

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v5i6.3306>

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

Missed nursing care related to the perspective of care in patients in a second level hospital

Dulce Celeste Arriaga Trejo

0009061e@umich.mx

<https://orcid.org/0009-0006-7763-605X>

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Morelia, Michoacán – México

Ruth Esperanza Pérez Guerrero

ruth.perez@umich.mx

<https://orcid.org/0000-0002-8991-04944>

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Morelia, Michoacán – México

Josefina Valenzuela Gandarilla

josefina.valenzuela@umich.mx

<https://orcid.org/0000-0002-3886-4977>

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Morelia, Michoacán – México

Artículo recibido: 04 de diciembre de 2024. Aceptado para publicación: 15 de enero de 2025.
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen

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. Analizar la relación entre los cuidados perdidos de enfermería y la perspectiva de atención en pacientes de un hospital de segundo nivel. Enfoque cuantitativo, diseño correlacional, prospectivo, transversal. En 95 enfermeras y 150 pacientes hospitalizados, se recurrió al instrumento MISSCARE del cuidado perdido de enfermería. En el análisis se utilizó el programa SPSS v27, se utilizó estadística descriptiva, frecuencias ($\square$), porcentajes (%), media, DE. 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 ($rs=-.258$; $p0.012$) y con el cuidado perdido del paciente ($rs= -.293$; $p.004$). Un bajo porcentaje de enfermería percibe la omisión del cuidado comparado con la perspectiva del paciente, el cuidado básico presentó mayor omisión, el factor de mayor influencia el recurso humano. El cuidado perdido de enfermería es percibido por los pacientes hospitalizados.

Palabras clave: enfermería, cuidados perdidos, perspectiva de la atención, pacientes, hospital público

Abstract

Missed or omitted care are nursing care activities that should be performed but are not performed or are postponed due to various factors, with repercussions for the patient. To analyze the relationship between missed nursing care and the care perspective in patients in a second level hospital. Quantitative, correlational, prospective, cross-sectional design. In 95 nurses and 150 hospitalized patients, the MISSCARE instrument for missed nursing care was used. The analysis was done using the SPSS v27 program, descriptive statistics, frequencies ($\square$), percentages (%), mean, SD. Results: 3.2% of missed nursing care 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 with the greatest impact were basic care 59.3% and discharge planning and education 51.3%. Negative correlations were found in continuous nursing evaluations with basic care ($r_s = -.258$; $p = 0.012$) and with missed patient care ($r_s = -.293$; $p = 0.004$). A low percentage of nurses perceive the omission of care compared to the patient's perspective, basic care presented greater omission, the factor with the greatest influence was human resources. Lost nursing care is perceived by hospitalized patients.

Keywords: nursing, missed care, care perspective, patients, public hospital

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicado en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons.



Cómo citar: Arriaga Trejo, D. C., Pérez Guerrero, R. E., & Valenzuela Gandarilla, J. (2025). Cuidados perdidos de enfermería relacionados con la perspectiva de la atención en pacientes de un hospital de segundo nivel. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 5 (6), 4126 – 4140. <https://doi.org/10.56712/latam.v5i6.3306>

INTRODUCCIÓN

El fenómeno de los Cuidados Perdidos de la Enfermería "Missed Care", fue abordado por Kalisch en el 2006, por medio de un estudio cualitativo reconoció la falta de cuidados de enfermería y lo atribuyó a factores extrínsecos e intrínsecos, entre 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), lo definió como aquel aspecto del cuidado que, siendo necesario, es omitido de forma total o parcial o diferido en el tiempo (Kalisch y Williams, 2009),

Anteriormente, Sochalski et al. (2004) emplearon el término "tareas deshechas, no realizadas o sin finalizar" (tasks undone, unfinished care), para referirse a aquellas actividades del cuidado que enfermería no finaliza por la carga de trabajo, las cuales podrían ser un factor asociado a los problemas de seguridad del paciente en los hospitales, así mismo, Schubert et al. (2008) se refirieron al término "racionado" aludiendo "la falta de tiempo para efectuar tareas de enfermería necesarias para los pacientes" y Lucero et. al. (2009) lo definieron como necesidades no satisfechas.

