

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



Facultad de Enfermería
División de Estudios de Posgrado
Maestría en Enfermería



**Cuidados perdidos de enfermería relacionados con la
perspectiva de la atención en pacientes de un hospital de
segundo nivel**

T E S I S

Que para obtener el grado de
Maestra en Enfermería con Terminal en Gestión, Dirección y
Liderazgo

Presenta

L.E.E. Dulce Celeste Arriaga Trejo

Directora

M. E. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Codirectora

Dra. Josefina Valenzuela Gandarilla

Revisora

Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga

Morelia, Michoacán

Septiembre 2024

Directivos

M.E. Renato Hernández Campos

Director

M.E. María Teresa Espinoza Mosqueda

Secretaria Académica

L.E. Sarahi Arzate Carranza

Secretaria Administrativa

Mesa sinodal

Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga

Presidenta

M.E. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Directora de Tesis

Dra. Josefina Valenzuela Gandarilla

Codirectora de tesis

Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz

Vocal 1

Dra. Laura Nelly Rodríguez Cantú

Vocal 2

Acta de revisión

La ME. Ruth Esperanza Pérez Guerrero Profesora e Investigadora Asociada “C” adscrita a la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

CERTIFICA

Que ha dirigido el trabajo de tesis titulado **“Cuidados perdidos de enfermería relacionados con la perspectiva de la atención en pacientes de un hospital de segundo nivel”** elaborada por la Licenciado en Enfermería **Dulce Celeste Arriaga Trejo**, misma que presenta para la obtención del grado de **Maestra en Enfermería con Terminal en Gestión, Dirección y Liderazgo** en la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

ME. Ruth Esperanza Pérez Guerrero
Profesora- Investigadora Asociada
Facultad de Enfermería

**Dra. María Magdalena Lozano
Zúñiga**
Profesora- Investigadora Titular “B”
Facultad de Enfermería

**Dra. Josefina Valenzuela
Gandarilla**
Profesora- Investigadora Titular “B”
Facultad de Enfermería

Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz
Profesora- Investigadora Titular “C”
Facultad de Enfermería

Dra. Laura Nelly Rodríguez Cantú
Profesora de Asignatura “B”
Facultad de Enfermería

Dedicatoria

Al finalizar un trabajo tan arduo como es la realización de una tesis para obtener un grado académico, es inevitable experimentar pensamientos y sentimientos diversos; satisfacción, alegría y a la vez nostalgia por la meta alcanzada, pero sin duda el sentimiento de gratitud hacia quienes fueron partícipes del esfuerzo realizado y del tiempo invertido es algo fundamental.

Por ello, es para mí un verdadero placer utilizar este espacio para tratar de ser justa y consecuente con las personas importantes de mi vida, expresándoles en líneas mi agradecimiento y resaltando la importancia y lo valiosos que han sido, son y que seguramente seguirán siendo en vida personal, familiar, así como, en mi crecimiento profesional y académico.

Me gustaría agradecerle a Dios por bendecirme con los dones de la vida, la salud, el trabajo y por permitirme llegar hasta aquí, a mis amados compañeros de vida, mi esposo Agustín Amador Ponce y a nuestra hija Fernanda Nicole, no tengo manera de recompensar el tiempo, la comprensión, la paciencia, la fortaleza, pero sobre todo su amor, siempre están presente en mi mente y en el alma, así como, a mi señora madre Zelfa Arriaga Trejo quien de forma directa e indirecta a influido en mi persona; les quiero escribir que los amo, de tal manera que, el análisis objetivo me muestra la magnitud de sus contribuciones, ya que sin su apoyo me hubiese sido mucho más difícil llegar a un feliz término.

Gracias.

Agradecimientos

Son muchas las personas que han formado parte de mi desarrollo académico y profesional a las que debo agradecer sus enseñanzas, apoyo, consejos, ánimo y amistad.

Doy gracias de manera especial y sincera a mi directora de tesis la M.E. Ruth Esperanza Pérez Guerrero por la confianza depositada en mi persona para el desarrollo de este trabajo, además, por su capacidad para guiar mi conocimiento, así mismo, a todos mis estimados profesores que formaron parte del cuerpo académico de la maestría, de ustedes he recibido aportes invaluable, no solamente en el desarrollo de esta tesis, sino también, para mi vida personal y profesional, muchas gracias y que Dios los siga bendiciendo.

También agradezco a las autoridades de mi querida institución de salud donde laboro, así como, a los representantes sindicales por las facilidades en otorgarme tiempo para poder asistir y cursar la maestría.

Gracias.

Resumen

Introducción. Los cuidados perdidos u omitidos son actividades de atención por los profesionales de enfermería, que deberían de realizarse, pero que no se ejecutan o se posponen por diversos factores, con repercusiones para el paciente. **Objetivo.** Analizar la relación entre los cuidados perdidos de enfermería y la perspectiva de atención en pacientes de un hospital de segundo nivel. **Metodología.** Enfoque cuantitativo, diseño correlacional, prospectivo, transversal realizado en Hospital General de segundo nivel de atención en Morelia, Michoacán. Muestreo aleatorio simple en 95 enfermeras y 150 pacientes hospitalizados. Instrumento MISSCARE del cuidado perdido de enfermería, confiabilidad $\alpha=0.90$. El análisis se utilizó el programa SPSS v27, se utilizó estadística descriptiva, frecuencias (f), porcentajes (%), media y DE. Investigación sin riesgo, respeto a privacidad, retractación y confidencialidad. **Resultados.** se identificó 3.2% de cuidado perdido por enfermería, la dimensión de cuidado básico 23.2%; factores condicionantes; recurso humano 95.8% y recurso material 92.6%. Desde la perspectiva del paciente 34.2% percibió la pérdida de cuidados de enfermería, las dimensiones de mayor impacto el cuidado básico 59.3% y planificación del alta y educación 51.3%. Se encontraron correlaciones negativas en evaluaciones continuas de enfermería con el cuidado básico ($r_s=-.258$; $p0.012$) y con el cuidado perdido del paciente ($r_s= -.293$; $p.004$). **Conclusiones:** El cuidado perdido de enfermería es percibido por los pacientes hospitalizados en las dimensiones: cuidado básico y planificación del alta y educación, se sugiere replicar el estudio para explorar la percepción del paciente. Además, el principal factor que influye en el cuidado perdido es la insuficiencia del recurso humano por lo que se deben plantear estudios que replanteen indicadores enfermera-paciente que garanticen cuidados seguros y de calidad.

DeCS: enfermería, cuidados perdidos, perspectiva de la atención, pacientes, hospital público.

Abstract

Introduction. Missed or omitted care is care activities by nursing professionals, which should be carried out, but which are not carried out or are postponed due to various factors, with repercussions for the patient. **Objective.** To analyze the relationship between missed nursing care and the perspective of care in patients of a second-level hospital. **Methodology.** Quantitative approach, correlational, prospective, cross-sectional design carried out in a second-level general hospital in Morelia, Michoacán. Simple random sampling in 95 nurses and 150 hospitalized patients. MISSCARE instrument of lost nursing care, reliability $\alpha=0.90$. The analysis was used using the SPSS v27 program, descriptive statistics, frequencies (f), percentages (%), mean and SD. Risk-free research, respect for privacy, retraction, and confidentiality. **Results.** 3.2% of care lost by nursing was identified, the basic care dimension 23.2%; conditioning factors; human resources 95.8% and material resources 92.6%. From the patient's perspective, 34.2% perceived the loss of nursing care, the dimensions of greatest impact were basic care 59.3% and discharge planning and education 51.3%. Negative correlations were found in continuous nursing assessments with basic care ($r_s=-.258$; $p=0.012$) and with missed patient care ($r_s=-.293$; $p=0.004$). **Conclusions:** Missed nursing care is perceived by hospitalized patients in the dimensions: basic care and discharge planning and education, it is suggested to replicate the study to explore the patient's perception. In addition, the main factor influencing lost care is the insufficiency of human resources, so studies should be proposed that rethink nurse-patient indicators that guarantee safe and quality care.

DeCS: Nursing, missed care, care perspective, patients, public hospital.

Índice

Introducción.....	1
Capítulo I.....	3
I. Justificación.....	4
II. Planteamiento del Problema	9
III. Objetivos	12
3.1. General	12
3.2. Específicos.....	12
IV. Hipótesis	12
4.1 Hipótesis Nula.....	12
4.2 Hipótesis De Investigación	12
Capítulo II.....	13
V. Marco teórico.....	14
5.1 Antecedentes de los cuidados perdidos	14
5.2 Marco conceptual de los cuidados perdidos	15
5.3 Marco referencial de los cuidados perdidos.....	17
5.3.1 Factores Condicionantes de los Cuidados Perdidos	17
5.3.2 Factores Asociados al Personal de Enfermería.....	18
5.3.3 Factores Organizacionales.....	20
5.4 Perspectiva de la atención	22
Capítulo III	24
VI. Material y Métodos	25
6.1. Enfoque.....	25
6.2. Diseño Metodológico	25

6.3. Universo o población	25
6.4. Unidad de Observación	25
6.5. Muestra y Muestreo	25
6.7. Variables	27
6.8 Criterios de Selección	27
6.8.1. Criterios para el Personal de Enfermería.....	28
6.8.2 Criterios para los Pacientes.....	28
6.9 Instrumento	28
6.10 Procedimiento	31
6.11 Análisis Estadístico.....	33
6.12. Plan De Difusión	35
6.13. Consideraciones Éticas y Legales	35
Capítulo IV	39
VII Resultados.....	40
VIII Discusión	61
IX Conclusiones	68
X Sugerencias.....	68
XI. Referencias	71
XII. Anexos.....	80
Anexo 1. Cédula de colecta de datos Cuidado Perdido Enfermería (MISSCARE) para el Paciente	80
Anexo 2. Cédula de colecta de datos Cuidado Perdido Enfermería (MISSCARE) para enfermería.....	85
XIII. Apéndices.....	93
Apéndice 1. Fórmula para el cálculo del tamaño de muestra.....	93

Apéndice 2. Fórmula para la tasa de rechazo	93
Apéndice 3. Operación de la variable independiente cuidado perdido	94
Apéndice 4. Operación de la variable dependiente perspectiva del paciente	95
Apéndice 5. Operación de variables sociolaborales de enfermería y demográficas de los pacientes	96
Apéndice 6. Autorización de los autores	99
Apéndice 7. Carta de consentimiento informado para los pacientes	101
Apéndice 8. Carta de consentimiento informado para el personal de enfermería.....	103
Apéndice 9. Carta de no conflicto de interés	105
Apéndice 10. Carta de solicitud para aprobación por los Comités de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolas de Hidalgo.	106
Apéndice 11. Dictamen de aprobación por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolas de Hidalgo....	107
Apéndice 12. Dictamen de aprobación por el Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolas de Hidalgo.	108
Apéndice 13. Dictamen de aprobación por el comité de ética e investigación del Hospital de segundo nivel.....	109
Apéndice 14. Oficio de aprobación, para aplicación del instrumento para la prueba piloto en el Hospital de la Mujer.	110
Apéndice 15. Plan de difusión Foro I+E-2023.....	111
Apéndice 16. Plan de difusión 2º Congreso Internacional de Investigación de Pregrado en Salud.....	112

Índice de figuras

No. De figura	Título	Pág.
1	Muestra de estudio	26
2	Procedimiento 34	33

Índice de tablas

No. de tabla	Título	Pág.
1	Puntos de corte sección A cuidado perdido	34
2	Puntos de corte sección B Razones para que se pierda el cuidado	34
3	Datos sociolaborales de enfermería	40
4	Características laborales de enfermería	42
5	Datos sociodemográficos de los pacientes	44
6	Cuidado perdido de enfermería	45
7	Necesidades individuales	46
8	Planificación del alta y educación	47
9	Cuidado básico	47
10	Evaluaciones continuas	49
11	Factores condicionantes	50
12	Recurso humano	51
13	Recurso material	52
14	Comunicación	52
15	Perspectiva de los pacientes hospitalizados	54
16	Necesidades individuales	55
17	Planificación del alta y educación	56
18	Cuidado básico	57
19	Evaluaciones continuas	58
20	Correlación de variables	60

Introducción

La práctica de enfermería implica una amplia gama de tareas diarias, durante la cual pueden llegar a presentarse los denominados cuidados perdidos, también conocidos como "Missed Care" en inglés, se refiere a las actividades que el personal de enfermería debería llevar a cabo pero que no se realizan o se posponen, esto puede deberse a la influencia de diversos factores relacionados con el recurso humano, los recursos materiales y la comunicación. Los cuidados perdidos de enfermería son definidos por Kalisch y Williams (2009) como aquel aspecto del cuidado que, siendo necesario, es omitido de forma total o parcial o diferido en el tiempo.

La pérdida de cuidados en los pacientes hospitalizados representa un riesgo para la seguridad, conducen a resultados adversos, estancias prolongadas, mayor gasto de recursos incrementando el gasto en salud, disminuye la calidad de la atención y por ende la satisfacción de los usuarios; están relacionados con indicadores de eficacia y de gestión, repercutiendo perjudicialmente en la recuperación, pronóstico y vida del paciente; problema que afecta tanto a los pacientes, a los profesionales y al sistema de salud (Bolado, 2021, Hernández et al., 2022), por lo tanto, la perspectiva de la atención se define como el enfoque que el paciente desde su punto de vista aprecia en relación con la atención recibida.

La literatura internacional y nacional da a conocer que, dentro de los cuidados perdidos por el personal de enfermería, los de tipo básico son los que en mayor porcentaje se presentan, los cuales incluyen cuidados de la cavidad oral, movilización de los pacientes cada dos horas, asistencia para la deambulaci3n, elaboraci3n de planes de alta y educaci3n; en cuanto a los factores asociados a la p3rdida de cuidados la falta de recurso laboral aparece en primer orden.

Algunos autores como Hernández et al. (2022), resaltan la necesidad de explorar la situación que presentan los cuidados perdidos o retrasados y su repercusión en la calidad del cuidado, centrado en identificar errores de omisión y no solo los de comisión.

En el entorno hospitalario es de suma importancia que se identifique la presencia de esos cuidados de enfermería que se retrasan o se omiten y los factores que contribuyen a que se pierdan en usuarios dependientes total o parcialmente de sus cuidadores. Indagar y reconocer el retraso u omisión en las instituciones donde se brinda el cuidado resulta importante para crear estrategias e intervenciones que ayuden a mejorar el cuidado, además de contar con evidencia científica (López-Cocotle, et al., 2021, p.209).

Por lo anterior el presente estudio pretende analizar la relación entre los cuidados perdidos de enfermería y la perspectiva del cuidado en pacientes de un hospital de segundo nivel, para lo cual este trabajo está integrado en tres capítulos: el primero describe la justificación, planteamiento del problema, objetivos e hipótesis, el segundo capítulo explica en el marco teórico las variables cuidados perdidos de enfermería y la perspectiva de la atención, y el capítulo tercero señala la metodología a seguir para la recolección de datos, presentación del instrumento, las consideraciones éticas y legales del estudio. Por último el capítulo cuatro presenta los resultados, comparación con otros estudios, conclusiones y sugerencias.

La investigación contribuye al desarrollo de la Línea de Generación y Aplicación Innovadora del Conocimiento (LGAIC): cuidado de enfermería, salud del trabajador y nutrición, que cultiva el cuerpo académico CA UMSNH-CAEC-230 estilo de vida saludable de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Capítulo I

I. Justificación

Enfermería es el grupo ocupacional más numeroso del sector de la salud, ya que representa aproximadamente el 59% de los profesionales, en todo el mundo el personal de enfermería suma 27.9 millones, de los cuales 19.3 millones (69%) son profesionales en enfermería, 6 millones (22%) auxiliares de enfermería y 2.6 millones (9%) no se clasifican en ninguno de los dos grupos mencionados. (situación de la enfermería en el mundo, 2020). En cuanto al género, predomina el sexo femenino en un 90% según lo publicado en el informe sobre la situación de la enfermería en el mundo, elaborado por la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2020), junto con el Consejo Internacional de Enfermeras [CIE] y la campaña mundial Nursing Now.

En México la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo [ENOE] (2021), declara que existen alrededor de 620.000 profesionales de enfermería y predomina el sexo femenino con el 70%. Stewart et al., (2019) indican que las enfermeras en todo el mundo prestan alrededor del 80% de la atención directa en las unidades hospitalarias.

En México en el 2020 de los 126 millones de habitantes de México, el 73.5%, es decir 92 millones 582 mil 812 personas, están afiliadas a servicios de salud, de estos, el 97.7% están afiliadas a algún servicio público, mientras que el 2.3% restante a seguros o servicios privados. De acuerdo con los datos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL] (2020) sobre la Medición de la Pobreza que indica que, la población afiliada al INSABI, antes Seguro Popular, fue de 34.9 millones de personas.

Autores a nivel internacional mencionan que la presencia del fenómeno de los cuidados perdidos es un problema a nivel mundial, con reportes que varían entre un 9% a un 62% su presencia (Hernández et al., 2022).

La Agencia de Investigación para el Cuidado de la Salud y la Calidad refiere que los errores por omisión (cuidados perdidos) son más difíciles de reconocer y no se reportan, a diferencia de los errores de comisión (Kalisch et al., 2011). Es por ello por lo que no se cuenta con registros que aporten información sobre la presencia y frecuencia de este tema.

Kalisch et al., (2009), dieron a conocer la magnitud del tema, en el cual identificaron que el 73% de las enfermeras en el estudio admitieron no realizar intervenciones de necesidades individuales y gran parte de los cuidados relacionados atención básica del paciente, el 71% no efectuó actividades referentes a la planificación y educación del paciente, y 44% no llevo a cabo la evaluación del paciente.

Una revisión sistemática del 2012 al 2018 realizada por Zárate-Grajales y Mejías (2019) observaron que entre los países que han realizado estudios sobre este fenómeno se encuentran: Estados Unidos (48.9%), seguido por la República de Islandia (4.3%), Australia (4.3%), Corea del Sur (4.3%) y México (4.3%). El resto de los países como Reino Unido, Jordania, Islandia, Nueva Zelanda, Brasil, Suecia, Israel, República de Chipre, Suiza, Irán y Canadá; se reporta un estudio. Los cuidados perdidos principalmente reportados fueron: los de tipo básico como el cuidado de la boca (35.7-74%); baño y cuidado de la piel del paciente (10-73%); asistir en la deambulaci3n (53-73%) y apoyo durante la alimentaci3n (52-68%), resultados similares se presentaron en estudios realizados por Kalisch et al. (2011 y 2012) en donde reflejan los cuidados que más se pierden que fueron: la deambulaci3n tres veces al día, cambios posturales cada 2 horas, cuidados de la boca, así como, la administraci3n de medicamentos a la hora.

En relaci3n a los factores relacionados con esos cuidados no realizados, en la revisi3n sistemática describen que son debidos a: falta de organizaci3n (62%); cantidad inadecuada de personal (58.9-84.9%); dentro de los factores relacionados al paciente:

aumento del número de pacientes, altas hospitalarias, movimientos hospitalarios, gravedad del paciente y situaciones de emergencia en un turno (59.9-87.4%); falta de recursos materiales (73.4%) y deficiente comunicación entre los miembros del equipo de salud (81.2%) (Zárate-Grajales y Mejías, 2019, p.444).

