

Trabajo de fin de grado- Junio 2021



Los Cuidados Perdidos de la Enfermería

Missed Nursing Care

Autora: Jana Bolado Pontigo

Tutora: Cristina Blanco Fraile

Universidad de Cantabria

Facultad de Enfermería

AVISO RESPONSABILIDAD UC

Este documento es el resultado del Trabajo de Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido.

Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición.

Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido. Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros.

La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.

ÍNDICE

1. RESUMEN/ABSTRACT	4
2. INTRODUCCIÓN	5
2.1 JUSTIFICACION	6
2.2 OBJETIVOS.....	6
2.2.1 General	6
2.2.2 Específicos.....	6
2.3 METODOLOGÍA	6
2.4 DESCRIPCION DE LOS CAPITULOS	7
3. CAPITULO I MARCO CONCEPTUAL.....	8
3.1 EL FENÓMENO DE CUIDADO PERDIDO EN ENFERMERÍA.....	8
3.2 MODELO DE CUIDADOS PERDIDOS U OMITIDOS: VALORES Y CREENCIAS	10
3.3 HERRAMIENTA CUANTITATIVA.....	11
3.4 OTRAS LINEAS DE INVESTIGACION.....	12
4. CAPITULO II. ELEMENTOS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA PERDIDO.....	13
4.1 ESTUDIOS LLEVADOS A CABO POR B. KALISCH	13
4.1.1 Según la perspectiva de los profesionales sanitarios.....	13
4.1.2 Según la perspectiva de los pacientes	15
4.2 ELEMENTOS PERDIDOS DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ESPAÑA	16
4.3 OTROS ESTUDIOS RELACIONADOS.....	17
5. CAPITULO III. FACTORES DESENCADENANTES DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PERDIDA	17
5.1 ESTUDIOS LLEVADOS A CABO POR B. KALISCH.....	18
5.2 RAZONES DESENCADENANTES DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PERDIDA EN ESPAÑA.....	19
5.3 OTROS ESTUDIOS RELACIONADOS.....	20
6. CAPITULO IV- LOS CUIDADOS PERDIDOS DE LA ENFERMERÍA COMO INDICADOR DE GESTION.....	21
7. CONCLUSIONES	23
8. BIBLIOGRAFÍA.....	24

ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

Figura 1. Elaboración propia Fuente: B. Kalisch. Modelo de atención de enfermería perdida.....	9
Figura 2. Elaboración propia. Fuente: B. Kalisch. Modelo Cuidado perdido u omitido	10
Figura 3. Elaboración propia. Fuente: B. Kalisch. Sección A de la Encuesta MISSCARE	11
Figura 4. Elaboración propia. Fuente: B. Kalisch. Sección B de la Encuesta MISSCARE	12
Tabla 1. Elaboración propia. Fuente: B. Kalisch. Elementos perdidos de la enfermería, primer estudio desde la perspectiva de los profesionales de la enfermería	14
Tabla 2. Elaboración propia. Fuente: B. Kalisch. Elementos perdidos de la enfermería, segundo estudio desde la perspectiva de los profesionales de la enfermería	14
Tabla 3. Elaboración propia. Fuente: B. Kalisch. Elementos perdidos de la enfermería, primer estudio desde la perspectiva de los pacientes	16
Tabla 4. Elaboración propia. Fuente: O. Rey. Elementos perdidos de la enfermería	16
Tabla 5. Elaboración propia. Fuente: B. Kalisch. Factores relacionados con la producción de los cuidados perdidos de la enfermería, primer estudio desde la perspectiva de los profesionales de la enfermería	18
Tabla 6. Elaboración propia. Fuente: B. Kalisch. Factores relacionados con la producción de los cuidados perdidos de la enfermería, segundo estudio desde la perspectiva de los profesionales de la enfermería	19
Tabla 7. Elaboración propia. Fuente: O. Rey Factores relacionados con la producción de los cuidados perdidos de la enfermería	20

1. RESUMEN/ABSTRACT

Resumen

La enfermería es una disciplina científica que abarca diferentes áreas profesionales. Sin embargo, en este trabajo, nos centraremos en el ámbito de los cuidados aplicados a los pacientes durante su estancia hospitalaria. Durante este tiempo, pueden surgir incidencias, como la omisión o retraso de la aplicación de los cuidados de enfermería repercutiendo en los resultados finales de los pacientes.

Esta omisión de la práctica enfermera, se denomina Cuidados Perdidos de la Enfermería y abarca un amplio campo dentro de la profesión. Aunque no exista numerosa evidencia relacionadas con esta cuestión, la existente demuestra que el cuidado perdido en los últimos 10 años se ha convertido en un fenómeno cada vez más prevalente dentro de las instituciones sanitarias.

Determinar el tipo de cuidado perdido y las causas por las que no se efectúa dicha atención, además de las consecuencias que conlleva su omisión en la seguridad y resultados del paciente es parte del objetivo por el cual se desarrolló este trabajo de fin de grado. La influencia de los resultados obtenidos en los indicadores de gestión y calidad también será cuestión de estudio.

Palabras clave: cuidado, omisión, enfermería, calidad, seguridad del paciente.

Abstract

Nursing is a scientific discipline that covers different professional fields. Nevertheless, in this writing, we will focus on the care applied to patients during their hospital stay. During this period of time, incidents can happen such as the omission or delay of nursing care, affecting the final results in patients.

This omission of practice is called Missed Nursing Care and it covers a wide field in this profession. Even though there are not many studies related to this matter, evidence shows that Missed Nursing Care has turned into a much more prevalent phenomenon in health institutions in the last 10 years.

Part of the aim why this thesis was written for was to determine the type of neglected care and the reasons why it is not carried out, in addition to the consequences that this omission produces on security and patient outcomes. The influence on the obtained results in management and quality index will also be part of the study.

Key words: care, missed, nursing, quality, patient safety.

2. INTRODUCCIÓN

El concepto “cuidados” ha ido evolucionando a lo largo del tiempo, siempre ligados a los cambios históricos de cada época y a la cultura instaurada en las diferentes sociedades. Inicialmente, estaban basados en la supervivencia de cada especie, y en la actualidad, se puede definir como “diferentes conductas de apoyo y ayuda que dependen de las necesidades de cuidados que requiera el paciente, para tratar de abordar la situación de una persona, mejorando o manteniendo su estado de salud” (1,2). Su aplicación se fundamenta en la interacción social entre las personas que participan en esta práctica, propiciando empatía y confianza al paciente para crear unos vínculos significativos que contribuyan a otorgar una atención de calidad (3). Además, es necesario que los profesionales de la enfermería posean los conocimientos y la formación adecuada para llevar a cabo las técnicas que proporcionen dichos cuidados (4).

Dentro del ámbito de la atención sanitaria se realizan numerosas intervenciones, que implican tanto riesgos como beneficios, aunque el profesional sanitario vele por conseguir el máximo bienestar del usuario, pueden surgir situaciones derivadas de errores en las que su seguridad se vea comprometida, pudiendo causar lesiones temporales, crónicas o la muerte. La seguridad del paciente es un principio de la atención sanitaria y un componente esencial de la gestión de calidad. Se define como “la ausencia y prevención de fallos en la atención proporcionada en los servicios sanitarios, tratando de evitar la producción de efectos adversos que pongan en riesgo la vida de los pacientes” (5,6).

Las enfermeras se enfrentan diariamente a diferentes obstáculos para mejorar la calidad de atención del paciente a través de componentes esenciales en la asistencia, como es la seguridad. Sin embargo, se producen numerosos errores en la práctica clínica lo ponen riesgo perjudicando dicha calidad y el esfuerzo de cada profesional, mediante la aplicación de cuidados que son tachados de negligentes, deshumanizados y poco éticos (7).

Los errores derivados de una aplicación o acción incorrecta son los llamados errores de comisión, como la administración de un fármaco por error. Mientras que los derivados de una acción no realizada son errores de omisión, como no administrar el medicamento. Ambos actos pueden producir efectos adversos en el paciente, sin embargo, los errores de omisión son los que representan un mayor problema, y son más difíciles de detectar que los errores de comisión (7,8).

El cuidado que el profesional de la enfermería no realiza durante su jornada de trabajo es un ejemplo de error de omisión, denominado cuidados perdidos de la enfermería o missed nursing care. Este fenómeno, fue estudiado y definido en 2006 por B. Kalisch et al. (9). Anteriormente, Schubert et al. (10) acuñó el concepto racionamiento del cuidado enfermero, definido como “la falta de tiempo para efectuar tareas necesarias para los pacientes”, término que contribuyó a definir los cuidados perdidos de la enfermería. Sin embargo, las investigaciones consultadas recientemente demuestran la falta de estudio de este fenómeno, que puede ser clave para una mejora de calidad de la atención sanitaria (7).

