

Omisión del cuidado de enfermería en unidades de internación*

Juliana Carvalho de Lima¹

 <https://orcid.org/0000-0002-2195-7640>

Ana Elisa Bauer de Camargo Silva¹

 <https://orcid.org/0000-0003-3454-6602>

Maria Helena Larcher Caliri²

 <https://orcid.org/0000-0001-7662-5072>

Objetivo: describir la prevalencia y las razones de la omisión de cuidados de enfermería, según la percepción del personal de enfermería de un hospital de enseñanza. **Método:** estudio transversal realizado con 267 profesionales de diez unidades de internación. Los datos se recopilaron por medio del instrumento MISSCARE-Brasil. Se emplearon estadística descriptiva y prueba chi cuadrado de Pearson o exacto de Fisher para comparar diferencias en la prevalencia de omisión entre las categorías profesionales. **Resultados:** entre los elementos del cuidado de enfermería, las mayores prevalencias de omisión fueron: *sentar al paciente fuera de la cama* (70,3 %); *deambulación tres veces al día* (69,1 %) y *participación en la discusión del equipo interdisciplinar sobre la asistencia al paciente* (67,2 %). Las razones más frecuentes fueron: el número inadecuado de personal (85,4 %); el número inadecuado de personal para la asistencia o tareas administrativas (81,6 %) y el aumento inesperado del volumen o gravedad de los pacientes (79,8 %). Los enfermeros relataron una mayor omisión que los técnicos/auxiliares de enfermería en cuatro elementos del cuidado ($p < 0,05$). **Conclusión:** el estudio pone de manifiesto la alta prevalencia de omisión de elementos del cuidado de enfermería desde la perspectiva de los profesionales. Factores relacionados con los recursos humanos y materiales han sido los más relatados como causas para esta omisión.

Descriptorios: Enfermería; Atención de Enfermería; Seguridad del Paciente; Calidad de la Atención de Salud; Gestión de Riesgos; Unidades de Internación.

* Artículo parte de la disertación de maestría "Omissão do cuidado de enfermagem em um hospital de ensino", presentada en la Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem, Goiânia, GO, Brasil. Apoyo Financiero de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

¹ Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem, Goiânia, GO, Brasil.

² Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Cómo citar este artículo

Lima JC, Silva AEBC, Caliri MHL. Omission of nursing care in hospitalization units. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020;28:e3233. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3138.3233>. URL

Introducción

La garantía de la calidad del cuidado y de la seguridad del paciente en instituciones de salud ha sido un desafío ante las evidencias de errores en la asistencia. Los errores asistenciales pueden manifestarse de dos maneras: error de comisión, cuando la acción planeada se ejecuta de forma inadecuada; y el error de omisión, cuando no se logra ejecutar la acción adecuada⁽¹⁾.

La omisión del cuidado de enfermería se refiere a la falta o al retraso en la prestación de cualquier aspecto del cuidado demandado por el paciente (en parte o por completo)⁽²⁾. Este se ha presentado como un problema común, universal y que ocurre a menudo, debido a factores sistémicos⁽³⁾.

Específicamente en el cuidado de enfermería, el fenómeno de la omisión puede explicarse por el modelo «*Missed nursing care*», que presupone que la estructura de las organizaciones, como las características del hospital, de la unidad y del personal interfieren en el proceso de trabajo de la enfermería, lo que resulta en cuidados omitidos y en consecuencias negativas para los profesionales de enfermería, como insatisfacción, absentismo, y para los pacientes, como infección, caída, lesión por presión, entre otras⁽⁴⁻⁵⁾.

Teniendo en cuenta estudios realizados en países de Europa, como Inglaterra, y en México y Estados Unidos de América (EUA), los cuidados más omitidos por los profesionales de enfermería son la deambulación; la higiene bucal; la conversación y el aliento a los pacientes; la participación en discusiones interdisciplinarias; la planificación de cuidados; y la educación de los pacientes y familiares^(3,6-10).

En Brasil, estudios pusieron de manifiesto que cuidados dirigidos a la atención de las necesidades emocionales, espirituales, sociales, eliminaciones fisiológicas y seguridad física del paciente adulto se omitieron o se realizaron muy pocas veces durante la internación hospitalaria⁽¹¹⁾. Datos similares se verificaron en ambientes pediátricos, en lo que respecta a la facilitación de orientaciones a los acompañantes de niños hospitalizados y al acompañamiento al baño del niño⁽¹²⁾.

La omisión de los cuidados aporta consecuencias indeseables a los pacientes, profesionales y a las instituciones de salud. Resultados negativos para los pacientes han sido asociados a la omisión de los cuidados de enfermería, tales como: lesión por presión, errores de medicación, caídas, infecciones^(4,13), readmisiones⁽⁹⁾; e incluso la muerte⁽¹⁴⁾.

A su vez, para los profesionales de enfermería, la consciencia de no haber conseguido ofrecer a sus pacientes todos los cuidados necesarios puede generar

insatisfacción, aumento de la intención de dejar el empleo y síndrome de Burnout⁽⁵⁾. Por su parte, el costo de las instituciones de salud se incrementa debido al aumento del tiempo de permanencia de los pacientes, a las readmisiones y a la necesidad de reparación/tratamiento de los daños generados a los pacientes⁽⁵⁾.