Posteriormente, Ausserhofer et al. (2014) nombraron al cuidado de enfermería dejado de lado (nursing care left undone) para exponer las actividades de enfermería necesarias para los pacientes, pero que se perdieron por falta de tiempo, Ball et al. (2014) lo definieron como cuidados no prestados y VanFosson et. al (2016) lo citaron como cuidados de enfermería inconclusos.

En el 2009 Kalish et al., formularon el Modelo de Cuidados Perdidos u Omitidos, este modelo, contiene cuatro dimensiones: necesidades individuales que se refiere a las respuestas humanas; planificación del alta y educación del paciente que es la participación y toma de decisiones informadas sobre la atención; cuidado básico que consiste en satisfacer necesidades esenciales cuando el paciente carece de autonomía y la cuarta dimensión es del cuidado con evaluaciones continuas que implica el proceso continuo de vigilar a los pacientes.

También el modelo contempla los factores que influyen para que se presente el cuidado perdido, agrupándolos en tres dimensiones: recursos humanos, recursos materiales y comunicación (Kalisch et al, 2009). En este sentido Mills y Duddle (2021), dieron a conocer que el número de personal inadecuado, los factores ambientales, las situaciones de urgencia y la escasa percepción por parte del personal de enfermería contribuyen a que se pierdan los cuidados. Rabadán-Silva, (2020) explica que existen elementos aunados al personal de enfermería de tipo intrínsecos que hace que el cuidado se relacione como el agotamiento vinculado con el ambiente laboral deficiente y las fallas en las relaciones interprofesionales, lo cual podría repercutir en el aspecto emocional del personal, generando insatisfacción e infravaloración para las funciones que desempeñan. Aunado a lo anterior los elementos de tipo extrínsecos como una baja remuneración, la falta de incentivos e incertidumbre ante la certeza laboral se han relacionado directamente con la motivación que tiene el personal al desempeñar su trabajo.

Por otra parte, respecto al estado del arte en el cuidado perdido, investigaciones han identificado factores asociados para la pérdida u omisión de los cuidados de enfermería como el de Zárate-Grajales y Mejías (2019), quienes mencionan que los elementos del cuidado perdido de enfermería son aquellas tareas o actividades que no se realizan por una serie de razones. Además, Schubert et al. (2008) evidenciaron la asociación del cuidado de enfermería perdido y su impacto en los resultados del paciente y los relacionaron con las características del personal, su entorno y expertos, así como, la tipología de pacientes y las propias del sistema.

Por otro lado, Sovold et al., (2021) refirieron que la falta de equilibrio entre la vida laboral, familiar y social del personal de enfermería llegan a generar bajas y constante renovación del personal, Bekker et al., (2015) indicaron la insatisfacción laboral provoca ausentismo entre las enfermeras profesionales

y como resultado, pérdida de cuidados por el personal que acude a trabajar. En este sentido, Janatolmakan y Khatony (2022), explicaron 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 mismo descontento del paciente, con sensación de que no están realizando bien su trabajo y con deseos de abandonarlo.

Incluso se han identificado a nivel mundial componentes de tipo organizacional como una mala gestión, falta de recurso económico y humano, como condicionantes para que se presenten los cuidados perdidos (Janatolmakan y Khatony, 2022). En cuanto al factor relacionado con el recurso humano, se identifica como el elemento principal, en específico la falta dotación de personal favoreciendo la omisión de cuidados, lo que conduce a una relación directa entre el aumento de la atención perdida y la poca cantidad de personal, con el consecuente impacto en los resultados de los pacientes (Griffiths et al., 2018).

Por otro lado, la perspectiva de la atención que tienen los pacientes, se define como el enfoque desde el punto de vista que el usuario como receptor del servicio aprecia en relación con el cuidado recibido. 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).

Una revisión sistemática centrada 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, además, Lake et al., (2016) mencionan que aspectos como consolar/hablar con los pacientes, planificar la atención y enseñar/consejería fueron los cuidados más omitidos referidos por los usuarios.

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 del cuidado, causando descrédito a la institución y robándole la confianza en el sistema de salud (Janatolmakan y Khatony, 2022).

