

## Factores que influyen en el cuidado de enfermería perdido en pacientes de un hospital privado

Raúl Hernández-Cruz<sup>1</sup>  
María Guadalupe Moreno-Monsiváis<sup>2</sup>  
Sofía Cheverría-Rivera<sup>3</sup>  
Aracely Díaz-Oviedo<sup>4</sup>

Objetivo: determinar los factores que influyen en el cuidado de enfermería perdido en pacientes hospitalizados. Método: estudio descriptivo correlacional, se realizó en un hospital privado de México. Para identificar el cuidado perdido y factores relacionados se utilizó el instrumento MISSCARE que mide el cuidado perdido y los factores asociados. El cuidado perdido y los factores se agruparon en índices globales y por dimensiones. Para el análisis se utilizó estadística descriptiva, correlación de Spearman y regresión lineal simple. El estudio fue aprobado por el comité de ética. Resultados: participaron 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 cuidado perdido correspondió a la dimensión de intervenciones de cuidado básico ( $M=13,02$ ,  $DE=17,60$ ). El principal factor que contribuyó en el cuidado perdido, fue el de recursos humanos ( $M=56,13$ ,  $DE=21,38$ ). 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: el cuidado perdido de enfermería se atribuye principalmente al factor de recurso humano; los hallazgos de este estudio permitirán fortalecer la continuidad en el cuidado de enfermería.

Descriptores: Atención de Enfermería; Atención al Paciente; Recursos Humanos; Comunicación; Hospitales Privados.

<sup>1</sup> MSc, Profesor, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, San Luis Potosí, México.

<sup>2</sup> PhD, Investigador, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, Nuevo León, México.

<sup>3</sup> MSc, Investigador, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, San Luis Potosí, México.

<sup>4</sup> PhD, Investigador, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, San Luis Potosí, México.

### Cómo citar este artículo

Hernández-Cruz R, Moreno-Monsiváis MG, Cheverría-Rivera S, Díaz-Oviedo A. Factors influencing the missed nursing care in patients from a private hospital. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2877. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1227.2877>. mes día año

## Introducción

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, como respuesta a los eventos adversos en salud que generan efectos desfavorables que afectan la calidad y seguridad en la atención. La seguridad de la atención en salud es un proceso que se centra en el conocimiento de los riesgos de eventos adversos, la eliminación de los riesgos innecesarios y la prevención de aquellos eventos que son evitables a partir de intervenciones basadas en evidencia científica con demostrada efectividad. 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 de enfermería perdido, éste da lugar a un gran número de los eventos adversos, que se presentan en el ámbito hospitalario<sup>(1)</sup>.

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, en el ámbito de la seguridad del paciente, 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, así como un agente clave para que se reduzcan los resultados adversos<sup>(2)</sup>.

La identificación del cuidado perdido permite proporcionar información de utilidad para la gestión de los servicios de enfermería con calidad y seguridad en la atención. Para el presente estudio, se utilizó como sustento teórico la teoría de rango medio denominada Modelo de Cuidado de Enfermería Perdido<sup>(3)</sup>, que retoma tres conceptos procedentes del Modelo de Calidad de Donabedian de 1966, estructura, proceso y resultado. El Modelo de Cuidado de Enfermería Perdido enuncia que la estructura se refiere a las características del hospital, de la unidad de atención del paciente y del personal de enfermería, también se incluyen los factores relacionados con los recursos humanos disponibles para brindar la atención, la comunicación del equipo interdisciplinario y finalmente el recurso material disponible necesario para desarrollar las actividades de atención al paciente<sup>(3-4)</sup>. El proceso se refiere al cuidado otorgado por el personal de enfermería; cuando éste no se realiza acorde a las necesidades de los pacientes, se denomina cuidado de

enfermería perdido, el cual se refiere a cualquier aspecto de la atención que requiera el paciente que se omita o retrase significativamente y esto se relaciona con los factores de recursos humanos, comunicación y recurso material. El resultado se refiere a los efectos directos de la atención en los pacientes, ante la presencia de cuidado perdido se pueden generar resultados negativos, como insatisfacción, caídas, úlceras por presión, infecciones, entre otros, todos ellos con repercusiones en la calidad y seguridad de la atención<sup>(3)</sup>.