Las evidencias de omisión de cuidados de enfermería aluden a la necesidad de entender sus razones. Los aspectos relacionados con recursos humanos, materiales y comunicación han sido los factores de mayor prevalencia que conducen a los profesionales a no lograr ofrecer todos los cuidados requeridos por los pacientes⁽¹⁵⁾.

Se considera que la identificación, mitigación y discusión transparente acerca de las omisiones del cuidado de enfermería pueden ayudar en la gestión del riesgo institucional y en la construcción de la cultura de seguridad, y es una «alerta precoz» de mayor riesgo de resultados negativos para los pacientes⁽¹⁴⁾.

Estudios relacionados con la omisión de cuidados de enfermería pueden indicar caminos y soluciones para la prevención de este tipo de fallo asistencial y ayudar en la planificación de acciones correctivas, con impacto en la mejora de la calidad y seguridad del cuidado. La comprensión del fenómeno de la omisión del cuidado también se hace importante para la enseñanza en enfermería, y despierta la mirada de docentes y alumnos hacia esa incidencia y hacia el desarrollo de estrategias de prevención.

Ante lo planteado, se elaboró la siguiente pregunta de investigación: ¿cuáles cuidados de enfermería son más omitidos por los profesionales de enfermería y cuáles son las razones más prevalentes para esta omisión? Así, el objetivo de este estudio fue describir la prevalencia y las razones de la omisión de cuidados de enfermería, según la percepción del personal de enfermería de un hospital de enseñanza.

Método

Se trata de un estudio transversal, llevado a cabo en diez unidades de internación de un hospital público de enseñanza de Goiás, a saber: clínica médica, clínica quirúrgica, clínica pediátrica, clínica materno-infantil, clínica ortopédica, clínica tropical, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) médica, UCI quirúrgica y UCI neonatal.

La población del estudio se compuso de todos los enfermeros, técnicos y auxiliares de enfermería que actuaban en las unidades investigadas en el período de la recopilación y tenían tiempo de admisión superior a un mes de trabajo. Se excluyeron los profesionales en cargo de gerencia responsables de más de una unidad, los que se encontraban en licencia en el período de la

recopilación y aquellos que no realizaban acciones de enfermería.

En el período de la recopilación de los datos, la institución contaba con 626 profesionales de enfermería, 401 de ellos actuaban en las unidades de internación seleccionadas. De estos, 376 cumplieron los criterios de inclusión, 47 de ellos se negaron a participar en la investigación y 62 no devolvieron los instrumentos de recolección de datos.

Los datos se recopilaron en el período de 15 de abril a 23 diciembre del 2017, por medio del instrumento MISSCARE-Brasil, traducido y validado para la cultura brasileña⁽¹⁶⁾. El instrumento fue utilizado con la autorización y las orientaciones proveídas por la autora.

MISSCARE-Brasil es un cuestionario autoaplicable, compuesto por tres partes. La primera parte contiene preguntas acerca de información general de los participantes y del lugar de trabajo. La segunda parte del instrumento, parte A, se compone de 28 cuestiones referentes a los elementos de los cuidados de enfermería no realizados, con respuestas del tipo Likert, que varían de «nunca se realiza» a «siempre se realiza». Y la tercera parte del instrumento, parte B, contiene 28 cuestiones referentes a las razones por las que no se realizaron los cuidados de enfermería, con respuestas del tipo Likert, que varían entre «razón significativa» y «no es una razón para la omisión de los cuidados».

Los participantes fueron abordados y orientados a responder el instrumento fuera del lugar y del horario de trabajo y devolverlo posteriormente, de acuerdo con la fecha preestablecida por la investigadora. Todos fueron orientados acerca de cómo proceder para responder el cuestionario, se aseguró el anonimato de los participantes y se respetaron los rechazos a participar.

Los datos se ingresaron en la hoja de cálculo tras una doble verificación y el análisis se llevó a cabo por medio del programa Statistical Package for Social Science (SPSS), versión 24.0. Previamente al análisis, se realizó la reversión de los códigos de las respuestas a las cuestiones de las partes A y B; así, los valores mayores correspondieron a los mayores niveles de omisión y a las razones más importantes⁽¹⁶⁾.

Tras la reversión, las respuestas fueron dicotomizadas y, de esa manera, las alternativas «ocasionalmente no se realiza», «raramente se realiza» y «nunca se realiza» significan cuidado omitido, y las alternativas «se realiza a menudo» y «siempre se realiza» representan el cuidado realizado. Las respuestas de las razones también se dicotomizaron, y se consideraron como razón de omisión las opciones «razón significativa» y «razón moderada», y como no razón de omisión las respuestas de las alternativas «razón poco significativa» y «no es una razón»^(6,16-17).

Los cálculos de los análisis estadísticos se realizaron con ayuda de SPSS, versión 24.0. El análisis descriptivo de las variables cuantitativas se presentó como promedio, desvío estándar (DE), mediana, intervalo intercuartil (IIQ), mínimo y máximo. Las variables cualitativas (nivel educativo, formación académica más elevada, cargo, período de trabajo, turno en el que trabaja con mayor frecuencia) se presentaron como frecuencias absoluta y relativa.