2.1 JUSTIFICACION

Como he mencionado anteriormente, los estudios revisados muestran una falta de investigación acerca de este fenómeno. Gran parte de ellos se centran en los errores de comisión producidos por las enfermeras. Sin embargo, esta situación está revirtiéndose dada la magnitud que suponen los errores de omisión en el paciente receptor de los cuidados, y en la motivación y satisfacción de las enfermeras en su vida laboral. La enfermera es la proveedora de cuidados por excelencia y, por lo tanto, debe finalizar cada uno de ellos. Su no realización pone en riesgo la seguridad del paciente pudiendo efectuar una serie de efectos adversos perjudiciales para la vida del paciente.

El modelo de los cuidados perdidos de la enfermería es un fenómeno universal y se puede generalizar a múltiples situaciones clínicas. Su estudio, supone una mejora en el sistema sanitario tanto para los pacientes, como para los profesionales sanitarios y gestores. Los enfermeros no están capacitados para conceder una asistencia de calidad a sus pacientes debido a ciertas circunstancias que reducen la calidad y cantidad de los cuidados, como la ratio de pacientes por enfermeras, esto conlleva a la producción de diversas consecuencias en los pacientes, como aumento de la estancia hospitalaria y una disminución de la satisfacción por parte de los usuarios. Y, a su vez, estos hechos perjudican a las gerencias de atención sanitaria, ya que deben invertir más dinero en ese determinado usuario, desfavoreciendo los indicadores de gestión del centro.

Por lo tanto, el objetivo de esta monografía es enfatizar en el concepto de los cuidados perdidos de la enfermería, analizando los factores que lo desencadenan y entendiéndolo como un indicador de gestión para la comprensión de dicho fenómeno, a fin de diseñar nuevas intervenciones en materia de políticas de la salud que contribuyan a paliar la trascendencia de este suceso.

2.2 OBJETIVOS

2.2.1 General

- Evidenciar el fenómeno de los cuidados de enfermería perdidos.

2.2.2 Específicos

- Contextualizar el marco conceptual de los cuidados perdidos de la enfermería.
- Determinar los cuidados omitidos con mayor frecuencia.
- Identificar los factores que agravan la producción de los cuidados perdidos de la enfermería.
- Caracterizar los cuidados perdidos de la enfermería como un indicador de gestión.

2.3 METODOLOGÍA

El siguiente trabajo de fin de grado es representado en contexto de una monografía. Su elaboración consistió en la búsqueda bibliográfica de diferentes artículos científicos, documentos y tesis acordes al tema a tratar, y su posterior elección.

Dichos documentos fueron extraídos de bases de datos, como PubMed, Scopus, Scielo y Elsevier, con el empleo de la terminología adecuada. Los Decs utilizados fueron las palabras claves indicadas en el apartado de resumen, en sus respectivos idiomas, inglés y español. Las herramientas utilizadas para facilitar la búsqueda y combinar el léxico empleado fueron los booleanos AND y OR. Los artículos fueron seleccionados en diferentes idiomas, siendo la mayor parte de documentos en lengua inglesa.

Además de, la investigación realizada en las bases de datos, se consultaron páginas webs oficiales, como la OMS.

Dada la dificultad encontrada a la hora de efectuar la búsqueda bibliográfica debido a la falta de investigaciones/estudios relacionados con el tema, se excluyó el criterio de elección de artículos con una cronología no superior a cinco años, a un criterio de búsqueda sin intervalo de tiempo.

Por último, la bibliografía encontrada y elegida para este TFG debe referenciarse mediante el estilo Vancouver.

2.4 DESCRIPCION DE LOS CAPITULOS

Para la realización de este trabajo de fin de grado se ha procedido a la distribución del suceso de los cuidados perdidos de la enfermería en cuatro capítulos. En el primer capítulo, se explicará el concepto, así como su marco conceptual, abordando a diferentes autores y diferentes teorías. En el segundo capítulo, se identificarán los factores que agravan su producción y las causas a través de la encuesta MISSCARE. Las tareas o cuidados no realizados con mayor frecuencia serán recogidos en el tercer capítulo mediante diferentes estudios. El último capítulo, abordará el concepto como un indicador de gestión que trata de evaluar del desempeño de los profesionales de la enfermería para planificar una buena gestión. Y, por último, en la conclusión, se ofrecerán soluciones para promover un cambio.

3. CAPITULO I MARCO CONCEPTUAL

El marco conceptual en el que se basan la gran mayoría de las investigaciones realizadas hasta el momento se centra en el Modelo de Cuidado Perdido en Enfermería propuesto por B. Kalisch et al. (11) en 2006, pero existen otros estudios que sustentan las investigaciones acerca del cuidado perdido.

3.1 EL FENÓMENO DE CUIDADO PERDIDO EN ENFERMERÍA

El fenómeno del cuidado perdido en enfermería es un error de omisión definido como “cualquier aspecto de la atención que requiere un paciente que se omite o se retrasa en su totalidad, esto conduce a un efecto adverso que puede producir daños en el paciente”. Fue abordado por primera vez por B. Kalisch (11), mediante un estudio cualitativo de la atención de la enfermería perdida. En este estudio, se realizaron entrevistas de 25 grupos focales en dos hospitales. Se entrevistó a 107 enfermeras registradas, 15 enfermeras en prácticas, 51 técnico en cuidados auxiliares de enfermería que trabajaban en unidades médico-quirúrgicas. Tras analizar los resultados se obtuvieron nueve elementos clave en el cuidado básico de la atención de enfermería que se omiten regularmente (11,12):

1. Deambulación
2. Planificación al alta hacia los pacientes.
3. Apoyo emocional a pacientes y a familiares.
4. Cuidados en la higiene.
5. Cambios posturales.
6. Educación sanitaria al paciente y familia.
7. Alimentación retrasada o no dada.
8. Control balance líquidos.
9. Vigilancia.

Además, se destacan algunas de las razones principales por las que no se efectúan, como la falta de tiempo para realizar una tarea, la ratio enfermera paciente, la poca delegación entre el equipo multidisciplinar, mal uso de los recursos, y la habituación a la omisión de los cuidados (11,12).

En base a este estudio cualitativo, posteriormente, se realizó una validación del concepto, diferenciando de otros conceptos relacionados y clarificando su misión. Para ello, Kalisch utilizó los pasos de Walker y Avant (2005) desarrollando un análisis del concepto (11,13).

- A. Seleccionar el concepto.
- B. Determinar el propósito.
- C. Identificar los usos y los atributos.
- D. Identificar un caso modelo.
- E. Describir casos contrarios.
- F. Identificar antecedentes y consecuencias.
- G. Definir referentes empíricos.

Tras el análisis, se destacaron las diversas categorías de atributos, informadas por las enfermeras en entornos de cuidados agudos que contribuyen a la falta de atención de enfermería perdida (13).

Los antecedentes en el ámbito del cuidado que facilitan o inhiben la práctica de la enfermería, son externos a las enfermeras, y con ellos se decide qué atención se proporcionara. Incluyen los recursos laborales que abordan principalmente la ratio enfermera-paciente, y su nivel de competencia. Los recursos materiales, centrados en medicamentos, equipos, material necesario para llevar a cabo sus funciones y brindar unos correctos cuidados. El último antecedente, es el trabajo en equipo y comunicación entre los diversos miembros del equipo multidisciplinar para promover una atención de calidad (13).

Estos antecedentes, interactúan con los elementos del proceso de enfermería (valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación), siendo filtrados e influenciados por los procesos internos de los profesionales, divididos en cuatro factores internos (11,13):

1. Normas del equipo. Cada equipo tiene un conjunto de normas sobre el comportamiento aceptable o no de los miembros, algunas son estrictas y otras permitirán una variedad de comportamientos. Son normas implícitas, que los nuevos miembros asumen con rapidez para evitar el aislamiento social del resto del equipo.
2. Toma de decisiones. La priorización de las decisiones se realiza en función de las condiciones y necesidades de los pacientes, pudiendo añadir u omitir cuidados que consideren que son necesarios para la curación de los pacientes.
3. Valores, creencias, actitudes. Las enfermeras tienen unos valores y creencias acerca de los roles de su profesión y las responsabilidades que conlleva. Están construidos sobre una base de valores internalizados. Esto hace que, a la hora de tomar ciertas decisiones, estos valores influyan omitiendo o retrasando ciertos cuidados.
4. Hábitos. Afectan a la decisión final de los profesionales de salud de omitir o retrasar la atención. Cuando se omite un cuidado por primera vez, y no conlleva repercusiones, es más fácil omitir o retrasarlo la próxima vez (11,12,13).

