autor de la tesis es el Lic. Enf. Raúl Hernández Cruz, directora de tesis la Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis y como co-directora de tesis la M.A.A.E. Sofía Cheverría Rivera.

El costo total de este estudio fue de \$22,877.⁴⁰m/n y fue autofinanciado por el tesista incluyendo los gastos generados para la elaboración del estudio, contando con el apoyo de beca proveniente del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT). Su estimación se basa principalmente en material de oficina, equipo y servicios, además de considerar una estancia en la Ciudad de Monterrey, Nuevo León para realizar el análisis de los datos.

Puesto que los recursos humanos, materiales y servicios fueron indispensables para la elaboración, implementación, análisis y difusión del proyecto, se encuentra el presupuesto especificado y desglosado en el anexo 3.

7.11. Cronograma de actividades

Todas las actividades para la elaboración, implementación, análisis y difusión del proyecto del protocolo se encuentran mencionadas en el cronograma de actividades, el cual se encuentra en el anexo 4.

VIII. CONSIDERACIONES ETICAS Y LEGALES

El presente estudio se apegó a las disposiciones éticas que se señalan de acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud⁶⁰ en materia de Investigación para la Salud, así como en la Declaración de Helsinki de 1975 Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, enmendada en 59^a Asamblea General en Seúl Corea en octubre 2008⁶¹ y en la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos⁶².

Para dar cumplimiento en lo enunciado en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, Artículo 14, Fracción VII y VIII, de Helsinki en el Principio Ético 15; y apartados 6.3.2.6 y 6.3.2.8 de la NOM-012; se contó con las autorizaciones del Comité Académico de la Maestría en Administración de la Atención de Enfermería, Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería y Comité de Ética en Investigación de Investigación y Desarrollo Médico S.A de C.V. del hospital privado, participante en el estudio, se realizaron los trámites necesarios para contar con la autorización del proyecto en el hospital privado y una vez autorizado se realizó la coordinación con las autoridades correspondientes para iniciar la recolección de datos. Esta investigación se realizó para obtener información que sirva de base para desarrollar fundamentos que permitan replantear el cuidado de enfermería de los servicios de salud, donde los principales beneficiados serán los pacientes, usuarios de los dichos servicios, asimismo para abrir camino para la realización de nuevas investigaciones, además el estudio no tiene fines lucrativos económicos.

En función de que el estudio requiere información personal de los participantes, se aseguró el manejo confidencial de dicha información, sin pedir nombre o cualquier

otro tipo de identificación. Tal confidencialidad junto con el derecho de privacidad, fueron garantizados mediante cuestionarios auto-aplicables y anónimos, se cuidó la integridad, dignidad, protección de sus derechos y bienestar de los participantes. Atendiendo a lo establecido en el Artículo 16 de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, Capítulo I; Declaración de Helsinki Principio Ético 11 y en el apartado 11.7 de la NOM-012.

Por otra parte, en lo que respecta al consentimiento se especificó cuál fue la participación de cada uno, la justificación, objetivos, beneficios. El consentimiento refería que el participante podía retirarse de la investigación en cualquier momento, sin haber ninguna afectación a su persona por realizarlo. Se les aseguró a los participantes que los resultados de la investigación no serán utilizados en su perjuicio. Los participantes recibieron una explicación clara y completa acerca del estudio y se les dio respuesta a cualquier pregunta relacionada con el mismo y la libertad de dejar la investigación si así lo deseaban. Una vez que las personas comprendieron dicha información se les pidió que firmaran la carta de consentimiento informado (ver anexo 9), de manera voluntaria, dando a conocer que no se obtendría ningún beneficio económico por participar. El investigador se condujo en todo momento con respeto a los participantes. Todo lo anterior para dar cumplimiento en lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, Capítulo I, Artículo 13; Artículo 14; Fracción V; Artículo 15; Artículo 20 y Artículo 21 en sus Fracciones I, II, III, IV, VII; Artículo 58, Declaración de Helsinki Principio 22, Principio 23, Principio 24, y Principio 34; así como en los apartados 10.6, 11, 11.2, 11.3, 11.5 y 11.6 de la NOM-012.

El estudio se consideró dentro del nivel I, Investigación sin riesgo, ya que sólo se emplearon técnicas de recolección de datos en forma de cuestionarios, no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales del personal de enfermería, por lo tanto no se expusieron a daño alguno, como lo enuncia el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, Artículo 17, Fracción I;

Declaración de Helsinki Principio Ético 18, y apartados 5.5 y 6.3.2.1 de la NOM-012.

Para el estudio se utilizaron encuestas, las cuales no fueron identificadas para que no se reconozca al personal de enfermería que participa en el estudio, sólo se manejó por folio para identificación del número de la muestra. Durante el período de la investigación, los datos son resguardados en un lugar seguro destinado para ello y al que sólo el investigador tiene acceso. Una vez finalizado el estudio, los instrumentos de recolección de datos se resguardarán por cinco años, para cualquier aclaración en relación a la difusión de los resultados por cualquier medio y posteriormente serán destruidos, siguiendo lo encomendado en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, Artículo 21, Fracción VIII; Declaración de Helsinki Principio Ético 23; y lo establecido en los apartados 12.1 y 12.3 de la NOM-012.

Los resultados de la investigación serán publicados en forma global sin que haya manera de identificar a los participantes de forma individual, en todo momento se cuidará su privacidad, así como la de la institución participante. De igual manera serán respetados en todo momento el derecho de autor y la propiedad intelectual de los resultados de la investigación que le son conferidos al responsable de la investigación, como primer autor el Lic. Enf. Raúl Hernández Cruz; como coautoras la Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis y M.A.A.E Sofía Cheverría Rivera, así mismo, el autor y coautoras declaran no tener conflicto de intereses para el presente estudio (anexo 10).

IX. RESULTADOS

Los datos encontrados se presentan en forma narrativa, por medio de cuadros. En primer lugar se hará una descripción de las características laborales del personal de enfermería y posteriormente se aludirá a los datos correspondientes del cuidado perdido de enfermería y los factores que influyen para que se presenten estas omisiones.

9.1. Datos laborales del personal de enfermería

En el personal de enfermería, participante en el estudio, se observó que predominó el género femenino con un 77.5%, con edad promedio de 28.4 con un mínimo de 23 y un máximo de 48 años, el rango de edad que más predominó fue el de 26 a 30 años (45.1%), seguido 21 a 25 años (35.2%). El 93% del personal tiene asignada una categoría de Enfermera (o) General, el restante una categoría de Auxiliar en enfermería.

Las características laborales del personal de enfermería, el 71.8% tiene nivel de formación de Licenciatura en Enfermería; una antigüedad en la institución de 3 a 4 años (35.2%) y antigüedad en el servicio de 1 a 2 años (47.9%), en cuanto a la experiencia laboral el 62% tiene de 1 a 5 años y finalmente en el turno de trabajo del participante predominó el turno nocturno (42.2%) seguido del matutino (33.8%) (Cuadro 1).

El promedio de pacientes asignados al personal de enfermería se ubicó en 5.51 (DE=3.76), los ingresos correspondieron a 2.9 pacientes por turno y los egresos a 3.0.

Cuadro 1. Datos laborales del personal de enfermería de un Hospital Privado de San Luis Potosí, S.L.P. Enero-Marzo 2015.

Datos laborales	<i>f</i>	%
n=71		
Servicio asignado		
Urgencias	11	15.5
Terapia intensiva	12	16.9
Hospitalización	48	67.6
Nivel de formación		
Auxiliar en enfermería	2	2.8
Nivel técnico	8	11.3
Enfermera General	8	11.3
Licenciado en Enfermería	51	71.8
Maestría	2	2.8
Antigüedad en la Institución		
1 a 2 años	24	33.8
3 a 4 años	25	35.2
5 a 6 años	13	18.3
7 a 8 años	9	12.7
Antigüedad en el servicio		
Menos de 1 año	11	15.5
1 a 2 años	34	47.9
3 a 4 años	14	19.7
5 a 6 años	4	5.6
7 a 8 años	8	11.3
Experiencia Laboral		
Menos de 1 año	2	2.8
1 a 5 años	44	62.0
6 a 10 años	16	22.5
11 a 15 años	5	7.0
16 a 20 años	3	4.2
21 a 25 años	1	1.4
Turno de trabajo		
Matutino	24	33.8
Vespertino	17	23.9
Nocturno A	15	21.1
Nocturno B	15	21.1

Fuente: Encuesta MISSCARE para personal de Enfermería

9.2. Elementos del cuidado perdido de enfermería

Cuadro 2. Índices por dimensión y global del cuidado perdido de enfermería de un Hospital Privado de San Luis Potosí, S.L.P. Enero-Marzo 2015.

Índices	Media	Mdn	DE	Intervalo de confianza al 95%	
				Límite Inferior	Límite superior
Intervenciones de necesidades individuales	5.03	0.0	9.06	2.88	7.17
Planificación de alta y educación del paciente	5.63	0.0	18.02	8.86	17.19
Intervenciones de cuidado básico	13.02	0.0	17.60	1.36	9.90
Intervenciones de cuidados con evaluaciones continuas	4.02	0.0	13.9	0.73	7.31
Global de cuidado perdido de enfermería	7.45	4.16	10.74	4.90	9.99

n=71

Fuente: Encuesta MISSCARE para personal de Enfermería

En el cuadro 2 se muestra el índice global y por dimensiones de cuidados de enfermería; la mayor omisión en el cuidado corresponde a las intervenciones de cuidado básico con una media de 13.02 (DE=17.60); seguido de la planificación del alta y educación del paciente con una media de 5.63 (DE=18.02) y en casi en igual proporción la dimensión de intervenciones de necesidades individuales (M=5.03, DE=9.06); no obstante, la dimensión con menor omisión de cuidado al paciente fue la de intervenciones de cuidado con evaluaciones continuas con una media de 4.02 (DE=13.9). En el puntaje global de cuidado se observa una media de 7.45 (DE=10.74).

Cuadro 3. Elementos del cuidado de la dimensión de intervenciones de necesidades individuales de un Hospital Privado de San Luis Potosí, S.L.P. Enero-Marzo 2015.