Se calculó la prevalencia de omisión de cada cuidado por medio de la división del número de cuidados omitidos por la cantidad total de respuestas que aquel elemento del cuidado de enfermería obtuvo, multiplicado por 100. Se resalta que la respuesta «no se aplica» no se incluyó en la prevalencia.

Asimismo, la prevalencia de las razones para la omisión del cuidado se calculó por medio de la división del número de respuestas consideradas como razón para la omisión por la cantidad total de respuestas que aquella razón obtuvo, multiplicado por 100.

Para verificar las diferencias en la prevalencia de la omisión de los cuidados de enfermería por categoría profesional (técnicos y auxiliares de enfermería × enfermeros), se utilizaron las pruebas chi cuadrado de Pearson o exacto de Fisher.

La confiabilidad interna de MISSCARE-Brasil se evaluó por el alfa de Cronbach estandarizado, y se consideraron aceptables los valores por encima de 0,7⁽¹⁸⁾.

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la institución, por la Plataforma Brasil (Dictamen n.º 1.922.667), y siguió las recomendaciones propuestas por el Consejo Nacional de Salud, en la Resolución 466/2012⁽¹⁹⁾, que reglamenta las investigaciones que implican seres humanos. Todos los profesionales que aceptaron participar en el estudio recibieron el Consentimiento Libre y Aclarado (TCLA) y se les solicitó que lo leyeran y lo firmaran.

Resultados

Participaron en el estudio 267 profesionales de enfermería, lo que corresponde a una tasa de respuesta del 71,0 % de la población, y el 87,6 % eran del sexo femenino, con mediana de edad de 43,0 años (IIQ: 15), promedio de 43,1 (DP: 10,1), variando de 23 a 70 años.

El análisis de la categoría profesional y cargo ejercido en la unidad señaló que 177 (66,3 %) eran técnicos de enfermería, 11 (4,1 %) auxiliares de enfermería, 72 (27,0 %) enfermeros y 7 (2,6 %) enfermeros con función administrativa. Por tanto, 79 (29,6 %) enfermeros y 188 (70,4 %) técnicos y auxiliares de enfermería.

Respecto a la formación, el 77,5 % de los profesionales tenían título de grado o posgrado. El período de trabajo diurno (55,8 %) y los turnos de 12 horas (78,3 %) fueron los más predominantes.

El análisis de la confiabilidad de las respuestas del instrumento MISSCARE-Brasil, realizado por medio del coeficiente alfa de Cronbach (α), indicó valores aceptables, con consistencia interna $\alpha = 0,913$ para la parte A del instrumento, referente a los elementos de los cuidados de enfermería, y $\alpha = 0,941$ en la parte B, constituida por las razones para la omisión de los cuidados.

Los cuidados de enfermería que obtuvieron las mayores prevalencias de omisión fueron *sentar al paciente fuera de la cama* (70,3 %), *deambulaci3n tres*

veces al día (69,1 %), *participaci3n en discusi3n del equipo interdisciplinar acerca de la asistencia al paciente* (67,2 %) y *planificaci3n y enseñaanza al paciente o familia para el alta hospitalario* (51,1 %) (Tabla 1).

La omisi3n de los cuidados de enfermería vari3 segun la categoría profesional en cinco elementos del cuidado ($p < 0,05$), cuatro de estos fueron más citados por los enfermeros y *cuidados con lesiones de piel/heridas* fue el más citado por los técnicos y auxiliares de enfermería (Tabla 2).

El número inadecuado de recursos humanos y el aumento inesperado en el volumen o gravedad de los pacientes fueron las razones más prevalentes para la omisi3n (Tabla 3).

Tabla 1 - Prevalencia de omisi3n de los cuidados de enfermería. Goiânia, GO, Brasil, 2017

Elementos del cuidado de enfermería no realizados	n (%)
Sentar al paciente fuera de la cama	180 (70,3)
Deambulaci3n tres veces al día o segun lo prescrito	172 (69,1)
Participaci3n en la discusi3n del equipo interdisciplinar acerca de la asistencia al paciente	178 (67,2)
Planificaci3n y enseñaanza al paciente o familia para el alta hospitalario	136 (51,1)
Apoyo emocional al paciente o familia	93 (35,1)
Cambio del decúbito del paciente cada dos horas	79 (29,7)
Registro completo en la historia clínica del paciente, de todos los datos necesarios	77 (28,8)
Higiene bucal	74 (27,8)
Evaluaci3n de la efectividad de los medicamentos administrados	71 (26,6)
Control del balance hídrico	71 (26,7)
Oferta de comida a los pacientes que se alimentan solos	70 (28,0)
La atenci3n al llamado del paciente tarda hasta 5 min	70 (27,7)
Orientaciones a los pacientes y familiares en cuanto a las rutinas, procedimientos y cuidados prestados	69 (25,8)
Administraci3n de los medicamentos hasta 30 min antes o después del horario prescrito	65 (24,3)
Reevaluaci3n focalizada, de acuerdo con la condici3n del paciente	64 (24,0)
Evaluaci3n de las condiciones del paciente a cada turno, identificando sus necesidades de cuidado	53 (19,9)
Higienizaci3n del paciente prontamente tras cada eliminaci3n	50 (18,9)
Atenci3n a las solicitudes para la administraci3n de medicamentos prescritos S/N en hasta 15 min	43 (16,5)
Uso de medidas de prevenci3n para pacientes con riesgo de caída	38 (14,5)
Cuidados en el acceso venoso e infusi3n, de acuerdo con las normas de la instituci3n	31 (11,6)
Hidrataci3n del paciente, ofreciéndole líquidos vía oral o administrándolos por la sonda	29 (11,1)
Evaluaci3n de los signos vitales conforme lo prescrito	28 (10,5)
Aspiraci3n de las vías aéreas	24 (12,7)
Alimentaci3n del paciente o administraci3n de la dieta por sonda, en el horario adecuado	24 (9,0)
Cuidados de lesiones de piel/heridas	21 (7,9)
Baño/higiene del paciente/ medidas para la prevenci3n de lesiones de piel	16 (6,0)
Higienizaci3n de sus manos	16 (6,0)
Monitoreo de la glicemia capilar	7 (2,6)