Por lo cual, la omisión de cuidados en los pacientes hospitalizados representa un riesgo para la seguridad, además conducen a resultados adversos, estancias prolongadas, mayor gasto de recursos, disminuye la calidad en la atención y por ende la satisfacción de los usuarios. Estas circunstancias están relacionadas con indicadores de eficacia y de gestión que afectan gravemente en la recuperación, pronóstico y vida del paciente; además aquejan a los profesionales y al sistema de salud (Bolado, 2021, Hernández-Vergel et al. 2022).

En México, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico [CONAMED], (2017, p.9) identificó los elementos relacionados con mala práctica de enfermería, señalaron que el 20% fue por acto u omisión de enfermería, generando daño a la salud del paciente independientemente del nivel y establecimiento en salud. Por lo cual se requiere una investigación más profunda que recopile y analice la percepción de los profesionales de enfermería y de los pacientes, sobre los cuidados perdidos, en virtud de ello, el objetivo de este estudio fue analizar la relación entre los cuidados perdidos de enfermería y la perspectiva de la atención en pacientes de un hospital de segundo nivel.

METODOLOGÍA

Enfoque y diseño

El presente estudio fue de tipo cuantitativo, por su nivel de alcance descriptivo, correlacional, con diseño metodológico prospectivo, de corte transversal, no intervencional.

Población y muestra

La población la conformaron 152 profesionales de enfermeras y 265 pacientes de un hospital de segundo nivel de Morelia Michoacán. La muestra fue calculada de acuerdo con la fórmula para población finita, con un nivel de confianza del 95% y un 5% de error definiendo el tamaño de muestra de $n=110$ profesionales de enfermería y $n=158$ pacientes, de los cuales 15 enfermeras se excluyeron del análisis final, 12 por no aceptar participar y 3 por cuestionario inconcluso, así mismo, 8 pacientes por cuestionario inconcluso. Al final se analizaron 95 encuestas de enfermería y 150 de pacientes.

Criterios de selección

En este estudio participaron personal de enfermería con funciones operativas asistenciales y pacientes asignados a los servicios de hospitalización de ginecología/obstetricia, medicina interna, cirugía, neurocirugía, traumatología/ortopedia y mixto, en los turnos matutino, vespertino, nocturno A, nocturno B y jornada acumulada.

Criterios de selección para el Personal de Enfermería

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

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.

Eliminación: Instrumentos inconclusos

Criterios para los Pacientes

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 mencionados.

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.

Eliminación: Cuestionarios inconclusos.

Instrumento

La fuente principal para la recolección de datos fue el instrumento MISSCARE adaptada al contexto mexicano, se compone de tres secciones: la primera con datos demográficos de los pacientes y sociolaborales del personal de enfermería. La segunda o sección A correspondiente al Cuidado Perdido con un $\alpha=0,89$, se divide en cuatro dimensiones: intervenciones de necesidades individuales, de planificación del alta y educación del paciente, de cuidado básico e intervenciones de cuidados y evaluaciones, esta sección contiene un total de 24 ítems en una escala tipo Likert 5 puntos, las opciones de respuesta 1, 2 y 3 se consideran cuidado perdido y las opciones 4 y 5 corresponde a cuidado realizado. La tercera sección o sección B contempla los factores que influyen para que se

presente la pérdida de cuidados con un nivel de confianza $\alpha = 0.92$, se divide en tres dimensiones: la primera perteneciente al recurso humano, segunda a recursos materiales y la tercera a la comunicación, con un total de 17 ítems con opción de respuesta en escala Likert de cuatro puntos, las respuestas 1 y 2 no son una razón para que se pierda el cuidado y 3 y 4 es una razón significativa para el incumplimiento de los cuidados de enfermería. Para fines de este estudio la sección A se utilizó en el personal de enfermería y pacientes y la sección B solo en el personal de enfermería.

Análisis estadístico

Se realizó una base electrónica de datos 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. Se utilizó estadística descriptiva para las variables cualitativas expresadas con frecuencias ($\square$) y porcentajes (%). Para las variables cuantitativas 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 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.