Elemento del cuidado	Cuidado perdido		Cuidado no perdido	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
La administración de medicamentos dentro de los 30 min antes o después de la hora programada	2	2.8	69	97.2
El apoyo emocional al paciente y/o familia	10	14.1	61	85.9
Respuesta menor a 5 minutos al llamado de un paciente	1	1.4	70	98.6
Administración en menos de 15 minutos a solicitudes de medicamentos PRN	2	2.8	69	97.2
Evaluar la eficacia de los medicamentos	0	0	71	100.0
Asistir a las visitas de evaluaciones del cuidado interdisciplinarias	6	8.5	65	91.5
Ayudar con las necesidades de ir al baño en un tiempo no mayor a 5 minutos de la solicitud	4	5.6	67	94.4

Fuente: Encuesta MISSCARE para personal de Enfermería

En el cuadro 3 se observa la dimensión de intervenciones de necesidades individuales con sus respectivos elementos del cuidado; se muestra que el elemento que más se pierde u omite corresponde al de apoyo emocional al paciente y/o familia con 14.1%, seguido de la asistencia de las visitas de evaluaciones del cuidado interdisciplinarias (8.5%). En contraparte el cuidado que nunca se pierde es el de evaluar la eficacia de los medicamentos (0%).

Cuadro 4. Elementos del cuidado de la dimensión de planificación del alta y educación del paciente de un Hospital Privado de San Luis Potosí, S.L.P. Enero-Marzo 2015

Elemento del cuidado	Cuidado perdido		Cuidado no perdido	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Enseñanza al paciente acerca de la enfermedad, las pruebas y los estudios de diagnóstico	5	7.0	66	93.0
Planificación del alta del paciente y de la enseñanza	3	4.2	68	95.8

Fuente: Encuesta MISSCARE para personal de Enfermería

En el cuadro 4 se observa la dimensión de planificación del alta y educación del paciente con sus respectivos elementos del cuidado; se muestra que el elemento que más se pierde u omite corresponde al de enseñanza al paciente acerca de la enfermedad, las pruebas y los estudios de diagnóstico (7%).

Cuadro 5. Elementos del cuidado de la dimensión de intervenciones de cuidado básico de un Hospital Privado de San Luis Potosí, S.L.P. Enero-Marzo 2015

Elemento del cuidado	Cuidado perdido		Cuidado no perdido	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Asistencia a la deambulaci3n tres veces al d3a o seg3n la indicaci3n	14	19.7	57	80.3
Cambio de posici3n al paciente cada 2 horas o de acuerdo a las necesidades del paciente	7	9.9	64	90.1
Alimentaci3n del paciente cuando la comida a3n est3 caliente	14	19.7	57	80.3
Verificar la dieta y acercar la comida a los pacientes que se alimentan por s3 mismos	7	9.9	64	90.1
Ba3o de pacientes/cuidado de la piel	8	11.3	63	88.7
Cuidado de la boca	20	28.2	51	71.8
Lavado de manos	3	4.2	68	95.8
Piel/cuidado de heridas	1	1.4	70	98.6

Fuente: Encuesta MISSCARE para personal de Enfermer3a

En el cuadro 5 se observa la dimensi3n de intervenciones de cuidado b3sico con sus respectivos elementos del cuidado; se muestra que el elemento que m3s se pierde u omite corresponde al de cuidado de la boca (28.2%), seguido de la asistencia a la deambulaci3n tres veces al d3a o seg3n la indicaci3n y alimentaci3n del paciente cuando la comida a3n est3 caliente (19.7% respectivamente); el cuidado que en su mayor3a se realiza es el de piel/cuidado de heridas (98.6%).

Cuadro 6. Elementos del cuidado de la dimensión de intervenciones de cuidado con evaluaciones continuas de un Hospital Privado de San Luis Potosí, S.L.P. Enero-Marzo 2015.

Elemento del cuidado	Cuidado perdido		Cuidado no perdido	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Los signos vitales evaluados según la indicación	2	2.8	69	97.2
Control de ingresos y egresos (balance de líquidos)	1	1.4	70	98.6
Documentación del paciente completa con los datos necesarios	4	5.6	67	94.4
Monitorización de la glucosa según la indicación	2	2.8	69	97.2
Realizar evaluaciones de los pacientes por turno	4	5.6	67	94.4
Reevaluaciones al paciente de acuerdo a su condición de salud	3	4.2	68	95.8
Cuidado del sitio y de las soluciones IV / vía central y las evaluaciones de acuerdo a las políticas del hospital	4	5.6	67	94.4

Fuente: Encuesta MISSCARE para personal de Enfermería

En el cuadro 6 se observa la dimensión de intervenciones de cuidado con evaluaciones continuas con sus respectivos elementos del cuidado; se muestra que los elementos que más se pierden u omiten corresponden a la documentación del paciente completa con los datos necesarios, realizar evaluaciones de los pacientes por turno y cuidado del sitio y de las soluciones IV / vía central y las evaluaciones de acuerdo a las políticas del hospital (5.6% respectivamente); sin embargo el cuidado que en su mayoría no se pierde es el de control de ingresos y egresos (balance de líquidos) (1.4%).

9.3. Características laborales del personal y cuidado perdido de enfermería

Con el propósito de identificar el cuidado perdido de acuerdo a las características laborales del personal de enfermería, se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov a los índices de cuidado perdido (por dimensiones y global); los cuales mostraron tener una distribución no normal dado que en el índice de intervenciones de

necesidades individuales obtuvo una $Z=3.73$ y $p=0.001$, en el índice de planificación de alta y educación del paciente $Z=4.41$ y $p=0.001$, en el índice de intervenciones de cuidado básico $Z=2.69$ y $p=0.001$, en el índice de intervenciones de cuidados con evaluaciones continuas $Z=4.34$ y $p=0.001$ y finalmente en el índice global de cuidado de enfermería $Z=2.25$, $p=0.001$, por lo que se utilizaron pruebas no paramétricas.

Cuadro 7. Cuidado perdido de enfermería de acuerdo a las características laborales del personal de un Hospital Privado de San Luis Potosí, S.L.P. Enero-Marzo 2015.

n=71				
Datos laborales	Media	Mdn	DE	Rangos medios
Servicio asignado				
Urgencias	1.89	0.00	2.86	26.64
Terapia intensiva	3.12	0.00	5.06	29.33
Hospitalización	9.80	4.16	12.10	39.81
Nivel de formación				
Auxiliar en enfermería	0.00	0.00	0.00	17.50
Nivel técnico	8.33	4.16	9.96	37.88
Enfermera General	9.89	4.16	11.77	42.75
Licenciado en Enfermería	6.78	0.00	10.53	34.65
Maestría	18.75	18.75	20.62	54.50
Categoría asignada				
Auxiliar de enfermería	12.50	16.66	11.78	44.60
Enfermero general	7.07	4.16	10.66	35.35

Fuente: Encuesta MISSCARE para personal de Enfermería

Cuadro 7.1. Cuidado perdido de enfermería de acuerdo a las características laborales del personal de un Hospital Privado de San Luis Potosí, S.L.P. Enero-Marzo 2015.

				n=71
Datos laborales	Media	Mdn	DE	Rangos medios
Antigüedad en la Institución				
1 a 2 años	5.72	0.00	9.01	31.81
3 a 4 años	9.66	4.16	13.27	39.88
5 a 6 años	5.76	0.00	9.55	33.00
7 a 8 años	8.33	4.16	9.08	40.72
Antigüedad en el servicio				
Menos de 11 meses	4.54	0.00	11.55	25.59
1 a 2 años	8.21	4.16	11.21	37.66
3 a 4 años	8.33	4.16	11.55	37.79
5 a 6 años	2.08	2.08	2.40	29.00
7 a 8 años	9.37	6.25	9.11	43.63
Experiencia Laboral				
Menos de 11 meses	0.00	0.00	0.00	0.00
1 a 5 años	7.10	2.08	10.02	33.95
6 a 10 años	9.63	4.16	12.97	39.34
11 a 15 años	8.33	0.00	14.43	32.60
16 a 20 años	6.94	4.16	8.67	37.33
21 a 25 años	0.00	0.00	0.00	16.50
Turno de trabajo				
Matutino	5.38	2.08	9.23	32.98
Vespertino	6.86	0.00	8.70	35.41
Nocturno A	11.38	8.33	11.18	45.00
Nocturno B	7.50	0.00	14.19	32.50

Fuente: Encuesta MISSCARE para personal de Enfermería

Con la finalidad de identificar el cuidado perdido de acuerdo a las características laborales del personal de enfermería, se realizó el análisis de Kruskal-Wallis para identificar diferencias en los rangos medios por servicio, nivel de formación, categoría asignada, antigüedad en la institución, antigüedad en el servicio, experiencia laboral y turno de trabajo.

Únicamente se encontró diferencia significativa, entre las medianas, en el cuidado perdido por servicio, dado un valor de chi cuadrada de 5.82 y una significancia estadística de $p=0.05$; asimismo se realizó la comparación por medio de la U de Mann-Whitney entre los servicios, la cual mostró que la diferencia existe entre el servicio Urgencias y Hospitalización ($U=166.5$, $p=0.045$) (cuadros 7 y 7.1).

9.4. Factores de recursos humanos, comunicación y recurso material que influyen en el cuidado perdido de enfermería

Cuadro 8. Índices por dimensión de los factores que influyen en el cuidado perdido de enfermería de un Hospital Privado de San Luis Potosí, S.L.P. Enero-Marzo 2015.

n=71

Índices	Media	Mdn	DE	Intervalo de confianza al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Recursos humanos	56.13	57.14	21.38	51.07	61.19
Comunicación	48.55	47.61	23.42	43.01	54.10
Recurso material	45.07	44.44	29.80	38.01	52.12

Fuente: Encuesta MISSCARE para personal de Enfermería

En el cuadro 8 se observan los índices de cada factor; de acuerdo a la percepción del personal de enfermería, el factor principal fue el de recursos humanos de enfermería con una media de 56.13 ($DE=21.38$), seguida de la comunicación con una media de 48.55 ($DE=23.42$) y finalmente el recurso material.