Kalisch (2011) por su parte reporta que las razones para que se presente la atención pérdida fueron la falta de recursos laborales (85%), deficiencia en recursos materiales (56%) y la comunicación no asertiva entre el personal (38%); lo anterior se relaciona directamente con lo encontrado por Hernández-Valles (2016), refiere que el personal de enfermería hizo mención del problema del recurso humano en un 50% como factor principal para que el cuidado se pierda, seguido por los recursos materiales y problemas con la comunicación.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico [CONAMED], (2017, p.9) identificó los elementos relacionados con mala práctica de enfermería utilizando para ello 40 estándares básicos que se definieron en forma arbitraria, y evidenció que el 20% fue por acto u omisión de enfermería, generando daño a la salud del paciente independientemente del nivel y establecimiento en salud.

Bolado (2021), lo refiere como un problema que afecta tanto a las instituciones de salud y a los profesionales de enfermería, con consecuencias en los pacientes, como, aumento de la estancia hospitalaria, disminución de la satisfacción de los usuarios, mayor tiempo invertido por el personal de enfermería al aumentar la complejidad de los cuidados repercutiendo en sobrecarga laboral ocasionando desgaste para el desarrollo de sus funciones, lo que ocasiona un mayor gasto de recursos tanto humano, material y económico (Rojas, 2015).

La reducción en la cantidad de los cuidados o el no realizarlos como lo menciona Moreno-Rodríguez (2015) produce un riesgo, con graves repercusiones llegando a

causar efectos adversos perjudiciales para la seguridad y vida del paciente (p.330). En consecuencia, Hernández (2017) alude que los eventos adversos generalmente son precedidos de errores e incidentes en la atención, así como también por omisiones.

Lo anterior concuerda a lo publicado por Zárate-Grajales y Mejías (2019) y Hernández (2022), coinciden que los cuidados de enfermería que se dejan de hacer amenazan la seguridad de pacientes, calidad de atención y cuestiona la actuación de los profesionales de enfermería, llegando a producir daños en la salud del paciente que pueden llegar a ser: infecciones agregadas, lesiones por presión, retrasos u omisión en la medicación, alteraciones metabólicas y riesgo de caídas, lo que deriva en estancias prolongadas, reingresos hospitalarios y mayor gasto para el sistema de salud. La omisión de cuidados de enfermería podría resultar en importantes daños a causa de resultados adversos para el paciente, más aún, en aquellos que se encuentran en condición vulnerable (Bittner 2011), afectados en mayor grado por factores sociales, económicos y políticos.

El tema de los cuidados perdidos es un fenómeno que ha sido poco explorado como lo refieren Hernández (2022), Zárate-Grajales & Mejías (2019), López-Cocotle (2021); estudios revisados por Bolado (2021) hacen énfasis en la falta de investigación acerca de este problema, puesto que la mayoría de los estudios se centran en los errores de comisión, aunque en los últimos años ha incrementado el interés por investigar los errores por omisión en las instituciones.

Marven (2016), menciona que el realizar estudios sobre este tema puede ser preciso para una mejora en la calidad de la atención, a fin de disminuir los errores en la práctica clínica y de esta manera no ver mermados los esfuerzos del personal de enfermería.

Se requiere una investigación más profunda que recopile y analice las percepciones y experiencias de los profesionales de enfermería sobre los cuidados perdidos. Así mismo, identificar la perspectiva de los pacientes sobre la atención recibida; que no necesariamente pueden ser los referidos por los profesionales. Es decir, comprender cómo los profesionales y los pacientes perciben y experimentan este fenómeno puede ser clave para abordar los factores causales detrás de los cuidados perdidos y promover las condiciones de trabajo favorables para brindar un cuidado de calidad, esto incluye factores organizativos, de recursos, de carga de trabajo, culturales y de gestión.

Así mismo, se pretende que los resultados de esta investigación contribuyan como referencia para emprender acciones y hacer recomendaciones que aporten beneficios tanto para los profesionales, los pacientes y para la propia institución como gestores de los servicios. Además, permitirá contar con evidencia científica, identificar áreas de mejora y estimular la adopción de estrategias para entregar cuidados efectivos.

El presente estudio fue posible de realizarse ya que se accedió a la población sujeto de estudio y contribuye a clarificar el estado del arte sobre el tema de los cuidados en un hospital público. Así mismo, esta investigación se realizó durante un año, periodo necesario requerido para realizar un diseño correlacional. Los recursos materiales y de servicios, así como, los gastos se cubrieron en su totalidad por el responsable de la investigación.

II. Planteamiento del Problema

El cuidado como esencia y arte del trabajo de enfermería es la piedra angular para la recuperación o deterioro del enfermo debiendo realizarse de forma consciente, con vocación, de manera integral y competente a fin de otorgar cuidados que garanticen altos niveles de calidad, seguridad y responsabilidad tanto profesional, ética, legal y social.

Los cuidados perdidos u omitidos por parte de los profesionales de enfermería es un problema universal, que incide en la presencia de resultados adversos, atenta contra la seguridad de los pacientes, disminuye la percepción en la calidad de la atención y por consecuencia en la satisfacción de los usuarios, su importancia radica en el impacto directamente perjudicial a la salud y al bienestar del paciente, derivando en daños importantes tanto para los usuarios, sus familias y en general para el sistema de salud.

En el Hospital General “Dr. Miguel Silva” se observa el fenómeno relacionado con la omisión o pérdida de cuidados de enfermería. Dentro de los cuidados perdidos no estudiados o reportados se encuentran las intervenciones propias de los profesionales enfermeros tales como: cambios posturales, retrasos u omisiones en la medicación, falta de medidas higiénico-dietéticas entre las que se destacan el aseo de la cavidad oral, la asistencia para la ingestión de la dieta, cuidados de la piel, así como, la deambulaci3n, la movilizaci3n o elaborar un plan de alta y educaci3n al paciente; intervenciones que no se especifican en la terapéutica médica, así como aquellos que se delega su ejecuci3n al cuidador o que se transfieren a otros profesionales.

Lo anterior tienen como resultados cuidados que no se brindan en su totalidad o que se ofrecen de manera parcial, lo que conlleva a presencia de efectos adversos tales como: infecciones agregadas, lesiones por presi3n, presencia de caídas, alteraciones

metabólicas e incluso desnutrición, son cuidados que el personal administrativo y de enfermería de la institución de carácter público pareciera no valorar con relevancia clínica para la recuperación del estado de salud y calidad de vida del individuo.

Así mismo, se ha observado que algunos factores que favorecen esta problemática son: la plantilla insuficiente de personal para cubrir las necesidades reales, ausentismos no programados, el aumento en el número de pacientes, que tienen como resultado una sobrecarga de trabajo, aunado a la falta de compromiso del personal con la misión del hospital, además, de una deficiente comunicación y organización son condicionantes para una atención incompleta, retrasada u omitida.

Conjuntamente, el incremento en la demanda de cuidados en pacientes de alta complejidad que se encuentran en los servicios de hospitalización, la priorización de actividades de acuerdo con el juicio crítico de enfermería y las situaciones de urgencia hacen que los cuidados se pierdan o se realicen parcialmente en los pacientes que solo requieren cuidados de mediana o baja complejidad.

Por otra parte, explorar de manera paralela la perspectiva de los pacientes atendidos los cuales aportan información valiosa acerca de la apreciación en el cuidado brindado, en ocasiones reflejándose en quejas en las diversas instancias por necesidades no satisfechas, por lo cual resulta imperante conocer su perspectiva y de esta manera garantizar una adecuada atención y a la vez mejorar la percepción relacionada con el indicador de calidad.

Al momento, no se cuenta con un estudio o base de datos que proporcionen información acerca de la dimensión del problema ya que aún no han sido estudiados o definidos en la población del Hospital General “Dr. Miguel Silva”. Lo anterior pone de manifiesto la necesidad de abordar esta problemática el cual pretende indagar la

presencia de aquellos cuidados que no se realizan o se brindan de manera parcial y de los factores que condicionan su omisión en el paciente hospitalizado.

La identificación y su relación permiten proporcionar información de utilidad para la gestión de los servicios de enfermería; así mismo permitirá diseñar estrategias que hagan posible eliminar o disminuir las omisiones en la atención. Es importante que se desarrolle el estudio para generar áreas de oportunidad y mejora en la institución, a fin de que los cuidados no se retrasen o se omitan y por ende aumentar la recuperación, el bienestar y la satisfacción tanto de los usuarios y del personal.

Considerando lo anterior se plantea la siguiente pregunta eje de investigación: ¿Cuál es la relación entre los cuidados perdidos de enfermería y la perspectiva de la atención en pacientes de un hospital de segundo nivel?.

III. Objetivos

3.1. General

Analizar la relación entre los cuidados perdidos de enfermería y la perspectiva de la atención en pacientes de un hospital de segundo nivel.

3.2. Específicos

1.- Describir las características sociodemográficas de la población sujeto de estudio.

2.- Identificar la presencia de cuidados perdidos por el personal de enfermería.

3.- Especificar los factores condicionantes que influyen en la presencia de los cuidados perdidos en el personal de enfermería.

4.- Definir la perspectiva de la atención de enfermería en los pacientes hospitalizados.

IV. Hipótesis

4.1 Hipótesis Nula

H₀ Los cuidados perdidos de enfermería no están relacionados con la perspectiva de la atención en pacientes de un hospital de segundo nivel.

4.2 Hipótesis De Investigación

H_i Los cuidados perdidos de enfermería están relacionados con la perspectiva de la atención en pacientes de un hospital de segundo nivel.

Capítulo II

V. Marco teórico

5.1 Antecedentes de los cuidados perdidos

El fenómeno de los Cuidados Perdidos de la Enfermería "Missed Care" fue abordado por B. J. Kalisch en el 2006 mediante un estudio cualitativo, a través del cual creó el primer marco conceptual, reconoció el fenómeno de la falta de cuidados de enfermería y lo atribuyó a factores de tipo extrínseco e intrínsecos en los que se encuentran la falta de tiempo para realizar una tarea, personal inadecuado, uso deficiente de los recursos de personal, la negación, la costumbre y el "síndrome de que no es mi trabajo" (Kalisch, 2006).

Tras su posterior análisis por Kalisch et al. en el 2009, formuló el Modelo de Cuidados Perdidos u Omitidos, y fundamentó su aplicación en distintos entornos, basado en los valores y creencias de todos los implicados en el proceso, categorizándolos en cuatro dimensiones:

- 1) Necesidades individuales (respuestas humanas).
- 2) Planificación del alta y educación (participación y a tomar decisiones informadas sobre la atención).
- 3) Cuidado básico (satisfacer necesidades básicas, cuando el paciente carece de autonomía).
- 4) Cuidado con evaluaciones continuas (implican el proceso continuo de vigilar a los pacientes) (Kalisch, 2009).

También contempla los factores que influyen para que esto suceda, agrupándolos en tres dimensiones que son:

- 1) Recursos humanos
- 2) Recursos materiales

3) Comunicación.

El modelo del cuidado perdido de Kalisch está sustentado en el modelo de calidad de Donabedian de 1966 que contempla tres aspectos:

1) La estructura: que son las características propias del hospital refiriéndose a estructurales como organizativas, los recursos humanos (que contempla las características de los pacientes y del personal), los recursos materiales y financieros.

2) El proceso: se refiere a la atención en general en donde ubica el cuidado perdido u omitido de enfermería.

3) Los resultados: son el producto final de la atención y las consecuencias que podrían traducirse en resultados negativos para los pacientes (Donabedian, 1966).

5.2 Marco conceptual de los cuidados perdidos

Los cuidados perdidos de enfermería fueron definidos por Kalisch (2009) como aquel aspecto del cuidado que, siendo necesario, es omitido de forma total o parcial o diferido en el tiempo, esto se refieren a las actividades del cuidado de enfermería que deberían llevarse a cabo pero que no se realizan o se posponen lo cual pueden deberse a la presencia de factores que condicionan que se presenten.

Schubert et al. (2008), utilizaron el término “racionado” refiriendo a la omisión o el incumplimiento de las tareas de enfermería necesarias para los pacientes debido a la falta de tiempo, nivel de personal y/o combinación de habilidades, así mismo, Lucero et al., (2009), lo definieron como necesidades no satisfechas de los pacientes.

La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2009), describe el error como la no realización de una acción prevista tal y como se pretendía, o aplicación de un plan incorrecto, así mismo, distingue el error por comisión el cual ocurre como resultado de una acción tomada como realizar de manera incorrecta algún procedimiento o una intervención, así mismo y el error por omisión al resultado de una acción no tomada como el no realizar el procedimiento o la intervención; el cuidado perdido se considera un error por omisión, siendo el más difícil de detectar y más aún de reportar que los errores por comisión.

Ausserhofer et al. (2014), nombraron al cuidado de enfermería dejado de lado (nursing care left undone) para referirse a las actividades de enfermería necesarias para los pacientes, pero que se perdieron por falta de tiempo.

Por su parte, Sochalski (2004), empleó el término “tareas deshechas, no realizadas o sin finalizar” (tasks undone, unfinished care), para referir aquellas actividades del cuidado que enfermería no finalizó por la carga de trabajo, las cuales podrían ser un factor asociado a los problemas de seguridad del paciente en los hospitales, así mismo, Ball (2014), lo define como cuidados no prestados, VanFosson et. al (2016) lo mencionaron como cuidados de enfermería inconclusos.

Todos los términos pretenden describir situaciones en las que no se completan los cuidados de enfermería esenciales o rutinarios e incorpora todos los aspectos de los cuidados de enfermería tanto emocionales, clínicos o administrativos que una enfermera debe realizar (Recio-Saucedo et al., 2018).

5.3 Marco referencial de los cuidados perdidos

La teoría de enfermería que le da sustento a este proyecto de investigación es la teoría de rango medio de B. Kalisch et al. en el 2009, la cual evidenció acciones del cuidado que se llegan a omitir o retrasar.

Se han identificado elementos del cuidado que son omitidos, perdidos o retrasados con mayor frecuencia en pacientes hospitalizados, dichos elementos son referentes a intervenciones de:

1. Necesidades individuales: tales como la administración de medicamentos a tiempo, apoyo emocional, respuesta al llamado del paciente, pases de visita con el equipo interdisciplinario, solución a las necesidades de los pacientes.
2. Planificación del alta y educación del paciente.
3. Intervenciones de cuidado básico: como la deambulaci3n, cambios de posici3n, alimentaci3n retrasada o no proporcionada, ba1o, cuidados de la boca y cuidados de la piel.
4. Intervenciones de cuidados y evaluaciones continuas: registro de signos vitales, balance de l3quidos, registros, monitorizaci3n de la glucosa, evaluaci3n continua, cuidados de accesos vasculares (Kalisch, 2009).

5.3.1 Factores Condicionantes de los Cuidados Perdidos

Z3rate-Grajales y Mej3as (2019) mencionan que los elementos del cuidado perdido de enfermer3a son aquellas tareas o actividades que no se realizan por una serie de razones.

Kalisch (2009), identifica como factores condicionantes para que se presenten los cuidados perdidos por parte de los profesionales de enfermer3a elementos relacionados con:

1. El recurso humano: como el número insuficiente de personal, situaciones de urgencias o gravedad de los pacientes y sobre carga de trabajo por aumento en el volumen de pacientes.

2. El recurso material: tales como medicamentos y materiales no disponibles, así como, equipos disfuncionales.

3. La comunicación: asociados a enlaces de turnos deficientes, delegación de funciones, falta de apoyo y comunicación entre los miembros del equipo ya sea enfermera-enfermera, enfermera-médico y en general con otros servicios de apoyo.

En otros estudios se ha dado a conocer que el número de personal inadecuado, los factores ambientales, las situaciones de urgencia y la escasa percepción acerca de la presencia del fenómeno de los cuidados perdidos por parte del personal de enfermería como razones principales para que se pierdan u omiten los cuidados (Mills, 2021).

Por su parte Schubert et al. (2008), evidenciaron la asociación del cuidado de enfermería perdido y su impacto en los resultados del paciente y los relaciona con las características del personal, su entorno y expertis, así como, las particularidades de los pacientes y las del propio sistema.

5.3.2 Factores Asociados al Personal de Enfermería

Las investigaciones determinan elementos de tipo intrínsecos y extrínsecos como causas asociadas al personal de enfermería que favorecen el retrasar los cuidados:

Extrínsecos como remuneración baja, falta de incentivos, y la incertidumbre ante la certeza laboral, se han relacionado directamente con la motivación que tiene el personal al desempeñar su trabajo.

Intrínsecos como el agotamiento por parte de enfermería hace que el cuidado se racione, debido principalmente con el ambiente laboral deficiente y las fallas en las

relaciones interprofesionales, reflejándose en el impacto emocional del personal (Rabadán-Silva, 2020), aparte de insatisfacción y sentirse infravaloradas para las funciones que desempeñan, en este sentido la Consejo Internacional de Enfermería [CIE] señala que el 80% de las enfermeras afirman estar sobre cualificadas para las funciones que desempeñan, lo cual genera que se sientan infravaloradas e insatisfechas en el trabajo, (OMS, 2023); el agotamiento y la fatiga en las enfermeras que trabajan más horas y que doblan turnos tienen más probabilidades de cometer errores que ponen en peligro la seguridad del paciente (Rabadán-Silva, 2020).

Por otro lado, la falta de equilibrio entre la vida laboral, familiar y social del personal de enfermería llegan a generar más bajas y constante renovación del personal, esto puede provocar mayor riesgo de problemas de salud mental (Sovold et al., 2021).

La insatisfacción laboral provoca ausentismo entre las enfermeras profesionales y como resultado menor cuidado por el personal que si acude a trabajar (Bekker, 2015).

En una investigación cualitativa, Janatolmakan (2022), explica las consecuencias de los cuidados dejados de hacer en el personal de enfermería generando angustia moral, mayor grado de insatisfacción debido a la demanda excesiva de trabajo y por la misma insatisfacción del paciente, con sensación de que no están realizando bien su trabajo y con deseos de abandonarlo, en este sentido Jones et al., (2015) reporta menor autoestima y un sentimiento de inadecuación por parte del personal de enfermería.

5.3.3 Factores Organizacionales

Se ha identificado a nivel mundial que componentes de tipo organizacional como una mala gestión, falta de recurso económico y humano son condicionantes para que se den los cuidados perdidos (Janatolmakan, 2022), además, Schubert (2008), indica que los recursos limitados, y entornos son condicionantes para que se racione el cuidado

En relación con el factor económico, la OMS recomienda a cada país invertir entre el 6 y 8% de su producto interno bruto [PIB] para el gasto público en salud, en México en el 2022 se invirtió solamente el 2.91% del PIB, así mismo, el gasto público per cápita en sanidad en México fue de 300 euros por habitante lo que es igual a \$37.924.27.

México destaca, dentro de los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico [OCDE], por tener infraestructura hospitalaria y recursos humanos insuficientes en el sector salud (Lomelí-Vanegas, 2020).

En cuanto al factor relacionado con el recurso humano a nivel internacional los estudios han demostrado relaciones significativas entre la falta dotación de personal y la mala atención; el recurso laboral se identifica como factor principal que contribuye a la omisión de cuidados, existiendo una relación directa entre el aumento del cuidado perdido y la poca cantidad de personal, con el consecuente impacto en los resultados de los pacientes (Griffiths et al., 2018).