La influencia producida por los procesos internos de la enfermería, guía sobre que cuidados han de completarse, omitirse o retrasarse, produciendo consecuencias sobre los resultados de los pacientes (11).

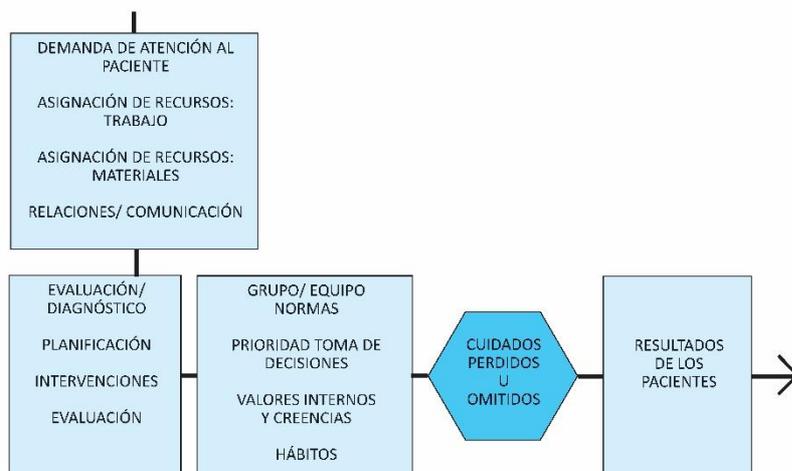


Figura 1. Elaboración propia Fuente: B. Kalisch. Modelo de atención de enfermería perdida (13).

De la misma contextualización surgió el modelo de Cuidados Perdidos u Omitidos: Valores y creencias.

3.2 MODELO DE CUIDADOS PERDIDOS U OMITIDOS: VALORES Y CREENCIAS

Este marco conceptual está basado en tres conceptos que derivan del modelo de calidad de Donabedian, la estructura, el proceso y los resultados. Entendiendo la estructura como las características del hospital, las características individuales de los enfermeros implicados en el proceso, y la unidad asistencial de atención al paciente. La atención o cuidado perdido u omitido se refiere al proceso, y el resultado se relaciona con los resultados finales obtenidos de los pacientes, y los identificados con respecto a los profesionales sanitarios, incluido su satisfacción laboral con el puesto actual y ocupación (12,13,14)

Dentro de los indicadores de calidad relacionados con la estructura, nos encontramos con las características del hospital tanto estructurales como organizativas y los recursos humanos, materiales, financieros disponibles para prestar una atención de calidad y satisfacer las necesidades de los profesionales sanitarios (8,15). Las características de la unidad y de los profesionales sanitarios abarcan la casuística del servicio asignado al paciente, la experiencia laboral de los profesionales sanitarios, así como sus conocimientos, habilidades, trabajo en equipo, los turnos de trabajo y la ratio enfermera-paciente por servicio. Todos estos indicadores de determinan el proceso, el cuidado de enfermería perdido u omitido. El resultado engloba la variación de los niveles de salud, y la satisfacción de los pacientes por la atención recibida. Además de medir la satisfacción del profesional enfermero por la atención prestada, su carrera profesional y su actual puesto en el hospital (8,14,15,16).

Con respecto a este modelo, las características de la unidad y de los profesionales de la enfermería están estrechamente relacionados con los resultados del paciente ya que, un aumento de la cualificación de las enfermeras produce una mejora en los resultados de los pacientes, incluyendo la tasa de mortalidad, caídas, úlceras por presión, infecciones. Sin embargo, cuando existe una carga de pacientes elevada y un número reducido de enfermeras, los resultados empeoran aumentando las tasas de mortalidad siendo la variable del proceso la atención de enfermería perdida (14,16).

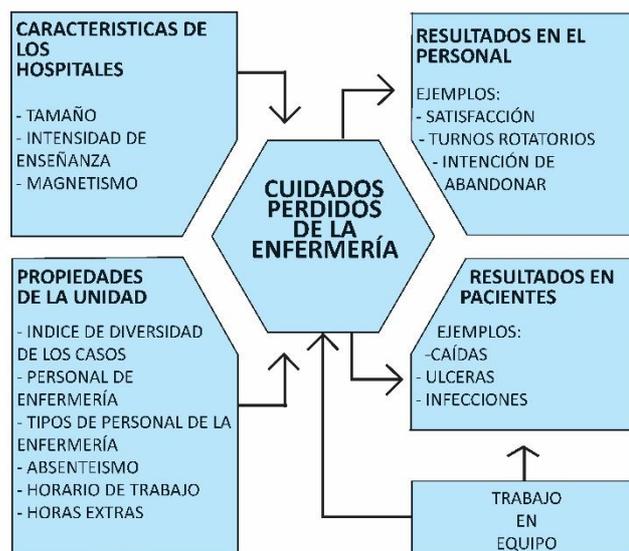


Figura 2. Elaboración propia. Fuente: B. Kalisch. Modelo Cuidado perdido u omitido (13).

3.3 HERRAMIENTA CUANTITATIVA

En base a ambos modelos y con el objetivo de medir cuantitativamente la cantidad, el tipo de atención de enfermería perdida, así como las razones por las que se produce dicha pérdida, Kalisch diseño y valido denominada “MISSCARE survey” (8,14).

La encuesta MISSCARE, es un instrumento cuantitativo, auto cumplimentado dirigido hacia los enfermería y técnicos auxiliares en cuidados de enfermería. Esta divide en tres secciones y compuesta por 64 ítems. La primera parte, integra 23 preguntas que se corresponden a los datos demográficos, niveles de formación y capacidad de los profesionales, además de, medir las condiciones de trabajo y los niveles de satisfacción. La segunda parte, denominada “sección A”, está constituida de 24 ítems relacionados con los elementos del cuidado que son omitidos o perdidos con mayor frecuencia. Se dividen en cuatro dimensiones (17):

1. Intervenciones de cuidados con evaluaciones continuas.
2. Intervenciones de necesidades individuales.
3. Intervenciones del cuidado básico.
4. Planificación al alta y educación del paciente.

FACTORES O DIMENSIONES TEÓRICAS DEL CUESTIONARIO ORIGINAL MISSCARE (KALISCH, 2009)	
FACTORES	OBJETOS SECCIÓN A
1. EVALUACIÓN	6. Signos vitales evaluados según lo pautado 7. Monitorización de cada entrada/salida 8. Documentación completa de los datos necesarios 13. Lavado de manos 15. Monitorización de glucosa a pie de cama según lo pautado 16. Evaluación del paciente en cada turno 17. Revaloración según la condición del paciente 18. Cuidado de vías/catéteres de acuerdo con la política del hospital
2. INTERVENCIONES INDIVIDUALES	5. Medicación administrada 30 minutos antes o después de la hora establecida 10. Apoyo emocional al paciente y/o a la familia 19. Respuesta al timbre en menos de 5 minutos 20. Medicación PRN suministrada en menos de 15 minutos 21. Evaluación de la efectividad de la medicación 23. Asistencia para ir al baño en un intervalo de 5 minutos
3. INTERVENCIONES - CUIDADOS BÁSICOS	1. Deambulación 3 veces al día o según lo pautado 2. Cambio postural del paciente cada dos horas 3. Alimentar a los pacientes cuando la comida esté todavía caliente 4. Organizar la comida para los pacientes auto-suficientes 11. Aseo de los pacientes 12. Cuidado de la higiene oral 24. Cuidado de heridas
4. PLANIFICACIÓN	9. Informar a los pacientes sobre enfermedades, exámenes y diagnósticos 14. Planificación de alta de pacientes 22. Participación a conferencias interdisciplinarias

Figura 3. Elaboración propia. Fuente: B. Kalisch. Sección A de la Encuesta MISSCARE (17).

Las respuestas de esta sección son medidas mediante la escala Likert de cuatro puntos, donde cuatro corresponde a siempre, y uno, a raramente. (Siempre/frecuentemente/ocasionalmente/raramente) (8,12,17).