Tabla 2 - Comparación de la omisión de los cuidados de enfermería, según enfermeros y técnicos y auxiliares de enfermería. Goiânia, GO, Brasil, 2017

Cuidados de enfermería omitidos	E* (N = 79)			TA† (N = 188)		p-valor‡
	Total§	n	%	n	%	
Sentar al paciente fuera de la cama	256	54	74,0	126	68,9	0,418
Participación en la discusión del equipo interdisciplinar acerca de la asistencia al paciente	265	52	67,5	126	67,0	0,936
Deambulacion tres veces al día	249	47	66,2	125	70,2	0,535
Planificación y enseñanza al paciente o familia para el alta hospitalario	266	37	46,8	99	52,9	0,363
Cambio del decúbito del paciente cada 2 horas	266	34	43,6	45	23,9	0,001
Registro completo en la historia clínica del paciente	267	32	40,5	45	23,9	0,006
Atención al llamado del paciente en hasta 5 min	253	28	37,8	42	23,5	0,020
Apoyo emocional al paciente o familia	265	28	35,9	65	34,8	0,860
Higiene bucal	266	27	34,6	47	25,0	0,111
Evaluación de la efectividad de los medicamentos	267	26	32,9	45	23,9	0,130
Control del balance hídrico	266	22	28,2	49	26,1	0,719
Oferta de comida a los pacientes que se alimentan solos	250	21	28,8	49	27,7	0,862
Orientaciones a los pacientes y familiares en cuanto a las rutinas, procedimientos y cuidados	267	20	25,3	49	26,1	0,899
Administración de los medicamentos hasta 30 min antes o después del horario prescrito	267	18	22,8	47	25,0	0,700
Atención a las solicitudes para la administración de medicamentos S/N en hasta 15 min	261	17	21,8	26	14,2	0,130
Reevaluación focalizada, de acuerdo con la condición del paciente	267	16	20,3	48	25,5	0,356
Higienización del paciente tras cada eliminación	265	16	20,8	34	18,1	0,611
Evaluación de las condiciones del paciente a cada turno, identificando las necesidades de cuidado	267	15	19,0	38	20,2	0,819
Cuidados en el acceso venoso e infusión	267	15	19,0	16	8,5	0,015
Uso de medidas de prevención para pacientes con riesgo de caída	262	12	15,4	26	14,1	0,792
Evaluación de los signos vitales según lo prescrito	267	11	13,9	17	9,0	0,235
Aspiración de las vías aéreas	267	10	12,7	24	12,8	0,981
Alimentación del paciente o administración de la dieta por sonda, en el horario adecuado	266	10	12,8	14	7,4	0,164
Hidratación del paciente, ofreciéndole líquidos vía oral o administrándolos por la sonda	261	9	11,8	20	10,8	0,810
Baño/higiene del paciente/ medidas para la prevención de lesiones de piel	266	5	6,4	11	5,9	1,000
Higienización de sus manos	267	5	6,3	11	5,9	1,000
Monitoreo de la glicemia capilar	267	3	3,8	4	2,1	0,426
Cuidados de lesiones de piel/heridas	267	1	1,3	20	10,6	0,009

*E = Enfermeros; †TA = Técnicos y auxiliares de enfermería; ‡Prueba chi cuadrado de Pearson o exacto de Fisher; §Para analizar las diferencias en la prevalencia de omisión por categoría, se excluyeron los casos con respuesta «no se aplica»

Tabla 3 - Prevalencia de las razones para la omisión de los cuidados de enfermería. Goiânia, GO, Brasil, 2017

Razones de omisión de los cuidados	n (%)
Número inadecuado de personal	228 (85,4)
Número inadecuado de personal para la asistencia o tareas administrativas	218 (81,6)
Aumento inesperado en el volumen o en la gravedad de los pacientes de la unidad	213 (79,8)
Los medicamentos no estaban disponibles cuando se requerían	204 (76,4)
Situaciones de urgencia de los pacientes	204 (76,4)
Materiales/equipos no funcionaron adecuadamente cuando se requerían	203 (76,0)
Materiales/equipos no estaban disponibles cuando se requerían	201 (75,3)
Otros profesionales del equipo no proporcionaban la asistencia en el momento en que era necesario	184 (68,9)
Gran cantidad de admisiones y altas	173 (64,8)
La distribución de pacientes por profesional no era equilibrada	166 (62,2)
Tensión/conflicto o problemas de comunicación con otros departamentos/sectores de apoyo	153 (57,3)
La transmisión de información del equipo anterior en el cambio de turno o de las unidades que derivan pacientes es inadecuada	153 (57,3)

(continúa...)