Los autores del Modelo mencionan que los cuidados de enfermería se incorporan en cuatro dimensiones: necesidades individuales, planificación del alta y educación, cuidado básico y cuidado con evaluaciones continuas<sup>(5)</sup>. En las intervenciones de necesidades individuales, el personal de enfermería utiliza sus conocimientos y habilidades para tratar las respuestas humanas de las personas antes que los problemas de salud y aprovecha la disposición de la persona para promover el autocuidado y brindar soporte emocional<sup>(6-7)</sup>. La planificación del alta y educación ayuda al paciente y familia a mejorar su participación y a tomar decisiones informadas sobre la atención; la 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<sup>(5)</sup>. Las intervenciones de cuidado básico son acciones orientadas a satisfacer las necesidades básicas y la carencia de la autonomía de los pacientes, pues el usuario no puede hacerlas por sí mismo; estos cuidados son considerados rutina de enfermería en la mayoría de los hospitales<sup>(8)</sup>. Las intervenciones de cuidado con evaluaciones continuas son aquellas que se involucran en el proceso continuo de la vigilancia y la evaluación continua de los cuidados que se otorgan, para identificar cualquier cambio en el estado de salud del paciente y tomar decisiones en relación al proceso de atención<sup>(9-10)</sup>.

El personal de enfermería es el responsable de la calidad de los cuidados que brinda, por lo que identificar las omisiones en la atención, así como los factores relacionados con dichas omisiones permite tomar las medidas pertinentes que involucran la reestructuración de los servicios de enfermería para contribuir a resolver el problema del cuidado perdido<sup>(5)</sup>, elevando así la calidad y seguridad en la atención al paciente.

Por lo anterior, se planteó el objetivo de determinar los factores que influyen en el cuidado de enfermería perdido en pacientes hospitalizados.

## Método

El estudio fue descriptivo correlacional. Se realizó en un hospital privado del Estado de San Luis Potosí, México, en el periodo de enero a marzo de 2015. Se

incluyó en el estudio al total del personal de enfermería asignado a los servicios de Urgencias, Terapia Intensiva y Hospitalización, participaron 71 enfermeras.

Para la recolección de información se utilizó el Instrumento MISSCARE<sup>(11)</sup> un instrumento que mide el cuidado perdido y los factores asociados conformado por 41 reactivos y dividido en tres apartados. El primer apartado contiene información relacionada con datos sociodemográficos de donde se obtuvo información que se relaciona con datos laborales de las participantes. El segundo apartado, llamado por los autores parte A, consta de 24 reactivos relacionados con los cuidados que se omiten, los cuales se agrupan en cuatro dimensiones: intervenciones de necesidades individuales, planificación del alta y educación al paciente, intervenciones de cuidado básico e intervenciones de cuidado con evaluaciones continuas. El rango de respuestas se compone por una escala de tipo Likert con opciones de respuesta de 0 no aplica, 1 nunca, 2 raramente, 3 de vez en cuando, 4 frecuentemente y 5 siempre se pierde. La opción "no aplica" se incluyó para todas aquellas preguntas de cuidados de enfermería que no se realizan en turnos de noche, tales como la alimentación del paciente, deambulación, entre otros. De acuerdo a los autores las opciones de respuesta se transforman a una escala dicotómica, las opciones 1, 2 y 3 se consideran cuidado realizado, mientras que las opciones 4 y 5 se consideran cuidado perdido. Este apartado reportó una fiabilidad de 0,91. El tercer apartado, llamado por los autores parte B, trata sobre los factores asociados al cuidado perdido, consta de 17 reactivos, los cuales se agrupan en recursos humanos, comunicación y recurso material. Contiene una escala tipo Likert, con respuestas de 1 no es una razón, 2 razón de menor motivo, 3 razón moderada y 4 razón significativa; este apartado mostró una fiabilidad de 0,90. Para la utilización del instrumento se contó con la autorización de los autores<sup>(11)</sup>. La versión original del instrumento es en idioma inglés, por lo que fue necesario realizar un proceso de traducción del instrumento del inglés al español por dos organismos certificados para la validación semántica del mismo y con ello la unificación de una versión en español, lo anterior con apoyo de traductores calificados. Posterior a ello, el instrumento fue sometido a una prueba piloto para verificar la claridad semántica de los reactivos<sup>(12)</sup>.