La tercera parte, denominada “Sección B”, abarca 17 ítems y está asociada a las razones por las que se produce la omisión de los cuidados. Esta sección se distribuye en tres dimensiones (17):

1. Factores relacionados con los recursos humanos.
2. Factores relacionados con los recursos materiales.

3. Factores relacionados con la comunicación.

FACTORES O DIMENSIONES TEÓRICAS DEL CUESTIONARIO ORIGINAL MISSCARE (KALISCH, 2009)	
FACTORES	OBJECTOS SECCIÓN B
1 - COMUNICACIÓN	7. Manejo inadecuado por parte del turno anterior o de la unidad de envío 8. Otras unidades no proporcionan el cuidado necesario (ej. rehabilitación) 11. Falta de apoyo por parte de miembros del equipo 12. Falta de comunicación con otros profesionales sanitarios 13. Falta de comunicación entre el equipo de enfermería 14. Falta de comunicación entre el equipo médico 15. Los auxiliares de la enfermería no comunican los cuidados no proporcionados 16. Profesionales fuera de servicio o no disponibles
2 - RECURSOS MATERIALES	6. Medicamentos no disponibles 9. Suministros/equipamiento no disponible 10. Suministros/equipamiento no funciona correctamente
3 - RECURSOS LABORALES	1. Número inadecuado de miembros del equipo 2. Situaciones urgentes en pacientes (ej. empeoramiento de la condición del paciente) 3. Aumento inesperado del volumen de los pacientes 4. Número inadecuado de personal sanitario y/o administrativos (ej. auxiliares de enfermería, técnicos, secretarios, etc..) 5. Reparto desigual de pacientes

Figura 4. Elaboración propia. Fuente: B. Kalisch. Sección B de la Encuesta MISSCARE (17).

El rango de respuestas está basado en la escala Likert de cuatro puntos, donde 4 es una razón significativa para omitir el cuidado, y uno, no es una razón para la omisión. (Razón significativa/razón moderada/razón menor/no es una razón) (8,17).

Esta encuesta fue traducida y validada a diferentes idiomas, con su adaptación al español en 2017, denominada Cuestionario sobre la Omisión de Cuidados Enfermeros. Esta versión sigue estando compuesta de tres apartados, sin embargo, los ítems de cada sección fueron ampliados. En la primera parte, esta adaptación consta de 27 ítems, la sección A está formada de 28 preguntas, y la sección B de 19 ítems, dos más que en la versión original. Ambas secciones siguen respondiéndose mediante la escala Likert de 4 puntos (17).

3.4 OTRAS LINEAS DE INVESTIGACION

A lo largo de los años han ido surgiendo otras líneas de investigación con referencia a los cuidados prestados por los profesionales de enfermería, pero existen únicamente tres modelos que vincularon explícitamente los cuidados inacabados con el proceso de enfermería (15).

- El modelo planteado por Kalisch descrito anteriormente (11, 13).
- Schubert propuso el concepto del racionamiento de los cuidados de enfermería (19), definiéndolo como “falta de tiempo para efectuar las tareas de enfermería que beneficiosas para la salud de los pacientes”. Esta teoría identifica como antecedentes de la atención inacabada, tanto las características del profesional, su entorno, experiencia y cualificación, como las características de los pacientes y las estructuras del sistema organizativo, que, a su vez, repercuten en los resultados de los pacientes y

enfermeros. Se midió mediante el Nurse Work Environment Index-Revised, compuesto por 51 ítems que utilizaba escalas tipo Likert de cuatro puntos para averiguar si había elementos específicos que perjudicaran la calidad de los cuidados en su entorno. Con este estudio se obtuvo la conclusión de que existe una correlación fuerte y directa entre las dimensiones de la práctica enfermera, como los recursos laborales, el liderazgo, la relación paciente-enfermera, y la disminución de los cuidados de enfermería (8,15,19).

- El “cuidado de enfermería dejado de lado” o “nursing care left undone”, fue un término establecido por Ausserhofer et al. (20) para referirse a las actividades de enfermería que son necesarias para los pacientes, pero que no se efectuaron por falta de tiempo. Se centra en la asociación de los factores organizativos del hospital y las actividades que no se realizan o quedan sin resolver. Además, la priorización de diferentes cuidados efectuados por los profesionales, se llevó a cabo utilizando datos de encuestas europeas del proyecto de previsión de enfermeras, RN4CAST (21). Este estudio tuvo una duración de tres años (2009-2011) y se realizó en 12 países, entre los cuales se encontraba España. El objetivo principal era mejorar los modelos clásicos referentes a los enfermeros, analizando como el marco organizativo de la enfermería, entorno de la práctica asistencial, dotación de los profesionales de la enfermería y el nivel educativo, influía en los resultados finales de los pacientes y enfermeras (12,19,20).

4. CAPITULO II. ELEMENTOS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA PERDIDO

Los elementos del cuidado perdido de la enfermería son aquellas tareas o actividades que no se realizan por una causa de razones, que puede conllevar a daños en la salud del paciente⁶. Para analizar los omitidos con mayor frecuencia, se realizaron una serie de estudios, con unos resultados que examinaremos en este capítulo.

4.1 ESTUDIOS LLEVADOS A CABO POR B. KALISCH

4.1.1 Según la perspectiva de los profesionales sanitarios

En su primer estudio de validación de la encuesta MISSCARE (22), Kalisch pretendía examinar el alcance de los cuidados perdidos, el tipo de atención y los factores por los que se realiza dicha omisión. Para ello, se recogió una muestra de 459 enfermeras pertenecientes a diferentes unidades asistenciales de tres hospitales diferentes. Los resultados que se obtuvieron muestran una gran cantidad de cuidados omitidos, el 73% de las enfermeras 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 el 44% no llevo a cabo la evaluación. Los cuidados omitidos con mayor y menor frecuencia fueron los siguientes (8,12,22):

ELEMENTOS OMITIDOS CON MAYOR FRECUENCIA

Deambulaci3n 3 veces al d3a (84%)

Evaluaci3n eficacia de medicamentos (83%)

Cambios posturales cada 2 horas (82%)

Cuidados de la boca (82%)

Enseñanza a pacientes (80%)

Administración de medicamentos prescritos puntualmente (80%)

ELEMENTOS OMITIDOS CON MENOR FRECUENCIA

Lavado de manos (30%)

Monitorización de la glucosa (26%)

Evaluaciones de los pacientes por turno (17%)

Tabla 1. Elaboración propia. Fuente: B. Kalisch. Elementos perdidos de la enfermería, primer estudio desde la perspectiva de los profesionales de la enfermería (22).

Como se puede observar, los elementos menos omitidos se encuentran dentro de la categoría de las intervenciones relacionadas con la evaluación (44%).

La comparación de resultados entre los diferentes hospitales indica las carentes diferencias de atención omitida con relación a la evaluación y los cuidados de atención básica. Sin embargo, el Hospital A muestra más pérdida de intervenciones individuales que los Hospitales B y C, y menos actividades en referencia a la planificación que el Hospital B (22).

Los resultados obtenidos en la comparación por servicios muestran que las unidades renales, proporcionaron un mayor número de cuidados perdidos abarcando todas las categorías con relación al resto de servicios (12,18,22).

Posteriormente, se efectuó otro estudio con una muestra de 4086 profesionales (enfermeros y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería) pertenecientes a unidades médico-quirúrgicas, de rehabilitación, de cuidados intermedios e intensivos de 10 hospitales diferentes. Los resultados obtenidos muestran que los cuidados omitidos en mayor y menor frecuencia en los 10 hospitales son los expuestos a continuación (23).

ELEMENTOS OMITIDOS CON MAYOR FRECUENCIA

Deambulaci3n 3 veces al d3a (76%)

Cuidados de la boca (65%)

Participaci3n en conferencias para la formaci3n de cuidados (65%)

Administraci3n de medicamentos prescritos puntualmente (60%)

Cambios posturales cada 2 horas (60%)

ELEMENTOS OMITIDOS CON MENOR FRECUENCIA

Enseñanza y planificaci3n del alta (32%)

Monitorizaci3n de los signos vitales (25%)

Evaluaciones enfocadas a la condici3n del paciente (25%)

Monitorizaci3n de la glucosa (15%)

Evaluaciones de los pacientes por turno (10%)

Tabla 2. Elaboraci3n propia. Fuente: B. Kalisch. Elementos perdidos de la enfermería, segundo estudio desde la perspectiva de los profesionales de la enfermería (23).

La inclinación hacia la omisión de la atención y la frecuencia con la que se produce fue similar en todos los hospitales y en todas las unidades asistenciales. Sin embargo, se añadió otro elemento perdido que no había sido nombrado con anterioridad, acudir a reuniones o conferencias (65%). Las categorías de evaluación, planificación y enseñanza al alta fueron de las menos perdidas, mientras que las intervenciones individuales y los cuidados básicos eran las categorías más omitidas (8,12,18,23).

Al realizar un análisis de ambos estudios, se observan unos resultados similares en todos los hospitales, tanto del primer estudio, como del segundo. Todos estos elementos son básicos en el cuidado del paciente y su omisión influye negativamente en los resultados y seguridad del paciente, pudiendo producir efectos adversos en los mismos (6,23).