Consideraciones éticas y legales

El presente estudio se apegó a la normativa internacional y nacional vigente referentes a investigación, los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki (2013) que norma las investigaciones médicas en seres humanos en específico lo señalado en los principios éticos 21, 24, 25 y 26 en el que se preserva el derecho del participante al anonimato, confidencialidad y privacidad con especial énfasis en el consentimiento informado en ambos grupos de estudio. Además, lo declarado en el Informe Belmont que hace referencia a los principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación en cuanto a la autonomía, beneficencia, justicia, no maleficencia y respeto a la dignidad humana.

En México el marco legal que regula la investigación en seres humanos se establece en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, que menciona en los artículos 13 y artículo 14, fracc. V sobre el consentimiento informado, el cual será formulado por escrito, en el que el participante autorizó su colaboración de manera anónima, con pleno conocimiento de los procedimientos y riesgos de la investigación, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna (artículo 20), tras recibir explicación clara y completa sobre la justificación y los objetivos del proyecto, los riesgos y beneficios, dando respuesta a cualquier pregunta o aclaración que tuvieron al respecto, con la libertad de retirarse en el momento que lo decidan, con el compromiso de proporcionar información actualizada durante el transcurso del estudio, así como, que no le generaría gasto alguno por su participación (artículo 21). Además, se garantizó el respeto a la confidencialidad y privacidad tanto de los participantes como de la información proporcionada, esta investigación fue considerada con riesgo mínimo de acuerdo con el artículo 17 fracción II del Reglamento de la Ley General de Salud. (Cámara de Diputados, 2014).

Así mismo, 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.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se observó la presencia de cuidados perdidos por el personal de enfermería, como se muestra en la tabla 1, 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 1

Cuidado perdido de enfermería (n=95 enfermeras)

Cuidado perdido por el personal de enfermería	□	%
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

En los componentes del cuidado básico, el personal de enfermería mencionó como cuidados mayor omitidos, no apoyar en la alimentación del paciente cuando la comida está caliente 51.6% y apoyar al paciente en la deambulación tres veces al día o según indicación 40%, se detallan en la tabla 2.

Tabla 2

Cuidado básico (n=95 enfermeras)

Cuidado perdido en los pacientes hospitalizados	□	%
Apoya al paciente en la deambulación tres veces al día o según indicación		
No aplica	8	8.4
Cuidado perdido	38	40
Cuidado realizado	49	51.6
Cambia de posición 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

En relación a los factores condicionantes que influyen en la presencia de los cuidados perdidos en el personal de enfermería, el 95.8% de las enfermeras refirió como principal factor 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 3.

Tabla 3

Factores condicionantes (n= 95 enfermeras)

Factores por las cuales se pierde en cuidado	□	%
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

En la dimensión del recurso humano los determinantes fueron, el número insuficiente de personal (75.8%), el aumento inesperado en el volumen de pacientes y/o carga de trabajo del servicio (72.6%), como se visualiza en la tabla 4.

Tabla 4

Recurso humano (n= 95 enfermeras)

Factores para que se pierda el cuidado	□	%
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

Referente a la perspectiva de la atención de enfermería en los pacientes de acuerdo con las dimensiones los resultados fueron en las 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 5.

Tabla 5

Perspectiva de los pacientes hospitalizados (n= 150 pacientes)

Cuidado perdido en los pacientes hospitalizados	□	%
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%

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 6.

Tabla 6

Cuidado básico (n= 150 pacientes)

Cuidado perdido en los pacientes hospitalizados	□	%
Apoya al paciente en la deambulaci3n tres veces al d1a o seg1n indicaci3n		
No aplica	55	36.7
Cuidado perdido	44	29.3
Cuidado realizado	51	34
Cambia de posici3n 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 alimentaci3n del paciente cuando la comida est1 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 s1 mismos		
No aplica	8	5.3
Cuidado perdido	34	22.6
Cuidado realizado	108	72.1
Ejecuta Ba1o 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

Los resultados de la prueba de correlaci3n Rho de Spearman, report3 que el valor de p no fue estadisticamente significativo ($r_s = -.104$, $p = .317$) en la escala total. Sin embargo, los resultados de la correlaci3n en la escala total y por dimensiones se encontr3 significancia estadística negativa d3bil entre la dimensi3n de evaluaciones continuas de enfermería con el cuidado b1sico del paciente ($r_s = -.258$; $p = 0.012$), lo cual indica que a mayor presencia de evaluaciones continuas por el personal, menor cuidado b1sico al paciente. Asi mismo, la dimensi3n evaluaciones continuas de enfermería con la escala total del paciente tambi3n present3 una correlaci3n estadisticamente significativa negativa d3bil ($r_s = -.293$; $p = .004$) lo cual, representa que a mayor presencia de evaluaciones continuas de enfermería, menores cuidados p3rdidos al paciente.