Cuadro 9. Elementos del factor de recursos humanos que influyen en el cuidado perdido de enfermería de un Hospital Privado de San Luis Potosí, S.L.P. Enero-Marzo 2015.

n=71

Elemento del factor	Nivel de razón							
	No es una razón		Razón de menor motivo		Razón moderada		Razón significativa	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Número insuficiente de personal	6	8.5	12	16.9	23	32.4	30	42.3
Las situaciones de urgencia del paciente (por ejemplo el estado del paciente empeora)	17	23.9	11	15.5	28	39.4	15	21.1
Aumento inesperado en el volumen de pacientes y/o carga del trabajo de servicio	5	7.0	5	7.0	33	46.5	28	39.4
El número insuficiente de personal auxiliar	18	25.4	17	23.9	20	28.2	16	22.5
Asignaciones de pacientes desequilibradas	12	16.9	23	32.4	26	36.6	10	14.1
La falta de apoyo de los miembros del equipo	13	18.3	17	23.9	30	42.3	11	15.5
Demasiados cuidados a pacientes que ingresan y egresan	15	21.1	21	29.6	24	33.8	11	15.5

Fuente: Encuesta MISSCARE para personal de Enfermería

En relación al factor de recursos humanos (cuadro 9), el personal de enfermería mencionó que los elementos donde percibe una razón significativa para el cuidado perdido de enfermería en más del 40% corresponden al número insuficiente de personal, seguido del aumento inesperado en el volumen de pacientes y/o carga del trabajo de servicio (39.4%).

Cuadro 10. Elementos del factor de comunicación que influyen en el cuidado perdido de enfermería de un Hospital Privado de San Luis Potosí, S.L.P. Enero-Marzo 2015.

n=71

Elemento del factor	Nivel de razón							
	No es una razón		Razón de menor motivo		Razón moderada		Razón significativa	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Inadecuada entrega de turno anterior o falta de claridad en la entrega-recepción de pacientes de otro servicio o unidad	8	11.3	30	42.3	25	35.2	8	11.3
Otros departamentos no proporcionaron el cuidado necesario (por ejemplo nutrición, laboratorio, etc.)	13	18.3	28	39.4	24	33.8	6	8.5
Tensión o fallas en la comunicación con otros departamentos auxiliares de apoyo	10	14.1	25	35.2	30	42.3	6	8.5
Tensión o fallas en la comunicación del equipo de enfermería	13	18.3	21	29.6	24	33.8	13	18.3
Tensión o fallas en la comunicación con el personal médico	7	9.9	26	36.6	23	32.4	15	21.1
Auxiliar de enfermería no comunicó que el cuidado no se proporcionó	17	23.9	22	31.0	18	25.4	14	19.7
La enfermera responsable del paciente no está disponible	18	25.4	24	33.8	13	18.3	16	22.5

Fuente: Encuesta MISSCARE para personal de Enfermería

Respecto a los elementos de la comunicación que influyen en la presencia del cuidado perdido de enfermería (cuadro 10); el personal de enfermería percibe como una razón significativa que la enfermera responsable del paciente no está disponible (22.5%), seguido de tensión o fallas en la comunicación con el personal médico (21.1%) y como razones para que se pierda el cuidado la inadecuada entrega de turno anterior o falta de claridad en la entrega-recepción de pacientes de otro servicio o unidad (88.8%) y tensión o fallas en la comunicación con otros departamentos auxiliares de apoyo (86%).

Cuadro 11. Elementos del factor de recurso material que influyen en el cuidado perdido de enfermería de un Hospital Privado de San Luis Potosí, S.L.P. Enero-Marzo 2015.

Elemento del factor	n=71							
	Nivel de razón							
	No es una razón		Razón de menor motivo		Razón moderada		Razón significativa	
<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Los medicamentos no estaban disponibles cuando se necesitaron	16	22.5	20	28.2	20	28.2	15	21.1
Suministros/equipo no disponibles cuando se necesitan	20	28.2	24	33.8	15	21.1	12	16.9
Suministros/equipos no funcionan correctamente cuando se necesitan	18	25.4	24	33.8	18	25.4	11	15.5

Fuente: Encuesta MISSCARE para personal de Enfermería

En cuanto a los elementos que corresponden al factor de recurso material (cuadro 11); el personal de enfermería mencionó como una razón significativa el que los medicamentos no están disponibles cuando se necesitan (21.1%).

9.5. Influencia de los factores de recursos humanos, comunicación y recurso material en el cuidado perdido de enfermería

Para determinar los factores que influyen en el cuidado perdido de enfermería y dar respuesta a la hipótesis planteada, se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman, los resultados se muestran a continuación.

Cuadro 12. Coeficientes de correlación de dimensiones de cuidado perdido y factores que contribuyen a omisiones del personal de enfermería de un Hospital Privado de San Luis Potosí, S.L.P. Enero-Marzo 2015.

n=71

Dimensiones de cuidado	Factores para el cuidado perdido		
	Recursos Humanos	Comunicación	Recurso material
Intervenciones de necesidades individuales	0.327**	0.324**	0.080
Planificación del alta y educación del paciente	0.110	0.103	-0.038
Intervenciones de cuidado básico	0.349**	0.391***	0.175
Intervenciones de cuidado con evaluaciones continuas	0.282**	0.211	0.149
Global de cuidado perdido de enfermería	0.408***	0.418***	0.193

Fuente: Encuesta MISSCARE para personal de enfermería

*** 0.001 Altamente significativo

** 0.01 Considerablemente significativo

* 0.05 Significativo

Se encontró relación positiva significativa de los recursos humanos con las intervenciones de necesidades individuales, cuidado básico, evaluaciones continuas y el índice global. Los factores de comunicación sólo se asociaron con las intervenciones de necesidades individuales, de cuidado básico e índice global. Cabe destacar que los factores relacionados con el recurso material no se asociaron con ninguna de las intervenciones de cuidado (cuadro 12).

Cuadro 13. Factores que percibe el personal de enfermería que afectan que el cuidado que se proporciona en pacientes hospitalizados en una Institución Privada de San Luis Potosí, S.L.P. Enero-Marzo 2015.

n=71

Determinantes	β	beta estandarizada	t	p
Recursos humanos	0.18	0.37	3.35	0.001
R ² =0.13 F=11.26			Error estándar=10.03 p=0.001	
Comunicación	0.17	0.38	3.50	0.001
R ² =0.14 F=12.25			Error estándar=9.97 p=0.001	
Recurso material	0.76	0.21	1.78	0.078
R ² =0.03 F=3.19			Error estándar=10.58 p=0.07	

Fuente: Encuesta MISSCARE para personal de enfermería

En el cuadro 13 se observan los resultados de la prueba de regresión lineal simple para determinar el efecto de los factores en el cuidado perdido de enfermería. Se observa que los recursos humanos explican el 13% del cuidado global perdido y la comunicación explica el 14% del cuidado perdido; ambos con significancias estadísticas altas; sin embargo el recurso material no influye para que el cuidado se pierda. Por lo anterior se puede concluir que la hipótesis del estudio se acepta parcialmente únicamente con el apoyo de los factores de recursos humanos y comunicación.

Cuadro 14. Factores que afectan las intervenciones de necesidades individuales en pacientes hospitalizados en una Institución Privada de San Luis Potosí, S.L.P. Enero-Marzo 2015.

n=71

Determinantes	β	β beta estandarizada	t	p
Recursos humanos	0.14	0.33	2.97	0.004
R ² =0.10 F=8.85			Error estándar=8.59 p=0.004	
Comunicación	0.12	0.32	2.85	0.006
R ² =0.09 F=8.16			Error estándar=8.63 p=0.006	

Fuente: Encuesta MISSCARE para personal de enfermería

Posteriormente se analizó el efecto de los factores humanos y de comunicación en cada una de las intervenciones de cuidado. En el cuadro 14 se observan los dos factores que intervienen para que en la dimensión de necesidades individuales se pierda cuidados; los recursos humanos explican el 10% de esas omisiones y la comunicación explica el 09%, ambos factores con significancias estadísticamente considerables.

Cuadro 15. Factores que afectan las intervenciones de cuidado básico en pacientes hospitalizados en una Institución Privada de San Luis Potosí, S.L.P. Enero-Marzo 2015.

n=71

Determinantes	β	β beta estandarizada	t	p
Recursos humanos	0.27	0.33	2.96	0.004
R ² =0.10 F=8.76			Error estándar=16.70 p=0.004	
Comunicación	0.27	0.36	3.22	0.002
R ² =0.12 F=10.38			Error estándar=16.53 p=0.002	

Fuente: Encuesta MISSCARE para personal de enfermería

En el cuadro 15 se observan los dos factores que intervienen para que en la dimensión de intervenciones de cuidado básico se pierdan cuidados; los recursos

humanos explican el 10% de esas omisiones y la comunicación explica el 12%, ambos factores con significancias estadísticamente considerables.

Cuadro 16. Factor que afecta a las intervenciones de cuidado con evaluaciones continuas en pacientes hospitalizados en una Institución Privada de San Luis Potosí, S.L.P. Enero-Marzo 2015.

n=71

Determinantes	β	β eta estandarizada	t	p
Recursos humanos	0.15	0.23	1.98	0.051
R ² =0.04 F=3.95			Error estándar=13.62 p=0.05	

Fuente: Encuesta MISSCARE para personal de enfermería

En el cuadro 16 se observa el factor de recursos humanos, el cual interviene para que en la dimensión de intervenciones de cuidado con evaluaciones continuas se pierdan cuidados; los recursos humanos explican el 04% de esas omisiones y es estadísticamente significativa.

X. DISCUSIÓN

Los resultados del estudio permitieron identificar que existen elementos del cuidado de enfermería que son perdidos u omitidos durante la estancia hospitalaria de los pacientes, puesto que poco más de la mitad, del personal de enfermería, señaló que, por lo menos, se pierde un cuidado durante la estancia hospitalaria de los pacientes.