4.1.2 Según la perspectiva de los pacientes

Los objetivos de este estudio cualitativo están centrados en averiguar los elementos de la atención de enfermería que se pierden sobre la perspectiva de los pacientes, además de obtener información acerca del alcance y el tipo de atención perdida (24).

Para llevar a cabo el estudio, se recogió una muestra con 38 pacientes hospitalizados en siete unidades asistenciales de un hospital de cuidados agudos. Los elementos se dividieron en tres categorías que dependían de la capacidad del paciente de percibir la omisión (12,24).

- Atención completamente notificada. Se incluyen los elementos: Cuidado de la boca, escuchar, respuesta al timbre de llamada, asistencia en las comidas, medicación para el dolor y su posterior seguimiento.
- Atención parcialmente notificada: deambulación, planificación y educación al alta, los signos vitales y el lavado de manos.
- Atención no notificada: evaluación integral del paciente, vigilancia constante y cuidados de la piel y catéteres periféricos.

En base a estos resultados, se desarrolló una escala MISSCARE destinada a los pacientes para poder evaluar la pérdida de atención de forma cuantitativa, denominada MISSCARE-Survey Patient. Al igual que la herramienta destinada para los profesionales de salud, se divide en tres apartados. El primero incluye las características demográficas y estados de salud, el segundo los elementos de la atención de enfermería, y el tercero los eventos adversos producidos. La segunda sección cuenta con escalas tipo Likert de 5 puntos para su respuesta (12,22,24).

Tras su validación mediante unas pruebas psicométricas a enfermeras y a pacientes, se realizó un estudio a mayor escala. La muestra contenía 729 pacientes de dos hospitales diferentes (24). Los hallazgos obtenidos fueron los siguientes:

ELEMENTOS OMITIDOS CON MAYOR FRECUENCIA

Cuidados de la boca

Deambulación 3 veces al día

Transferencias cama/silla

Falta de comunicación sobre pruebas o procedimientos

Ayuda en la higiene corporal (bañarse)

ELEMENTOS OMITIDOS CON MENOR FRECUENCIA

Respuesta a alarmas de monitores o timbres

Monitorización de los signos vitales

Escucha activa (responder preguntas e inquietudes)

Administración de medicación correcta

Ayuda en el baño

Tabla 3. Elaboración propia. Fuente: B. Kalisch: Elementos perdidos de la enfermería, primer estudio desde la perspectiva de los pacientes (24).

Los pacientes informaron de una mayor omisión de cuidados con respecto a la categoría de atención básica. Los resultados mostraron que los pacientes con un estado de salud crítico recibían menos pérdida de cuidados (24).

Por último, los efectos adversos se relacionaban estrechamente con los cuidados omitidos. Los que presentaban úlceras o errores en la medicación o fallos con la vía periférica, reportaron una mayor atención de enfermería perdida (12,13,24).

4.2 ELEMENTOS PERDIDOS DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ESPAÑA

Para evaluar los cuidados omitidos en España, fue necesario crear y validar una herramienta cuantitativa denominada Cuestionario sobre la Omisión de Cuidados Enfermeros (OMICE) (17). Su validación se llevó a cabo a través de un estudio realizados en 9 hospitales de Canarias y Madrid, públicos y privados, cuya muestra recogía 425 personas. En la metodología se incluyó una norma que explicaba que las opciones marcadas de los cuidados siempre o frecuentemente omitidos serán considerados como una omisión, mientras que los marcados como ocasionalmente, raramente y nunca omitidos, no serán considerados (12,17).

Tras analizar el estudio, se obtuvieron los siguientes hallazgos:

ELEMENTOS OMITIDOS CON MAYOR FRECUENCIA

Deambulación 3 veces al día (73%)

Rellenar la documentación con datos necesarios (67%)

Asistir a reuniones o conferencias relacionadas con el cuidado (54%)

Cuidado bucal (50%)

Apoyo emocional a las familias (49%)

ELEMENTOS OMITIDOS CON MENOR FRECUENCIA

Evaluación por turno de los pacientes (16%)

Monitorización de los signos vitales (15%)

Control de glucemia capilar según pauta (13%)

Higiene/Cuidados de la piel (12%)

Cuidado de la piel y heridas (12%)

Tabla 4. Elaboración propia. Fuente: O. Rey. Elementos perdidos de la enfermería (17).

Además de estos hallazgos, la investigación mostró la importancia de los servicios médicos en los que se encuentran los pacientes, ya que en las unidades que se componen de pacientes de mayor edad y pluripatológicos, se obtiene más pérdida de cuidados que otras plantas con pacientes de menor edad (12,17).

Asimismo, las enfermeras participantes en el estudio afirman que la movilización de los pacientes y su ambulación no es tarea suya ya que dependen de una pauta médica, y por lo tanto, no puede ser considerado un cuidado perdido de enfermería (8,12,17).

Es necesario destacar el alcance de los ítems añadidos en esta adaptación de la encuesta, apoyar emocionalmente a los familiares (50%) se encuentra en el quinto lugar de las razones más reiteradas, seguido de los cuidados relacionados con el patrón de sueño-descanso (43%). Los cuidados de las vías venosas centrales conforme a las directrices del servicio u hospital (20%) y los cuidados relacionados con el patrón respiratorio (17%) son menos frecuentes (17).

4.3 OTROS ESTUDIOS RELACIONADOS

Hospitales Magnet y no Magnet

La importancia de la correlación entre la cultura organizativa y la práctica profesional promovió la creación de nuevas corrientes que trataban de generar un ambiente considerado como adecuado para obtener unos buenos resultados (25).

A mediados de los 80 surgieron los hospitales magnéticos, caracterizados por su poder de contratar y retener enfermeras bien cualificadas. Este magnetismo era debido a los cinco componentes clave de este tipo de hospitales (25):

- Liderazgo transformacional sólido
- Gran empoderamiento personal
- Ejemplar práctica profesional
- Adquisición de nuevos conocimientos
- Resultados empíricos

Por las características de estos hospitales se desarrolló un estudio comparativo con otros hospitales considerados como “normales” para evaluar los cuidados perdidos que se producen (14).

Se llevo a cabo recogiendo una muestra de 124 unidades, 62 magnéticas y la otra mitad no, de 11 hospitales diferentes (14).

Los resultados obtenidos fueron similares en todas las unidades de los diferentes hospitales. Siendo destacable como cuidados omitidos con mayor frecuencia la deambulaci3n, cuidados bucales, cambios posturales (12,14).

La conclusi3n adquirida con este estudio es que, el fen3meno de los Missed Nursing Care se produce indistintamente en cualquier hospital de manera universal, sin importar las caracteristicas, ni los profesionales sanitarios que formen parte de ello (14).

5. CAPITULO III. FACTORES DESENCADENANTES DE LA ATENCI3N DE ENFERMERIA PERDIDA

Las razones que conllevan a la omisi3n de la atenci3n de enfermeria se dividen en tres categorias, la primera abarca a los factores que se relacionan con la comunicaci3n, la siguiente dimensi3n est3 relacionada con aspectos materiales, y la tercera, con los recursos humanos. Para contrastar los factores que derivan a la omisi3n de cuidados de enfermeria, se llevaron a cabo diferentes estudios con diferentes muestras de poblaci3n (13). Al igual que en el anterior capitulo, comenzaremos aportando los datos de los primeros estudios llevados a cabo por Kalisch, desde la perspectiva de los profesionales de salud, continuar3 aportando datos producidos en Espa1a, y, por ulti3mo, la comparaci3n con los hospitales magn3ticos (14).

5.1 ESTUDIOS LLEVADOS A CABO POR B. KALISCH.

Perspectiva de los profesionales sanitarios.

En este caso, se estudiarán los datos registrados desde una perspectiva única, la de los profesionales de salud, ya que los pacientes no son conscientes de los problemas organizativos que presenta un hospital.

En el primer estudio, se recogía una muestra de 459 enfermeros pertenecientes a diferentes unidades asistenciales de tres hospitales diferentes. Se realizó a través de la encuesta MISSCARE, y se obtuvieron los siguientes resultados (22):

RAZONES MÁS FRECUENTES DE LA ATENCIÓN PERDIDA

Aumento inesperado del volumen de pacientes en la unidad (93%)

Situaciones urgentes del paciente (84%)

Nivel de dotación del profesional enfermero (83%)

Nivel de dotación del profesional auxiliar/administrativo (81%)

Medicamentos no disponibles cuando se necesitaban (64%)

RAZONES MENOS FRECUENTES DE LA ATENCIÓN PERDIDA

Falta de comunicación dentro del equipo de enfermería (36%)

Método de asignación de pacientes en las unidades (35%)

Traspaso inadecuado de la información del turno anterior (34%)

Otros equipos no brindaron la atención necesaria (33%)

Profesionales de salud no disponibles (25%)

Tabla 5. Elaboración propia. Fuente: B. Kalisch. Factores relacionados con la producción de los cuidados perdidos de la enfermería, primer estudio desde la perspectiva de los profesionales de la enfermería (22).