Para la recolección de datos se acudió a los servicios en cada uno de los diferentes turnos, a las enfermeras se les invitó a participar en el estudio, para ello, se les explicó el objetivo y a las que aceptaron participar se les entregó en un sobre amarillo la encuesta MISSCARE, se verificó que no se interfiriera con sus actividades laborales, y finalmente se les dieron las instrucciones para su llenado.

Cabe destacar que el estudio se apegó a las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana en materia de Investigación<sup>(13)</sup>. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México con registro CEIFE-2014-101. A todas las participantes se les solicitó firmar el Consentimiento Informado y se cuidó durante toda la recolección de datos el respeto a su dignidad, privacidad, bienestar y derechos.

Para el procesamiento de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, versión 20) con el que se diseñó un índice global para el cuidado perdido, así como para cada una de las dimensiones, con valores de 0 a 100, donde a mayor puntaje mayor cuidado perdido. Asimismo, se diseñaron índices para los factores relacionados con el cuidado perdido, donde a mayor puntaje mayor nivel de importancia para las enfermeras.

Se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar la normalidad de los datos, las variables continuas no reportaron normalidad, por lo que se utilizaron pruebas no paramétricas, como la de Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney para identificar diferencias en el cuidado perdido de acuerdo al servicio asignado, categoría de las enfermeras, nivel de formación, antigüedad en el servicio, experiencia laboral y turno.

Para determinar la influencia de los factores de los recursos humanos, comunicación y recurso material en el cuidado de enfermería perdido, primeramente se aplicó el análisis de correlación de Spearman entre los índices de cada uno de los factores con los índices de las dimensiones de intervenciones y global de cuidado. Posteriormente se aplicó el análisis de regresión lineal simple para determinar el efecto de los factores en el cuidado perdido.

## Resultados

En las enfermeras participantes en el estudio, se observó que predominó el sexo femenino con un 77,5%, con edad promedio de 28,4 años (DE=5,61), el grupo de edad que más predominó fue el de 26 a 30 años (45,1%), seguido de 21 a 25 años (35,2%). El 93% del personal tiene una categoría de Enfermera (o) General, el restante una categoría de auxiliar en enfermería.

El 71,8% cuenta con Licenciatura en Enfermería; una antigüedad en la institución de 3 a 4 años (35,2%) y 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 respecto al turno de trabajo predominó el nocturno (42,2%) seguido del matutino (33,8%). El promedio de pacientes asignados por enfermera se ubicó en 6 (DE=4), los ingresos y egresos correspondieron a 3 pacientes por turno.

## Elementos del cuidado de enfermería perdido

En la Tabla 1 se muestra el índice global y por dimensiones de cuidado de enfermería perdido; la mayor omisión en el cuidado corresponde a las intervenciones de cuidado básico y la dimensión con menor omisión de cuidado fue la de intervenciones con evaluaciones continuas. En el puntaje global de cuidado perdido se observa una media de 7,45 (DE=10,74).

En relación a la dimensión de intervenciones de cuidado básico el elemento del cuidado que más se pierde u omite corresponde al de cuidado de la boca (28,2%), seguido de la asistencia en la deambulación tres veces al día o según la indicación y la alimentación del paciente cuando la comida aún está caliente (ambos con 19,7%); el cuidado con menor omisión fue el de cuidado de la piel y heridas (1,4%).