La comisión permanente de enfermería [CPE] (2018), en el informe sobre el suministro seguro de personal basado en la evidencia afirma que:

"La dotación de enfermeras segura es fundamental para la seguridad del paciente y la calidad de la atención en los hospitales, la comunidad y todos los entornos en los que se prestan los cuidados. Una dotación inadecuada o insuficiente de personal de enfermería aumenta el riesgo de que la asistencia se vea comprometida, que se produzcan consecuencias negativas para los pacientes, resultados clínicos inferiores,

muerte de pacientes hospitalizados y una peor experiencia asistencial de los pacientes... también provoca cargas de trabajo insostenibles y tiene un impacto negativo en la salud y el bienestar del personal. Varios estudios sugieren que invertir en niveles de dotación de personal de enfermería seguros, eficaces y basados en las necesidades puede ser rentable...".

En México el promedio de enfermeras está por debajo del 68% considerando personal de instituciones públicas y privadas, datos de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia [ENEO], refiere que en México tiene 2.9 enfermeras de las 8.8 por cada mil habitantes que marca la OMS (ENEO, 2022)

En este sentido un estudio de Haakenstad et al. (2022), señalaron que hoy en día el déficit de personal supera los 30 millones de enfermeras en todo el mundo y la mayor escasez se concentra en los países de ingresos medios y bajos.

Una investigación en centros de cuidados agudos en Illinois ha concluido que en caso de que los hospitales hubieran contado con un índice de dotación de personal 4:1 durante el año de duración del estudio, se pudieran evitar más de 1 595 muertes, y en su conjunto, se hubieran ahorrado más de 117 millones de dólares" (Lasater, et al., 2021).

Al respecto Aiken et al., (2014), indicaron que un incremento del 10% en la proporción de enfermeras con título de licenciatura está asociado a una reducción del 7% en las tasas de mortalidad.

En relación con el entorno de trabajo las características negativas del ambiente en la práctica de enfermería demuestran que los cuidados pueden verse comprometidos por ambientes mal organizados que no favorecen el óptimo desempeño de los profesionales y hacen que se racione el cuidado (Jones et. al 2015, Lee & Scott, 2018, Lake 2016).

5.4 Perspectiva de la atención

Existen características individuales de los usuarios que influyen en la percepción del cuidado como: la edad, grado de escolaridad, sexo, estado de salud y experiencia previa en la atención de enfermería.

Datos sugieren que la condición de salud, el aumento de los niveles de gravedad y complejidad de los pacientes incrementan las exigencias impuestas a los enfermeros, lo que puede repercutir negativamente (Brooks-Carthon et al., 2015).

En relación con la perspectiva que tienen los pacientes sobre el cuidado percibido, se define como el enfoque desde el punto de vista que el usuario como receptor del servicio aprecia en relación con el cuidado otorgado, estudios previos denotan la capacidad del paciente de percibir la omisión (Kalisch, 2012).

Aiken (2017), reveló que la percepción del paciente sobre la calidad de la atención se vio afectada por la presencia de cuidados perdidos de enfermería.

Una revisión sistemática centrado en la perspectiva de los pacientes por Bagnasco et al. (2020), encontraron que las necesidades no satisfechas son las relacionadas con la comunicación, educación, cuidados emocionales y psicológicos; aspectos como consolar/hablar con los pacientes, planificar la atención y enseñar/consejería fueron referidas por pacientes en dos estudios a gran escala (Lake et al., 2016).

Los cuidados de enfermería perdidos son un predictor de la disminución de la satisfacción del paciente, decremento en la calidad de la atención, además de que aumenta los eventos adversos en el paciente (Jones et al., 2015).

Por lo tanto, se exhibe una relación directa entre una deficiente atención y la insatisfacción del usuario, esto puede deberse a la disminución en la calidad de la

atención, presencia de eventos adversos, causando descredito a la institución y robándole la confianza en el sistema de salud, (Janatolmakan, 2022).

El usuario posee una serie de atributos o cualidades que deben ser considerados al momento de hacer evaluaciones sobre el cuidado. Sin embargo, se ha dado poco énfasis a la opinión del paciente, como receptor del cuidado, su información resulta ser relevante y precisa, ya que le permite manifestar su punto de vista objetiva y subjetivamente de acuerdo con la perspectiva propia de la atención recibida.

Capítulo III

VI. Material y Métodos

6.1. Enfoque

El presente estudio fue de tipo cuantitativo, por su alcance descriptivo y correlacional (Polit y Beck, 2018, Grove y Gray, 2019).

6.2. Diseño Metodológico

Diseño correlacional, de acuerdo con el número de mediciones de corte transversal, no intervencional ya que no hubo manipulación de las variables (Polit y Beck, 2018, Grove y Gray, 2019).

6.3. Universo o población

Lo conformaron 152 profesionales de enfermeras y 265 pacientes de un hospital de segundo nivel.

6.4. Unidad de Observación

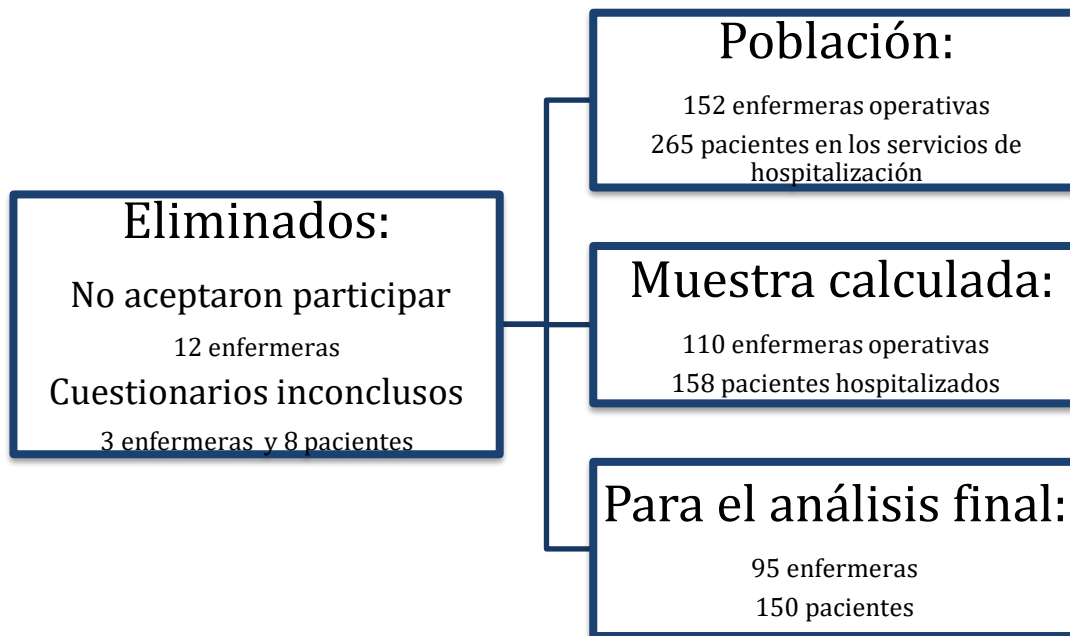
Personal de enfermería y pacientes hospitalizados en los servicios de ginecología/obstetricia, medicina interna, cirugía, neurocirugía, traumatología/ortopedia y mixto del Hospital General de Morelia Michoacán.

6.5. Muestra y Muestreo

La muestra calculada de acuerdo con la fórmula para población finita, con un nivel de confianza del 95% y un 5% de error con un resultado de $n=110$ profesionales de enfermería y $n=158$, de los cuales 15 enfermeras se excluyeron del análisis final, 12 por no aceptar participar en el estudio y 3 por cuestionario inconcluso, así mismo, pacientes

8 por cuestionario inconcluso. Al final se analizaron 95 encuestas de enfermería y 150 de pacientes. Figura 1, por consiguiente, se calculó una tasa de rechazo de 10.9%, la cual se observa en el apéndice 1; el muestreo fue de tipo aleatorio simple en los servicios de hospitalización y los turnos mencionados.

Figura 1. Muestra del estudio



6.6. Límites de tiempo, lugar y espacio

El estudio se realizó en el Hospital General “Dr. Miguel Silva” de la ciudad de Morelia Michoacán México, en el periodo comprendido en los meses de diciembre del 2023 y enero del 2024, en los servicios de hospitalización de ginecología/obstetricia, medicina interna, cirugía, neurocirugía, traumatología/ortopedia y mixto, en los turnos matutino, vespertino, nocturno A y B, así como, jornada acumulada.

6.7. Variables

Las variables de estudio fueron el cuidado perdido de enfermería y la perspectiva de la atención en el paciente.

El cuidado perdido se define como aquel aspecto del cuidado que siendo necesario es omitido de forma total o parcial o diferido en el tiempo, por el personal de enfermería (Kalisch, 2009), la operacionalización de esta variable se encuentra en el apéndice 3.

La variable perspectiva de atención del paciente, según la Real Academia Española [RAE] (2201), perspectiva se define del latín tardío [ars], óptica, punto de vista determinado desde el cual se considera o se analiza un asunto, en este caso referente a la atención proporcionada por el personal de enfermería durante su hospitalización. La operacionalización de la variable perspectiva de la atención en el paciente se puede consultar en el apéndice 4.

Las variables sociodemográficas y laborales de este proyecto para el personal de enfermería fueron: servicio, turno laboral, edad, género, grado académico, situación laboral, antigüedad en la institución y antigüedad en el servicio, pacientes asignados, ingresos y egresos en el turno y si realiza otro empleo.

Para los pacientes las variables fueron: servicio asignado, género, edad y grado académico, la operacionalización de las variables sociodemográficas se ubica en el apéndice 5.

6.8 Criterios de Selección

En este estudio participaron personal de enfermería con funciones operativas asistenciales y pacientes asignados a los servicios de hospitalización.

6.8.1. Criterios de selección para el Personal de Enfermería

6.8.1.1 Criterios de Inclusión. Personal de enfermería fijo o movable asignado a los servicios de hospitalización y turnos señalados.

6.8.1.2 Criterios de Exclusión. Se excluyó personal que al momento de recolectar la información estaba en periodo vacacional, de incapacidad, permiso, licencia, comisión, pasantes en servicio social, estudiantes, jefes de servicio, supervisores y jefes de enfermería y personal que no aceptó participar.

6.8.1.3 Criterios de Eliminación. Los instrumentos inconclusos

6.8.2 Criterios para los Pacientes

6.8.2.1 Criterios de Inclusión. Pacientes que se encontraban conscientes, orientados en persona, lugar y tiempo y que les fue posible contestar las preguntas, que contaban con un mínimo de 48 horas en los servicios de hospitalización de ginecología/obstetricia, medicina interna, cirugía, neurocirugía, traumatología/ortopedia y mixto.

6.8.2.2 Criterios de Exclusión. Pacientes bajo sedación, con alteración neurológica y/o con Glasgow menor de 8 puntos, y con menos de 48 horas de hospitalización y pacientes que no acepten participar.

6.8.2.3 Criterios de Eliminación. Se eliminaron cuestionarios inconclusos.

6.9 Instrumento

Para la recolección de la información se utilizó el instrumento de Cuidados Perdidos de Enfermería (*Missed Nursing Care*), denominada MISSCARE Survey, diseñada por Kalisch & Williams (2009).

El instrumento MISSCARE fue traducido al español y adaptado al contexto mexicano por la Dra. Moreno-Monsiváis y su equipo, respetaron el procedimiento y los métodos de la escala original en inglés, la “Sección A Cuidado de enfermería perdido” con un alfa de Cronbach de 0,89; la “Sección B, Razones para el cuidado de enfermería perdido” se informó un valor alfa de 0,90, dicho instrumento se compone de tres secciones:

La primera sección contiene 23 reactivos referentes a los datos demográficos y laborales del personal de enfermería.

La segunda sección nombrada “Sección A Cuidado de Enfermería Perdido”, aborda los cuidados de enfermería que se proporcionan al paciente, dividido en cuatro dimensiones: la primera dimensión corresponde a las intervenciones de necesidades individuales integrada por siete preguntas conformadas por los reactivos 5, 10, 19, 20, 21, 22 y 23; la segunda dimensión corresponde a intervenciones de planificación del alta y educación del paciente compuesta por dos preguntas correspondientes a la 9 y 14; la tercera dimensión corresponde a las intervenciones de cuidado básico compuesto por ocho preguntas que incluyen la 1, 2, 3, 4, 11, 12, 13 y 24 y la cuarta dimensión corresponde a las intervenciones de cuidados y evaluaciones continuas integrado por siete preguntas 6, 7, 8, 15, 16, 17 y 18 con un total 24 ítems.

Esta sección se evalúa por una escala tipo Likert con un rango de respuesta que va de mayor a menor: 5 siempre, 4 frecuentemente, 3 de vez en cuando, 2 rara vez, 1 nunca y 0 no aplica esta opción es para aquellos cuidados que no procedan por el turno en el que se ejecutan, como asistir la deambulaci3n en el turno nocturno, las opciones de vez en cuando, rara vez o nunca se consideran cuidado perdido, dado que 1 corresponde a una mayor p3rdida de cuidados y el 5 corresponde con la ausencia de omisi3n. El puntaje m3nimo de la secci3n A fue de 24 y el m3ximo de 120.

De acuerdo con la autora del instrumento las opciones de respuesta de esta dimensión se transforman a una escala dicotómica, las opciones 5 y 4 se consideran cuidado realizado, mientras que las opciones 3, 2 y 1 se consideran cuidado perdido, excluyendo el 0 para evitar que sume al cuidado perdido. Este apartado se aplicará para identificar la presencia de cuidados perdidos por enfermería, así como, definir la perspectiva de la atención en los pacientes hospitalizados.

La tercera sección llamada “Sección B, factores que influyen para que se presente el cuidado de enfermería perdido”, se refiere a aquellos condicionantes por los cuales se pierden los cuidados de enfermería. Este apartado se divide en tres dimensiones, la primera dimensión es referente a los factores pertenecientes con el recurso humano compuesto por seis preguntas que corresponden la 1, 2, 3, 4, 5 y 17, la segunda dimensión concerniente a factores relacionados a los recursos materiales está compuesta por tres preguntas 6, 9 y 10 y la tercera dimensión tocante a los factores sobre la comunicación incluye ocho preguntas la 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15 y 16 con un total de 17 preguntas. La clase de respuestas es con una escala tipo Likert de cuatro puntos donde 4 significa razón significativa, 3 razón moderada, 2 razón menor y 1 no es una razón, lo que corresponde que a mayor puntaje existe una razón significativa para el cuidado perdido y a menor puntaje no es un factor importante para la omisión.

Para la sección B el puntaje mínimo de esta sección fue de 17 y el máximo de 68. Este apartado se empleó para especificar los factores condicionantes que influyen en la presencia de los cuidados perdidos por el personal de enfermería.

Para fines de esta investigación la primera sección correspondiente a datos sociolaborales del personal de enfermería se emplearon 12 preguntas y para pacientes 6 preguntas con datos sociodemográficos. Para medir en los pacientes el cuidado perdido en el personal de enfermería y la perspectiva del paciente, se aplicó la “sección A cuidado

de enfermería perdido”, teniendo como resultado α .889 y Ω .893. La “sección B, razones para el cuidado de enfermería perdido”, se descartó su aplicación en los usuarios y se aplicará solamente a enfermería debido a que los elementos que componen este apartado están relacionados al personal y a la organización dentro de la institución, se obtuvo un α .925 y Ω .926.

Es importante mencionar que para la utilización del instrumento se contó con la autorización de la autora (Kalisch y Williams, 2009), y por los autores de su traducción y validación en México (Moreno-Monsiváis et al. 2015), (ver apéndice 7).

6.10 Procedimiento

El procedimiento que siguió esta investigación se describe a continuación:

La investigadora elaboró el protocolo de investigación de acuerdo con la metodología de investigación de tipo cuantitativa.

En el mes de agosto del 2023 se solicitó la evaluación y aprobación por el comité de investigación y el comité de ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (apéndice 12), obteniendo dictámenes con respuestas positivas en el mes de septiembre 2023 con número CI/FacEnf/005-PG/2023 y CEI/FacEnf/005/POSG2023 respectivamente, se incluyen en los apéndices 13 y 14.

A la vez, se presentó el proyecto de investigación al comité de ética e investigación del Hospital General de Morelia, declarando no tener conflicto de interés para llevar a cabo la investigación (apéndice 11), obteniendo dictamen positivo con número de registro 674/02/23 en el mes de noviembre del 2023, apéndice 15.

Se solicitó autorización por conducto de la Facultad de enfermería al Hospital de la Mujer de Morelia Michoacán, para realizar una prueba piloto en personal de enfermería y pacientes con características similares a la población diana. Se aplicó una muestra de

15 enfermeras y 15 pacientes, en los servicios de cirugía general, medicina interna y gineco y obstetricia, apéndice 16.

Se solicitó una reunión con directivos y jefes de servicio del hospital donde se llevó a cabo el estudio para dar a conocer el proyecto y el desarrollo del mismo.

Además, el personal de apoyo pasantes en servicio social de Licenciatura en Enfermería se estandarizó para realizar la recolección de los datos. La capacitación tuvo lugar en la coordinación de enseñanza de enfermería del hospital, con una duración de 2 horas, en presencia de la tutora clínica.

La compra de equipo y material necesarios para el proyecto se realizó en tiempo y forma según el presupuesto estimado, ver apéndice 8.

Se seleccionó de manera aleatoria a los pacientes y al personal de acuerdo con la muestra estimada para cada grupo de participantes, se abordó a cada persona y se les solicitó que contestaran el instrumento MISSCARE para la colecta de datos, en idioma español, validados en población mexicana, previa firma de consentimiento informado, se anexan en los apéndices 9 y 10.

Se realizó la base de datos en el programa SPSS v27 para el análisis estadístico a fin de conocer los resultados, elaborar la discusión y obtener conclusiones y sugerencias, para posteriormente presentarse e informarse en un artículo de divulgación.

Todo lo anterior se cumplió cabalmente de acuerdo con el cronograma de actividades señalado en el apéndice número 6.

Figura 2. Procedimiento



6.11 Análisis Estadístico

Con las hojas de recolección de información, se realizó una base electrónica de datos para su procesamiento por medio del paquete Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 27.

Para el análisis estadístico inicial, se validó la consistencia interna del instrumento, obteniendo un alfa de Cronbach de $\alpha .882$ y omega de McDonald de $\Omega.850$, después se

realizaron puntajes de la escala total y en sus dimensiones, posteriormente se efectuaron puntos de corte para generar categorías.

Tabla 1. Puntos de corte sección A Cuidado perdido

Sección A Cuidado perdido	24 ítems	Likert	Mínimo Máximo	Categoría
		0 No aplica 1 Nunca 2 Rara vez 3 De vez en cuando 4 Frecuentemente 5 Siempre	0 – 23	1. No aplica
			24-72	2. Cuidado perdido
			23-120	3. Cuidado realizado

Elaboración propia

Tabla 2. Puntos de corte sección B razones para que se pierda el cuidado

Sección B: Razones para que se pierda el cuidado	17 ítems	Likert	Mínimo Máximo	Categoría
		1 No es una razón 2 Razón menor 3 Razón moderada 4 Razón significativa	17-	1. No es una razón para el CP
			10-68	2. Es una razón para el CP

Elaboración propia

Se utilizó estadística descriptiva para las variables intervinientes de tipo cualitativas nominales u ordinales de la población sujeta a estudio como: genero, estado civil, servicio y turno asignado, grado académico, tipo de contratación, se expresaron con frecuencias (*f*) y porcentajes (%). Para las variables de tipo cuantitativas discretas y/o continuas como edad, antigüedad laboral, antigüedad en el servicio se empleó estadística con medidas de tendencia central (media) y medidas de dispersión; desviación estándar (DE) y rangos.