Tabla 3 - *continuación*

Razones de omisión de los cuidados	n (%)
La planta física de la unidad es inadecuada, lo que dificulta la prestación de asistencia a los pacientes en aislamiento o en áreas más distantes	153 (57,3)
Número elevado de profesionales que trabajan enfermos o con problemas de salud	151 (56,6)
Tensión/conflicto o problemas de comunicación con el equipo médico	144 (53,9)
Falta de educación en servicio sobre el cuidado que se va a realizar	136 (50,9)
Falta de estandarización para la realización de procedimientos/cuidados	135 (50,6)
El auxiliar de enfermería no comunicó que la asistencia no fue realizada	130 (48,7)
El profesional tiene más de un vínculo laboral, lo que disminuye su empeño/atención/concentración para realizar la asistencia	127 (47,6)
Los miembros del equipo no se ayudan entre sí	125 (46,8)
Tensión/conflicto o problemas de comunicación en el equipo de enfermería	114 (42,7)
El profesional responsable del cuidado no se encontraba en la unidad/sector o no estaba disponible	114 (42,7)
El profesional que no realizó el cuidado no teme punición/despido debido a la estabilidad en el empleo	108 (40,4)
El profesional no tiene postura ética y no tiene compromiso e involucramiento con el trabajo o con la institución	101 (37,8)
Falta de preparación de los enfermeros para liderar, supervisar y conducir el trabajo en equipo	100 (37,5)
El profesional de enfermería es negligente (presenta pereza, falta de atención o insensibilidad)	98 (36,7)
Falta de motivación para el trabajo (debido al bajo sueldo o a la falta de valoración del profesional)	88 (33,0)
Número elevado de enfermeros con poca experiencia profesional	77 (28,8)

Discusión

Los resultados de este estudio pusieron de manifiesto una elevada prevalencia de omisión de uno o más elementos del cuidado prestado por la enfermería. Tal omisión es una importante variable para generar reflexión sobre la necesidad de revisar la estructura y los procesos de trabajo que se están desarrollando, y que pueden estar impidiendo resultados asistenciales de calidad, ante la no entrega de la terapéutica adecuada, lo que puede acarrear daños adicionales a los pacientes.

La consistencia interna del instrumento utilizado, MISSCARE-Brasil, fue considerada aceptable, con resultado semejante a otros estudios nacionales⁽¹⁶⁾ e internacionales^(10,13,17), lo que comprueba que ofrece alta confiabilidad para medir la omisión del cuidado de enfermería.

El estudio identificó que *sentar al paciente fuera de la cama* obtuvo la mayor prevalencia (70,3 %) de omisión del cuidado, seguido de la *deambulación de los pacientes tres veces al día* (69,1 %). La no deambulación de los pacientes también fue identificada como el cuidado con mayor prevalencia de omisión en estudios realizados con profesionales del equipo de enfermería en diversos países^(6,16,20), y también por los propios pacientes (41,3 %)⁽²¹⁾.

Estos dos cuidados de enfermería implican la movilización del paciente fuera de la cama. La movilización de pacientes hospitalizados proporciona beneficios físicos, como el alivio del dolor, la disminución del riesgo de trombosis venosa profunda, la disminución de la fatiga, la prevención de la reincidencia de neumonía, de delirio, la disminución del riesgo de

infección del tracto urinario y la mejora de la función física. Además del bienestar social, mejora la calidad de vida, la independencia, disminuye de ansiedad, el humor depresivo, la angustia y aumenta el confort y la satisfacción del paciente⁽²²⁾. Asimismo, se pueden identificar resultados organizacionales, como la disminución del período de permanencia, de la mortalidad de los pacientes y de los costos institucionales⁽²²⁾.

Las evidencias reflejan la importancia de la movilización para los resultados positivos en el restablecimiento de los pacientes y refuerzan la necesidad de la planificación y desarrollo de métodos y rutinas para asegurar que esta acción de enfermería se realice de forma sistemática⁽²²⁾.

Otro cuidado que obtuvo elevada prevalencia de omisión (67,2 %) fue la *participación en discusión del equipo interdisciplinar sobre la asistencia al paciente*. Las discusiones multidisciplinares favorecen una mejor comunicación entre los equipos. La omisión de tal actividad puede interferir en la calidad de la asistencia prestada al paciente, una vez que no se permite el intercambio de información, colaboración y reflexiones acerca de las conductas terapéuticas que se deben adoptar, entre las diversas categorías profesionales que, diariamente, prestan asistencia a un mismo paciente. La integralidad asistencial, uno de los principios doctrinarios del Sistema Único de Salud brasileño, impone el desafío de la implementación de una forma de trabajo que haga viable la interdisciplinaridad, de manera que esta responda de forma eficaz a las diversas dimensiones del proceso salud-enfermedad y sea capaz de abordar la complejidad del objeto del área de salud⁽²³⁾. Sin embargo, en la cultura institucional actual de los servicios de salud prevalecen la fragmentación, las relaciones jerárquicas,

el trabajo individualizado por profesional y la resistencia de una racionalidad técnico-científica, además de desigualdades entre las especialidades y la valorización social que se les atribuye⁽²³⁾.