En la dimensión de planificación del alta y educación del paciente el cuidado que más se pierde fue el de la enseñanza al paciente durante su hospitalización (7%), el cuidado con menor omisión fue el de planificación del alta del paciente y de la enseñanza (4,2%).

Respecto a la dimensión de intervenciones de necesidades individuales el elemento del cuidado que más se pierde 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%). Cabe destacar que no se identificó cuidado perdido en la evaluación de la eficacia de los medicamentos (0%).

En cuanto a la dimensión de intervenciones de cuidado con evaluaciones continuas los cuidados que más se pierden fueron la documentación del paciente completa con los datos necesarios y realizar evaluaciones de los pacientes por turno (cada una con 5,6%); sin embargo, el cuidado con menor omisión correspondió al balance de líquidos-control de ingresos y egresos (1,4%).

En cuanto a las diferencias en el cuidado perdido de acuerdo a las características laborales de las enfermeras, únicamente se encontró diferencia respecto al servicio asignado ( $X^2=5,82$ ,  $p=0,05$ ); predominando el cuidado perdido en el servicio de hospitalización respecto al de urgencias ( $U=166,5$ ,  $p=0,045$ ).

Tabla 1 - Índices por dimensión y global del cuidado de enfermería perdido de un Hospital Privado del Estado de San Luis Potosí, México, 2015

Índices	Media	Mediana	Desviación estándar	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 de enfermería perdido	7,45	4,16	10,74	4,90	9,99

Fuente: Encuesta MISSCARE para personal de Enfermería

## Factores que influyen en el cuidado perdido

En la Tabla 2 se observan los índices de los factores de recursos humanos, comunicación y recurso material que influyen el cuidado perdido. Las enfermeras señalaron que el principal factor que influye en el cuidado perdido corresponde al de recursos humanos de enfermería con una media de 56,13 (DE=21,38), seguido de la comunicación y finalmente el recurso material.

En relación al factor de recursos humanos, las enfermeras mencionaron que los elementos donde perciben una razón significativa para el cuidado de enfermería perdido en más del 40% corresponden al

número insuficiente de personal, seguido del aumento inesperado en el volumen de pacientes y/o carga del trabajo del servicio (39,4%).

Respecto a los elementos de la comunicación, las enfermeras perciben como una razón significativa que la enfermera responsable del paciente no está disponible cuando el paciente la solicite (22,5%), seguido de tensión o fallas en la comunicación con el personal médico (21,1%).

En cuanto a los elementos que corresponden al factor de recurso material; las enfermeras señalaron como una razón significativa el que los medicamentos no están disponibles cuando se necesitan (21,1%), seguido de los suministros y equipos (16,9%).

Tabla 2 - Índices por dimensión de los factores que influyen en el cuidado de enfermería perdido de un Hospital Privado del Estado de San Luis Potosí, México, 2015

Índices	Media	Mediana	Desviación estándar	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

### Factores que influyen en las dimensiones del cuidado de enfermería perdido

Para comprobar la influencia de los factores en el cuidado de enfermería perdido, primeramente se aplicó el Coeficiente de Correlación de Spearman. Se encontró relación positiva significativa entre los recursos humanos con las intervenciones de necesidades individuales, cuidado básico, evaluaciones continuas y el índice global. Los factores de comunicación 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 dimensiones de cuidado (Tabla 3).

Posterior a determinar la relación entre las variables, se aplicó el análisis de regresión lineal simple para determinar la influencia de los factores humanos y de comunicación en el cuidado perdido. Se observa que los recursos humanos explican el 13% del cuidado global perdido y la comunicación explica el 14% (Tabla 4).