La dimensión de cuidado donde el personal de enfermería percibe mayor omisión es la de intervenciones de cuidado básico, seguida de las intervenciones de planificación del alta y educación del paciente. En cuanto a la dimensión de intervenciones de cuidado básico es similar lo reportado por Kalisch et al¹²; sin embargo, difiere en su proporción, la cual fue menor en el presente estudio, donde el cuidado perdido fue reportado por una cuarta parte del personal de enfermería, mientras que los autores, señalados previamente, encontraron una proporción mucho mayor (73%). La ejecución de las intervenciones básicas de enfermería es fundamental durante la estancia hospitalaria de los pacientes, sobre todo, en aquellos en los que por su condición de salud carecen de autonomía⁵⁷. La omisión en este tipo de intervenciones puede atribuirse a que el personal de enfermería no las prioriza, ya sea por su condición de baja complejidad o porque considera que el paciente puede realizar estas acciones de cuidado por sí mismo o con apoyo de algún familiar¹¹.

En relación a los elementos de la dimensión de intervenciones de cuidado básico, el personal de enfermería percibió una mayor omisión en el cuidado de la boca y la asistencia en la deambulaci3n tres veces al d3a o seg3n la indicaci3n, estos resultados son similares en proporci3n a los descritos por Kalisch et al¹¹ y Kalisch et al³²; sin embargo, diferente a lo reportado por Kalisch et al¹² y Kalisch y Lee¹³, donde la proporci3n fue mucho mayor. Seg3n Kalisch y cols¹, Lucero et al⁶³ y Schubert et al⁶⁴ los cuidados perdidos tienen asociaci3n significativa con los eventos adversos, las omisiones de cuidado durante la deambulaci3n se han asociado con las ca3das en pacientes hospitalizados.

En la dimensión de planificación del alta y educación del paciente, el personal de enfermería, percibió una escasa omisión en la enseñanza al paciente acerca de la enfermedad, las pruebas y los estudios de diagnóstico, dicho resultado es similar a los hallazgos reportados por Kalisch¹¹, Kalisch et al¹², y Ball et al⁴⁷; sin embargo, difieren en proporción, dichos autores han reportado una mayor omisión; esto puede atribuirse a las características de las instituciones donde se realizaron los estudios. La menor omisión, en el presente estudio, puede atribuirse, a que la institución participante cuenta con protocolos de cuidado donde se incluye la enseñanza al paciente, esto permite una participación más activa, del personal de enfermería, en la educación al paciente para su egreso, lo cual contribuye a fortalecer las competencias del paciente para la continuidad de su cuidado en el hogar. De acuerdo a Kalisch¹¹ y Kalisch et al²⁴, estos aspectos son importantes, la falta de educación previa al alta hospitalaria, acorde a las necesidades específicas en los pacientes, repercute de forma negativa en los resultados del mismo, como complicaciones y reingresos hospitalarios.

En cuanto a las intervenciones de necesidades individuales, éstas fueron percibidas por el personal de enfermería, con menor omisión respecto a las intervenciones de cuidado básico y planificación del alta y educación del paciente; sin embargo, la omisión reportada es relevante de considerar, sobre todo porque las acciones de cuidado están orientadas a responder a las necesidades humanas antes que a los problemas de salud⁷. Los elementos de cuidado que el personal de enfermería señaló con mayor pérdida fue el de apoyo emocional al paciente, dicho resultado es similar; sin embargo, en menor proporción a lo reportado por Carter⁸, Ball et al⁴⁷ y Zander et al¹⁸.

Carter⁸, Kalisch¹¹, Bonnie²⁰, Bitter et al²⁹ y Kalisch et al³² señalan que su omisión puede atribuirse al tiempo requerido para su ejecución, debido a que implica escuchar de manera activa al paciente y esto requiere de tiempo, el cual muchas veces es destinado por enfermería a otros cuidados que consideran prioritarios, tales como las intervenciones dependientes (médico-delegadas).

Otro elemento de esta dimensión que el personal percibió con mayor omisión fue el de asistencia a las visitas de evaluaciones interdisciplinarias. La omisión en esta intervención es similar, aunque en menor proporción a lo encontrado por Kalisch et al³². Esto podría deberse a las altas demandas de trabajo, así como al sistema de trabajo, donde frecuentemente no se estila un trabajo en equipo interdisciplinario^{11,20}.

Finalmente en la dimensión de intervenciones de cuidado con evaluaciones continuas, aunque el personal percibió escasa pérdida, existen elementos del cuidado donde se reconoce la omisión, como son la documentación del paciente completa con los datos necesarios, evaluaciones de los pacientes por turno y cuidado del sitio y de las soluciones IV/vía central y las evaluaciones de acuerdo a las políticas del hospital, estos resultados son similares a los reportados por Kalisch¹¹, Kalisch y cols¹ y Kalisch et al¹², no obstante, en menor proporción a lo reportado en dichos estudios.

Algunos autores señalan que el cuidado perdido puede variar de acuerdo a algunas características del personal de enfermería, como el servicio asignado, nivel de formación, categoría asignada, antigüedad en la institución y en el servicio, experiencia laboral y turno de trabajo^{12, 29, 32, 47}; sin embargo, en este estudio, únicamente se encontró diferencia en relación con el servicio asignado, esto pudiera atribuirse a las características organizacionales de las instituciones donde se han realizado los estudios mencionados, donde el perfil del personal de enfermería y el rol que desempeñan puede ser diferente al contexto mexicano. La diferencia observada correspondió al servicio de urgencias y hospitalización con una mayor omisión en este último servicio, esto se puede atribuir a la diferencia entre los servicios estudiados, de acuerdo a las demandas de los pacientes mientras en el servicio de urgencias el paciente es más dependiente y requiere de una mayor vigilancia por parte del personal de enfermería, en el servicio de hospitalización se asume, algunas veces, la independencia de los pacientes lo cual puede conllevar a omisiones en la atención.

Otro hallazgo importante son los factores que se atribuyen para que el cuidado se pierda, en el presente estudio, el personal consideró que el principal factor corresponde a los recursos humanos de enfermería, seguido de los correspondientes a la comunicación y finalmente al recurso material. En cuanto a la relevancia de los recursos humanos para la omisión del cuidado, los hallazgos concuerdan con los de Kalisch et al¹², Kalisch et al³², Bittner et al²⁹ y Kalisch y Lee⁵²; sin embargo, ellos reportan una mayor proporción. En relación al orden de importancia de los factores para la omisión del cuidado, los hallazgos difieren a lo reportado por estos últimos autores, quienes atribuyen en primer orden a los recursos humanos, seguido del recurso material y finalmente los de comunicación. Para el presente estudio, adicionalmente, se buscó asociación entre el cuidado perdido y dichos factores, encontrándose que no hay asociación entre el cuidado perdido por dimensión, ni en forma global, con el recurso material. Este hallazgo pudiera atribuirse a que el presente estudio se realizó en una institución del sector privado, donde el recurso material, generalmente, se encuentra disponible para cubrir las demandas de atención.

El personal de enfermería atribuye a los recursos humanos como el principal factor para el cuidado perdido, donde mencionaron que el número insuficiente de personal y el aumento inesperado en el volumen de pacientes y/o carga del trabajo de servicio, son los elementos más significativos, esto es similar; sin embargo, en menor proporción a lo encontrado por Kalisch et al¹² y Kalisch et al³². En unidades con recursos humanos limitados, las enfermeras disminuyen, o algunas veces, omiten intervenciones, aunque eso pudiera incrementar el riesgo de resultados negativos en el paciente^{10, 64}. Un hallazgo relevante en el presente estudio fue el identificar que el factor relacionado con los recursos humanos afecta principalmente a las intervenciones de necesidades individuales, seguido de las intervenciones de cuidado básico, como se señaló previamente este tipo de intervenciones suelen verse afectadas por no priorizarlas, como es caso de las de cuidado básico, o por las demandas de tiempo requerido para la ejecución de aquellas que responden a las necesidades individuales^{1, 8, 11, 20, 29, 32}.

En el factor de comunicación, el personal de enfermería percibe como una razón significativa que la enfermera responsable del paciente no está disponible cuando se requiere información del paciente, seguido de tensión o fallas en la comunicación con el personal médico, este último es similar a los hallazgos reportados por Kalisch et al³²; sin embargo, los autores mencionan proporciones mayores. Kalisch y Lee⁵² mencionan que la comunicación interdisciplinaria es la que sostiene un nivel de excelencia, favorece la continuidad del cuidado, además evita errores en la atención a la salud. Por lo anterior, las instituciones de salud deben fortalecer el trabajo interdisciplinario, en este sentido el rol de los administradores de enfermería se considera relevante para modificar el sistema de trabajo a nivel organizacional.

Cabe destacar que, además de ser fundamental la comunicación con el equipo interdisciplinario, en el presente estudio se encontró que la comunicación afecta la ejecución de intervenciones de cuidado básico, seguido de las intervenciones de necesidades individuales. Este hallazgo debe ser considerado por los administradores de enfermería para implementar estrategias que permitan fortalecer una comunicación efectiva entre el personal de enfermería de las diferentes categorías, durante el turno, con otros turnos y con los diferentes servicios involucrados en la atención de los pacientes.

En relación a los elementos del factor de recurso material, el personal de enfermería mencionó como una razón significativa el que los medicamentos no están disponibles cuando se necesitan, este resultado es similar, Kalisch et al¹² y Kalisch et al³²; aunque los estudios citados reportan mayor proporción. Los autores señalados previamente, refieren que la disponibilidad de los medicamentos evita retrasos innecesarios en la terapéutica farmacológica de los pacientes contribuyendo así, a la continuidad en la atención.

Finalmente, los hallazgos de este estudio permitirán a los administradores en enfermería tomar decisiones orientadas a fortalecer la continuidad del cuidado; sin embargo, es relevante considerar la opinión de los pacientes, aspecto no incluido en el presente estudio. La opinión de los pacientes, como principales receptores

del cuidado de enfermería, permite tener una mayor claridad en el fenómeno del cuidado perdido, y con ello generar estrategias efectivas que contribuyan a mejorar la calidad de la atención que se proporciona a los usuarios.