El profesional de enfermería, al no participar de discusiones con profesionales de otros equipos, pierde oportunidades de compartir el conocimiento de quien acompaña al paciente 24 horas al día, y de evidenciar su importancia para la recuperación del paciente y para la asistencia de calidad.

Se evidenció, aun, que otro cuidado omitido, con prevalencia del 51,1 %, fue la *planificación y la enseñanza al paciente y familia para el alta hospitalario*. El fallo en la educación de pacientes y familiares no es un problema que se limita a Brasil, puesto que también estuvo en evidencia en un estudio realizado en los EUA⁽⁹⁾ y en otro, en México⁽¹⁰⁾.

En un momento en que se busca la participación cada vez más activa de los pacientes y de sus familiares en su propio cuidado para garantizar la seguridad de los pacientes⁽²⁴⁾, es preocupante la ausencia de educación en salud y orientación al paciente, lo que puede conducir a complicaciones de su situación de salud y readmisión⁽⁴⁾. La enseñanza al paciente y familiar sobre su condición de salud y cuidados tras el alta hospitalario hace que el paciente tenga mayor adherencia al tratamiento y se sienta comprometido con su propio cuidado, previniendo así eventos adversos y evitando complicaciones y readmisiones innecesarias⁽²⁴⁻²⁵⁾.

La comparación de la omisión de los cuidados de enfermería, según la percepción de enfermeros y técnicos y auxiliares de enfermería, evidenció que hay diferencias entre las categorías profesionales y, en algunos aspectos de los cuidados, las diferencias fueron estadísticamente significantes. Los enfermeros, en general, percibieron una mayor prevalencia de omisión de cuidado que los técnicos/auxiliares de enfermería respecto al *cambio de decúbito, registro en la historia clínica del paciente, cuidados en el acceso venoso e infusión y atención a la llamada del paciente en hasta 5 min*. Por otro lado, los técnicos y auxiliares de enfermería percibieron una mayor omisión en los *cuidados con lesiones de piel/heridas*. Estas diferencias deben ser mejor exploradas en otras investigaciones.

Entre las razones para la omisión presentadas en el instrumento MISSCARE-Brasil, la inadecuación de recursos humanos y el aumento inesperado en el volumen o gravedad de los pacientes fueron percibidas por los profesionales de enfermería como de mayor prevalencia.

El número inadecuado de personal y el aumento inesperado en el volumen o en la gravedad de los pacientes de la unidad han sido citados con frecuencia en los estudios realizados por la enfermería que buscan

entender la falta de calidad, de eventos adversos e insatisfacción profesional^(7,10,26). La cantidad insuficiente de personal acarrea un número mayor de pacientes por profesional de enfermería y puede ocasionar la sobrecarga de los trabajadores y mayores tasas de cuidados omitidos⁽²⁷⁾.

Un estudio en Inglaterra identificó que el número de pacientes por enfermero estaba significativamente asociado a la omisión de los cuidados de enfermería y señaló que cuando los enfermeros cuidaban una cantidad menor de pacientes, menos cuidados eran omitidos y la probabilidad de omitirse algún cuidado también disminuía⁽⁷⁾.

El *National Institute for Clinical Excellence (NICE)* propuso que la omisión del cuidado podría utilizarse como una «bandera de alerta» a los niveles inadecuados de personal y como indicador de calidad de los servicios de enfermería. Refuerza también la necesidad de más evidencias e indicadores para determinar niveles seguros del equipo de enfermería y de estudios para comprender hasta qué punto se alcanzan en la práctica⁽²⁸⁾.

Los profesionales de enfermería también percibieron la falta de materiales/equipos o el funcionamiento inadecuado cuando son necesarios y la falta de medicamentos como razones o causas frecuentes para la omisión del cuidado. La gestión de recursos materiales y la administración de estos recursos o suministros constituyen la totalidad de los flujos de materiales de una organización de salud, componiendo un proceso con las siguientes actividades principales: programación, compra, recepción, almacenamiento, distribución y control⁽²⁹⁾.

A su vez, la gestión de los recursos materiales en las clínicas de internación es responsabilidad del enfermero, que previniendo, proveyendo, estando atento a la calidad del material que se va a utilizar, así como de la cantidad necesaria y controlando su consumo, puede asegurar la calidad de la asistencia prestada y evitar la discontinuidad de la asistencia. Sin embargo, son conocidos los problemas de recursos financieros de los hospitales públicos brasileños, que impactan directamente en la adquisición de bienes y llevan al desabastecimiento de medicamentos, materiales y hasta equipos⁽³⁰⁾.

Por último, la omisión de elementos del cuidado de enfermería evidenciada en este estudio demuestra un riesgo para la calidad y seguridad de la asistencia de enfermería. El equipo frecuentemente es expuesto a factores que impiden completar todos los cuidados necesarios al paciente, dejándolos vulnerables. Es necesario que el proceso de trabajo de los profesionales de enfermería sea revisado y rediseñado, buscando la optimización y la definición del rol, responsabilidades y

de la carga de trabajo de los profesionales para que se proporcione un entorno laboral favorable a la continuidad del cuidado⁽³¹⁾.