Tabla 3 - Coeficientes de correlación de Spearman de dimensiones de cuidado y factores que contribuyen a omisiones de las enfermeras de un Hospital Privado del Estado de San Luis Potosí, México, 2015

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 de enfermería perdido	0,408†	0,418†	0,193

\*p&lt;0,01; †p&lt;0,001

Fuente: Encuesta MISSCARE para personal de enfermería

Tabla 4 - Factores que perciben las enfermeras que afectan el cuidado que se proporciona en pacientes hospitalizados en una Institución Privada del Estado de San Luis Potosí, México, 2015

Determinantes	beta	beta estandarizada	t	p	R <sup>2</sup>
Recursos humanos	0,18	0,37	3,35	0,001	0,13*
Comunicación	0,17	0,38	3,5	0,001	0,14*

\*p&lt;0,001

Fuente: Encuesta MISSCARE para personal de enfermería

### 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, de las enfermeras, señaló que, por lo menos se pierde un cuidado durante la estancia hospitalaria de los pacientes.

La dimensión de cuidado donde las enfermeras perciben 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 un estudio de 2009<sup>(5)</sup>; sin embargo, difiere en su proporción, la cual fue menor en el presente estudio, mientras que en el estudio señalado previamente, se encontró 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 autonomía<sup>(14)</sup>. La omisión en este tipo de intervenciones puede atribuirse a que las enfermeras no las priorizan, ya sea por su condición de baja complejidad o porque consideran que el paciente puede realizar estas acciones de cuidado por sí mismo o con apoyo de algún familiar<sup>(15)</sup>.

En relación a los elementos de la dimensión de intervenciones de cuidado básico, las enfermeras reportaron una mayor omisión en el cuidado de la boca y la asistencia en la deambulación tres veces al día o según la indicación, estos resultados son similares en proporción a los descritos en un estudio realizado en 2011<sup>(4)</sup> y otro en 2006<sup>(15)</sup>; sin embargo, difieren a lo reportado por otros estudios<sup>(5,16)</sup>, donde la proporción fue mucho mayor. La relevancia de conocer estas omisiones radica en que los cuidados perdidos tienen asociación significativa con los eventos adversos, las omisiones de cuidado durante la deambulación se han asociado con las caídas en pacientes hospitalizados<sup>(17)</sup>.

En la dimensión de planificación del alta y educación del paciente, las enfermeras señalaron 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 en algunos estudios<sup>(5,15,18)</sup>; sin embargo, difieren en proporción, dichos estudios han reportado una mayor omisión; esto puede atribuirse a las características de las instituciones donde se realizaron los estudios. De acuerdo a la literatura<sup>(3,15)</sup> estos aspectos son importantes, la falta de educación previa al alta hospitalaria 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 las enfermeras, con menor omisión; 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 salud<sup>(6-7)</sup>. El elemento de cuidado que las enfermeras identificaron con mayor pérdida fue el de apoyo emocional al paciente, dicho resultado es similar; sin embargo, en menor proporción a lo reportado en algunos estudios previos<sup>(17-18)</sup>. Algunos autores<sup>(4,15,19)</sup> señalan que la omisión puede atribuirse al tiempo requerido para su ejecución, el cual muchas veces es destinado por enfermería a otros cuidados que consideran prioritarios, tales como las intervenciones 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 en un estudio de 2011<sup>(4)</sup>. 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<sup>(15)</sup>.

Finalmente en la dimensión de intervenciones de cuidado con evaluaciones continuas, aunque el personal percibió escasa pérdida, existen elementos que se omiten, como son la documentación del paciente

completa con los datos necesarios y evaluaciones de los pacientes por turno, estos resultados son similares a los reportados en algunos estudios<sup>(5,15,17)</sup>; no obstante, en menor proporción a lo reportado en dichos estudios.

Algunos autores<sup>(4-5,18)</sup> señalan que el cuidado perdido puede variar de acuerdo a algunas características de las enfermeras, como el servicio atribuido, nivel de formación, categoría asignada, antigüedad en la institución y en el servicio, experiencia laboral y turno de trabajo; sin embargo, en este estudio, únicamente se encontró diferencia con el servicio asignado, esto pudiera atribuirse a las características organizacionales de las instituciones donde se han realizado los estudios, donde el perfil y rol que desempeña la enfermera 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 de actividades entre los servicios estudiados.