Tabla 10

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

DISCUSIÓN

De acuerdo con lo reportado por enfermería en este estudio, un porcentaje muy bajo reconoce la presencia de cuidados perdidos, comparado con 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 de enfermería, 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, López Cocotle 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) (Zárate-Grajales y Mejías (2019).

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 deambulaci3n tres veces al día son los cuidados con mayor omisi3n, resultados similares fueron expuestos por Hernández-Cruz et al. (2017), lo cual podría deberse a a que en los servicios de hospitalizaci3n se encuentra un familiar con el paciente y que esas actividades generalmente se delegan al cuidador o al propio paciente.

Se logró puntualizar en una gran proporci3n la existencia de factores que influyen para que se omitían 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 comunicaci3n. Referente a la dimensi3n del factor del recurso humano los elementos determinantes identificados por enfermería fueron el número insuficiente de personal; al respecto Haakenstad et al. en el 2022, señala que al día de hoy 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, datos de la Organizaci3n para la Cooperaci3n y el Desarrollo

Económicos [OCDE] (Lomelí-Vanegas, 2020), México tiene 2.9 enfermeras de las 8.8 por cada 1000 habitantes que marca la OMS.

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 continuas, 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 deambulación son los cuidados de tipo básico más omitidos indicados por los pacientes, resultados similares fueron expuestos por Moreno-Monsiváis et al. (2015).

CONCLUSIÓN

Los resultados de la presente investigación revelaron que el cuidado perdido de enfermería se encuentra presente e incluso es percibido en mayor proporción 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 en la deambulación de los pacientes, es importante considerar para futuras investigaciones utilizar otro método para la colecta de datos como estudios sombra y entrevistas que comprendan el fenómeno de los cuidados perdidos desde una visión más plural.

Por otra parte, los pacientes hospitalizados percibieron principalmente omisión en la dimensión de cuidado básico, elementos como el cuidado de la boca, asistir el lavado de manos y apoyo en la alimentación del paciente cuando la comida aún está caliente, lo cual indica que el usuario posee una serie de atributos o cualidades que deben ser considerados al momento de hacer evaluaciones sobre la atención, 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.

Por último, 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 volumen de pacientes y/o carga de trabajo del servicio, 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.

REFERENCIAS

- 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>
- 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>
- Bolado-Pontigo, J (2021). Los cuidados perdidos de le enfermería [tesis de maestría, UniversidaddeCantabria]. <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/22152/BOLADO>
- 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>
- Comisión Nacional de Bioética. Normatividad Internacional. (2003). Informe Belmont. Gobierno de México [Archivo 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>
- Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos octubre 2013. <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- 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>
- 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-](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)00532-)
- 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-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>

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, Landstrom G, Williams RA. (2009). Missed nursing care: errors of omission. *Outlook* 57(1), 3-9. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0029655408001462>

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>

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>

Lomelí-Vanegas. (2020). La economía de la salud en México. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/74a9aa45-9f50-44b7ac54b9a1e7dfaed4/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>

Mateu-Molla (20). Deseabilidad social: definición, aspectos importantes y características. *Portal Psicología y Mente*. <https://psicologiymente.com/social/deseabilidad-social>

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>

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. (2020). Situación de la enfermería en el mundo.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331675/9789240003392-spa.pdf>

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>

Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. 2 de abril del 2014.
https://www.diputados.gob.mx/Leyes/regley/Reg_LGS_MIS.pdf

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>

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>

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>

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). Cvbvn, <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.777>

Todo el contenido de **LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades**, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia [Creative Commons](#) .