XI. CONCLUSIONES

El cuidado perdido de enfermería tiene una gran relevancia; las intervenciones básicas y planificación de alta y educación del paciente; son aspectos independientes y propios de enfermería que no se deberían de perder u omitir durante la estancia hospitalaria de los pacientes.

El cuidado de la boca y la asistencia en la deambulaci3n; son cuidados que frecuentemente se omiten y pueden conllevar a efectos adversos, como caídas; lo cual puede retrasar la recuperaci3n de los pacientes. Otros cuidados esenciales que el personal de enfermería no brinda de manera oportuna es la educaci3n al paciente, lo cual refleja la necesidad de fortalecer este rol entre los profesionales de enfermería y asegurar, con esta medida, que el paciente pueda darle continuidad a su cuidado en el hogar.

En el presente estudio, el cuidado perdido se asoci3 a factores relacionados con los recursos humanos y comunicaci3n. Los factores humanos son un aspecto clave que se vincula directamente con los resultados de la atenci3n en el paciente, producto de la calidad y seguridad de la atenci3n hospitalaria. Por lo anterior, los administradores deben contar con una adecuada plantilla de personal de enfermería competente y suficiente para satisfacer las demandas de atenci3n.

Otro aspecto que cobra relevancia es la comunicaci3n; los administradores en enfermería deben fortalecer este aspecto en busca de una comunicaci3n efectiva entre el equipo interdisciplinario, así como dentro de la propia disciplina, de tal forma que favorezca la adecuada transferencia de informaci3n entre todos los involucrados en la atenci3n.

Los principales hallazgos del estudio demandan la necesidad de que los administradores en enfermería diseñen y ejecuten estrategias orientadas a fortalecer el cuidado de enfermería, de tal forma que contribuya favorablemente, en los resultados en el paciente.

XII. RECOMENDACIONES

Para la investigación

Desarrollar proyectos de investigación, donde se considere la opinión del paciente acerca del cuidado perdido, de tal forma que se cuente con información de los principales involucrados en la atención hospitalaria. Otra recomendación es desarrollar investigación en donde se mida el efecto de los resultados en los pacientes, como satisfacción del usuario y del personal de enfermería, eventos adversos, entre los cuales se pueden mencionar las úlceras por presión, caídas e infecciones intrahospitalarias, entre otros; asimismo, buscar la influencia de los sistemas de trabajo, de diferentes hospitales, en la presencia del cuidado perdido y que ello sirva como base para desarrollar fundamentos que permitan replantear los sistemas de trabajo de enfermería, con impacto positivo en la calidad y seguridad en la atención al paciente.

Para la práctica hospitalaria

Fortalecer que el cuidado básico sea brindado de manera continua, a través de la creación de estándares que apoyen a verificar el cumplimiento de dichas intervenciones. Además de fortalecer las competencias del personal de enfermería para que desarrollen un rol activo en la planificación del alta y educación al paciente.

En cuanto a los recursos humanos, tomar en consideración que se cuente con los suficientes recursos humanos y con las competencias adecuadas para satisfacer las necesidades de atención del paciente. Respecto a la comunicación, se recomienda desarrollar técnicas efectivas de comunicación entre las diferentes disciplinas, categorías, turnos de trabajo y servicios, que permitan la continuidad de la atención.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee KH. Missed nursing care, staffing, and patient falls. *J Nurs Care Qual.* 2012; 27(1): 6-12. [Consultado el 24 de Febrero 2014]. Citado en PubMed 21738057
2. Delgado BM, Márquez VH, Santacruz VJ. La Seguridad del Paciente: eje toral de la calidad de la atención. En: Alcántara BMA. La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia. México: SSA; 2012. p. 127-46. Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/dgr-editorial_01.html
3. Mitchell PH. Soule ES. Capítulo 1: definición de seguridad de paciente y calidad asistencial. En: Hughes RG. Seguridad del Paciente y Calidad: Basada en la evidencia. Manual para enfermeras. Washington EE. UU: Agencia para la Investigación y Calidad en Salud; 2008. Citado en PubMed 21328780
4. Castro VMC. La cruzada nacional por la calidad en salud: una mirada sociológica. *J Región y Sociedad.* 2004; 16(30): 45-6. [Consultado el 04 de febrero 2014]. Citado en Redalyc 10203002
5. Gómez DO, Sesma S, Becerrila VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud en México. *Rev Salud Pub Mex.* 2011; 53(2): 220-32. [Consultado el 08 de abril 2014]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800017&lng=es
6. Santacruz VJ, Delgado BM, Álvarez BA, Márquez VH, Trejo E, Castillo JC, Et al. Continuidad de una política pública: SICALIDAD. En: Alcántara BMA. La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia. México: SSA; 2012. p. 127-46. Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/dgr-editorial_01.html

7. Servicios de salud. México: Secretaria de salud; 2013 [Acceso 20 de diciembre de 2013]. De Nava GME. Indicadores de calidad en enfermería; [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.ssm.gob.mx/portal/index.php/programas/49-indicadores-de-calidad-en-enfermeria>
8. Carter D. Nursing Care Left Undone in European Hospitals. *AJN American J Nurs.* 2014; 114(2): 17. [Consultado el 30 de mayo 2014]. Citado en DOI 10.1097/01.NAJ.0000443762.89516.81
9. Báez-Hernández FJ, Nava-Navarro V, Ramos-Cedeño L, Medina-López OM. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *J Aquichan.* 2009; 9(2): 127-134. [Consultado el 08 de abril 2014]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/741/74112142002.pdf>
10. Kane RL, Shamliyan TA, Mueller C, Duval S, J. Wilt TJ. The Association of Registered Nurse Staffing Levels and Patient Outcomes. Systematic Review and Meta-Analysis. *J Med Care.* 2007; 45(12): 1195–1204. [Consultado el 22 de abril 2014]. Citado en PubMed 18007170
11. Kalisch BJ. Missed nursing care: a qualitative study. *J Nurs Care Qual.* 2006; 21(4): 306–13. [Consultado el 07 de enero 2014]. Citado en PubMed 16985399
12. Kalisch BJ, Landstrom G, Williams RA. Missed nursing care: Errors of omission. *Nursing Outlook.* 2009; 57(1): 3–9. [Consultado el 07 de enero 2014]. Citado en PubMed 19150261
13. Kalisch BJ, Lee KH. Missed nursing care: Magnet versus non-Magnet hospitals. *Nursing Outlook.* 2012; 60(5): 32-9. [Consultado el 07 de enero 2014]. Citado en PubMed 22824471
14. Foradoni CA. El error en medicina, la tormenta perfecta. *Rev Chil Pediatr.* 2006; 77(4): 337-40. [Consultado el 07 de enero 2014]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062006000400001>

15. Ausserhofer D, Zander B, Busse R, Schubert M, De Geest S, Rafferty AM, et al. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Qual Saf.* 2014; 23: 126–35. [Consultado el 15 de abril 2014]. Citado en DOI 10.1136/bmjqs-2013-002318
16. Robert JL. Linking outcomes to the quality of the process of nursing care. Pro Quest Dissertations & Theses. 2008. [Consultado el 30 de mayo 2014]. Citado en Pro Quest AAI3328614
17. Al-Kandari F, Thomas D. Factors contributing to nursing task incompleteness as perceived by nurses working in Kuwait general hospitals. *J Clinical Nurs.* 2009; 18(24): 3430-40. [Consultado el 30 de mayo 2014]. Citado en DOI 10.1111/j.1365-2702.2009.02795.x
18. Zander B, Dobler L, Bäuml M, Busse R. Nursing Tasks Left Undone in German Acute Care Hospitals-Results from the International Study RN4Cast. *J Das Gesundheitswesen.* 2014. [Consultado el 10 de junio 2014]. Citado en PubMed 24771101
19. Castner J, Wu YW, Dean-Baar S. Multi-Level Model of Missed Nursing Care in the Context of Hospital Merger. *West J Nurs Res.* 2014. [Consultado el 10 de junio 2014]. Citado en DOI 10.1177/0193945914535670
20. Bonnie JW. Facing up to the reality of missed care. *BMJ Qual Saf.* 2014; 23: 92–94. [Consultado el 15 de abril 2014]. Citado en DOI 10.1136/bmjqs-2013-002489
21. Gómez DO, Sesma S, Becerril BM, Knaut MF, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. *Rev Salud Pub de México;* 2011 53(2): 5224-29. [Consultado el 07 de enero 2014]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/17.pdf>

22. Hamui SL, Fuentes GR, Aguirre HR, Ramírez ROF. Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud en México: un estudio de satisfacción con la atención médica. 1ra Ed. México DF: Formas e Imágenes; 2013.
23. Silva Y. Calidad de los servicios privados de salud. Rev Ciencias Sociales Maracaibo. 2005; 11(1). [Consultado el 04 de febrero 2014]. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S131595182005000100011&script=sci_arttext
24. Kalisch BJ, Landstrom G, Hinshaw AS. Missed nursing care: A concept analysis. J Adv Nurs. 2009; 65(7): 1509–17. [Consultado el 12 de febrero 2014]. Citado en DOI 10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x
25. Donabedian A. The quality of care. JAMA. 1988; 260(12): 1743–48. [Consultado el 12 de febrero 2014]. Citado en PubMed 3045356
26. Bear M, Bowers C. Using a Nursing Framework to Measure Client Satisfaction at a Nurse-Managed Clinic. J Public Health Nurs. 1998; 15(1): 50-9. [Consultado el 10 de abril 2014]. Citado en DOI 10.1111/j.1525-1446.1998.tb00321.x
27. Kalisch B, Tschannen D, Lee H. Does missed nursing care predict job satisfaction? J Healthc Manag. 2011; 56(2): 117-33. [Consultado el 20 de mayo 2014]. Citado en PubMed 21495530
28. The Truax Group. Missed Care: New Opportunities? In BMJ Quality and Patient Safety [Revista en internet]. 2013 noviembre. [acceso febrero 12, 2014]. Disponible en: http://www.patientsafetysolutions.com/docs/November_26_2013_Missed_Care_New_Opportunities.htm