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 estudios previos<sup>(4-5,20)</sup>; sin embargo, ellos reportan una mayor proporción. Para el presente estudio, adicionalmente, se buscó asociación entre el cuidado perdido y dichos factores, encontrándose que no hay asociación entre el cuidado perdido y sus dimensiones, 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.

Las enfermeras atribuyen 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 en 2011<sup>(4)</sup> y 2009<sup>(5)</sup>. 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<sup>(21-23)</sup>. Un hallazgo relevante en el presente estudio fue que el factor de recursos humanos afecta principalmente a las intervenciones de necesidades individuales e intervenciones de cuidado básico.

En el factor de comunicación, las enfermeras perciben como una razón importante que la enfermera

responsable del paciente no está disponible cuando el paciente la solicita, seguido de tensión o fallas en la comunicación con el personal médico, este último hallazgo es similar a lo reportado en 2011<sup>(4)</sup>; sin embargo, los autores mencionan proporciones mayores. La literatura<sup>(20)</sup> menciona que la comunicación interdisciplinaria favorece la continuidad del cuidado, además evita errores en la atención a la salud. Por ello, las instituciones de salud deben fortalecer el trabajo interdisciplinario, en este sentido los administradores en enfermería pudieran 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 e intervenciones de necesidades individuales. Este hallazgo debe ser considerado por los administradores en enfermería para implementar estrategias que permitan fortalecer una comunicación efectiva entre todos los involucrados en la atención de los pacientes.

En relación a los elementos del factor de recurso material, las enfermeras mencionaron como una razón importante el que los medicamentos no están disponibles cuando se necesitan, este resultado concuerda con lo reportado en 2011<sup>(4)</sup> y 2009<sup>(5)</sup>; sin embargo, reportan una mayor proporción. Los estudios 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, es relevante destacar que los hallazgos de este estudio permitirán a los administradores en enfermería tomar decisiones orientadas a fortalecer la continuidad del cuidado; sin embargo, se recomienda considerar la opinión de los pacientes, aspecto no incluido en el presente estudio y que puede constituirse en una limitación. 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 y seguridad en la atención.

## Conclusión

El cuidado de enfermería perdido representa las omisiones en la atención a los pacientes durante su estancia hospitalaria. Los hallazgos del presente estudio revelan que las intervenciones de cuidado básico y planificación del alta y educación del paciente son las intervenciones en las que se presenta mayor omisión, ambas representan cuidados independientes y propios de enfermería que no se deberían de perder u omitir durante la estancia hospitalaria de los pacientes.

El cuidado perdido se asoció a factores relacionados con los recursos humanos y comunicación. Cabe señalar que no se encontró asociación entre el cuidado perdido con el recurso material. Los factores humanos son un aspecto clave que se vincula directamente con los resultados de la atención en el paciente, por lo que los administradores en enfermería deben gestionar y contar con una plantilla de personal de enfermería competente y suficiente para satisfacer las demandas de atención, así como fortalecer una comunicación efectiva entre los profesionales de enfermería y el resto del personal clínico involucrado en la atención para lograr fortalecer el cuidado de enfermería y contribuir a la calidad y seguridad de la atención hospitalaria.