Ante todas estas evidencias, se entiende que se deben adoptar estrategias de mitigación y prevención de la omisión de los cuidados, una vez que los usuarios del sistema de salud, denominados «pacientes» en muchas organizaciones hospitalarias, necesitan que se ejecuten todos los cuidados indicados para su tratamiento y recuperación. Sin embargo, la omisión de los cuidados de enfermería ha sido un fenómeno silencioso y no percibido por la gestión. El primer paso es reconocerlo y discutirlo, para así entender su proporción. Es necesario el involucramiento del liderazgo juntamente con los profesionales de la línea de frente del cuidado para planificar acciones de mejora.

Las principales limitaciones de este estudio están relacionadas con la recopilación de datos realizada en una única institución y la variación estacional del período de la recopilación de los datos, que se dio en ocho meses. Sin embargo, es importante resaltar que se trata de uno de los primeros estudios en realizar un diagnóstico situacional de la omisión de los cuidados de enfermería en la realidad brasileña. Se resalta que este diagnóstico es esencial para despertar una mirada diferenciada y crítica en cuanto a este problema frecuente, pero que hasta entonces poco o nada se hablaba al respecto. Se recomienda la realización de estudios que busquen analizar y comparar la omisión de los cuidados en otras instituciones e investiguen factores que puedan influir para la no realización de los cuidados de enfermería.

La relevancia para la práctica profesional en identificar y entender las razones que conducen a la omisión de los cuidados de enfermería está en el reconocimiento de aspectos del proceso de trabajo de la enfermería que requieren atención y toma de decisiones por parte de la gestión de las instituciones para que la continuidad del cuidado sea asegurada y para que se reduzcan los eventos adversos derivados de la falta de cuidado.

Conclusión

Este estudio puso de manifiesto el hecho de que la omisión del cuidado es un fenómeno real y frecuente. Los cuidados de enfermería más omitidos fueron *sentar al paciente fuera de la cama, deambulación tres veces al día, participación en la discusión del equipo interdisciplinar acerca de la asistencia al paciente y planificación y enseñanza del paciente o familia para el alta hospitalario*.

Las razones más frecuentes para la omisión de los cuidados de enfermería estuvieron relacionadas con los

recursos humanos y recursos materiales. Estas razones están centradas en fallos gerenciales y sistémicos, que deben analizarse y corregirse en favor de la seguridad del paciente. Estudios como este comprueban que la enfermería ha actuado en situaciones desfavorables para el cumplimiento completo del proceso de cuidar, demandando esfuerzos para la planificación y adopción de estrategias de prevención de la omisión del cuidado y mejora de la práctica asistencial.