Para identificar la distribución en la normalidad de los datos en el cuidado perdido por enfermería, así como, la perspectiva del paciente en relación con la atención pérdida

se recurrió a la prueba estadística de Kolmogorov-Smirnov de acuerdo con el tamaño de la muestra.

Finalmente, para correlacionar el cuidado perdido en enfermería y la perspectiva de los pacientes se utilizó la prueba de correlación Rho de Spearman por tratarse de un resultado no paramétrico.

6.12. Plan de Difusión

Como parte del programa de posgrado el protocolo de investigación se presentó en modalidad digital en el Foro I+E-2023 del 29 al 30 de noviembre, en el marco de la V Reunión Internacional de Investigación y Educación Superior en Enfermería, además, se publicó en la revista española Paraninfo Digital revista indexada y con índice de impacto de Fundación Índex (apéndice 15).

Así mismo, los resultados preliminares se presentaron en el 2º Congreso Internacional de Investigación de Pregrado en Salud modalidad híbrida en la Universidad de Guanajuato campus Celaya (apéndice 16).

6.13. Consideraciones Éticas y Legales

Esta investigación se encontró en el marco de la normativa internacional y nacional en materia de investigación; en el Reglamento de la Ley General de Salud (LGS) en Materia de Investigación para la Salud (Cámara de Diputados, 2014), en la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012 (Diario Oficial de la Federación, 2013) que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, en la Declaración de Helsinki por la World Medical Association y cuya revisión más reciente fue en la 64ª Asamblea General, Fortaleza, en Brasil octubre del

2013, así como, en el Informe Belmont “Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación” publicado en 1978.

Dentro de las pautas nacionales en el Reglamento de la Ley General de Salud (LGS) en Materia de Investigación para la Salud y en la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que consideran los siguientes artículos:

Artículo 13 establece el criterio al respeto a la dignidad humana y la protección de sus derechos y bienestar en toda investigación a la que el ser humano sea objeto de estudio.

Artículo 14, Fracción V, VII, VIII, se contará con el consentimiento implícito y explícito.

Con respecto al artículo 17 Fracción I, el presente estudio se consideró en el nivel I que es sin riesgo ya que no se realizó intervención alguna ni se interfirió en las variables.

Artículo 20 y NOM 11.3 puntualizan que todo sujeto de investigación debe autorizar su participación con pleno conocimiento, capacidad de libre elección y sin coacción alguna por lo cual los participantes lo harán de manera voluntaria, sin prejuicio y previo consentimiento informado.

Artículo 21 menciona especificaciones acerca del Consentimiento Informado en las fracciones I, IV, VI, VII y VIII, señalan que se proporcionará información a los participantes de manera clara sobre el objetivo del estudio, reiterándoles que su participación será de manera anónima, que la información se maneja de manera confidencial y que están en la libertad de retirarse del estudio en el momento que así lo decidan.

Atendiendo al Artículo 29 de la NOM en los apartados 6.3.2.6 que indican que se contará con la autorización de la institución de salud pública y con respaldo en el consentimiento informado.

Artículo 58 del capítulo V, fracción I y II referente a grupo subordinados sobre su participación, menciona el rechazo o el retiro de su consentimiento para participar. Al personal de enfermería que se le invitó a participar en este estudio se le explicó que este proyecto es independiente a su tipo de contratación o situación laboral y que no será en perjuicio, que su participación será voluntaria y anónima, protegiendo los derechos de privacidad y confidencialidad de la información obtenida, como también lo describe la NOM en su apartado 12.3 tanto en la publicación como en la divulgación de los resultados.

Artículo 62 en las disposiciones comunes fracción II carta de aceptación del titular de la institución donde se efectuaría la investigación y fracción III se debe contar con dictamen favorable por parte de los Comités de Investigación y de Ética en Investigación.

Artículo 116 dando cumplimiento a este apartado I, III, V y VI y a la NOM en los numerales que van del 6 al 6.3.2.10, señalan que el investigador realizará el protocolo siguiendo un plan metodológico, documentará y registrará todos los datos generados durante el estudio, seleccionará al personal participante en el estudio proporcionándoles la información y adiestramiento necesarios para llevar a cabo su función y se comprometerá a elaborar informes parciales y finales de su investigación NOM 10.10.

Pautas éticas internacionales la Declaración de Helsinki de la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013 describe los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos: principio ético 21 menciona que el proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación haciendo referencia a las consideraciones éticas, describiendo el financiamiento y declarando que no existe conflicto de interés, que no se darán incentivos y que no habrá consecuencias por la participación en esta investigación, principio 24 señala: se resguardará la privacidad y confidencialidad y principios 25 y 26 hacen mención al consentimiento informado.

Informe Belmont "Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación" publicado en 1978 respeto hacia el principio de autonomía y el libre derecho a decidir participar o no en la investigación, beneficencia puesto que no implica riesgos y sus resultados contribuirán a la teoría científica, justicia ya que se aplicó de manera general mientras cumplan con los criterios sin discriminación ni preferencias.

Se considera que este proyecto tiene valor científico ya que se realizó con un diseño metodológico, con pruebas validadas. Además, se considera con valor social ya que los resultados de esta investigación dan pauta para futuras investigaciones.

Capítulo IV

VII Resultados

El objetivo general de esta investigación fue analizar la relación entre los cuidados perdidos de enfermería y la perspectiva de la atención en pacientes de un hospital de segundo nivel. En este capítulo se detallan los resultados de acuerdo con los objetivos planteados, los cuales se presentan mediante tablas.

El objetivo específico uno, fue describir las características sociodemográficas de la población sujeta a estudio, se utilizó estadística descriptiva expresada con frecuencias y porcentajes. En el personal de enfermería se identificó que el género femenino fue el que predominó (81.8% vs 18% género masculino), en cuanto al grado académico el mayor porcentaje se ubicó en el nivel de licenciatura en enfermería (70.5%), el personal eventual (44.2%) e IMSS bienestar (26.3%) fueron el tipo de contratación más frecuentes y la mayoría refiere no poseer ningún otro empleo al momento del estudio (87.4%), sin diferencias importantes en las variables de servicio asignado y turno, como se observa en la tabla 3.

Tabla 3. Datos sociolaborales de las enfermeras (n= 95 enfermeras)

Datos sociolaborales de enfermería		<i>f</i>	%
Servicio asignado			
	Medicina interna	17	17.9
	Cirugía	13	13.7
	Traumatología y ortopedia	16	16.8
	Ginecología	13	13.7
	Neurocirugía	10	10.5
	Nefrología	14	14.7
	Mixto	12	12.6
Turno			
	Matutino	19	20

	Vespertino	22	23.2
	Nocturno A	17	17.9
	Nocturno B	24	25.3
	Jornada acumulada	13	13.7
Género			
	Masculino	18	18.9
	Femenino	77	81.8
Grado académico			
	Enfermera general	15	15.8
	Licenciatura en enfermería	67	70.5
	Diplomado en enfermería	3	3.2
	Especialidad en enfermería	7	7.4
	Maestría en enfermería	3	3.2
Situación laboral			
	IMSS Bienestar	25	26.3
	Personal Eventual o de contrato(PEVEN)	42	44.2
	Homologado	4	4.2
	Formalizado	8	8.4
	Regularizado	9	9.5
	Base federal	7	7.4
Posee otro empleo			
	Si	12	12.6
	No	83	87.4

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta MISSCARE para enfermería

Nota: f = frecuencias % = porcentajes

Además, se identificó que la media de edad del personal de enfermería fue 34.67, con una desviación estándar de ($DE = \pm 7.47$), con rango de 23 a 62 años.

En la tabla 4 se describen las características laborales del personal de enfermería que fueron: la mayoría del personal de enfermería presentó antigüedad de tres años en la institución (47.4%), el rango de antigüedad varió de uno a treinta y dos años, con media de 4.76 años y desviación estándar (DE=) ± 6.08 . En relación con la antigüedad en el servicio, la de mayor porcentaje fue la de un mes (28.4%), con media de .6) y desviación estándar (DE=) ± 0.94 , con rango de un mes a cinco años. En número de pacientes asignados la mayoría refirió atender a seis pacientes (40%), media de 6.83 y desviación estándar (DE=) ± 1.10 . La mayoría refirió tener de uno a dos ingresos por turno (47.4% y 34.7%) y egresar a un paciente en su jornada laboral (40%).

Tabla 4. Características laborales de enfermería (n= 95 enfermeras)

Características laborales de enfermería	<i>f</i>	%
Antigüedad en la institución		
1 año	11	11.6
2 años	16	16.8
3 años	45	47.4
4 años	6	6.3
5 años	4	4.2
7 años	2	2.1
9 o más	11	11.6
Antigüedad en el servicio		
1 mes	27	28.4
2 a 5 meses	17	18
6 meses	11	11.6
7 a 11 meses	6	6.3
1 año	18	18.9
1 año 11 meses	2	2.2
2 años	9	9.5
Mas de 2 años	5	5.3
Pacientes asignados		

	5 pacientes	5	5.3
	6 pacientes	38	40
	7 pacientes	28	29.5
	8 pacientes	17	17.9
	9 o más pacientes	7	7.4
Ingresos por turno			
	0	4	4.2
	1	45	47.4
	2	33	34.7
	3	8	8.4
	4	3	3.2
	5 o mas	2	2.2
Egresos por turno			
	0	35	36.8
	1	38	40
	2	16	16.8
	3	5	5.3
	4	1	1.1

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta MISSCARE para enfermería

Nota: f = frecuencias % = porcentajes

En las características sociodemográficas de los pacientes, la escolaridad primaria obtuvo 30.7% y secundaria 26.7%, así como, el estado civil casado 35.3% fueron las que denotaron mayor porcentaje, sin observar diferencias considerables en las variables servicio asignado, turno y género, como se muestra en la tabla 5.

Tabla 5. Datos sociodemográficos de los pacientes (n= 150 pacientes)

Datos sociodemográficos de pacientes		<i>f</i>	%
Servicio asignado	Medicina interna	25	16.7
	Cirugía	21	14.0
	Traumatología y ortopedia	25	16.7
	Ginecología	22	14.7
	Neurocirugía	20	13.3
	Nefrología	18	12.0
	Mixto	19	12.7
Turno	Matutino	31	20.7
	Vespertino	32	21.3
	Nocturno A	29	19.3
	Nocturno B	29	19.3
	Jornada acumulada	29	19.3
Género	Masculino	74	49.3
	Femenino	76	50.7
Escolaridad	Analfabeta	15	10.0
	Primaria	46	30.7
	Secundaria	40	26.7
	Carrera técnica	6	4.0
	Preparatoria	35	23.3
	Licenciatura	8	5.3
Estado civil	Soltero	45	30.0
	Casado	53	35.3
	Divorciado	4	2.7
	Viudo	8	5.3

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta MISSCARE para pacientes
 Nota: *f* = frecuencias % = porcentajes

También, se identificó que la media de edad de los pacientes hospitalizados fue 45.49años, con una desviación estándar de (DE=) ± 17.97 y un rango de edad de diecisiete a noventa y cuatro años.

En respuesta al objetivo específico dos que fue identificar la presencia de cuidados perdidos por el personal de enfermería, como se identificó en la tabla 6, tanto en la escala total como en las dimensiones el cuidado se realizó, pero se resalta que hubo cuidado perdido (23.3%) en la dimensión cuidado básico.

Tabla 6. Cuidado perdido de enfermería (n=95 enfermeras)

Cuidado perdido por el personal de enfermería		<i>f</i>	%
Escala total			
	Cuidado perdido	3	3.2
	Cuidado realizado	92	96.8
Necesidades individuales			
	Cuidado perdido	3	3.2
	Cuidado realizado	92	96.8
Planificación, alta y educación			
	Cuidado perdido	17	17.9
	Cuidado realizado	78	82.1
Cuidado básico			
	Cuidado perdido	22	23.2
	Cuidado realizado	73	76.8
Evaluaciones continuas			
	Cuidado perdido	1	1.1
	Cuidado realizado	94	98.9

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta MISSCARE para enfermería

Nota: *f* = frecuencias % = porcentajes

En la dimensión de necesidades individuales el personal de enfermería refirió como mayor omisión la asistencia a las visitas de evaluación del cuidado interdisciplinario (31.6%), mientras que responder en un tiempo menor a 5 minutos al llamado de un paciente (94.7%), fue el menos omitido, se describen en la tabla 7.

Tabla 7. Necesidades individuales (n= 95 enfermería)

Cuidado perdido en los pacientes hospitalizados	<i>f</i>	%
Administra los medicamentos dentro de los 30 minutos antes o después de la hora programada		
No aplica	2	2.1
Cuidado perdido	11	11.6
Cuidado realizado	82	86.3
Brinda apoyo emocional al paciente y/o familia		
Cuidado perdido	6	6.4
Cuidado realizado	89	93.6
Responde en un tiempo menor a 5 minutos al llamado de un paciente		
Cuidado perdido	5	5.3
Cuidado realizado	90	94.7
Administra en menos de 15 minutos las solicitudes de medicamentos		
No aplica	1	1.1
Cuidado perdido	11	11.6
Cuidado realizado	83	87.3
Evalúa la eficacia de los medicamentos		
Cuidado perdido	9	9.6
Cuidado realizado	86	90.4
Asiste a las visitas de evaluación del cuidado interdisciplinario		
No aplica	4	4.2
Cuidado perdido	30	31.6
Cuidado realizado	61	64.2
Ayuda con las necesidades de ir al baño en un tiempo no mayor a 5 minutos de solicitud		
No aplica	3	3.2
Cuidado perdido	16	16.9
Cuidado realizado	76	80

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta MISSCARE para enfermería

En la tabla 8 muestra la dimensión de planificación del alta y educación al paciente, 23% del personal refirió no ejecutar un plan del alta y educación al egreso del paciente.

Tabla 8. Planificación del alta y educación al paciente (n= 95 enfermeras)

Cuidado perdido en los pacientes hospitalizados	<i>f</i>	%
Proporciona educación al paciente acerca de la enfermedad, las pruebas y los estudios de diagnóstico		
No aplica	1	1.1
Cuidado perdido	12	12.7
Cuidado realizado	82	86.2
Ejecuta plan de alta y educación al paciente		
No aplica	4	4.2
Cuidado perdido	22	23
Cuidado realizado	69	72.6

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta MISSCARE para enfermería

Nota: *f* = frecuencias % = porcentajes

En los componentes del cuidado básico, enfermería mencionó como cuidados mayormente omitidos, no apoyar en la alimentación del paciente cuando la comida está caliente 51.6% y apoyar al paciente en la deambulaci3n tres veces al d1a o seg1n indicaci3n 40%, se detallan en la tabla 9.

Tabla 9. Cuidado b1sico (n=95 enfermeras)

Cuidado perdido en los pacientes hospitalizados	<i>f</i>	%
Apoya al paciente en la deambulaci3n tres veces al d1a o seg1n indicaci3n		
No aplica	8	8.4
Cuidado perdido	38	40
Cuidado realizado	49	51.6
Cambia de posici3n al paciente cada 2 horas o de acuerdo con las necesidades del paciente		
No aplica	3	3.2
Cuidado perdido	21	22.1
Cuidado realizado	71	74.7

Apoya en la alimentación del paciente cuando la comida está caliente			
No aplica	13	13.7	
Cuidado perdido	49	51.6	
Cuidado realizado	33	34.7	
Verifica la dieta y acerca la comida a los pacientes que se alimentan por sí mismos			
No aplica	9	9.5	
Cuidado perdido	11	11.6	
Cuidado realizado	75	78.9	
Ejecuta Baño de Paciente / Cuidado de la piel			
No aplica	15	15.8	
Cuidado perdido	25	26.3	
Cuidado realizado	55	57.9	
Apoya en el cuidado de la boca			
No aplica	1	1.1	
Cuidado perdido	22	23.2	
Cuidado realizado	72	75.8	
Asiste en el lavado de manos			
No aplica	2	2.1	
Cuidado perdido	29	30.6	
Cuidado realizado	64	67.3	
Realiza cuidado de la Piel/Cuidado de heridas			
No aplica	1	1.1	
Cuidado perdido	17	17.9	
Cuidado realizado	77	81	

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta MISSCARE para enfermería

Nota: f = frecuencias % = porcentajes

En la dimensión de evaluaciones continuas las enfermeras (os) refirieron como cuidados mayormente realizados la documentación de forma completa con todos los datos necesarios del paciente 100% mientras que el mayor cuidado omitido fue realizar reevaluaciones al paciente de acuerdo con su condición de salud 7.5%, consultar tabla 10.

Tabla 10. Evaluaciones continuas (n= 95 enfermeras)

Cuidado perdido en los pacientes hospitalizados	<i>f</i>	%
Evalúa los signos vitales según la indicación		
Cuidado perdido	1	1.1
Cuidado realizado	94	98.9
Control de ingresos y egresos (balance de líquidos)		
Cuidado perdido	3	3.2
Cuidado realizado	92	96.8
Documenta de forma completa con todos los datos necesarios del paciente		
Cuidado perdido	0	0
Cuidado realizado	95	100
Realiza monitorización de la glucosa según la indicación		
Cuidado perdido	2	2.1
Cuidado realizado	93	97.9
Realiza evaluaciones de los pacientes por turno		
Cuidado perdido	6	6.4
Cuidado realizado	89	93.6
Realiza reevaluaciones al paciente de acuerdo con su condición de salud		
Cuidado perdido	7	7.5
Cuidado realizado	88	92.5
Cuida del sitio y de las soluciones IV / Vía central y las evaluaciones de acuerdo con la política del hospital		
Cuidado perdido	1	1.1
Cuidado realizado	94	98.9

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta MISSCARE para enfermería

Nota: *f* = frecuencias % = porcentajes

El objetivo tercero respecto a especificar los factores condicionantes que influyen en la presencia de los cuidados perdidos en el personal de enfermería, el 95.8% de las enfermeras entrevistadas refirió que existen factores condicionantes para la pérdida de cuidados en los pacientes hospitalizados, el principal factor es el relacionado a la falta de recurso humano (95.8%), seguido por la carencia de recurso material (92.6%) y en tercer lugar la falta de comunicación (82.1%), como se observa en la tabla 11.

Tabla 11. Factores condicionantes (n= 95 enfermeras)

Factores por las cuales se pierde en cuidado		<i>f</i>	%
Escala total			
	Razon significativa para el cuidado perdido	91	95.8
	No es una razón para que se pierda el cuidado	4	4.2
Recurso humano			
	Razon significativa para el cuidado perdido	91	95.8
	No es una razón para que se pierda el cuidado	4	4.2
Recurso material			
	Razon significativa para el cuidado perdido	88	92.6
	No es una razón para que se pierda el cuidado	7	7.4
Comunicación			
	Razon significativa para el cuidado perdido	78	82.1
	No es una razón para que se pierda el cuidado	17	17.9

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta MISSCARE para enfermería

Nota: *f* = frecuencias % = porcentajes

En la dimensión del recurso humano los determinantes fueron el número insuficiente de personal (75.8%) y el aumento inesperado en el volumen de pacientes y/o carga de trabajo del servicio (72.6%), como se visualiza en la tabla 12.