Las razones de la falta de atención se centraban en factores, como los cuatro primeros, que pertenecían a la categoría de los recursos laborales (85%), la quinta razón más frecuente se encuentra dentro de los recursos materiales (56%), mientras que los elementos menos frecuentes correspondían a los factores relacionados con la comunicación /38%), siendo la falta de comunicación con el médico la razón más nombrada (51%) (12,22).

En cuanto a las diferencias entre hospitales, apenas eran notables. Las enfermeras del primer hospital reportaban más problemas de comunicación que el Hospital C, y más dificultades en cuanto a recursos materiales que los otros dos hospitales. El resto de los resultados fueron similares (18,22).

Entre las unidades, los motivos de la omisión de cuidados mostraban un mayor problema de falta de comunicación entre las unidades renales que, por ejemplo, las UCI (12,22).

Otro hallazgo destacable, es que las enfermeras de grado reportaron más cuidados perdidos que las de licenciatura y diplomatura (22).

Más adelante, se desempeñó otro estudio que abarcaba una muestra mucho mayor, 4086 enfermeras y TCAE de diez hospitales diferentes. La herramienta cuantitativa encargada de evaluar los resultados fue la encuesta MISSCARE alcanzando los siguientes resultados (23):

RAZONES MÁS FRECUENTES DE LA ATENCIÓN PERDIDA

Aumento inesperado del volumen de pacientes en la unidad (94,9%)

Medicamentos no disponibles cuando se necesitaban (94,6%)

Nivel de dotación del profesional auxiliar/administrativo (94%)

Intensa actividad de ingresos y altas (92,9%)

Situaciones urgentes del paciente (92,4%)

RAZONES MENOS FRECUENTES DE LA ATENCIÓN PERDIDA

Falta de comunicación con los profesionales médicos (81,7%)

Fala de respaldo por entre los miembros del equipo (79,9%)

Falta de comunicación con otros profesionales de salud (79,9%)

Falta de comunicación dentro del equipo de enfermería (75,4%)

Profesionales de salud no disponibles (69,8%)

Tabla 6. Elaboración propia. Fuente: B. Kalisch. Factores relacionados con la producción de los cuidados perdidos de la enfermería, segundo estudio desde la perspectiva de los profesionales de la enfermería (23).

En este caso, las razones más frecuentes siguen siendo las relacionadas con los recursos laborales (93,1%), seguida de los recursos materiales (89,6%), y, por último, la comunicación (81,7%). Tras realizar una comparación entre los diferentes hospitales, se observaron discrepancias entre los elementos de la comunicación, aun así, el elemento nombrado con más frecuencia dentro de esta categoría fue la asignación de pacientes desequilibrada. Entre las diferentes categorías hubo una mayor concordancia entre la población recogida (8,12,18,23).

Cabe destacar que las enfermeras reportaban un mayor número de cuidados omitidos que las técnicas auxiliares en cuidados de enfermería, esto puede deberse a que las enfermeras tienen un rango más amplio de responsabilidades o a las diferencias de autoridad que hay entre ambas figuras (23).

El aumento de volumen de pacientes en la unidad sigue siendo el ítem más destacado en ambos estudios. Sin embargo, han aparecido nuevos datos que en el primero no se mostraron dentro de los más frecuentes, como la intensa actividad de ingresos y altas. Los elementos menos informados corresponden a la categoría de comunicación, al igual que en el caso anterior. En resumen, los datos reportados muestran unos resultados semejantes en los estudios expuestos (12,23).

5.2 RAZONES DESENCADENANTES DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PERDIDA EN ESPAÑA

Para proceder a la validación de la encuesta OMICE en España, se llevó a cabo un estudio realizado en 9 hospitales de Madrid y de Canarias, tanto públicos como privados, abarcando un total de 425 enfermeras (17). Los datos obtenidos fueron los siguientes:

RAZONES MÁS FRECUENTES DE LA ATENCIÓN PERDIDA

Situaciones urgentes del paciente (85%)

Intensa actividad por ingresos y altas (85%)

Aumento inesperado del volumen de pacientes en la unidad (82%)

Nivel de dotación del profesional enfermero (80%)

Nivel de dotación del profesional auxiliar/administrativo (80%)

RAZONES MENOS FRECUENTES DE LA ATENCIÓN PERDIDA

Falta de comunicación con otros profesionales de salud (56,6%)

Falta de comunicación dentro del equipo de enfermería (54%)

Traspaso inadecuado de la información del turno anterior (54%)

Profesionales de salud no disponibles (54%)

Otros equipos no brindaron la atención necesaria (52%)

Tabla 7. Elaboración propia. Fuente: O. Rey Factores relacionados con la producción de los cuidados perdidos de la enfermería (17).

Como podemos observar, los factores relacionados a los recursos laborales predominan siendo los asociados a los niveles de dotación las razones más frecuentes de esta omisión. Seguidos de los recursos materiales, como el mal funcionamiento de los equipos (70%). Mientras que la comunicación sigue siendo el aspecto menos relacionado con la omisión de cuidados (8,12,17).

La comparación de resultados entre los diferentes hospitales fue semejante, tanto como en públicos como en privados. Los ítems añadidos en esta versión de la encuesta MISCARE, problemas de funcionamiento o lentitud de los sistemas informáticos (64%) y la excesiva carga en labores administrativas (73%) han sido factores coherentes en su inclusión, ya que han predominado por encima de otros (17).

5.3 OTROS ESTUDIOS RELACIONADOS

Hospitales Magnet y no Magnet

La mayoría de los estudios relacionados con hospitales magnéticos señalan que las enfermeras tienen una gran satisfacción, menos agotamiento emocional, trabajan mejor en equipo con otros profesionales de salud y entre ellas, menor carga de trabajo y mayor dotación, y obtienen unos mejores resultados en comparación con otro tipo de hospitales (14).

Se llevo a cabo un estudio con una muestra de 124 unidades médico-quirúrgicas de 11 hospitales diferentes, magnéticos y “normales” para comprobar la diferencia entre las razones por las que se produce la omisión de cuidados de enfermería (8,14).

Los resultados obtenidos mostraron pequeñas discrepancias, entre los hospitales magnéticos y no magnéticos. Los profesionales de enfermería de los hospitales Magnet demandaron menos prevalencia en cuanto a recursos laborales y de comunicación que los no magnéticos. Sin embargo, los recursos relativos a materiales fueron similares en ambos tipos de hospitales. Todo ello se debe a que los hospitales Magnet poseen una comunicación más eficaz y trabajo en equipo, además de una percepción de dotación más adecuada que en los no magnéticos. Sin embargo, una comparación que mostraba el tiempo total de trabajo por día en la unidad de los profesionales sanitarios descubrió, que los niveles de estos no influyen en los resultados de los pacientes, pero sí que influye la cultura organizativa del hospital y la unidad en la que se encuentre el paciente (14).

6. CAPITULO IV- LOS CUIDADOS PERDIDOS DE LA ENFERMERÍA COMO INDICADOR DE GESTION

La gestión clínica es una herramienta que sirve de ayuda en la toma de decisiones de cualquier institución. Se centra en la organización racional del trabajo de las organizaciones tratando de mejorar la eficiencia y satisfacción de sus profesionales y clientes/usuarios (25).

Toda organización debe tener instaurado un modelo de gestión clínica, cuya finalidad sea lograr superar las metas u objetivos marcados, garantizando la prestación de sus bienes o servicios de manera eficiente, alcanzar el máximo beneficio utilizando unos recursos, a través de un conjunto de actividades o intervenciones (25,26).

Estas actividades son realizadas en un tiempo y orden preciso, generando un resultado que sea beneficioso tanto para la organización como para los clientes, se denominan procesos. A través de ellos, se alcanzan las metas definidas por las organizaciones, y deben ser medidos (25,27,28).