Referencias

1. World Health Organization. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Version 1.1. Final Technical Report. Chapter 3. The International Classification for Patient Safety. Key Concepts and Preferred Terms. WHO; 2009 [cited Oct 2, 2018]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf.
2. Kalisch BJ. Missed nursing care: a qualitative study. *J Nurs Care Qual.* [Internet]. 2006 [cited Oct 2, 2018]; 21(4):306-13. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16985399>
3. Lake ET, Germack HD, Viscardi MK. Missed Nursing Care is Linked to Patient Satisfaction: A Cross Sectional Study of US Hospitals. *BMJ Qual Saf.* [Internet]. 2015 [cited Oct 2, 2018]; 0:1-9. Available from: <https://qualitysafety.bmj.com/content/25/7/535>
4. Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. *J Adv Nurs.* [Internet]. 2009 [cited Oct 2, 2018]; 65 (7):1509-17. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x>
5. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee H. Does Missed Nursing Care Predict Job Satisfaction? *J Healthcare Manage.* [Internet]. 2011 [cited Oct 2, 2018]; 56 (2):117-31. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21495530>
6. Orique SB, Patty CM, Woods E. Missed Nursing Care and Unit-Level Nurse Workload in the Acute and Post-Acute Settings. *J Nurs Care Qual.* [Internet] 2016 [cited Jun 30, 2019];31(1):84-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26121055>
7. Ball JE, Murrells T, Rafferty AM, Morrow E, Griffiths P. 'Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Qual Saf.* [Internet]. 2014 [cited Oct 2, 2018]; 0:1-10. Available from: <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/23/2/116.full.pdf>
8. Ausserhofer D, Zander B, Busse R, Schubert M, 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. doi:10.1136/bmjqs-2013-002318.
9. Carthon JMB, Lasater KB, Sloane DM, Kutney-Lee A. The quality of hospital work environments and missed nursing care is linked to heart failure readmissions: a cross-sectional study of US hospitals. *BMJ Qual Saf.* [Internet]. 2015 [cited Oct 2, 2018];24:255–63. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4440316/pdf/nihms663915.pdf>
10. 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.* [Internet]. 2017 [cited Oct 2, 2018];25:e2877. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1227.2877>
11. Freitas JS, Silva AEBC, Minamisava R, Bezerra ALQ, Sousa MRG. Quality of nursing care and satisfaction of patients attended at a teaching hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [Internet] 2014 [cited Oct 2, 2018];22(3):454-60. doi: 10.1590/0104-1169.3241.2437
12. Lima JC, Silva AEBC, Sousa MRG, Freitas JS, Bezerra ALQ. Assessment of quality and safety of nursing assistance to the hospitalized child: perception of accompanying. *Rev Enferm UFPE on line.* [Internet]. 2017 [cited Oct 2, 2018];11(Supl. 11):4700-8. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231212/25221>
13. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee KH. Missed nursing care, staffing, and patient falls. *J Nurs Care Qual.* [Internet]. 2012 [cited Oct 2, 2018]; 27 (1):6-12. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21738057>
14. Ball JE, Bruyneel L, Aiken LH, Sermeus W, Sloane DM, Rafferty AM et al. Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.* [Internet]. 2017 [cited Oct 2, 2018]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748917301761?via%3Dihub>
15. Sasso L, Bagnasco A, Aleo G, Catania G, Dasso N, Zanini MP, et al. Incorporating nursing complexity in reimbursement coding systems: the potential impact on missed care. *BMJ Qual Saf.* [Internet]. 2017 [cited Oct 2, 2018]; 26 (11):929-32. Available from: <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/26/11/929.full.pdf>
16. Siqueira LDC, Caliri MHL, Haas VJ, Kalisch B, Dantas RAS. Validation of the MISSCARE-BRASIL survey – A tool to assess missed nursing care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [Internet] 2017 [cited Sept 20, 2018];25:e2975. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2354.2975>.
17. Kalisch BJ, Landstrom G, Williams RA. Missed nursing care: errors of omission. *Nurs Outlook.* [Internet]. 2009 [cited Sept 20, 2018]; 57 (1):3-9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029655408001462?via%3Dihub>
18. Keszei AP, Novak M, Streiner DL. Introduction to health measurement scales. *J Psychosom Res.* [Internet] 2010 [cited Jun 30, 2019];68(4):319-23. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.01.006>
19. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos: Resolução nº 466 / 2012. [Internet]. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
20. Kalisch BJ, Doumit M, Lee KH, Zein JE. Missed Nursing Care, Level of Staffing, and Job Satisfaction. *JONA.* [Internet]. 2013 [cited Sept 20, 2018];43(5). Available from: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00005110-201305000-00007>
21. Kalisch BJ, Xie B, Dabney BW. Patient-reported missed nursing care correlated with adverse events. *Am J Med Qual.* [Internet]. 2014 [cited Sept 20, 2018];29 (5):415-22. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1062860613501715>
22. Kalisch BJ, Lee S, Dabney BW. Outcomes of inpatient mobilization: a literature review. *J Clin Nurs.* [Internet]. 2013 [cited Sept 20, 2018];23(11-12): 1486-501. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24028657>
23. Miranda L, Rivera FJU, Artmann E. Interdisciplinary health care teamwork as a space of recognition: contributions of Axel Honneth's theory. *Rev Saúde Coletiva.* [Internet]. 2012 [cited Sept 20, 2018];22(4): 1563-83. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n4/a16v22n4.pdf>
24. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Patient Engagement and Safety [Internet] Jun 2017 [cited Oct 2, 2018]. Available from: <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/17/patient-engagement-and-safety>
25. Carman KL, Dardess P, Maurer M, Sofaer S, Adams K, Bechtel C, et al. Patient And Family Engagement: A Framework For Understanding The Elements And Developing Interventions and Policies. *Health Affairs.* [Internet] 2013 [cited Oct 2, 2018];32:2. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23381514>
26. Jones TL, Hamilton P, Murry N. Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *Int J Nurs Stud.* [Internet] 2015[cited Oct 2, 2018]; 52 (6):1121-37. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748915000589?via%3Dihub>
27. Aiken LH, Sloane D, Griffiths P, Rafferty AM, Bruyneel L, McHugh M, et al. Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ*

- Qual Saf. [Internet]. 2016 [cited Oct 2, 2018];0:1–10. Available from: <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/26/7/559.full.pdf>
28. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Safe nurse staffing of adult wards in acute hospitals: Report from SSAC sub-group meeting. Expert paper 3: Report from the Safe Staffing Advisory. National Institute for Health and Care Excellence. [Internet]. 2014. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/sg1/documents/safe-staffing-for-nursing-in-adult-inpatient-wards-in-acute-hospitals-expert-paper-32>
29. Castilho V, Gonçalves VLM. Gerenciamento de Recursos Materiais. In: Kurcgant P. Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014. p.155-67.
30. Lima RF, Câmara TFM. Challenges of shortages in supply chain in a public hospital: a case report. Rev Gestão Sistemas Saúde.[Internet] 2016 [cited Oct 2, 2018]; 5(1):120-7. Available from: <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/218/181>
31. Castner J, Yow-Wu B., Dean-Baar S. Multi-Level Model of Missed Nursing Care in the Context of Hospital Merger. West J Nurs Res. [Internet] 2015 [cited Jun 30, 2019];37(4):441–61. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24869493>

Recibido: 30.11.2018

Aceptado: 18.09.2019

Autor correspondiente:

Juliana Carvalho de Lima

E-mail: julianafen@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-2195-7640>

Copyright © 2020 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.