Tabla 12. Recurso humano (n= 95 enfermeras)

Factores para que se pierda el cuidado		<i>f</i>	%
El número insuficiente de personal	Razón significativa	72	75.8
	Razón moderada	17	17.9
	Razón menor	3	3.2
	No es una razón	3	3.2
Las situaciones de urgencia del paciente	Razón significativa	52	54.7
	Razón moderada	33	34.7
	Razón menor	3	3.2
	No es una razón	7	7.4
Aumento inesperado en el volúmen de pacientes y/o carga de trabajo del servicio	Razón significativa	69	72.6
	Razón moderada	21	22.1
	Razón menor	1	1.1
	No es una razón	4	4.2
El número insuficiente de personal auxiliar	Razón significativa	51	53.7
	Razón moderada	30	31.6
	Razón menor	3	3.2
	No es una razón	11	11.6
La asignación de pacientes es desequilibrada	Razón significativa	42	44.2
	Razón moderada	30	31.6
	Razón menor	11	11.6
	No es una razón	12	12.6
Demasiados cuidados a pacientes que ingresan y egresan	Razón significativa	38	40
	Razón moderada	11	32.6
	Razón menor	12	12.6
	No es una razón	14	14.7

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta MISSCARE para enfermería

En cuanto al recurso material los medicamentos no disponibles ocuparon la principal razón (61.1%), se muestra en la tabla 13.

Tabla 13. Recurso material (n= 95 enfermeras)

Factores para que se pierda el cuidado	<i>f</i>	%
Los medicamentos no estaban disponibles		
Razón significativa	58	61.1
Razón moderada	22	23.2
Razón menor	10	10.5
No es una razón	5	5.3
Suministros/equipos no disponibles		
Razón significativa	52	54.7
Razón moderada	34	35.8
Razón menor	5	5.3
No es una razón	4	4.2
Suministros/equipos no funcionan correctamente		
Razón significativa	52	54.7
Razón moderada	32	33.7
Razón menor	5	5.3
No es una razón	6	6.3

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta MISSCARE para enfermería

Nota: *f* = frecuencias % = porcentajes

Respecto a la comunicación la inadecuada entrega de turno anterior o falta de claridad en la entrega-recepción de paciente de otro servicio o unidad (43.2%), así como, la falta de apoyo de los miembros del equipo (37.4%) fueron mencionados en mayor porcentaje por el personal de enfermería, se muestran en la tabla 14.

Tabla 14. Comunicación (n= 95 enfermeras)

Factores para que se pierda el cuidado	<i>f</i>	%
Inadecuada entrega de turno anterior o falta de claridad en la entrega-recepción de paciente de otro servicio o unidad		
Razón significativa	41	43.2
Razón moderada	28	29.5
Razón menor	17	17.9
No es una razón	9	9.5
Otros departamentos no proporcionaron los cuidados necesarios		

	Razón significativa	35	36.8
	Razón moderada	33	34.7
	Razón menor	15	15.8
	No es una razón	12	12.6
La falta de apoyo de los miembros del equipo			
	Razón significativa	26	37.4
	Razón moderada	36	37.9
	Razón menor	19	20
	No es una razón	14	14.7
Tensión o fallas en la comunicación con otros departamentos auxiliares de apoyo			
	Razón significativa	27	28.4
	Razón moderada	35	36.8
	Razón menor	22	23.2
	No es una razón	11	11.6
Tensión o fallas en la comunicación dentro del equipo de enfermería			
	Razón significativa	31	32.6
	Razón moderada	35	36.8
	Razón menor	14	14.7
	No es una razón	15	15.8
Tensión o fallas en la comunicación con el personal médico			
	Razón significativa	35	36.8
	Razón moderada	44	46.3
	Razón menor	7	7.4
	No es una razón	9	9.5
El auxiliar de enfermería no comunicó que el cuidado no se proporcionó			
	Razón significativa	27	28.4
	Razón moderada	35	36.8
	Razón menor	16	16.8
	No es una razón	17	17.9

La enfermera responsable del paciente no está disponible

Razón significativa	32	33.7
Razón moderada	22	23.2
Razón menor	17	17.9
No es una razón	24	25.3

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta MISSCARE para enfermería

Nota: f = frecuencias % = porcentajes

El objetivo cuarto, definir la perspectiva de la atención de enfermería en los pacientes hospitalizados se obtuvo, que el 34% percibió la pérdida de cuidados en la escala total. Los porcentajes de cuidado perdido de acuerdo con las dimensiones fueron: necesidades individuales (31.3%), planificación, alta y educación (51.3%), cuidado básico (59.3%) y evaluaciones continuas (3.3%), los cuales se muestran en la tabla 15.

Tabla 15. Perspectiva de los pacientes hospitalizados (n= 150 pacientes)

Cuidado perdido en los pacientes hospitalizados		f	%
Escala total	Cuidado perdido	51	34%
	Cuidado realizado	99	66%
Necesidades individuales	Cuidado perdido	47	31.3%
	Cuidado realizado	103	68.7%
Planificación, alta y educación	No aplica	11	7.3%
	Cuidado perdido	77	51.3%
	Cuidado realizado	62	41.3%
Cuidado básico	No aplica	6	4%
	Cuidado perdido	89	59.3%
	Cuidado realizado	55	36.7%
Evaluaciones continuas	Cuidado perdido	5	3.3%
	Cuidado realizado	145	96.7%

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta MISSCARE para pacientes

Nota: f = frecuencias % = porcentajes

En la dimensión de necesidades individuales el brindar apoyo emocional al paciente y familia (35.4%) y asistir a las visitas de evaluación del cuidado interdisciplinario (34%) fueron los más mencionado vs el menos mencionado que fue la administración de los medicamentos dentro de los 30 minutos antes o después de la hora programada (7.3%), se observa en la tabla 16.

Tabla 16. Necesidades individuales (n= 150 pacientes)

Cuidado perdido en los pacientes hospitalizados	<i>f</i>	%
Administra los medicamentos dentro de los 30 minutos antes o después de la hora programada		
Cuidado perdido	11	7.3
Cuidado realizado	139	92.7
Brinda apoyo emocional al paciente y/o familia		
No aplica	2	1.3
Cuidado perdido	53	35.4
Cuidado realizado	95	63.3
Responde en un tiempo menor a 5 minutos al llamado de un paciente		
No aplica	2	1.3
Cuidado perdido	42	28.1
Cuidado realizado	106	70.6
Administra en menos de 15 minutos las solicitudes de medicamentos		
No aplica	10	6.7
Cuidado perdido	29	19.3
Cuidado realizado	111	74
Evalúa la eficacia de los medicamentos		
No aplica	3	2
Cuidado perdido	42	28

	Cuidado realizado	105	70
Asiste a las visitas de evaluación del cuidado interdisciplinario			
	No aplica	22	14.7
	Cuidado perdido	51	34
	Cuidado realizado	77	51.3
Ayuda con las necesidades de ir al baño en un tiempo no mayor a 5 minutos de solicitud			
	No aplica	37	24.7
	Cuidado perdido	46	30.7
	Cuidado realizado	67	44.6

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta MISSCARE para pacientes

Nota: f = frecuencias % = porcentajes

La tabla 17 muestra la dimensión de planificación del alta y educación al paciente y se observa que 34.6% de los pacientes refirió que el personal de enfermería no le proporcionó educación acerca de la enfermedad, las pruebas y los estudios de diagnóstico.

Tabla 17. Planificación, alta y educación (n= 150 pacientes)

Cuidado perdido en los pacientes hospitalizados	<i>f</i>	%
Proporciona educación al paciente acerca de la enfermedad, las pruebas y los estudios de diagnóstico		
No aplica	2	1.3
Cuidado perdido	52	34.6
Cuidado realizado	96	64.1
Ejecuta plan del alta del paciente y de educación		
No aplica	68	45.3
Cuidado perdido	24	16
Cuidado realizado	58	38.7

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta MISSCARE para pacientes

Nota: f = frecuencias % = porcentajes

En relación con los elementos del cuidado básico el cuidado de la boca (62.6%), asistir el lavado de manos (60%) y apoyo en la alimentación del paciente cuando la comida está caliente (50%) fueron los cuidados de tipo básico más omitidos, descritos en la tabla 18.

Tabla 18. Cuidado básico (n= 150 pacientes)

Cuidado perdido en los pacientes hospitalizados		<i>f</i>	%
Apoya al paciente en la deambulación tres veces al día o según indicación			
	No aplica	55	36.7
	Cuidado perdido	44	29.3
	Cuidado realizado	51	34
Cambia de posición al paciente cada 2 horas o de acuerdo con las necesidades del paciente			
	No aplica	25	16.7
	Cuidado perdido	57	38
	Cuidado realizado	68	45.3
Apoya en la alimentación del paciente cuando la comida está caliente			
	No aplica	23	15.3
	Cuidado perdido	75	50
	Cuidado realizado	52	34.7
Verifica la dieta y acerca la comida a los pacientes que se alimentan por sí mismos			
	No aplica	8	5.3
	Cuidado perdido	34	22.6
	Cuidado realizado	108	72.1
Ejecuta Baño de Paciente / Cuidado de la piel			
	No aplica	18	12
	Cuidado perdido	68	45.3
	Cuidado realizado	64	42.7
Apoya en el cuidado de la boca			
	No aplica	8	5.3
	Cuidado perdido	94	62.6
	Cuidado realizado	48	32
Asiste en el lavado de manos			
	No aplica	10	6.7
	Cuidado perdido	90	60
	Cuidado realizado	50	33.3

Realiza cuidado de la Piel/Cuidado de heridas

No aplica	43	28.7
Cuidado perdido	36	24
Cuidado realizado	71	47.3

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta MISSCARE para pacientes

Nota: *f* = frecuencias % = porcentajes

En la dimensión de evaluaciones continuas los pacientes refirieron como cuidados mayormente realizados la evaluación de signos vitales (98%) y la documentación completa de todos los datos necesarios del paciente (95.3%), mientras que el mayor omitido fue no realizar reevaluaciones al paciente de acuerdo con su condición de salud (9.3%), consultar tabla 19.

Tabla 19. Evaluaciones continuas (n= 150 pacientes)

Cuidado perdido en los pacientes hospitalizados	<i>f</i>	%
Evalúa los signos vitales según la indicación		
Cuidado perdido	3	2
Cuidado realizado	147	98
Controla ingresos y egresos (balance de líquidos)		
No aplica	2	1.3
Cuidado perdido	9	6
Cuidado realizado	139	92.7
Documenta de forma completa con todos los datos necesarios del paciente		
Cuidado perdido	7	4.7
Cuidado realizado	143	95.3
Realiza monitorización de la glucosa según la indicación		
No aplica	46	30.7
Cuidado perdido	6	4
Cuidado realizado	98	65.3
Realiza evaluaciones de los pacientes por turno		
No aplica	1	0.7
Cuidado perdido	8	5.3
Cuidado realizado	141	94
Realiza reevaluaciones al paciente de acuerdo con su condición de salud		
No aplica	1	0.7

	Cuidado perdido	14	9.3
	Cuidado realizado	135	90
Cuida del sitio y de las soluciones IV / Vía central y las evaluaciones de acuerdo con la política del hospital			
	No aplica	5	3.3
	Cuidado perdido	12	8.0
	Cuidado realizado	133	88.7

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta MISSCARE para pacientes.

Para dar respuesta al objetivo general que fue analizar la relación entre los cuidados perdidos de enfermería y la perspectiva de la atención en pacientes de un hospital de segundo nivel, se realizó por medio de la prueba de correlación Rho de Spearman para pruebas no paramétricas, en donde se encontró que el valor de p no fue estadísticamente significativo ($r^s = -.104$, $p = .317$) en la escala total, por lo que se rechaza la hipótesis de investigación al no existir evidencia suficiente de que existe una correlación positiva significativa entre el cuidado perdido de enfermería y la perspectiva de la atención de los pacientes.

Sin embargo, respecto a la variable del cuidado perdido de enfermería por dimensiones se encontró significancia estadística negativa débil entre la dimensión de evaluaciones continuas de enfermería con el cuidado básico del paciente ($r^s = -.258$; $p = 0.012$), lo cual indica que a mayor presencia de evaluaciones continuas por el personal, menor cuidado básico al paciente. Así mismo, la dimensión evaluaciones continuas de enfermería con la escala total del paciente también presentó una correlación estadísticamente significativa negativa débil ($r^s = -.293$; $p = .004$) lo cual, representa que a mayor presencia de evaluaciones continuas de enfermería, menores cuidados perdidos al paciente.

Tabla 20. Correlación de variables (n= 95 enfermeras; n=150 pacientes)

	Cuidado básico del paciente	Perspectiva del cuidado perdido del paciente
Cuidado perdido de enfermería		
Coeficiente de correlación		-.104
Sig. (bilateral)		.317
Evaluaciones continuas de enfermería		
Coeficiente de correlación	-.258*	
Sig. (bilateral)	0.012	
Evaluaciones continuas de enfermería		
Coeficiente de correlación		-.293**
Sig. (bilateral)		.004

**La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

* La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral).

VIII Discusión

Los hallazgos de esta investigación evidenciaron la presencia de cuidados perdidos por parte de los profesionales de enfermería y desde la perspectiva de los pacientes hospitalizados, así como, los factores condicionantes para que se pierdan u omitan los cuidados.

En el presente estudio se identificó que el género femenino en el personal de enfermería fue el que predominó, esto se relaciona con lo publicado en otros estudios como los de Moreno-Monsiváis et al. (2015), Hernández-Cruz et al. (2017), Silva-Ramos et al. (2021) en México y Hernández-Vergel et al. (2022) en la Habana Cuba, así mismo con en el informe elaborado por la OMS y la CIE (2020) sobre la situación de la enfermería en el mundo y a nivel nacional por la ENOE (2021), en el cual se refieren un 90% y 70% respectivamente de la profesión de enfermería es ejercida en su mayoría por mujeres.

En lo que respecta al nivel académico prevaleció el nivel de Licenciatura en Enfermería lo cual ha sido identificado por otros autores como Hernández-Cruz et al. (2017) y Hernández-Vergel (2022), sin embargo, difiere con otros estudios como los de Moreno-Rodríguez (2014), Moreno-Monsiváis et al. (2015) y Silva-Ramos et al. (2021) en donde prevaleció el nivel de enfermera general.

Respecto al tipo de contratación, se presentó mayor prevalencia del personal eventual (PEVEN) e IMSS bienestar, esto se atribuye a que derivado de la contingencia sanitaria por Covid19, provocó un aumento en la contratación de personal, ingresando con esos contratos desempeñándose al momento con funciones operativas. Por otro lado, con relación a si realizan otro empleo, la mayoría refirió tener una sola ocupación al momento del estudio, autores como Orozco-Vásquez et al. (2019) han revelado que el pluriempleo impacta en la productividad y afectan la calidad del cuidado otorgado.

Además, se identificó que la edad del personal de enfermería correspondió a la tercera década de la vida, resultados similares fueron obtenidos por López Cocotle, et al. (2021), esto concuerda con cifras reportadas en México por el INEGI (2022).

En relación con las características laborales del personal de enfermería casi la mitad presentó antigüedad de tres años en la institución, lo cual coincide con el dato obtenido en la variable de tipo de contratación de este estudio, Hernández-Cruz (2017) reportó hallazgos similares.

En cuanto a la antigüedad en el servicio, el de mayor porcentaje fue de un mes, esto debido a la rotación del personal asistencial a excepción de los jefes de servicio y personal de mayor antigüedad, por el contrario, estudios realizados en hospitales privados Moreno-Monsiváis (2015) y Hernández-Cruz (2017) encontraron antigüedades en los servicios de uno a dos años y de uno a cinco años respectivamente.

En lo que respecta al número de pacientes asignados, cuatro de cada diez enfermeras (os) señalaron tener una ratio de seis usuarios por turno, dato que coincide en otros estudios Moreno-Rodríguez (2014), Moreno-Monsiváis (2015) y Hernández-Cruz (2017), lo que pone de manifiesto que se apegan al indicador enfermera-paciente en los servicios de hospitalización, según la guía técnica para la dotación de recursos humanos en enfermería de la Secretaría de Salud (2003).

En referencia al número de ingresos y egresos por turno incluyendo traslados intra y extrahospitalarios, refirieron ingresar de uno a dos pacientes y egresar a un paciente por turno, otros estudios encontraron datos semejantes como Silva-Ramos, et al. (2021).

Con respecto a las características sociodemográficas de los pacientes, los resultados de esta investigación demostraron que la escolaridad primaria seguida de la secundaria obtuvo mayor proporción, a diferencia de lo reportado en los estudios de Moreno-Rodríguez et al. (2014) y Moreno-Monsiváis et al. (2015), en los cuales el nivel

de licenciatura predominó, posiblemente esta diferencia sea asociada al nivel económico y socio cultural de la población del estudio. El estado civil casado denotó mayor porcentaje, además, en cuanto a la proporción de acuerdo a género, se observó que cinco de cada diez eran hombres y mujeres respectivamente, el resultado en esta última variable corresponde con lo encontrado por Moreno-Rodríguez et al. (2014). También se identificó que la edad de los pacientes hospitalizados correspondió a la cuarta década de la vida a diferencia de los estudios mencionados en donde la mitad de los participantes se encontraban en la quinta década.

De acuerdo con lo reportado por enfermería en este estudio, un porcentaje muy bajo reconoce la presencia de cuidados perdidos, comparado con lo señalado en otras investigaciones, en donde más de la mitad reconoce que por lo menos un cuidado se pierde en la atención del paciente (Hernández-Cruz et al., 2017) y lo reportado por otros autores a nivel internacional que mencionan entre 9% a un 62% su presencia Zárate-Grajales y Mejías (2019), esto pudo deberse a la deseabilidad social que hace alusión a un estilo de respuesta y a una tendencia de conducta, en situaciones donde existe un componente de juicio por parte de los demás, tratando de mostrar una imagen favorable y aceptable por el grupo de pertenencia, lo que puede derivar en una recompensa ante la adhesión o el cumplimiento y una sanción o rechazo por su incumplimiento (Mateu-Molla, 2019).

En este sentido y acorde con los resultados por dimensiones obtenidos por el personal, la dimensión del cuidado básico fue la que presentó mayor omisión, seguida de planificación del alta y educación al paciente, mientras que las dimensiones de necesidades individuales y las evaluaciones continuas presentó en menor porcentaje la omisión, al respecto, autores han evidenciado en este mismo orden sus resultados como Hernández-Vergel et al. (2022) en Cuba, Silva-Ramos, et al. (2021) y Hernández-Cruz et

al. (2017) en México; esto podría deberse a que los cuidados de tipo básico, así como, la planificación del alta y educación al paciente son intervenciones de enfermería de tipo independiente y no se encuentran plasmados en la hoja de indicaciones médicas, autores refieren, que los cuidados que se pierden se atribuyen al “cuidado invisible” puesto que no se registran (Sasso et al. 2017), de la misma manera, la Agencia de Investigación para el Cuidado de la Salud y la Calidad indica que los errores por omisión (cuidados perdidos) son más difíciles de reconocer y no se reportan, a diferencia de los errores de comisión (eventos adversos) Moreno-Rodríguez (2014).

Referente a los componentes del cuidado básico, elementos como el cuidado de la boca, el apoyo en la alimentación del paciente cuando la comida está caliente y la deambulación tres veces al día son los cuidados con mayor omisión, resultados similares fueron expuestos por Hernández-Cruz et al. (2017), lo cual podría deberse a que esas actividades generalmente se delegan al cuidador o al propio paciente.