Para llevar a cabo una evaluación de la productividad o desempeño de los procesos que tienen lugar en las empresas, se crearon los indicadores de gestión. Son definidos como “una expresión cuantitativa del comportamiento de las variables o de los atributos de un producto de una organización. Se clasifican en indicadores de gestión financieros, los calculados con base en el balance general y de resultados, y los indicadores de procesos, que determinan la eficiencia, la eficacia y la efectividad. Un indicador de gestión es una herramienta que permite medir la gestión, o calcular el logro de objetivos sociales e institucionales “. Se encargan de transmitir la misión de la organización a todos sus profesionales, y las tareas asociadas a cada trabajador (26,27,28).

Las instituciones sanitarias se encargan de crear estos nuevos modelos de gestión, la línea media de directivos lo implementan al núcleo de operaciones, los profesionales de salud, responsables de garantizar una atención asistencial de calidad (29,30). Esta calidad es evaluada a través de los indicadores de gestión, y se define como “el grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de que los individuos y la población, obtengan unos resultados de salud óptimos y consistentes con el conocimiento profesional del momento” (29).

A su vez, este concepto se compone de seis dimensiones relacionadas con la atención sanitaria (29):

1. Efectividad de que una intervención resulte beneficiosa para el usuario en condiciones reales.
2. Eficiencia, consiste en obtener los mejor resultados, utilizando los mínimos recursos y tiempo.
3. Oportunidad de la atención, se relaciona con la ocasión de obtener unas prestaciones en el momento idóneo.
4. Equidad, posibilitar la igualdad en la atención e intervenciones asociados a los problemas de salud.
5. Atención centrada en el paciente, es necesario realizar una valoración holística, atendiendo a sus necesidades, valores y creencias creando una atención centrada en el paciente.
6. Seguridad del paciente. Según la OMS la seguridad del paciente se define como “la ausencia de riesgo o daño potencial asociado con la atención sanitaria, que se basa en el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas con el objeto de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias “ (31).

En este capítulo, nos centraremos en la calidad y la seguridad del paciente asociado a los cuidados de enfermería omitidos. Esta unión de elementos, calidad y seguridad permite el

desarrollo de la ciencia enfermera, además de, añadir responsabilidades y sistemas de evaluación de los cuidados de calidad proporcionados por los profesionales (25,32).

Las características que definen los cuidados realizados por el profesional de la enfermería, como el entorno laboral, los recursos materiales, o los factores relaciones con la comunicación entre el equipo multidisciplinar, influyen en los resultados finales de los pacientes pudiendo producir efectos adversos en su salud. Los efectos adversos se definen como sucesos no relacionados con la enfermedad actual o condición de salud del paciente, que ponen en riesgo su vida (32).

Estos, comprometen la seguridad del paciente y, por lo tanto, la calidad de la atención perjudicando los resultados de todos los componentes incluidos en el proceso asistencial. Para poder realizar evaluaciones de rendimiento de las enfermeras se crearon nuevos métodos, como la vigilancia epidemiológica de efectos adversos, la evaluación interna o el diseño de indicadores propios de la disciplina (32).

El diseño de esos indicadores debe representar calidad y seguridad del cuidado enfermero, pero su formulación genera complejidad, ya que los cuidados pueden ser invisibles o intangibles, heterogéneos, y son diferenciados en cuanto a las características del paciente y de la enfermedad, duración de la patología, y son condicionados por factores sociales, económicos, científicos (32,33).

Estos indicadores son una oportunidad de mejora para los profesionales de salud, instituciones y usuarios del sistema, aumentando la calidad y seguridad del paciente en los cuidados de enfermería. Para que su medición sea de utilidad, es necesario que las enfermeras conozcan las actividades y todos los procesos desarrollados dentro de la organización (32).

Uno de los principales indicadores de calidad que exponen el desarrollo de ambos conceptos, y la utilidad que conlleva su uso a la hora de evaluar las actividades, son los Cuidados Perdidos y Omitidos de la Enfermería (6,32).

Los cuidados omitidos por parte del profesional de la enfermería, como la deambulación, cambios posturales, ocasionan la producción de efectos adversos en el paciente, como úlceras por presión, que a su vez perjudican la seguridad del usuario poniendo en riesgo su vida, prolongando su estancia en el hospital. Esta cadena de sucesos supone malos resultados con respecto a los indicadores de calidad. Además, implica un aumento del gasto hospitalario por paciente, no favoreciendo ni a estos mismo ni a las instituciones sanitarias (6,32).

El aumento del gasto está relacionado con una demora de la estancia hospitalaria media, otro indicador de calidad y eficiencia, provocado por la manifestación de un efecto adverso en el paciente. Al mismo tiempo, la estancia hospitalaria prolongada, conlleva a una mayor tasa de complicaciones, una disminución del uso de camas con un aumento de la saturación de servicios clínicos, y una mala gestión y utilización de recursos. Todo ello, disminuye la satisfacción de los usuarios debido a los efectos adversos creados, la de los profesionales, ya que no pueden otorgar una calidad asistencial en sus cuidados, y la de los gestores, porque deben invertir más capital y recursos (25,32,33).

Por lo que, si en vez de invertir más recursos en las complicaciones surgidas en el tiempo de estancia del paciente, se emplean en tratar de solucionar las razones por las que se producen los cuidados de la enfermería perdidos, la seguridad clínica del paciente estaría intacta, y los indicadores de gestión serían beneficiosos para la organización (32).

7. CONCLUSIONES

A lo largo de la elaboración de este documento se han ido exponiendo los conocimientos adquiridos sobre los Cuidados Perdidos de la Enfermería, centrándonos en los cuidados que con mayor frecuencia son omitidos, las razones por las que se produce esta atención, y las consecuencias que produce sobre los indicadores de gestión.

1. El fenómeno de los Cuidados Perdidos de la Enfermería fue abordado por B. Kalisch en 2006 mediante un estudio cualitativo, a través del cual creó el primer marco conceptual. Tras su posterior análisis en 2009, se formuló el Modelo de Cuidados Perdidos u Omitidos, basado en los valores y creencias de todos los implicados en el proceso. Además, estableció una herramienta cuantitativa, que nos serviría de utilidad para medir los elementos omitidos y razones de su omisión producidos con mayor frecuencia, la encuesta MISSCARE.
2. Los elementos mayormente omitidos son los relacionados con las intervenciones básicas del cuidado, como la deambulación o los cambios posturales, seguidos muy de cerca por las intervenciones de las necesidades individuales, como el apoyo emocional a pacientes y familiares. La encuesta realizada a los pacientes demuestra concordancia con lo anterior, ya que las actividades perdidas en mayor medida son las relacionadas con los cuidados básicos, y el estudio comparativo entre hospitales magnéticos y no magnéticos muestra los mismos resultados, las intervenciones del cuidado básico son las más olvidadas por el profesional de la enfermería.
3. Los factores que producen este fenómeno se dividen en 3 dimensiones: razones relacionadas con la comunicación, el entorno laboral y los recursos materiales. Tras revisar todos los estudios expuestos, los factores del entorno laboral, como la intensa actividad de ingresos y altas, y el aumento inesperado del volumen de los pacientes en la unidad, son las causas más comunes de la realización de la omisión de cuidados. Cabe destacar que existe una diferencia a la hora de demandar más cuidados perdidos, las enfermeras de grado reportaban más omisión que las de licenciatura, y aún más que las TCAE.
4. Esta pérdida de cuidados supone un riesgo para la seguridad del paciente, pudiéndole causar efectos adversos perjudiciales para su vida. A su vez, conlleva a una disminución de la calidad de cuidados y, por lo tanto, de los indicadores de gestión utilizados para evaluar el desempeño de las enfermeras. Esto hace que la satisfacción de los enfermeros disminuya llegando a replantearse algún cambio. Si se invirtiera más recursos en favorecer el cumplimiento de todos los cuidados, por ejemplo, recursos centrados en mejorar el entorno laboral, esta cadena de sucesos no se cumpliría, y se produciría un aumento de la calidad de cuidados y, por tanto, de los indicadores de gestión.

Por último, es importante destacar la importancia de este fenómeno y su valor perjudicial para la seguridad del paciente. Es necesario, profundizar en ello, y darle el reconocimiento y atención que presenta para poder diseñar unas nuevas políticas sanitarias que estén dispuestas a ponerle fin.

8. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Rodríguez Abrahantes TN, Rodríguez Abrahantes A. Dimensión ética del cuidado de enfermería. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2018 Sep [citado 20 Marzo 2021]; 34(3): e2430. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192018000300017&lng=es
- (2) Dandicourt Thomas C, Hernández Valdez E, Espinoza Moreno T, Pérez Sigüas R. Pasado y presente de la función enfermera en el acto del cuidado. Health Care & Global Health [Internet]. 2017 Nov [citado 20 Marzo 2021]; 1(1):49-5. Disponible en: <http://52.37.22.248/index.php/hgh/article/view/10/20>
- (3) Enciso Gutiérrez C, Sánchez Candia E. El racionamiento de los cuidados de enfermería en la relación a eventos adversos y satisfacción del paciente [Tesis doctoral en Internet]. Perú: Universidad privada Norbert Wiener; 2018 [citado 20 Marzo 2021]. 37p. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2431/TESIS%20Sanchez%20Esther%20-%20Enciso%20Clara.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- (4) Torres Hernández E. El cuidado de enfermería como arte. Tlatemoani: revista académica de investigación [Internet]. 2015 [citado 20 Marzo 2021]; (20):110-21. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7300875>
- (5) Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. Revista Médica Clínica Las Condes. [Internet]. 2017 [citado 20 Marzo 2021]; 28(5): 785-95. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017301268>
- (6) Zárate-Grajales RA, Mejías M. Cuidado perdido de enfermería. Estado del arte para la gestión de los servicios de salud. Enferm. univ [Internet]. 2019 Dic [citado 20 Marzo 2021]; 16(4): 436-451. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632019000400436&lng=es
- (7) Marven AK. Missed nursing care- A nurse's perspective. An exploratory study into the who, what and why of missed care [Tesis doctoral en Internet]. Melbourne: The university of Melbourne; 2016 [citado 20 Marzo 2021]. 135p. Disponible en: <https://minerva-access.unimelb.edu.au/bitstream/handle/11343/121996/Thesis%2520Final1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- (8) Moreno Rodríguez C. Cuidado de enfermería perdido en pacientes hospitalizados en una institución privada [Tesis doctoral en Internet]. México: Universidad autónoma de Nuevo León; 2014 [citado 20 Marzo 2021]. 99p. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/76596688.pdf>

(9) Kalisch BJ. Missed nursing care: a qualitative study. *J Nurs Care Qual* [Internet]. 2006 [citado 20 Marzo 2021]; 21(4):306-13. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16985399/>

(10) Schubert M, Glass TR, Clarke SP, Aiken LH, Schaffert-Witvliet B, Sloane DM, et al. Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2008 Aug [citado 20 Marzo 2021]; 20(4): 227–37. Disponible en: <https://academic.oup.com/intqhc/article/20/4/227/1846768?login=true>

(11) Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS Missed nursing care: a concept analysis. *J Adv Nurs* [Internet]. 2009 [citado 10 Mayo 2021]; 65(7):1509-17. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x>

(12) Betrán López AA. Cuidados de enfermería perdidos y su relación con la satisfacción del paciente en el Hospital General de la Palma [Trabajo de fin de grado en Internet]. La Palma: Universidad de La Laguna; 2019 [citado 10 May 2021]. 50p. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/15171/Cuidados%2520de%2520enfermeria%2520perdidos%2520y%2520su%2520relacion%2520con%2520la%2520satisfaccion%2520del%2520paciente%2520en%2520el%2520Hospital%2520General%2520de%2520La%2520Palma.pdf?sequence=1>

(13) Kalisch BJ, Xie B. Errors of Omission: Missed Nursing Care. *Western Journal of Nursing Research* [Internet]. 2014 [citado 10 Mayo 2021]; 36 (7): 875-890. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0193945914531859>

(14) Kalisch BJ, Lee KH. Missed nursing care: Magnet versus non-Magnet hospitals. *Nurs Outlook* [Internet]. 2012 [citado 10 Mayo 2021]; 60(5): e32-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029655412000838?via%3Dihub#bib19>

(15) Srulovici E, Drach- Zahavy A. Nurses' personal and ward accountability and missed nursing care: A cross-sectional study. *Interntational Journal of Nursing Studies* [Internet]. 2017 [citado 10 Mayo 2021]; 75(14): 163-71. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002074891730175X?via%3Dihub#bib0315>

(16) Moreno Monsiváis MG, Moreno Rodríguez C, Interrial Guzmán MG. Missed Nursing Care in Hospitalized Patients. *Aquichan*. [Internet]. 2015 [citado 10 Mayo 2021]; 15(3): 318-28. Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/4647/pdf>

(17) Rey O. Validación del instrumento Misscare al español (España) como herramienta de monitorización de la calidad y la seguridad de los cuidados en pacientes hospitalizados. [Tesis doctoral en Internet]. Tenerife: Universidad de La Laguna; 2017 [citado 10 Mayo 2021]. 360p. Disponible en: <https://portalciencia.ull.es/documentos/5e3170382999523690ffe7f8>

(18) Meijome Sánchez JM. El camino de los cuidados perdidos. RqR Enfermería Comunitaria [Internet]. 2016 [citado 25 Mayo 2021]; 4 (2): 6-12. Disponible en: https://cdn.website-editor.net/Of27204129834cb0964f48b576060ede/files/uploaded/2RevistaRqR_Primavera2016_CuidadosPerdidos.pdf

(19) Jones T, Hamilton P, Murry N. Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. International Journal of Nursing Studies [Internet]. 2015 [citado 25 Mayo 2021]; 52(6): 1121-37. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748915000589#bib0320>

(20) Ausserhofer D, Zander B, Busse R, Schubert M, De Geest S, Rafferty AM, et al. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. BMJ Qual. & Safety [Internet]. 2014 [citado 23 Mayo 2021]; 23(2): 126–35. Disponible en: <https://qualitysafety.bmj.com/content/23/2/126#xref-ref-31-1>

(21) Sermeus W, Aiken L, Van den Heede K, Rafferty A, Griffiths P, Moreno Casbas M et al. Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. BMC Nursing [Internet]. 2011. [citado 23 Mayo 2021]; 10(6). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21501487/>

(22) Kalisch BJ, Landstrom G, Williams RA Missed nursing care: errors of omission. Nurs Outlook [Internet]. 2009 [citado 23 Mayo 2021]; 57(1): 3-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0029655408001462>

(23) Kalisch BJ, Tschannen D, Lee H, Friese CR. Hospital variation in missed nursing care. Am J Med Qual [Internet]. 2011 [citado 23 Mayo 2021]; 26(4): 291-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3137698/>

(24) Kalisch BJ, McLaughlin M, Dabney BW. Patient perceptios of missed nurisng care. Jt Comm J Qual Patient Saf [Internet]. 2012 [citado 23 Mayo 2021]; 38(4): 161-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22533128/>

(25) Ortún Rubio V. Gestión clínica y sanitaria de la práctica diaria a la academia, ida y vuelta. [Internet]. Barcelona (España): Elsevier Masson; 2007. [citado 2 Jun 2021]. 267p. Disponible en: https://www.upf.edu/documents/2984046/0/LibroGestClinSan_IdaVuelta.pdf/5314bdf1-d3c2-bcd2-9656-0bf6cd058293

(26) Jiménez Maldonado J. Los indicadores de gestión en la Administración Publica: el caso de la gestión Hospitalaria [Trabajo de fin de grado en Internet]. Jaén: Universidad de Jaén; 2014 [citado 2 Junio 2021]. 47p. Disponible en: <http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/4493/1/TFG-Maldonado-Jimenez%2cJulia.pdf>

(27) Rincón R. Los indicadores de gestión organizacional: una guía para su definición. Revista Universidad EAFIT [Internet]. 1998 [citado 2 Junio 2021]; 34(111):1-17. Disponible en: <https://repository.eafit.edu.co/handle/10784/16386>

(28) Armijos J. Diseño e implementación de un modelo de indicadores de gestión para evaluar el desempeño de hospitales públicos [Tesis doctoral en Internet]. Santiago, Chile: Universidad de Chile; 2017 [citado 2 Junio 2021]. 175p. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/149734>

(29) Urbina Laza O. Competencias de Enfermería para la seguridad del paciente. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2011 [citado 2 Junio 2021] ; 27(3): 239-47. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000300008&lng=es.

(30) Cejudo GM, Lugo D. Una burocracia profesional como elemento crucial en la implementación de políticas públicas, Revista de Administración Pública [Internet]. 2019 [citado 2 Junio 2021]; 54(1): 57-83. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/342420858_Una_burocracia_profesional_como_elemento_crucial_en_la_implementacion_de_politicas_publicas_Revista_de_Administracion_Publica

(31) Seguridad del paciente [Internet]. Who.int. 2019 [citado 2 Junio 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

(32) 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. [Internet]. 2018 [citado 2 Junio 2021]; 23(3): 278-87. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-calidad-en-enfermeria-su-gestion-S0716864018300567>

(33) Rojas Beltrán J. Gestión de enfermería y el comportamiento de indicadores de calidad de atención de enfermería [Tesis doctoral en Internet]. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2015 [citado 2 Junio 2021]. 82p. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/55394/53081151.2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>