29. Bittner NP, Gravlin G, Hansten R, Kalisch BJ. Unraveling care omissions. *J Nurs Admin.* 2011; 41(12): 510-2. [Consultado el 12 de febrero 2014]. Citado en DOI 10.1097/NNA.0b013e3182378b65
30. Kalisch BJ, Williams RA. Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. *J Nurs Admin.* 2009; 39(5): 211–19. [Consultado el 12 de febrero 2014]. Citado en DOI 10.1097/NNA.0b013e3181a23cf5
31. Kalisch BJ. Missed nursing care: View from the hospital bed (Part Two). *Reflections on Nursing Leadership RNL.* EE. UU. 2010. Disponible en: http://www.reflectionsonnursingleadership.org/Pages/Vol36_3_Kalisch_PartTwo.aspx
32. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee H, Friese CR. Hospital variation in missed nursing care. *American J Med Qual.* 2011; 26(4): 291-9. [Consultado el 12 de febrero 2014]. Citado en DOI 10.1177/1062860610395929
33. Ledesma MC. *Fundamentos de enfermería.* México: Limusa Noriega editores; 2004
34. Bulechek MG, Butcher KH, McCloskey DJ. *Clasificación de las intervenciones de Enfermería (NIC).* 5ª Ed. Madrid: Mosby; 2009.
35. Cáceres MFM, Puerto PHM. Prevalencia de diagnósticos de Enfermería en personas en tratamiento oncológico. *J Inv y Educ Enferm.* 2008; 26(2): 212-17. [Consultado el 28 de abril 2014]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1052/105212447003.pdf>
36. Carpenito LJ. *Diagnóstico de Enfermería.* 3a Ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 2003.
37. Consejo de Salubridad General. *Estándares para la certificación de hospitales.* Secretaria de salud. Abril 2012. [Consultado el 20 de mayo 2014].

38. Sierra TC, Sayas CV, Famoso PMJ, Muñoz IA, Peiró AA, Garrigós HE, et al. Continuidad de cuidados: alta de enfermería. *Rev Enferm Cardiológ.* 2007; 41(2):35-40. [Consultado el 28 de abril 2014]. Citado en Dialnet 2382427
39. Cano AA, M. Concepción Martín AMC, Martínez PM, García TC, Hernández PM, Roldán FA. Eficacia de la planificación del alta de enfermería para disminuir los reingresos en mayores de 65 años. *Rev Atención Primaria.* 2008; 40(6): 291–95. [Consultado el 28 de abril 2014]. Citado en DOI 10.1157/13123681
40. Pinzón SL. El plan de alta: una herramienta para el cuidado integral y la recuperación de la persona enferma. *Rev Hacia Promoc. Salud.* 2005; (10): 18-24. [Consultado el 20 de abril 2014]. Citado en Lilacs 479409
41. Giraldo MCI. Las necesidades del cuidado de enfermería: criterios para definir requerimientos de personal de enfermería. *Rev Inv y Educ Enferm.* 2000; 18(1): 49-68. [Consultado 28 de abril 2014]. Citado en Redalyc 105218294004
42. Kelly L. Vincent D. The dimensions of nursing surveillance: a concept analysis. *J Adv Nurs.* 2011; 67(3): 652–61. [Consultado el 22 de abril 2014]. Citado en PMC 3242365
43. Chiavenato I. Administración de recursos humanos. 8^{va} ed. Bogotá: Mc Graw Hill; 2007.
44. Gravlin G, Phoenix Bittner N: Nurses' and nursing assistants' reports of missed care and delegation. *J Nurs Admin.* 2010; 40(7-8): 329-35. [Consultado el 24 de Febrero 2014]. Citado en DOI00005110-201007000-00008
45. Kalisch BJ, Lee KH. Nurse staffing levels and teamwork: a cross-sectional study of patient care units in acute care hospitals. *J Nurs Scholarship.* 2011; 43(1): 82-8. [Consultado el 24 de Febrero 2014]. Citado en DOI 10.1111/j.1547-5069.2010.01375.x

46. Tschannen D, Kalisch BJ. The effect of variations in nurse staffing on patient length of stay in the acute care setting. *Western J Nurs Research*. 2009; 31(2): 153-70. [Consultado el 24 de Febrero 2014]. Citado en PubMed 18693216
47. 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 quality and safety*. 2013. [Consultado el 24 de Febrero 2014]. Citado en DOI 10.1136/bmjqs-2012-001767
48. Lucas GC, Gómez GC, Antón HJM. La comunicación interprofesional desde la cultura organizacional de la enfermería asistencial. *Cultura de los Cuidados*. 2011; 31: 85-92. [Consultado el 24 de Febrero 2014]. Citado en ISSN 1138-1728
49. Kalisch BJ, Begeny SM. Improving nursing unit teamwork. *J Nurs Admin*. 2005; 35(12): 550-6. [Consultado el 24 de Febrero 2014]. Citado en DOI 10.1097/00005110-200512000-00009
50. Kalisch BJ, Curley M, Stefanov S. An intervention to enhance nursing staff teamwork and engagement. *J Nurs Admin*. 2007; 37(2): 77-84. [Consultado el 24 de Febrero 2014]. Citado en PubMed 17273028
51. Gravlin G, Phoenix Bittner N: Nurses' and nursing assistants' reports of missed care and delegation. *J Nurs Admin*. 2010; 40(7-8): 329-35. [Consultado el 24 de Febrero 2014]. Citado en DOI 100005110-201007000-00008
52. Kalisch BJ, Lee KH. The impact of teamwork on missed nursing care. *Nurs Outlook*. 2010; 58(5): 233-41. [Consultado el 24 de Febrero 2014]. Citado en PubMed 20934078
53. Kalisch BJ, Lee H, Rochman M. Nursing staff teamwork and job satisfaction. *J Nurs Manage*. 2010; 18(8):938-47. [Consultado el 24 de Febrero 2014]. Citado en DOI 10.1111/j.1365-2834.2010.01153.x

54. Kalisch BJ, Lee KH. Nursing teamwork, staff characteristics, work schedules, and staffing. *Health Care Manage Rev.* 2009; 34(4): 323-33. [Consultado el 24 de Febrero 2014]. Citado en DOI:10.1097/HMR.0b013e3181aaa920
55. Kalisch BJ. Nurse and nurse assistant perceptions of missed nursing care: what does it tell us about teamwork? *J Nurs Admin.* 2009; 39(11): 485-93. [Consultado el 24 de Febrero 2014]. Citado en DOI10.1097/NNA.0b013e3181bd61ac
56. Kalisch BJ, McLaughlin M, Dabney BW. Patient perceptions of missed nursing care. *J Quality Patient Safety.* 2012; 38(4): 161-7. [Consultado el 24 de Febrero 2014]. Citado en PubMed 22533128
57. Bittner NP, Gravlin G. Critical thinking, delegation, and missed care in nursing practice. *J Nurs Admin.* 2009; 39(3): 142-146. [Consultado el 25 de febrero 2014]. Citado en DOI 10.1097/NNA.0b013e31819894b7
58. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee KH. Do staffing levels predict missed nursing care? *Int J Qual Health Care.* 2011; 23(3): 302-8. [Consultado el 12 de febrero 2014]. Citado en PubMed 21486856
59. Hernández SR, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 5ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2010
60. Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Diario oficial de la Federación. Ciudad de México, Distrito Federal
61. Declaración De Helsinki de la Asociación Médica Mundial, Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 59ª Asamblea General. Corea; 2008
62. Norma Oficial Mexicana. NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres

humanos. Diario Oficial de la Federación. Secretaria de Salud. Ciudad de México, Distrito Federal

63. Lucero RJ, Lake ET, Aiken LH. Nursing care quality and adverse events in US hospitals. *J Clinical Nurs.* 2010; 19(15-16): 2185-95. Citado en PubMed 20659198
64. 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. Citado en DOI: 10.1093/intqhc/mzn017

XIV. ANEXOS

Anexo 1. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Dimensiones	Indicadores	Ítem	Nivel de medición
Factores que influyen en el cuidado perdido de enfermería	Son las razones y obstáculos en la prestación de atención por las que los cuidados de enfermería se pierden ³⁰ .	Se refiere a las razones del personal, en cuanto a la dotación de recursos humanos, recurso material y a la calidad de comunicación entre miembros del equipo interdisciplinario, medido a través de 17 preguntas del cuestionario MISSCARE.	Cuantitativa Independiente	Recursos Humanos	4=Razón significativa	Sección B: 1, 2, 3, 4, 5, 11 y 17	Ordinal
				Comunicación	3=Razón moderada	Sección B: 7, 8, 12, 13, 14, 15 y 16	
				Recurso Material	2=Razón de menor motivo 1=No es una razón para que se pierda el cuidado	Sección B: 6, 9 y 10	

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Dimensiones	Ítem	Escala de medición	Nivel de medición
Cuidado perdido de enfermería	Es cualquier aspecto del cuidado del paciente requerido que se omite (ya sea en parte o en su totalidad) o se retrasa significativamente. El cuidado incluye intervenciones de necesidades individuales, planificación del alta, educación al paciente, cuidado básico y evaluaciones continuas, el cuidado de enfermería omitido en cualquiera de estas intervenciones se considera un error de omisión ^{11, 24} .	Se refiere a las intervenciones de cuidado que el paciente requiere durante su hospitalización y que no se ejecutan o se retrasan de acuerdo a sus necesidades. Pueden no ejecutarse o retrasarse. Se medido a través del cuestionario MISSCARE.	Cuantitativa Dependiente	Intervenciones de necesidades individuales	Sección A: 5, 10, 19, 20, 21, 22 y 23.	5=Siempre 4=Frecuentemente 3=De vez en cuando 2=Rara vez 1=Nunca 0=No aplica	Ordinal
				Intervenciones de cuidado básico	Sección A: 1, 2, 3, 4, 11, 12, 13 y 24.		
				Planificación del alta y educación del paciente	Sección A: 9 y 14.		
				Intervenciones de cuidado con evaluaciones continuas	Sección A: 6, 7, 8, 15, 16, 17 y 18.		