## Referencias

1. Delgado BM, Márquez VH, Santacruz VJ. La Seguridad del Paciente: eje toral de la calidad de la atención. En: Contreras AH, editor. La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia. México: Secretaría de Salud; 2012. p.127-46.
2. Wakefield BJ. Facing up to the reality of missed care. *BMJ Qual Saf.* 2014;23:92-94. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002489>
3. Kalisch BJ, Landstrom G, Hinshaw AS. Missed nursing care: A concept analysis. *J Adv Nurs.* 2009;65(7):1509-17. doi: 1111/j.1365-2648.2009.05027.x.
4. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee H, Friese CR. Hospital variation in missed nursing care. *Am J Med Qual.* 2011;26(4):291-9. doi: 10.1177/1062860610395929.
5. Kalisch BJ, Landstrom G, Williams RA. Missed nursing care: Errors of omission. *J Nurs Outlook.* 2009;57(1):3-9. doi: 10.1016/j.outlook.2008.05.007.
6. Bulechek MG, Butcher KH, McCloskey DJ. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
7. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee KH. Do staffing levels predict missed nursing care? *J Qual Health Care.* 2011;23(3):302-8. doi: 10.5294/aqui.2015.15.3.2
8. Kelly L, Vincent D. The dimensions of nursing surveillance: a concept analysis. *J Adv Nurs.* 2011;67(3):652-61. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05525.x
9. Consejo de Salubridad General (CSG). Estándares para la certificación de hospitales. Comisión para la certificación de establecimientos de atención médica-México. 2012. [Acceso 19 feb 2015]. Disponible en: <http://www.inper.edu.mx/descargas/pdf/EstandaresCertificacionHospitales2012.pdf>
10. Kalisch BJ, Williams RA. Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. *J Nurs Admin.* 2009;39(5):211-9. doi: 10.1097/NNA.0b013e3181a23cf5.

11. Moreno-Monsiváis MG, Moreno-Rodríguez C, Interrial-Guzmán MG. Missed Nursing Care in Hospitalized Patients. *Aquichan*. 2015;15(3):318-28. doi: 10.5294/aqui.2015.15.3.2
12. 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*. [Acceso 19 feb 2015]. Disponible en [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013)
13. Bittner NP, Gravlin G. Critical thinking, delegation, and missed care in nursing practice. *J Nurs Admin*. 2009;39(3):142-6. doi: 10.1097/NNA.0b013e31819894b7
14. Kalisch BJ. Missed nursing care: a qualitative study. *J Nurs Care Qual*. 2006;21(4):306-13.
15. Kalisch BJ, Lee KH. Missed nursing care: Magnet versus non-Magnet hospitals. *J Nurs Outlook*. 2012;60(5):32-9. doi: 10.1016/j.outlook.2012.04.006
16. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee KH. Missed nursing care, staffing, and patient falls. *J Nurs Care Qual*. 2012;27(1):6-12. doi: 10.1097/NCQ.0b013e318225aa23
17. Ball JE, Murrells T, Rafferty AM, Morrow E, Griffiths P. "Care left undone" during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Qual Saf*. 2013. doi:10.1136/bmjqs-2012-001767
18. Carter D. Nursing care left undone in European hospitals. *Am J Nurs*. 2014;114(2):17. doi: 10.1097/01.NAJ.0000443762.89516.81
19. Kalisch BJ, Lee KH. The impact of teamwork on missed nursing care. *J Nurs Outlook*. 2010;58(5):233-41. doi: 10.1016/j.outlook.2010.06.004
20. Alba-Leonel A, Papaqui-Hernández J, Zarza-Arizmendi MD, Fajardo-Ortiz G. Errores de enfermería en la atención hospitalaria. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2011;19(3):149-54.
21. Ceballos-Vásquez P, Rolo-González G, Hernández-Fernaud E, Díaz-Cabrera D, Paravic-Klijin T, Burgos-Moreno M. Psychosocial factors and mental work load: a reality perceived by nurses in intensive care units. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015;23(2):315-22. doi: 10.1590/0104-1169.0044.2557
22. Monteiro C, Machado AF, Gonçalves PM. Interruptions of nurses' activities and patient safety: an integrative literature review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015;23(1):169-79. <http://doi.org/10.1590/0104-1169.0251.2539>

Recibido: 10.9.2015

Aceptado: 13.2.2017

---

Correspondencia:  
 María Guadalupe Moreno Monsiváis  
 Facultad de Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León  
 Ave. Gonzalitos No. 1500 Nte.  
 C.P. 64460, Monterrey, Nuevo León, México.  
 E-mail: maria.morenom@uanl.mx

**Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.