Con respecto a la planificación del alta y educación al paciente, señalan que no se ejecuta un plan al momento del egreso del paciente, información sobre los signos y síntomas de alerta que ponen en riesgo la vida, la administración de medicamentos y reacciones adversas, control de citas, tipo de dieta, hábitos higiénicos, ejercicio y recreación, ejercer sus valores y creencias, es orientación que no se brinda, a pesar, de que existen referencias que señalan que la falta de educación adecuada y la poca o nula preparación para el alta hospitalaria, repercuten en efectos negativos en los resultados del paciente como complicaciones y readmisiones, (Kalisch et al., 2006, 2009).

En la dimensión de necesidades individuales, enfermería refirió como mayor omisión la asistencia a las visitas de evaluación del cuidado interdisciplinario esto podría tener relación con la falta de tiempo y exceso de actividades realizadas por turno, así mismo, ayudar en las necesidades de ir al baño en un tiempo no mayor a cinco minutos,

probablemente debido a que en los servicios de hospitalizados se encuentra un familiar con el paciente y esta actividad generalmente se delega al cuidador.

Por otro lado, en la dimensión de evaluaciones continuas fueron referidos como cuidados mayormente realizados, la documentación de forma completa con todos los datos y la evaluación de signos vitales según indicación, mientras que realizar reevaluaciones al paciente de acuerdo con su condición de salud fueron reconocidos como cuidados mayormente omitidos en esta dimensión.

A pesar, de que el personal de enfermería no logró identificar un porcentaje importante de cuidados perdidos, si logró puntualizar en un gran proporción la existencia de factores que influyen para que se lleguen a omitir los cuidados en los pacientes hospitalizados, el principal factor señalado fue el de recurso humano, seguido del recurso material y en tercer lugar la falta de comunicación, este mismo orden de resultados se han dado a conocer en otros estudios realizados Kalisch et al. (2011, 2012), Hernández-Rodríguez et al. (2014), Moreno-Monsiváis et al. (2015), Hernández-Valles et al. (2016), Silva-Ramos et al.(2021), Hernández-Vergel et al.(2022); un resultado diferente fue publicado por Hernández-Cruz (2017) quien encontró en segundo término la comunicación y en último el recurso material, tal vez, porque fue desarrollado en un medio privado y el recurso material no influye para la pérdida de cuidados.

Referente a la dimensión del factor del recurso humano los elementos determinantes identificados por enfermería fueron el número insuficiente de personal y el aumento inesperado en el volumen de pacientes y/o carga de trabajo del servicio, resultados similares fueron publicados por Hernández-Cruz et al. (2017), mientras que Moreno-Rodríguez et al. (2014) señalo en primer orden el aumento inesperado en el volumen de pacientes.

Además, más de la mitad del personal señalaron en los recursos materiales, que los medicamentos no se encontraban disponibles cuando se requerían, como componente con mayor razón para la omisión, dato semejante lo reportó Moreno-Rodríguez et al. (2014), de la misma manera, que los suministros y equipos no estén disponibles o que funcionen de manera adecuada, al respecto, Kalisch et al. (2009) y Kalisch & Williams (2012) enfatizan en el adecuado funcionamiento del equipo requerido, así como su disponibilidad, intervienen en la oportunidad de proveer cuidado de enfermería oportuno, con calidad y seguridad para el paciente, por otra parte, Schubert (2008) indica que los recursos limitados son condicionantes para que se racione el cuidado, en temas de calidad la disponibilidad de todos los recursos de una institución determina en gran medida, la seguridad y la satisfacción del paciente, ya que su ausencia repercute en los procesos de la atención.

En la dimensión de comunicación, la inadecuada entrega de turno anterior o falta de claridad en la entrega-recepción de paciente de otro servicio o unidad fueron mencionados en mayor porcentaje por enfermería, en contra parte, Hernández-Cruz et al. (2017) resaltó como elementos con mayor frecuencia que el responsable del paciente no estuvo disponible cuando el paciente lo solicitó, seguido de tensión o fallas en la comunicación con el personal médico, o lo encontrado por Moreno-Monsiváis et al. (2015) en donde la asignación de pacientes desequilibrada, seguida de demasiados cuidados a pacientes que ingresan-egresan y la falta de apoyo de los miembros del equipo fueron referidos en mayor razón.

Con relación a la perspectiva de la atención en los pacientes hospitalizados, más de un tercio percibió la pérdida de cuidados por parte del personal de enfermería, resaltando en primer término las intervenciones de cuidado básico, en segundo la planificación, alta y educación al paciente y en menor medida las de evaluaciones

continúas, resultados que coinciden con lo referido por el personal de enfermería en este mismo estudio.

Los elementos de la dimensión de cuidado básico, como cuidado de la boca, asistir el lavado de manos y apoyo en la deambulaci3n son los cuidados de tipo b3sico m3s omitidos indicados por los pacientes, resultados similares fueron expuestos por Moreno-Monsiv3is et al. (2015).

Aunado a lo anterior, los pacientes identificaron en la dimensi3n de planificaci3n del alta y educaci3n al paciente, no se proporciona la educaci3n acerca de la enfermedad, las pruebas y los estudios de diagn3stico, mismo resultado obtuvo Moreno-Monsiv3is et al. (2015).

En la dimensi3n de necesidades individuales la falta de apoyo emocional y no asistir a las visitas de evaluaci3n del cuidado interdisciplinario fueron mencionados con mayor frecuencia, se encontro similitud con un estudio Moreno-Monsiv3is et al. (2015).

Por otro lado, en la dimensi3n de evaluaciones continuas los pacientes indican que el registro de signos vitales se realiza en mayor proporci3n, mientras que las revaluaciones de acuerdo con la condici3n del paciente fueron reconocidas como cuidados mayormente omitidos en esta dimensi3n. Es importante destacar que existen pocos estudios en donde se aborda el punto de vista del paciente con respecto al cuidado perdido.

Aunque se identific3 la presencia de cuidados perdidos, en este estudio no se logr3 probar la hip3tesis de investigaci3n, lo cual se atribuy3 al tema de discapacidad social; sin embargo, se encontr3 correlaci3n negativa d3bil entre la dimensi3n de evaluaciones continuas de enfermer3a con el cuidado b3sico del paciente, asi mismo, la dimensi3n evaluaciones continuas de enfermer3a con la escala total del paciente.

IX Conclusiones

En conclusión, los resultados de la presente investigación revelaron que el cuidado perdido de enfermería continúa presente e incluso es percibido por los pacientes durante su estadía hospitalaria.

El personal de enfermería refirió cuidados perdidos en la dimensión de cuidado básico, señalaron intervenciones de tipo independientes como la falta de apoyo en la alimentación y apoyo en la deambulaci3n de los pacientes, así como, en la dimensi3n de planificaci3n del alta y educaci3n al paciente.

El cuidado perdido fue asociado por enfermería a factores condicionantes, el principal componente señalado fue el de recurso humano evidenciando elementos determinantes como el déficit de personal y el aumento inesperado en el volúmen de pacientes y/o carga de trabajo del servicio, seguido por las dimensiones del recurso material y de comunicaci3n.

Los pacientes hospitalizados también percibieron la omisi3n del cuidado de enfermería, principalmente en la dimensi3n de cuidado básico, elementos como el cuidado de la boca, asistir el lavado de manos y apoyo en la alimentaci3n del paciente cuando la comida aún está caliente, de la misma manera, en la dimensi3n de planificaci3n del alta y educaci3n, la falta de educaci3n al paciente acerca de la enfermedad, las pruebas y los estudios de diagnóstico fueron mayormente mencionados

Respecto a la pregunta de investigaci3n no se encontró una relaci3n significativa entre las variables de estudio; sin embargo, se encontró correlaci3n negativa entre la dimensi3n de evaluaciones continuas de enfermería con el cuidado básico del paciente, además, con la escala total del paciente.

X Sugerencias

Por lo observado en este estudio, resulta evidente e imperante abordar estrategias para disminuir y en medida de lo posible evitar la presencia de cuidados perdidos de enfermería, con énfasis en los cuidados mayormente omitidos y en los factores condicionantes.

Se sugiere realizar un estudio de sombra, que permita identificar el cuidado perdido de manera más objetiva, toda vez que no concuerda con lo percibido por los pacientes.

Aumentar la supervisión por parte de los jefes de servicio y supervisores para cerciorarse que se están realizando los cuidados básicos a los pacientes en todos los turnos.

Validar que el personal de enfermería tenga conocimiento sobre los elementos que componen un plan de alta y educación al paciente, para que se pueda cumplir con este cuidado.

Referente al recurso humano se debe gestionar e invertir en niveles seguros de dotación de personal, implementar medidas para abordar la insuficiencia del recurso humano, trabajar con el indicador enfermera-paciente, conocer a fondo y tratar las causas de la falta de personal que satisfagan las necesidades en el cuidado de los pacientes, son los puntos clave a mejorar para disminuir los cuidados perdidos de enfermería al ser el principal factor detectado por el personal.

Se deber realizar una gestión oportuna de los recursos faltantes y una administración eficiente de los recursos disponibles, una meta importante del sistema de salud sería proporcionar recursos materiales y medicamentos en tiempo y forma, para ofrecer servicios de manera más segura, eficaz y eficiente.

Fortalecer una comunicación efectiva, así como, favorecer el trabajo colaborativo entre los profesionales de enfermería, a fin de contribuir a la calidad y seguridad de la atención.

Este trabajo podrá dar pauta para futuras investigaciones sobre el tema, por lo cual, una consideración valiosa, es la manera en cómo debe aplicarse el instrumento, esto para evitar que el personal se llegue a sentir evaluado y evitar posibles sesgos, así mismo, tuvo como limitación el hecho de que la investigadora perteneciera a la institución donde se realiza la investigación, ya que se observó que no hubo disponibilidad al cien por ciento para participaren el, por lo que es un punto para tomarse en cuenta.

Es relevante seguir replicando este tipo de estudios en donde el paciente como principal receptor del cuidado, aporte su valiosa opinión resaltando la atención centrada en el paciente, en este tenor es importante destacar que existen pocos estudios en donde se aborda el punto de vista del paciente con respecto al cuidado perdido.

El principal aporte de la presente investigación fueron los datos de significancia mostrados que suman a la evidencia científica, llenando el vacío de conocimiento, además los hallazgos tienen un impacto directo sobre la práctica y en el cuidado.

XI. Referencias

- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M. D., Moreno-Casbas, M. T., Rafferty, A. M., Schwendimann, R., Scott, P. A., Tishelman, C., van Achterberg, T., Sermeus, W., & RN4CAST consortium (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet* (London, England), 383(9931), 1824–1830. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Ball, J., Bruyneel, L., Rafferty, A. M., & Griffiths, P. (2017). Patient satisfaction with hospital care and nurses in England: an observational study. *BMJ Open*, 8(1), e019189. <https://www.nursing.upenn.edu/live/profiles/15266-patient-satisfaction-with-hospital-care-and>
- Ausserhofer D, Zander B, Busse R, Schubert M, De Geest S, Rafferty AM, et al. (2014) Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Qual Saf*, 23(2), 126-35. <https://qualitysafety.bmj.com/content/23/2/126#xref-ref-31-1>
- Bagnasco A, Dasso N, Rossi S, Galanti C, Varone G, Catania G, et al. Unmet nursing care needs on medical and surgical wards: A scoping review of patients' perspectives. *J Clinl Nurs*. 2020;29(3/4):347–369.<https://scholar.google.com/citations?user=MyMtfoUAAAAJ&hl=en>
- Ball, J. E., Murrells, T., Rafferty, A. M., Morrow, E., & Griffiths, P. (2014). 'Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ quality & safety*, 23(2), 116–125. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001767>
- Bittner NP, Gravlin G, Hansten R, Kalisch BJ. (2011). Unraveling Care Omissions. *J Nurs Adm* 41(12), 510-512. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3182378b655>

- Bekker, M., Coetzee, S. K., Kloppe, H. C., & Ellis, S. M. (2015). Non-nursing tasks, nursing tasks left undone and job satisfaction among professional nurses in South African hospitals. *Journal of nursing management*, 23(8), 1115–1125. <https://doi.org/10.1111/jonm.12261>
- Brooks-Carthon, J. M., Lasater, K. B., Sloane, D. M., & Kutney-Lee, A. (2015). The quality of hospital work environments and missed nursing care is linked to heart failure readmissions: a cross-sectional study of US hospitals. *BMJ quality & safety*, 24(4), 255–263. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004050>
- Bolado-Pontigo, J (2021). Los cuidados perdidos de le enfermería [tesis de maestría, Universidad de Cantabria]. <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/22152/BOLADO%20PONTIGO%2C%20JANA.pdf?sequence=1>
- CódigoF. El blog de la CANIFARMA. 28 septiembre 2021. <https://codigof.mx/en-mexico-33-millones-de-personas-sin-acceso-a-servicios-publicos-o-privados-de-salud-inegi/>
- Consejo Internacional de Enfermeras. (2023). Informe sobre el día internacional de la enfermera Nuestras enfermeras. Nuestro futuro [Archivo PDF]. https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-07/ICN_IND_2023_Report_SP.pdf
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Manual para la mejora de la supervisión y el enlace de turno. 40 estándares para la capacitación continua en la práctica de enfermería. <http://www.conamed.gob.mx/gobmx/libros/pdf/inicio.pdf>
- Comisión Nacional de Bioética. Normatividad Internacional. (2003). Informe Belmont. Gobierno de México [Archivo PDF]
- Comisión Permanente de Enfermería. (2018). Declaración de posición. Dotación de enfermeras basada en la evidencia y segura [Archivo PDF]. https://www.icn.ch/sites/default/files/inlinefiles/PS_C_Evidence%20based%20safe%20nurse%20staffing_Sp_0.pdf

Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos octubre 2013. <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

Donabedian A. Evaluating the quality of medical care (1966). *Milbank Q*, 83(4), 691-729. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>

Escuela Nacional de enfermería y obstetricia. 2022. <https://www.gaceta.unam.mx/en-mexico-2-9-enfermeras-por-cada-mil-habitantes/>

Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, 2021. [archivo PDF]. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_ENFERMERA22.pdf

Febré N, Mondaca-Gómez K, Méndez-Celis P, Badilla-Morales V, Soto-Parada P, Ivanovic P et al. Calidad en enfermería: su gestión. Implementación y medición. *Revista médica Los Condes*, 23(3): 278-87. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-calidad-en-enfermeria-su-gestion-S0716864018300567>

Garay Pardo R, Parra R. Importancia del descanso y las relaciones familiares como factores psicosociales extralaborales que afectan al personal de enfermería. *Sal. Cienc. Tec.* 2022 2:97. <https://www.medigraphic.com/pdfs/salcietec/sct-2022/sct221cd.pdf>

Griffiths, P., Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., Briggs, J., Maruotti, A., Meredith, P., ... Ball, J. (2018). The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 74(7), 1474–1487. <https://sci-hub.se/10.1111/jan.13564>

Glosario de terminos aplicados a del paciente. sf. http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/dsp-sp_00F.pdf

- Grove, S. K., & Gray, J. R. (2019). *Investigación En Enfermería: Desarrollo de la Practica Enfermera Basada En La Evidencia* (7a ed.). Elsevier.
- Haakenstad, A., Irvine, C. M. S., Knight, M., Bintz, C., Aravkin, A. Y., Zheng, P., ... & Sahu, M. (2022). Measuring the availability of human resources for health and its relationship to universal health coverage for 204 countries and territories from 1990 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 399(10341), 2129-2154. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)00532-3/fulltext?linkId=100000126828308&fbclid=IwAR2UkKg8FHKZ8xFotDlemi1YIG--jtdtLvNLeZpL-OqXdRGcc8JzoVMjbho](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)00532-3/fulltext?linkId=100000126828308&fbclid=IwAR2UkKg8FHKZ8xFotDlemi1YIG--jtdtLvNLeZpL-OqXdRGcc8JzoVMjbho)
- Hernández Cruz, R., Moreno Monsiváis, M. G., Cheverría Rivera, S., Landeros López, M. y Guzmán, M. (2017). Cuidado de enfermería perdido en pacientes hospitalizados en una institución pública y una privada. *Índex de Enfermería*, 26(3), 142-146. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000200005
- Hernández Cruz, R., Moreno-Monsiváis, M. G., Cheverría-Rivera, S. y Díaz-Oviedo, A. (2017). Factores que influyen en el cuidado de enfermería perdido en pacientes de un hospital privado. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 25. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1227.28777>
- Hernández-Valles JH, Moreno-Monsiváis MG, Interrial-Guzmán MG, Vázquez-Arreola L. (2016). Cuidado de enfermería perdido en pacientes con riesgo o con úlceras por presión. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/BDBxH8NzyFf4J8qtF4WhNG/?format=pdf&lang=es>
- Hernández-Vergel, León C. y Miranda A. (2022). El cuidado perdido de enfermería como indicador de eficacia en el contexto hospitalario. *Revista Cubana de Enfermería*, 38(2). e5659. <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/5659>

- Intituto Nacional de Estadística y Geografía e informática. Estadísticas a propósito del día internacional de la enfermera. 2022.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_ENFERMERA22.pdf
- Janatolmakan, M., Khatony, A. Explaining the consequences of missed nursing care from the perspective of nurses: a qualitative descriptive study in Iran. *BMC Nurs* 21, 59 (2022).
<https://doi.org/10.1186/s12912-022-00839-9>
- Jones, T. L., Hamilton, P., & Murry, N. (2015). Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(6), 1121–1137. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012>
- Kalisch B. J. (2006). Missed nursing care: a qualitative study. *Journal of nursing care quality*, 21(4), 306–315. <https://doi.org/10.1097/00001786-200610000-00006>
- Kalisch BJ, Williams RA. (2009) Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. *J Nurs Adm.* 39(5).
<http://dx.doi.org/10.1097/NNA.0b013e3181a23cf5>
- Kalisch BJ, Landstrom G, Williams RA. (2009). Missed nursing care: errors of omission. *Nurs Outlook* 57(1), 3-9.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0029655408001462>
- Kalisch BJ, Lee KH. Missed nursing care (2012). Magnet versus non-Magnet hospitals. *Nurs Outlook* 60(5), 32-9.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029655412000838?via%3Dihub#bib19>
- Kalisch BJ, McLaughlin M, Dabney BW. (2012). Patient perceptions of missed nursing care. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 38(4), 161-7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22533128/>

- Kalisch, B. J., Tschannen, D., Lee, H., & Friese, C. R. (2011). Hospital variation in missed nursing care. *American journal of medical quality: the official journal of the American College of Medical Quality*, 26(4), 291–299. <https://doi.org/10.1177/1062860610395929>
- Lake, E. T., Germack, H. D., & Viscardi, M. K. (2016). Missed nursing care is linked to patient satisfaction: a cross-sectional study of US hospitals. *BMJ Quality & Safety*, 25(7), 535–543. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-003961>
- Lasater, K. B., Aiken, L. H., Sloane, D., French, R., Martin, B., Alexander, M., & McHugh, M. D. (2021). Patient outcomes and cost savings associated with hospital safe nurse staffing legislation: an observational study. *BMJ open*, 11(12), e052899. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052899>
- Lee, S. E., & Scott, L. D. (2018). Hospital nurses' work environment characteristics and patient safety outcomes: A literature review. *Western Journal of Nursing Research*, 40(1), 121–145. <https://doi.org/10.1177/0193945916666071>
- Lomelí-Vanegas. (2020). La economía de la salud en México. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/74a9aa45-9f50-44b7-ac54-b9a1e7dfaed4/content>
- López Cocotle, J. J., Silva Ramos, M. F., Moreno Monsiváis, M. G., González Angulo, P., & Interrial Guzmán, M. G. (2021). Cuidado de enfermería perdido y factores contribuyentes en un hospital de Tabasco, México. *Horizonte Sanitario*, 20(2). <https://doi.org/10.19136/hs.a20n2.4041>
- Lucero, R., Lake, E. T., & Aiken, L. H. (2009). Variations in nursing care quality across hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 65(11), 2299– 2310. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05090.x>
- Gasto público en salud México (s.f.) <https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud/mexico>