Anexo 2. Encuesta MISSCARE para enfermería

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

Instrucciones: a continuación en las preguntas de opción múltiple, elija el número y coloque una "X" dentro de la línea lateral a su respuesta, y donde tenga que completar frase realícelo con letra clara y legible.

1. Nivel de formación
 - 1) _____ Auxiliar Enfermería
 - 2) _____ Nivel Técnico
 - 3) _____ Enfermera General
 - 4) _____ Licenciado en Enfermería
 - 5) _____ Enfermera Especialista
 - 6) _____ Posgrado en Enfermería (Maestría ____ Doctorado ____)
2. Sexo: Masculino _____ Femenino _____
3. Edad en años cumplidos: _____
4. Categoría asignada en la institución:
 - 1) _____ Auxiliar Enfermería
 - 2) _____ Enfermera General
 - 3) _____ Enfermera Especialista
5. Turno de trabajo
 - 1) _____ Matutino
 - 2) _____ Vespertino
 - 3) _____ Nocturno (Guardia A (Non) _____ Guardia B (Par) _____)
6. Antigüedad en la institución _____ años
7. Antigüedad en el servicio actual _____ años
8. Experiencia laboral _____ años
9. En el turno actual ¿Cuál es el promedio de pacientes que se le asigna? _____
10. ¿Cuántos **ingresos** de pacientes tiene generalmente en un turno? _____
11. ¿Cuántos **egresos** de pacientes tiene generalmente en un turno? _____

@ Todos los derechos protegidos por Beatrice Kalisch
Por favor, no reproducir sin permiso del autor. Enero 2009

Sección A - Cuidados Perdidos de Enfermería

Las(os) 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** se presentan los siguientes elementos del **cuidado perdido de enfermería por el personal de enfermería (incluido usted) en su servicio?** Marque sólo una casilla por cada pregunta.

Elementos del cuidado	Siempre se pierde	Frecuentemente se pierde	De vez en cuando se pierde	Rara vez se pierde	Nunca se pierde	No aplica
1) Asistencia en la deambulaci3n tres veces al d3a o seg3n la indicaci3n						
2) Cambio de posici3n al paciente cada 2 horas o de acuerdo a las necesidades del paciente						
3) Alimentaci3n del paciente cuando la comida a3n est3 caliente						
4) Verificar la dieta y acercar la comida a los pacientes que se alimentan por s3 mismos.						
5) La administraci3n de medicamentos dentro de los 30 minutos antes o despu3s de la hora programada						
6) Los signos vitales evaluados seg3n la indicaci3n						
7) Control de ingresos y egresos (balance de l3quidos)						
8) Documentaci3n del paciente completa con los datos necesarios						
9) Enseñanza al paciente acerca de la enfermedad, las pruebas y los estudios de diagn3stico						
10) El apoyo emocional al paciente y/o familia						
11) Baño de paciente / cuidado de la piel						
12) Cuidado de la boca						
13) Lavado de manos						
14) Planificaci3n del alta del paciente y de la enseñanza						
15) Monitorizaci3n de la glucosa seg3n la indicaci3n						
16) Realizar evaluaciones de los pacientes por turno						

Elementos del cuidado	Siempre se pierde	Frecuentemente se pierde	De vez en cuando se pierde	Rara vez se pierde	Nunca se pierde	No aplica
17) Reevaluaciones al paciente de acuerdo a su condición de salud						
18) Cuidado del sitio y de las soluciones IV / vía central y las evaluaciones de acuerdo con la política del hospital						
19) Respuesta menor a 5 minutos al llamado de un paciente						
20) Administración en menos de 15 minutos a solicitudes de medicamentos PRN						
21) Evaluar la eficacia de los medicamentos						
22) Asistir a las visitas de evaluación del cuidado interdisciplinarias						
23) Ayudar con las necesidades de ir al baño en un tiempo no mayor a 5 minutos de la solicitud						
24) Cuidado de heridas/Piel						

Sección B—Razones para que se presente el Cuidado Perdido de Enfermería

Pensando en los cuidados perdidos de enfermería en su unidad por todo el personal (como se indica en la Parte 1 de esta encuesta), indique las **RAZONES** por las que los cuidados de enfermería se pierden en su unidad. **Marque solo una casilla por cada pregunta.**

Razones para el cuidado perdido de enfermería	Razón significativa	Razón moderada	Razón de menor motivo	No es una razón para que se pierda el cuidado
1) El número insuficiente de personal				
2) Las situaciones de urgencia del paciente (por ejemplo, el estado del paciente empeora)				
3) Aumento inesperado en el volumen de pacientes y / o carga de trabajo del servicio				
4) El número insuficiente de personal auxiliar				
5) Asignaciones de pacientes desequilibradas				
6) Los medicamentos no estaban disponibles cuando se necesitaron				

Razones para el cuidado perdido de enfermería	Razón significativa	Razón moderada	Razón de menor motivo	No es una razón para que se pierda el cuidado
7) Inadecuada entrega de turno anterior o falta de claridad en la entrega-recepción de paciente de otro servicio o unidad				
8) Otros departamentos no proporcionaron el cuidado necesario (por ejemplo, nutrición, laboratorio, etc.)				
9) Suministros / equipos no disponibles cuando se necesitan				
10) Suministros / equipos no funcionan correctamente cuando se necesitan				
11) La falta de apoyo de los miembros del equipo				
12) Tensión o fallas en la comunicación con otros departamentos auxiliares de apoyo				
13) Tensión o fallas en la comunicación dentro del equipo de enfermería				
14) Tensión o fallas en la comunicación con el personal médico				
15) Auxiliar de enfermería no comunicó que el cuidado no se proporcionó				
16) La enfermera responsable del paciente no está disponible				
17) Demasiados cuidados a pacientes que ingresan y egresan				

¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!

Anexo 3. Recursos humanos, materiales y financieros

RECURSOS HUMANOS			
Tesista		Lic. Enf. Raúl Hernández Cruz	
Directora de tesis		Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis	
Codirectora de tesis		M.A.A.E. Sofía Cheverría Rivera	
RECURSOS MATERIALES			
Material	Unidades requeridas	Costo unitario*	Total
Hojas blancas	1500	\$ 74. ⁹⁰ paquete con 500	\$ 224. ⁷⁰
Lápices	24	\$ 41. ⁹⁰ paquete con 12	\$ 83. ⁸⁰
Gomas	12	\$ 6. ⁹⁰	\$ 82. ⁸⁰
Sacapuntas	4	\$ 19. ⁹⁰	\$ 79. ⁶⁰
Sobres amarillos	100	\$ 139. ⁹⁰ paquete con 100	\$ 139. ⁹⁰
Engrapadora	1	\$ 119. ⁰⁰	\$ 119. ⁰⁰
Foliador	1	\$ 206. ⁹⁰	\$ 206. ⁹⁰
Grapas	2	\$ 24. ⁹⁰	\$ 49. ⁸⁰
Desengrapadora	1	\$ 24. ⁹⁰	\$ 24. ⁹⁰
Discos	10	\$ 129. ⁰⁰ paquete con 10	\$ 129. ⁰⁰
Subtotal			\$ 1, 140.⁴⁰
Equipo			
Laptop		Se cuenta con ella	
Memorias USB	2	\$ 269. ⁰⁰	\$ 538. ⁰⁰
Impresora	1	\$ 2, 699. ⁰⁰	\$ 2, 699. ⁰⁰
Cartuchos de tinta	8	\$ 900. ⁰⁰ paquete de 4 colores	\$ 1, 800. ⁰⁰
Apuntador láser con control de diapositivas inalámbrico	1	\$ 630. ⁰⁰	\$ 630. ⁰⁰
Subtotal			\$ 5, 667.⁰⁰
Servicios			
Transporte público terrestre	-	-	-
Fotocopiado	1500	\$0. ⁵⁰	\$750. ⁰⁰
Engargolados**	6	\$ 30. ⁰⁰	\$ 180. ⁰⁰
Empastado de tesis	1	\$ 180. ⁰⁰	\$ 180. ⁰⁰
Impresión de Cartel	1	\$ 250. ⁰⁰	\$ 250. ⁰⁰
Subtotal			\$ 1, 360.⁰⁰
ESTANCIA PARA ANÁLISIS ESTADÍSTICO***			
Transporte (pasaje)	2 (boletos)	\$ 705. ⁰⁰	\$ 1, 410. ⁰⁰
Hospedaje	30 días	\$ 4000. ⁰⁰ por mes	\$ 4, 000. ⁰⁰
Alimentación	30 días	\$ 310. ⁰⁰ por día	\$ 9, 300. ⁰⁰
Subtotal			\$ 14, 710.⁰⁰
COSTO TOTAL			\$ 22, 877.⁴⁰

*Costos consultados en OfficeMax®

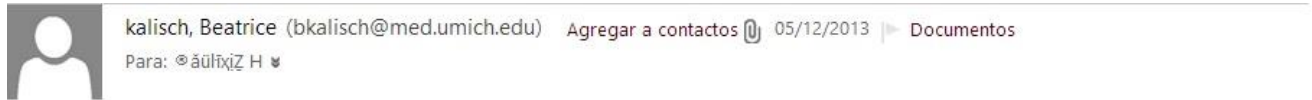
**Los engargolados corresponden a las entregas de comités de ética y sinodales.

***La estancia está contemplada para realizarse en la Cd. de Monterrey, Nuevo León.

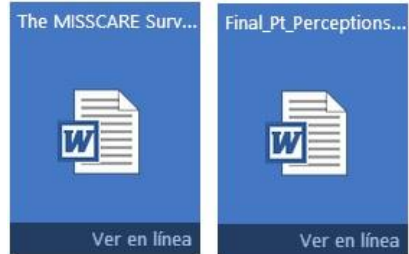
Anexo 4. Cronograma de actividades

Año		2014												2015								
No.	Actividad/ Mes	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	
1	Elaboración del protocolo de investigación	■	■	■	■	■	■	■														
2	Entrega al Comité Académico de la Maestría en Administración de la Atención de Enfermería								■	■												
3	Entrega al Comité de Ética de la Facultad de Enfermería para su aprobación										■											
4	Entrega al Comité de Ética en Investigación de Investigación y Desarrollo Médico S.A. de C.V. del hospital privado para presentación y aprobación del protocolo										■	■										
5	Elaboración de base de datos												■									
6	Realización de prueba piloto													■								
7	Elaboración de informe de prueba piloto													■								
8	Recolección definitiva de datos														■	■						
9	Captura, organización y procesamiento de la información																■					
10	Análisis e interpretación de la información																	■	■			
11	Redacción del informe final de investigación																		■			
12	Presentación de defensa de los resultados en seminario de investigación																			■	■	
13	Elaboración de artículo para publicación																					■

Anexo 5. Autorización de la autora



📎 1 dato adjunto (129.8 kB) Outlook.com Vista activa ^



Descargar como zip

Hello
I am happy you are going to study missed nursing care. I am attaching the survey and you have permission to use it if you send me the data once you have collected it. This will allow me to continue to do norms testing. Let me know if you have questions. I believe it has been translated into Spanish but I am not sure.
Bea

Beatrice J. Kalisch, RN, PhD, FAAN
Distinguished Nurse Scholar in Residence
Institute of Medicine
550 5th Street
Washington DC 20002
bkalisch@nas.edu

Titus Professor of Nursing
University of Michigan
School of Nursing
400 N. Ingalls
Ann Arbor, MI 48109
734 255 5998
bkalisch@umich.edu
<https://sites.google.com/a/umich.edu/beatrice-kalisch/homehttp://>

Anexo 6. Carta de aprobación del Comité Académico del Programa de Maestría en Administración de la Atención de Enfermería



CARTA DE APROBACIÓN Y/O REGISTRO DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

NOMBRE DEL ALUMNO (A)

Hernández	Cruz	Raúl
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE ADSCRIPCIÓN

2013-2015	10-SEP-2014
PERIODO ESCOLAR	FECHA DE APROBACIÓN

NOMBRE DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN:

Cuidado perdido de enfermería y su influencia en la satisfacción de pacientes de un hospital privado de San Luis Potosí.

DICTÁMEN DEL COMITÉ ACADÉMICO

APROBADO



**FACULTAD
DE ENFERMERÍA**

Av. Niño Artillero 130
Zona Universitaria - CP 78240
San Luis Potosí, S.L.P., México
tels. y fax (444) 826 2324 al 27 y
834 2545 al 47
direccion@enfermeria.uaslp.mx
www.uaslp.mx

DRA. SANDRA OLIMPIA GUTIÉRREZ ENRÍQUEZ

M.I.S. BEATRIZ ADRIANA URBINA AGUILAR

MAE. MA. ELSA RODRÍGUEZ PADILLA

DRA. ARACELY DÍAZ OVIEDO

MAE. SOFÍA CHEVERRÍA RIVERA

Anexo 7. Carta de aprobación del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería



EVALUACION DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN POR EL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACION DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA DE LA UASLP.

Título del proyecto: Cuidado perdido de enfermería y su influencia en la satisfacción de pacientes de un hospital privado de San Luis Potosí
Responsable: Raúl Hernández Cruz
Fecha de dictamen: 12 de Noviembre de 2014

Criterios	Presente	Ausente	No Aplica	Observaciones
1. Se incluye el título del proyecto	X			
2. Se mencionan autores, coautores y colaboradores.	X			
3. Anexa la autorización de la instancia correspondiente.	X			
4. El protocolo de investigación incluye los elementos mínimos señalados en el anexo 2	X			
5. Presenta el apartado de consideraciones éticas y legales.	X			
6. Muestra coherencia de los elementos éticos presentados con especificidad y fundamentación al tipo de estudio.	X			
7. Menciona la normatividad nacional e internacional sobre los elementos éticos a desarrollar en el proyecto, desde su estructuración hasta la publicación de resultados.	X			
8. Señala la coherencia de los elementos metodológicos a desarrollar con los aspectos de consideración ética.	X			
9. Presenta carta de consentimiento informado de acuerdo a la especificidad metodológica y riesgo del estudio.	X			
10. Se explicita el apoyo financiero con relación al compromiso de la publicación de los resultados.	X			
11. Presenta la declaración y especificación de la ausencia de conflictos de interés de los miembros del equipo para el desarrollo del proyecto.	X			
12. Aclara los mecanismos de transferencia de los productos de la investigación.(patente)			X	
13. Especifica los procedimientos para garantizar el derecho de autor en la investigación. (Carta de no conflicto de intereses)	X			



Av. Niño Artillero 130
Zona Universitaria • CP 78240
San Luis Potosí, S.L.P., México
tels. y fax (444) 826 2324 al 27 y
834 2545 al 47



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE SAN LUIS POTOSÍ**

Dictamen: Se le otorga registro CEIFE-2014-101. Se le solicita que en un plazo de 6 meses informe a éste comité al correo ceife.uaslp@gmail.com sobre los avances que tiene su proyecto.

Atentamente

**Comité de Ética en Investigación
Facultad de Enfermería
UASLP**



**AÑOS DE
AUTONOMÍA
UASLP**
Primera Universidad
Autónoma en México



**FACULTAD
DE ENFERMERÍA**

Av. Niño Artillero 130
Zona Universitaria • CP 78240
San Luis Potosí, S.L.P., México
tels. y fax (444) 826 2324 al 27 y
834 2545 al 47

Página 2 de 2

Anexo 8. Carta de aprobación del Comité de Ética en Investigación de Investigación y Desarrollo Médico S.A. de C.V.



San Luis Potosí, S.L.P. 10 de enero de 2015.

LIC. ENF. RAUL HERNÁNDEZ CRUZ

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Presente:

Sirva la presente para informarle que el Comité de Ética en Investigación de, Investigación y Desarrollo Médico, S.A. de C.V. (Hospital Lomas de San Luis Internacional) ha revisado el Protocolo de Investigación Titulado:

“Cuidado perdido de enfermería y su influencia en la satisfacción de pacientes de un Hospital Privado de San Luis Potosí”

En el cual no se encontró ningún elemento que impida su autorización desde el punto de vista ético. El único punto a considerar es que por políticas propias del Hospital, no se podrá tener intervención con ninguno de los pacientes de la institución, por lo que solo se podrán realizar los instrumentos propuestos con el personal de enfermería.

Atentamente,

Dr. Ismael Padilla Ayala

Secretario

Comité de Ética en Investigación

Investigación y Desarrollo Médico, S.A. de C.V.



Anexo 9. Carta de consentimiento informado



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA
POSGRADO DE ENFERMERÍA E INVESTIGACIÓN EN SALUD
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Lugar y Fecha: ____/____/____

Por medio de la presente acepto participar de manera voluntaria en el estudio titulado: “**Factores que influyen en el cuidado perdido de enfermería en pacientes de un hospital privado de S.L.P.**”.

Registrado ante el Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería con el número: **CEIFE-2014-101**

El objetivo del estudio es: Analizar los factores que influyen en la presencia del cuidado perdido de enfermería en pacientes hospitalizados en una institución privada de San Luis Potosí.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: contestar un cuestionario y será sin identificarme al contestarlo, no recibiré ninguna retribución económica al participar en el estudio, ni al término del mismo. Es una investigación sin riesgo. La importancia de mi participación es para identificar el Cuidado Perdido de Enfermería, así como, los factores que influyen en la presencia de éste, lo que permitirá diseñar intervenciones efectivas para la práctica clínica que consideren estrategias orientadas a disminuir la pérdida u omisión del cuidado, así como los efectos que producen las omisiones de cuidado enfermero. La finalidad última es contribuir a mejorar la calidad y seguridad de la atención que se proporciona a los usuarios del sistema de salud.

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier pregunta y aclarar cualquier duda relacionada con el llenado del cuestionario. Entiendo que conservo el derecho a retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte mi actividad laboral en el Hospital Lomas de San Luis Internacional.

Me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. Se realizará en el Hospital Lomas de San Luis Internacional en el periodo de enero a marzo de 2015.

Firma del sujeto de estudio

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse con:
El investigador responsable: Lic. Enf. Raúl Hernández Cruz. Al teléfono (044) 44-44-13-17-52
Co-directora de tesis M.A.A.E Sofía Cheverría Rivera. Al teléfono (444) 8-26-24-27 Ext. 102

Testigos

Nombre y firma

Nombre y firma

Nombre y firma del investigador

Anexo 10. Carta de no conflicto de interés



Universidad Autónoma de San Luis Potosí
Facultad de Enfermería
Maestría en Administración de la Atención de Enfermería



San Luis Potosí, S.L.P. 22 de Septiembre del 2014.

Comité de Ética de la Facultad de Enfermería
Presente.-

Por medio de la presente, manifestamos que en la investigación titulada: "Cuidado perdido de enfermería y su influencia en la satisfacción de pacientes de un hospital privado de San Luis Potosí", NO EXISTE CONFLICTO ALGUNO DE INTERÉS ECONÓMICO O PROFESIONAL, para elaborar la investigación, desde la generación del presente proyecto, hasta la publicación de resultados.

Serán respetados en todo momento el derecho de autor y la propiedad intelectual de los resultados de la investigación que le son conferidos al responsable de la investigación, como primer autor el Licenciado en Enfermería Raúl Hernández Cruz; como co-autoras la Doctora María Guadalupe Moreno Monsiváis y Maestra en Administración de la Atención de Enfermería Sofía Cheverría Rivera, los cuales se comprometen a cumplir y actuar en conformidad con los estrictos principios de ética profesional que establece el Código de Ética; asimismo, tendrán obligaciones éticas de difundir los resultados mediante una publicación.

Se expone que para la publicación del primer artículo y carteles se presenta como primer autor, el autor principal, compartiendo autoría como segundo autor, los co-autores y en las publicaciones subsecuentes se podrá utilizar la información generada en dicha investigación y la autoría será de acuerdo a la contribución que realicen cada uno de los involucrados para ir como primer autor con previa autorización del autor principal.

Atentamente

Lic. Enf. Raúl Hernández Cruz

Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis

M.A.A.E. Sofía Cheverría Rivera