- Mills S.L. & Duddle M., (2021). Missed nursing care in Australia: Exploring the contributing factors, Collegian, Elsevier. 23 (3). <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2021.07.002>
- Marven AK. (2016) Missed nursing care- A nurse's perspective. An exploratory study into the who, what and why of missed care [Tesis doctoral]. Melbourne: The university of Melbourne. <https://rest.neptuneprod.its.unimelb.edu.au/server/api/core/bitstreams/7aa42caf-06fa-59dc-aa6c-ba51d3ec0d9c/content>
- Mateu-Molla (20). Deseabilidad social: definición, aspectos importantes y características. Portal Psicología y Mente. <https://psicologiaymente.com/social/deseabilidad-social>
- Moreno-Monsiváis MG, Moreno-Rodríguez C, Interrial-Guzmán MG. (2015) Omisión en atención de enfermería para pacientes hospitalizados, 15 (3), 329-38. <https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.3.2>
- Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012 que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación en seres humanos. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148
- Organización Mundial de la Salud. (2009). Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. Versión 1.1; 2009.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Situación de la enfermería en el mundo. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331675/9789240003392-spa.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). Informe sobre el día internacional de la enfermera. https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-07/ICN_IND_2023_Report_SP.pdf
- Orozco-Vásquez Margarita-María; Zuluaga-Ramírez Yury-Carolina; Pulido-Bello Geraldine. Factores de riesgo psicosocial que afectan a los profesionales en enfermería. Revista Colombiana de Enfermería. 2019, v. 18, n. 1, e006. <file:///Users/celestearriaga/Downloads/DialnetFactoresDeRiesgoPsicosocialQueAfectanALosProfesion-6986237.pdf>

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2018). Investigación en enfermería: Fundamentos para el uso de la evidencia en la práctica de la enfermería (9a ed.). Ediciones Wolters Kluwer.
- Rabadán-Silva, M.F., Zárate-Grajales, R.A., & Benítez-Chavira, L.Á.. (2020). Cuidado perdido de enfermería y su relación con el síndrome de agotamiento profesional. *Enfermería universitaria*, 17(3), 340-353. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2020.3.720>
- Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., Maruotti, A., Ball, J., Briggs, J., Meredith, P., et al. (2018). ¿Qué impacto tienen los cuidados de enfermería dejados de hacer en los resultados de los pacientes? Revisión de la literatura, *Journal of Clinical Nursing* 27(11-12). <https://doi.org/10.1111/jocn.14058>
- Reglamento de la ley general de salud en materia de investigacion para la salud. 2 de abril del 2014. https://www.diputados.gob.mx/Leyes/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Rojas Beltrán J. (2015) Gestión de enfermería y el comportamiento de indicadores de calidad de atención de enfermería [Tesis doctoral]. Colombia: Universidad Nacional de Colombia. <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/55394/53081151.2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sasso L, Bagnasco A, Aleo G, et al. (2017). Incorporating nursing complexity in reimbursement coding systems: the potential impact on missed care. *BMJ Quality & Safety*; 26: 929-932. <https://qualitysafety.bmj.com/content/26/11/929.citation-tools>
- Schubert M, Glass TR, Clarke SP, Aiken LH, Schaffert-Witvliet B, Sloane DM (2008). Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the swiss extension of the international hospital outcomes study. *Int J Qual Health Care*, 20(4): pp. 227–37. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn017>
- Simpson KR, Lyndon A, Ruhl C. Consequences of inadequate staffing include missed care, potential failure to rescue, and job stress and dissatisfaction. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2016; 45(4): 481-490. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2016.02.011>

- Sochalski, Julie PhD, RN, FAAN. (2004) Is More Better?: The Relationship Between Nurse Staffing and the Quality of Nursing Care in Hospitals. *Medical Care*, 42(2): p II-67-II-73.
<https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000109127.76128.aa>
- Sovold LE, Naslund JA, Kousoulis AA, Saxena S, Qoronfleh MW, Grobler C and Münter L (2021) Prioritizing the Mental Health and Well-Being of Healthcare Workers: An Urgent Global Public Health Priority. *Front. Public Health* 9:679397.
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2021.679397/full>
- Stewart, et al. (2019). Enfermería: Una voz para liderar – La salud para todos. Consejo Internacional de Enfermeras. https://2019.icnvoicetolead.com/wp-content/uploads/2017/04/ICN_Design_ES-1.pdf
- VanFosson, C. A., Jones, T. L., & Yoder, L. H. (2016). Unfinished nursing care: An important performance measure for nursing care systems. *Nursing Outlook*, 64(2), 124–136.
<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2015.12.010>
- Zander B, Dobler L, Bäuml M, Busse R. Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern - Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast. Berlin: Technische Universität Berlin; 2014. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1364016>
- Zárate-Grajales, R. A. y Mejías, M. (2019). Cuidado perdido de enfermería. Estado del arte para la gestión de los servicios de salud. *Enfermería Universitaria*, 16(4).



XII. Anexos

Anexo 1. Cédula de colecta de datos Cuidado Perdido Enfermería (MISSCARE) para el Paciente

Dra. Beatrice J. Kalisch / Dra. Moreno Monsiváis y Dr. Juan López Cocotle.

A continuación, se le pide contestar las siguientes preguntas, relacionadas con el cuidado proporcionado por parte del personal de enfermería durante su hospitalización. No hay respuestas correctas o incorrectas únicamente nos interesa conocer su percepción de acuerdo con la frecuencia con que se realizan los siguientes cuidados.

Instrucciones: marque con una X sólo una casilla por cada pregunta o complete de acuerdo con lo que se le pregunta (puede ser contestado por el paciente o su cuidador).

Datos sociodemográficos

a) Nombre del servicio donde se le atiende: _____

b) Sexo:

1) Masculino _____ 2) Femenino _____ 3) prefiero no decirlo _____

c) Edad en años cumplidos: _____

d) Grado de estudios:

1. _____ Primaria 2. _____ Secundaria 3. _____Preparatoria

4. _____ Licenciatura 5. _____ Posgrado. 6. _____ Otro

Sección A Perspectiva del cuidado en los pacientes hospitalizados

¿Con qué frecuencia el personal de enfermería?



Elementos del cuidado	Siempre	Frecuentemente	De vez en cuando	Rara vez	Nunca	No aplica
1.- Apoya al paciente en la deambulaci3n tres veces al d3a o seg3n la indicaci3n						
2.- Cambia de posici3n al paciente cada 2 horas o de acuerdo con las necesidades del paciente						
3.- Apoya en la alimentaci3n del paciente cuando la comida est3 caliente						
4.- Verifica la dieta y acerca la comida a los pacientes que se alimentan por s3 mismos						
5.-Administra los medicamentos dentro de los 30 minutos antes o						



después de la hora programada						
6.- Evalúa los signos vitales según la indicación						
7.- Controla ingresos y egresos (balance de líquidos)						
8.- Documenta de forma completa todos los datos necesarios del paciente						
9.- Proporciona educación al paciente acerca de la enfermedad, las pruebas y los estudios de diagnóstico						
10.- Brinda apoyo emocional al paciente y/o familia						
11.- Ejecuta Baño de Paciente / Cuidado de la piel						



12.- Apoya en el cuidado de la boca						
13.- Asiste en el lavado de manos						
14.- Ejecuta plan del alta del paciente y de educación						
15.- Realiza monitorización de la glucosa según la indicación						
16.-Realiza evaluaciones de los pacientes por turno						
17.- Realiza reevaluaciones al paciente de acuerdo con su condición de salud						
18.- Cuida del sitio y de las soluciones IV / Vía central y las evaluaciones de acuerdo con la política del hospital						



19.- Responde en un tiempo menor a 5 minutos al llamado de un paciente						
20.- Administra en menos de 15 minutos las solicitudes de medicamentos PRN						
21.- Evalúa la eficacia de los medicamentos						
22.- Asiste a las visitas de evaluación del cuidado interdisciplinario						
23.- Ayuda con las necesidades de ir al baño en un tiempo no mayor a 5 minutos de solicitud						
24.- Realiza cuidado de la Piel/Cuidado de heridas						



Anexo 2. Cédula de colecta de datos Cuidado Perdido Enfermería (MISSCARE) para enfermería

Cedula de colecta de datos Cuidado perdido de enfermeria

Dra. Beatrice J. Kalisch / Dra. Moreno Monsiváis y Dr. Juan López Cocotle

La esencia del personal de enfermería es el cuidado.

Instrucciones. A continuación, se le pide contestar las siguientes preguntas.

Nombre del servicio en donde se encuentra _____

Turno en el que labora _____

a) Edad _____ años cumplidos

b) Sexo:

1) Mujer _____ 2) Hombre _____ 3) Prefiero no decirlo _____

c) Grado académico:

1) Enfermera general _____ 2) Licenciatura en enfermería _____

3) Diplomado en enfermería _____ 4) Especialista en enfermería _____

5) Maestría en enfermería _____ 6) Doctorado en enfermería _____

d) Situación laboral:

1) IMSS Bienestar _____ 2) PEVEN _____

3) Homologado _____ 4) Formalizado _____

5) Regularizado _____ 6) Base Federal _____

e) Antigüedad en la institución _____

f) Antigüedad en el servicio actual _____

g) Tiene planeado dejar su trabajo actual:

1) 6 meses _____ 2) 1 año _____ 3) no planea dejarlo _____

h) Con qué frecuencia siente que la cantidad del personal es suficiente:

1) 100% _____ 2) 75% _____ 3) 50% _____ 4) 25 % _____



- i) Cual es el número de pacientes que se le asignan por turno: _____
- j) Cuantos ingresos tiene por turno (incluyen movimientos intrahospitalarios): _____
- k) Cuantos egresos tiene por turno (incluyen movimientos intrahospitalarios) _____

Sección A Cuidado Perdido de Enfermería

¿Con qué frecuencia usted como personal de enfermería?

Elementos del cuidado	Siempre	Frecuentemente	De vez en cuando	Rara vez	Nunca	No aplica
1.- Apoya al paciente en la deambulacion tres veces al día o según la indicación						
2.- Cambia de posición al paciente cada 2 horas o de acuerdo con las necesidades del paciente						
3.- Apoya en la alimentación del paciente cuando la comida está caliente						
4.- Verifica la dieta y acerca la comida a los						



pacientes que se alimentan por sí mismos						
5.- Administra los medicamentos dentro de los 30 minutos antes o después de la hora programada						
6.- Evalúa los signos vitales según la indicación						
7.- Controla ingresos y egresos (balance de líquidos)						
8.- Documenta de forma completa todos los datos necesarios del paciente						
9.- Proporciona educación al paciente acerca de la enfermedad, las pruebas y los estudios de diagnóstico						



10.- Brinda apoyo emocional al paciente y/o familia						
11.- Ejecuta Baño de Paciente / Cuidado de la piel						
12.- Apoya en el cuidado de la boca						
13.- Asiste en el lavado de manos						
14.- Ejecuta plan del alta del paciente y de educación						
15.- Realiza monitorización de la glucosa según la indicación						
16.-Realiza evaluaciones de los pacientes por turno						
17.- Realiza reevaluaciones al paciente de acuerdo con su condición de salud						



18.- Cuida del sitio y de las soluciones IV / Vía central y las evaluaciones de acuerdo con la política del hospital						
19.- Responde en un tiempo menor a 5 minutos al llamado de un paciente						
20.- Administra en menos de 15 minutos las solicitudes de medicamentos PRN						
21.- Evalúa la eficacia de los medicamentos						
22.- Asiste a las visitas de evaluación del cuidado interdisciplinario						
23.- Ayuda con las necesidades de ir al baño en un tiempo no mayor a 5 minutos de solicitud						



24.- Realiza cuidado de la Piel/Cuidado de heridas						
--	--	--	--	--	--	--

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

Razones para el cuidado de enfermería perdido	Razón Significativa	Razón Moderada	Razón Menor	No es una Razón
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.- La asignación de pacientes es desequilibrada				
6.- Los medicamentos no estaban disponibles cuando se necesitaron				
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 los cuidados necesarios (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.- El 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				
--	--	--	--	--



XIII. Apéndices

Apéndice 1. Fórmula para el cálculo del tamaño de muestra

$$n = \frac{Z^2 pqN}{NE^2 + Z^2 pq}$$

N = tamaño de la población = (152 enfermeras y 214 pacientes)

n = tamaño de la muestra (109 enfermeras y 138 camas)

z = puntuación para $\alpha=1.96^2$

p = prevalencia esperada = 0.5

q = 1-p (si p=30%, q=70%)

E = margen de error (porcentaje expresado con decimales) ejp. 5%=0.05

Apéndice 2. Fórmula para la tasa de rechazo

Tasa de rechazo = (número de quienes rechazan participar / número de quienes reúnen los criterios de muestreo planteados) $\times$ 100%

Tasa de rechazo = $(12 \div 110) \times 100\% = 0.10 \times 100\% = 10.9\%$

Apéndice 3. Operación de la variable independiente cuidado perdido

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones/ ítems	Escala de medición / indicadores	Estadístico
Cuidado perdido	Independiente Cualitativa Ordinal	Cuidado perdido u omitido es aquel aspecto del cuidado de enfermería que siendo necesario es omitido de forma total o parcial o diferido en el tiempo (Kalisch, 2009)	Son las actividades del cuidado de enfermería las cuales pueden omitirse, darse de manera inconclusa o retrasada.	Incluye 4 dimensiones con los siguientes reactivos: Intervenciones de: 1.-Necesidades individuales: 5, 10, 19, 20, 21 y 23 2.- Intervenciones de planificación del alta y educación al paciente: 9 y 14 3.- Intervenciones de cuidado básico: 1, 2, 3, 4, 11, 12, 13 y 24	5. Siempre 4.Frecuentemente 3. De vez en cuando 2. Rara vez 1. Nunca 0. No aplica	Frecuencias y porcentajes

				4.-Intervenciones de cuidado de evaluaciones continuas: 6, 7, 8, 15, 16, 17, 18 =24 reactivos		
--	--	--	--	--	--	--

Apéndice 4. Operación de la variable dependiente perspectiva del paciente

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones/ ítems	Escala de medición / indicadores	Estadístico
Perspectiva del cuidado del paciente	Dependiente Cualitativa Ordinal	Punto de vista determinado desde el cual se considera o se analiza un asunto.	Enfoque que el paciente desde su posición va a dar sobre el cuidado recibido.	Incluye 3 dimensiones con los siguientes reactivos: 1. Recurso humano: 1, 2, 3, 4, 5 y 17 2. Recursos materiales: 6, 9, 10 3. Comunicación: 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15 y 16 =17 reactivos	4. Razón Significativa 3. Razón Moderada 2. Razón Menor 1. No es una razón	Frecuencia y porcentajes

Apéndice 5. Operación de variables sociolaborales de enfermería y demográficas de los pacientes

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición / indicadores	Estadístico
Sexo	Cualitativa Nominal Dicotómica Ordinal	Condición orgánica, masculina o femenina.	Condición biológica que hace distinción entre masculino y femenino o que es asignado socialmente	Masculino Femenino	Medidas de tendencia central y dispersión
Edad	Cuantitativa Discreta Razón	Tiempo que ha vivido una persona.	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un individuo a la fecha	Años	Medidas de tendencia central y dispersión

Grado académico	Cualitativa Ordinal	Corresponde a la educación formal	Máximo nivel de estudios obtenidos hasta el momento	Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Posgrado Maestría Doctorado	Medidas de tendencia central y dispersión
Situación laboral	Cualitativa Ordinal	Estado que guarda una persona en relación con su trabajo	Tipo de contratación que tiene dentro de la institución	IMSS Bienestar PEVEN Homologado Formalizado Regularizado Base Federal	Medidas de tendencia central y dispersión
Turno	Cualitativa Ordinal	Orden según el cual se suceden varias personas en el desempeño de cualquier actividad o función.	Jornada laboral durante la cual se desarrolla el trabajo.	Matutino Vespertino Nocturno Jornada acumula	Medidas de tendencia central y dispersión
Antigüedad laboral	Cuantitativa Discreta Razón	Tiempo que alguien ha permanecido en un cargo o empleo.	Duración que tiene el profesional de enfermería de estar	Años	Medidas de tendencia

			ejerciendo la profesión dentro de la institución.		central y dispersión
Antigüedad en el servicio	Cuantitativa Discreta Razón	Tiempo en el lugar donde se desempeña activo en un cargo o función	Lapso que tiene el profesional de enfermería en el área actual.	Años	Medidas de tendencia central y dispersión
Servicio asignado	Cualitativa Ordinal	Lugar en el que se desempeña un cargo o función.	Servicio en que la institución ha ubicado al personal de enfermería.	Ginecología/obstetricia Medicina interna Cirugía, mixto Neurocirugía, Traumatología/ortopedia	Medidas de tendencia central y dispersión



Apéndice 6. Autorización de los autores

Dra. Beatrice Kalisch

 **Dulce Celeste Arriaga Trejo** <0009061e@umich.mx>
para bkalisch ▾ mar, 21 feb, 14:46 ☆ ↶ ⋮

Dr. Kalish, good morning, I introduce myself, I am a nursing graduate from the Ministry of Health of Michoacán, Mexico, I am studying for a master's degree in nursing, as a product of my degree I am interested in investigating the phenomenon of Lost Care, studying both staff nurses and hospitalized patients.
The reason why I am contacting you is to ask if you could support me with the MISSCARE (OMICE) surveys for nursing and for patients, since I have reviewed publications of studies that have been carried out but I have not been able to find them as such..
I thank you in advance and I want you to know that I admire her very much for all the work she has done and in which she has performed.

 **Beatrice Kalisch** <bkalisch@umich.edu>
para mí ▾ mié, 22 feb, 20:59 ☆ ↶ ⋮

Hello
I am happy you are going to study missed care. You have my permission to use the tools. I will try you send them to you.
Beatrice kalisch

Sent from my iPhone

> On Feb 21, 2023, at 3:46 PM, Dulce Celeste Arriaga Trejo <0009061e@umich.mx> wrote:
>
>

 **Dulce Celeste Arriaga Trejo** <0009061e@umich.mx>
para Beatrice ▾ jue, 23 feb, 7:37 ☆ ↶ ⋮

Great, thank you so much!

Dra. Moreno Monsiváis y Dr. Juan López Cocotle (adaptación al español y en población mexicana)

Solicitud de instrumento MISSCARE (OMICE) Externo Recibidos x

 **Dulce Celeste Arriaga Trejo** <0009061e@umich.mx>
para juan.lopezc ▾ 13 feb 2023, 13:29 ☆ ↶ ⋮

Mtro. Juan López muy buen día, me presento soy Lic. en enfermería en la Secretaría de Salud de Michoacán, me encuentro cursando una maestría en enfermería en la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, como producto de titulación me interesa investigar el fenómeno de los Cuidados Perdidos, estudiando tanto al personal de enfermería como a los pacientes hospitalizados.

El motivo por el cual me estoy poniendo en contacto con usted es para solicitarle si pudiera apoyarme con las encuestas MISSCARE (OMICE) para enfermería y para pacientes, ya que he revisado publicaciones de estudios que se han realizado pero no los he podido encontrar como tal.

De antemano le agradezco y quedo en espera de una respuesta favorable.



JOSE JUAN LOPEZ COCOTLE <juan.lopezc@ujat.mx>
para mí ▾

22 feb 2023, 13:40 ☆ ↶

EStimada Dulce

Te comparto lo documentos, solo te pido respetar los derechos y citas las fuentes correspondientes. Ambas adaptaciones al español y en población mexicana fueron realizadas por el equipo de trabajo de la Dra Moreno Monsiváis.

Saludos

M.E José Juan López Cocotle
Profesor Investigador
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco / DAMJM

De: Dulce Celeste Arriaga Trejo <0009061e@umich.mx>
Enviado: martes, 21 de febrero de 2023 14:43:17
Para: JOSE JUAN LOPEZ COCOTLE
Asunto: Re: Solicitud de instrumento MISSCARE (OMICE)

3 archivos adjuntos • Analizado por Gmail ⓘ



Dulce Celeste Arriaga Trejo <0009061e@umich.mx>
para JOSE ▾

23 feb 2023, 8:42 ☆ ↶ ⋮

Mtro. b día

Usted cree que sea conveniente comunicarme con la Dra. Monsivais?, le envié un correo también a ella pero no la pude contactar, tendrá su número telefónico? O usted que me recomienda.

Le envié un correo a la Dra. Kalish y ella ya me contestó dándome los permisos. Indíqueme

...



JOSE JUAN LOPEZ COCOTLE <juan.lopezc@ujat.mx>
para mí ▾

24 feb 2023, 22:07 ☆ ↶ ⋮

Hola, por parte de la Dra. Monsiváis no hay ningún inconveniente, yo platicué con ella personalmente y también dió su autorización, solo que se respete la fuente como parte de las consideraciones éticas.

Saludos



Apéndice 7. Carta de consentimiento informado para los pacientes

Carta de consentimiento informado para el paciente

Morelia, Michoacán; a ____ de _____ del ____

Título del proyecto “Cuidados perdidos de enfermería relacionados con la perspectiva de la atención en pacientes de un hospital de segundo nivel”

No. de registro: 674/02/23

Sede: Hospital General “Dr. Miguel Silva”

Por medio de este documento usted es está siendo invitado(a) a participar en un proyecto de investigación en enfermería por que cumple con las características de selección, que tiene por objetivo identificar la presencia de los cuidados perdidos de enfermería.

Es importante que conozca que la decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria, en caso de no aceptar la invitación no habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee.

Su participación consistirá en responder un cuestionario de manera anónima, en el transcurso de la investigación usted podrá solicitar información actualizada a la investigadora responsable, los datos personales obtenidos para este estudio serán mantenidos con estricta confidencialidad; ya finalizado el estudio, los cuestionarios se resguardarán por seis meses y posteriormente serán destruidos por la investigadora, no tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio, ni recibirá pago por su participación, los riesgos asociados con el estudio es mínimo.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar este documento.

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entendido que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.



Firma del participante

Firma del testigo

Cualquier duda, preocupación o queja acerca de algún aspecto de la investigación, por favor contacte a la investigadora principal Lic. Enf. Dulce Celeste Arriaga Trejo al teléfono móvil 4433010088 o al presidente del Comité de Ética e Investigación del Hospital General QFB. Álvaro Rodríguez Barrón celular 4431558030.



Apéndice 8. Carta de consentimiento informado para el personal de enfermería

Carta de consentimiento informado para el personal de enfermería

Morelia, Michoacán; a ____ de _____ del ____

Título del proyecto “Cuidados perdidos de enfermería relacionados con la perspectiva de la atención en pacientes de un hospital de segundo nivel”

No. de registro: 674/02/23

Sede: Hospital General “Dr. Miguel Silva”

Por medio de este documento usted es está siendo invitado(a) a participar en un proyecto de investigación en enfermería por que cumple con las características de selección, con el objetivo identificar la presencia de los cuidados perdidos de enfermería y especificar los factores condicionantes que influyen en la presencia de los cuidados perdidos

Es importante que conozca que la decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria, en caso de no aceptar la invitación no habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee.

Su participación consistirá en responder un cuestionario de manera anónima, en el transcurso de la investigación usted podrá solicitar información actualizada a la investigadora responsable, los datos personales obtenidos para este estudio serán mantenidos con estricta confidencialidad; ya finalizado el estudio, los cuestionarios se resguardarán por seis meses y posteriormente serán destruidos por la investigadora, no tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio, ni recibirá pago por su participación, los riesgos asociados con el estudio es mínimo.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar este documento.



Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entendido que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Firma del participante

Firma del testigo

Cualquier duda, preocupación o queja acerca de algún aspecto de la investigación, por favor contacte a la investigadora principal Lic. Enf. Dulce Celeste Arriaga Trejo al teléfono móvil 4433010088 o al presidente del Comité de Ética e Investigación del Hospital General QFB. Álvaro Rodríguez Barrón celular 4431558030.



Apéndice 9. Carta de no conflicto de interés

Morelia, Michoacán a 26 de agosto de 2023

Comité de ética

Presente:

Por medio de la presente la que suscribe Licenciada en Enfermería Arriaga Trejo Dulce Celeste como investigadora principal, así como, la directora Mtra. Ruth Esperanza Pérez Guerrero y la codirectora Dra. Josefina Valenzuela Gandarilla declaramos NO TENER CONFLICTO DE INTERÉS de tipo profesional, económico y de ningún tipo con la investigación titulada **"Cuidados perdidos de enfermería relacionados con la perspectiva de atención en pacientes de un hospital de segundo nivel"** cuyo objetivo es solo y únicamente de tipo académico y científico.

Cabe mencionar que serán respetados los principios éticos de autonomía y confidencialidad de los participantes en dicho proyecto, dando crédito a los derechos de autor y a la propiedad intelectual, apegándonos en todo momento al Código de ética en investigación.

Atestamento

L.E.E. Dulce Celeste Arriaga Trejo

M.E. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Directora

Dra. Josefina Valenzuela Gandarilla

Codirectora



Apéndice 10. Carta de solicitud para aprobación por los Comités de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Morelia, Michoacán a 26 de agosto de 2023

L.E. Angélica Saizaz Mendoza
Secretaría Académica de la Facultad de Enfermería
de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
P r e s e n t e:

At'n: Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recándiz
Presidenta del Comité de Investigación

Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga
Presidenta del Comité de Ética en Investigación

Quien suscribe, **L.E.E. Dulce Celeste Arriaga Trejo** estudiante de maestría de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Me dirijo a usted de la manera más atenta para solicitar la revisión y en su caso la aprobación del protocolo de investigación titulado "**Cuidados perdidos de enfermería relacionados con la perspectiva de atención en pacientes de un hospital de segundo nivel**" bajo la asesoría de la M.E. Ruth Esperanza Pérez Guerrero.

Sin otro particular y en espera de una respuesta favorable hacia mi particular, le envío un afectuoso y respetuoso saludo.

Atentamente

L.E.E. Dulce Celeste Arriaga Trejo
Cédula de especialidad 11057898
0009061e@umich.mx

Vn. En

Mtra. Ruth Esperanza Pérez Guerrero
ruth.perez@umich.mx



Apéndice 11. Dictamen de aprobación por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.



Morelia, Michoacán a 5 de septiembre del
2023

C. Dulce Celeste Arriaga Trejo
Lic. en Enfermería
Facultad de Enfermería
P r e s e n t e

A través de este conducto se hace de su conocimiento que el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo ha realizado la revisión de su protocolo titulado *Cuidados perdidos de enfermería relacionados con la perspectiva de atención en pacientes de un hospital de segundo nivel* y acordó **APROBARLO** con el dictamen CEI/FacEnf/005/POSG2023, Por lo que puede realizar lo conducente.

También se le informa que este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario se requerirá solicitar la reaprobación de este Comité al término de la vigencia de éste.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga
Presidente del Comité de ética en investigación





Apéndice 12. Dictamen de aprobación por el Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.



Morelia, Michoacán, a 22 de septiembre de 2023

Asunto: dictamen Comité de Investigación

L.E.E. Dulce Celeste Arriaga Trejo

Estudiante del Programa de Maestría en Enfermería

Facultad de Enfermería

Presente

A través de este conducto se hace de su conocimiento que el Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo ha realizado la revisión de su protocolo titulado **“Cuidados perdidos de enfermería relacionados con la perspectiva de la atención en pacientes de un hospital de segundo nivel”** y acordó que está **Aprobado** con el dictamen **CI/FacEnf/005-PG/2023** por lo que puede realizar lo conducente.

También se le informa que este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario se requerirá solicitar la reaprobación de este Comité al término de la vigencia establecida.

Cabe señalar que el registro del Comité de Investigación ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) se encuentra en trámite.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente


Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz
Presidenta del Comité de Investigación

C.c.p. Archivo del Comité de Investigación.



Apéndice 13. Dictamen de aprobación por el comité de ética e investigación del Hospital de segundo nivel.


Gobierno del Estado
de Michoacán de Ocampo

Dependencia SECRETARÍA DE SALUD
Sub-dependencia HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"
Oficina COMITÉS DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN Y DE INVEST.
No. de oficio 5009/2023/136
Expediente
Asunto: **Oficio de aceptación de proyecto de Investigación**

"2023, AÑO DE FRANCISCO VILLA, EL REVOLUCIONARIO DEL PUEBLO"

Atapaneó, Morelia, Michoacán, 31 de octubre de 2023.

C. LIC EN ENF. ESP. DULCE CELESTE ARRIAGA TREJO
INVESTIGADORA PRINCIPAL
PRESENTE.

Por este conducto le informamos, que el Comité de Ética en Investigación con número de Registro **CONBIOÉTICA-16-CEI-004-20161212** con fecha de expedición diciembre 13 del 2022 y el Comité de Investigación con número de Registro **COFEPRIS-17-CI-16053153** con fecha de expedición 11 de noviembre del 2017 del Hospital General "Dr. Miguel Silva", revisaron y **APROBARON** su proyecto de investigación con número de registro 674/02/23 titulado:

"CUIDADOS PERDIDOS DE ENFERMERÍA RELACIONADOS CON LA PERSPECTIVA DE ATENCIÓN EN PACIENTES DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL".

No omitimos mencionarle que deberá presentar a estos comités los resultados finales (Tesis), así como cualquier enmienda que se pretenda realizar en el transcurso de la investigación de acuerdo a la norma oficial mexicana que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos y a la Guía Nacional Para la Integración y funcionamiento de los comités de Ética en Investigación.

Sin más por el momento, le enviamos un cordial saludo.

ATENTAMENTE


QFB. ALVARO RODRIGUEZ BARRÓN
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
DEL HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"


DR. JOSÉ FRANCISCO LÓPEZ BELTRÁN
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE
INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL GENERAL
DR. MIGUEL SILVA

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
C.c.p. Dr. Aurora Salazar Covarrubias - Jefe de Enfermería e Investigación - Hospital General "Dr. Miguel Silva" - PRESENTE
C.c.p. minutorio
ARB*JPLB*SEVERAL "DR. MIGUEL SILVA"
SECRETARÍA DE SALUD DE MICHOACÁN

COMITÉ DE INVESTIGACIÓN
HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"
SECRETARÍA DE SALUD DE MICHOACÁN

Contestar este oficio, citense los datos contenidos en el cuadro del ángulo superior derecho.



Apéndice 14. Oficio de aprobación, para aplicación del instrumento para la prueba piloto en el Hospital de la Mujer.

 Morelia, Michoacán; a 09 de noviembre de 2023

Oficio No. 711/Académica/2023
Asunto: Solicitud de Autorización.

ME. SILVIA PANIAGUA RAMÍREZ
HOSPITAL DE LA MUJER
DE MORELIA MICH.
PRESENTE.-

Al'n: M.E Veronica Ruiz Guzmán

Por este medio, me permito solicitar su autorización para que la alumna de Maestría L.E.E. **Dulce Celeste Arriaga Trejo** aplique los instrumentos: "Cuidados perdidos de enfermería y su relación con la perspectiva de la atención en los pacientes hospitalizados", siendo su asesora de Investigación la ME. Ruth Esperanza Pérez Guerrero.

Acudirá a realizar dichas encuestas del 13 al 17 de noviembre del presente año en horario de 16:00 a 20:00 horas, en la Dependencia que Usted dignamente dirige.

Se adjunta copia de la Cédula de Colecta de Datos.

Sin más por el momento, con la seguridad de contar como siempre con su apoyo, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE


SALAZAR MENDOZA
SECRETARIA ACADÉMICA





Teléfono (+52) 44 33 13 92 74 y 44 33 17 52 55
Av. Ventura Puente #115 Col. Chapultepec Norte, C.P. 58260, Morelia, Michoacán, México.

Humanista por siempre



Apéndice 15. Plan de difusión Foro I+E-2023

V Reunión Internacional de Investigación y Educación Superior en Enfermería



FORO I+E- 2023

INVESTIGA, APRENDE, APLICA el desafío de la transferencia del conocimiento
Fundación Index, Paraninfo Digital (España) 28-30 de noviembre de 2023

CERTIFICADO

Ha presentado una Comunicación Digital

Dulce Celeste Arriaga Trejo, Ruth Esperanza Pérez Guerrero, Josefina Valenzuela Gandarilla
"Perspectiva de los cuidados perdidos de enfermería: un estudio comparativo"

Manuel Amezcua
Presidente del Comité Organizador
Granada, España, 11 de diciembre de 2023



Código de verificación del certificado: NJU3YWRIOWQ2ZTExMDcuOTU0NDI2NjY Para verificar la integridad de una copia de este documento utilice la dirección https://www.fundacionindex.com/cuiden/certificacion/validador.php Este documento así como las herramientas utilizadas para generarlo y verificarlo cumplen la Directiva 1999/93/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 13 de diciembre de 1999 recogida en la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica	
FIRMADO POR	Manuel Amezcua Martínez (Presidente Fundación Index)
ID. FIRMA	NJU3YWRIOWQ2ZTExMDcuOTU0NDI2NjY
FECHA	14/12/2023
REGISTRO	FORO2023/1545





Apéndice 16. Plan de difusión 2º Congreso Internacional de Investigación de Pregrado en Salud



UNIVERSIDAD DE
GUANAJUATO



La División de Ciencias de Salud e Ingenierías, los Cuerpos Académicos Envejecimiento y Salud (UGTO-CA-164), Estilo de Vida Saludable y Cronicidad (UGTO-CA-096), la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Coordinación Académica Región Huasteca Sur - Campus Tamazunchale, la Asociación de Enfermería Comunitaria, Vocalía México y el Cuerpo Académico Cuidado Humanizado, Educación y Migración de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (UMSNH-CA-300)

Otorga la presente

CONSTANCIA

A

Dulce Celeste Arriaga Trejo, Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Por su destacada participación como Ponente con el tema “Cuidados perdidos de enfermería y perspectiva de la atención en pacientes de un hospital de segundo nivel” en el marco del II Congreso Internacional de Investigación de Pregrado en Salud, realizado el 7 de junio de 2024 en la Ciudad de Celaya, Guanajuato en modalidad híbrida en la Sede Sur del Campus Celaya-Salvatierra y a través de YouTube y Teams; con un total de 8 horas

“La verdad os hará libres”
Celaya, Gto. 10 de junio de 2024

Dr. José Manuel Herrera
Paredes

Responsable del Cuerpo Académico
Estilo de Vida Saludable y Cronicidad

CAMPUS CELAYA-SALVATIERRA
DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD
E INGENIERÍAS

Dra. María de Jesús Jiménez
González

Responsable del Cuerpo Académico
Envejecimiento y Salud

Mtro. Oscar Fernández Pérez
Tejada

Director de la Coordinación Académica
Región Huasteca Sur, UASLP

Dra. Ma. de Jesús Ruiz
Recéndiz

Responsable del Cuerpo Académico
Cuidado Humanizado, Educación y
Migración

Dra. Maribel Marmol
López

Presidente de Asociación
de Enfermería Comunitaria

NOMBRE DEL TRABAJO

Cuidados perdidos de enfermería relacionados con la perspectiva de la atención en pacientes de un h

AUTOR

Dulce Celeste Arriaga Trejo

RECuento DE PALABRAS

22669 Words

RECuento DE CARACTERES

125995 Characters

RECuento DE PÁGINAS

124 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

3.0MB

FECHA DE ENTREGA

Sep 11, 2024 11:13 AM CST

FECHA DEL INFORME

Sep 11, 2024 11:17 AM CST

● 42% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 42% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 0% Base de datos de trabajos entregados
- 18% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



A quien corresponda,

Por este medio, quien abajo firma, bajo protesta de decir verdad, declara lo siguiente:

- Que presenta para revisión de originalidad el manuscrito cuyos detalles se especifican abajo.
- Que todas las fuentes consultadas para la elaboración del manuscrito están debidamente identificadas dentro del cuerpo del texto, e incluidas en la lista de referencias.
- Que, en caso de haber usado un sistema de inteligencia artificial, en cualquier etapa del desarrollo de su trabajo, lo ha especificado en la tabla que se encuentra en este documento.
- Que conoce la normativa de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, en particular los Incisos IX y XII del artículo 85, y los artículos 88 y 101 del Estatuto Universitario de la UMSNH, además del transitorio tercero del Reglamento General para los Estudios de Posgrado de la UMSNH.

Datos del manuscrito que se presenta a revisión		
Programa educativo	Maestría en enfermería con terminal en gestión, dirección y liderazgo	
Título del trabajo	Cuidados perdidos de enfermería relacionados con la perspectiva de la atención en pacientes de un hospital de segundo nivel	
	Nombre	Correo electrónico
Autor/es	Dulce Celeste Arriaga Trejo	0009061e@umich.mx
Director	Ruth Esperanza Pérez Guerrero	ruth.perez@umich.mx
Codirector	Josefina Valenzuela Gandarilla	josefina.valenzuela@umich.mx
Coordinador del programa	Ma. Lilia Alcantar Zavala	lilia.alcantar@umich.mx

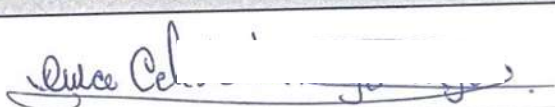
Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Asistencia en la redacción	Si	Microsoft Word

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Traducción al español	Si	Google traductor
Traducción a otra lengua	Si	Google traductor (para el resumen)
Revisión y corrección de estilo	Si	Microsoft Word
Análisis de datos	Si	Programa SPSS versión 27
Búsqueda y organización de información	Si	Google Mendeley
Formateo de las referencias bibliográficas	No	
Generación de contenido multimedia	Si	Texto, tablas, figuras de Word
Otro		

Datos del solicitante	
Nombre y firma	Dulce celeste Arriaga Trejo 
Lugar y fecha	Morelia Michoacán a 10 de septiembre 2024