

LUCÍA ZÚÑIGA BLANCO

PERCEPCIÓN DE LOS CUIDADOS OMITIDOS Y
FACTORES ASOCIADOS EN UNIDADES DE
HOSPITALIZACIÓN

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Dirigido por la Dra. Marta Berenguer Poblet

Máster en Investigación en Ciencias de la Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2023

A mi familia, Oscar, Alba y Noa, por su infinita paciencia durante estos años. Siempre preocupados porque consiguiese mi meta. Gracias por vuestro apoyo y perdón por los momentos que no he podido dedicaros.

A Mercedes Fernández por su apoyo y por transmitirme esa motivación por investigar.

A mi tutora por su acompañamiento y paciencia.

A todas las enfermeras porque día a día avanzamos en nuestra profesión para ofrecer el mejor cuidado a nuestros pacientes.

“El cuidado es la esencia de la enfermería”

Jean Watson

ÍNDICE DE CONTENIDO

1. Resumen y abstract.....	pág. 1
2. Introducción y justificación.....	pág. 3
3. Marco teórico.....	pág. 5
3.1 Antecedentes.....	pág. 7
3.2 Situación actual.....	pág. 7
4. Objetivos.....	pág. 9
4.1 Objetivo general.....	pág. 9
4.2 Objetivos específicos.....	pág. 9
5. Metodología.....	pág. 10
5.1 Diseño.....	pág. 10
5.2 Ámbito de estudio.....	pág. 10
5.3 Población.....	pág. 10
5.3.1 Criterios de inclusión y exclusión	
5.4 Instrumento de recogida de la información.....	pág. 10
5.5 Variables.....	pág. 14
5.5.1 Variables independientes.....	pág. 14
5.5.2 Variables dependientes.....	pág. 15
5.6 Recogida de datos.....	pág. 15
5.7 Análisis de datos.....	pág. 16
6. Consideraciones éticas.....	pág. 17
7. Resultados.....	pág. 18
8. Discusión.....	pág. 28
9. Limitaciones y líneas futuras.....	pág. 33
10. Conclusiones.....	pág. 34
11. Aplicabilidad para la práctica clínica.....	pág. 35
12. Bibliografía.....	pág. 36
13. Cronograma.....	pág. 41
14. Presupuesto.....	pág. 42
15. Anexos.....	pág. 43

INDICE DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

EA	Eventos adversos
HIP	Hoja de información al participante
MNC	Missed Nursing Care
OMICE	Cuestionario sobre la omisión de cuidados enfermeros
OMS	Organización Mundial de la Salud
TCAE	Técnico en cuidados auxiliares de enfermería

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Antecedentes que determinan el proceso de atención de enfermería.	Pág.5
Figura 2	Dimensiones del cuidado.	Pág.6

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Ítems según las dimensiones del cuidado.	Pág.12
Tabla 2	Ítems según los motivos de los cuidados omitidos.	Pág.13
Tabla 3	Distribución de frecuencias según categoría	Pág.18
Tabla 4	Distribución de frecuencias según su situación laboral y unidad en la que trabajan.	Pág.18
Tabla 5	Distribución de frecuencias según el nº de horas que trabajan a la semana y el horario de trabajo.	Pág.19
Tabla 6	Distribución de frecuencias según la antigüedad laboral y antigüedad en el puesto de trabajo.	Pág.20
Tabla 7	Distribución de frecuencias según el grado de satisfacción con su profesión, su lugar de trabajo y el trabajo en equipo.	Pág.20
Tabla 8	Distribución de frecuencias según los días o turnos que han faltado a su puesto de trabajo	Pág.20
Tabla 9	Frecuencia que el personal opina que la dotación de profesionales de su unidad es la adecuada.	Pág.21
Tabla 10	Frecuencia que el personal opina que su carga personal de trabajo es excesiva en relación al tipo de pacientes y la dotación de personal.	Pág.21
Tabla 11	Distribución de frecuencias respecto a si los profesionales tienen previsto dejar su puesto actual.	Pág.22
Tabla 12	Distribución de frecuencias y % acumulado de los elementos del cuidado omitidos y NO omitidos.	Pág.22
Tabla 13	Distribución de frecuencias y % acumulado de los motivos asociados a la omisión del cuidado. Elaboración propia	Pág.24
Tabla 14	Asociación chi-cuadrado cuidado omitido según enfermeros, jefe de unidad y TCAE. Elaboración propia.	Pág.26
Tabla 15	Asociación chi-cuadrado cuidado omitido tipo de unidad. Elaboración propia.	Pág.27
Tabla 16	Cronograma de estudio. Elaboración propia.	Pág.41
Tabla 17	Presupuesto del estudio de investigación. Elaboración propia.	Pág.42

1. RESUMEN Y ABSTRACT

Introducción: Los profesionales de enfermería son los principales agentes proveedores del cuidado. Dentro de su práctica diaria en muchas ocasiones deben priorizar o retrasar algunos cuidados apareciendo así el cuidado omitido.

Objetivo: Conocer la percepción de los profesionales de enfermería acerca de los cuidados omitidos en el área de hospitalización del hospital Medina del Campo.

Método: Estudio cuantitativo observacional de corte transversal realizado en las unidades de hospitalización de un hospital comarcal durante los meses de marzo-abril de 2023. Para ello se utilizó el instrumento MISSCARE validado al español en 2017 (OMICE). Para el análisis de datos se realizó una estadística descriptiva y el test de Chi-cuadrado de Pearson.

Resultados: Los elementos del cuidado que se perciben con mayor omisión fueron el hacer caminar o deambular a los pacientes (67,4%) y el cuidado bucal (41,3%). Los cuidados que menos porcentaje de omisión presentaron fueron el responder a la llamada del timbre antes de 5 minutos (97,8%), la higiene/baño y la glucemia capilar ambos con un 95,6%. Los recursos humanos se consideraron como principal factor influyente en la omisión del cuidado.

Conclusiones: Conocer el cuidado omitido y los factores que influyen en la omisión debe ser utilizado como indicador de calidad que permita a gestores del cuidado e instituciones implantar áreas de mejora que garantice una asistencia segura.

Palabras clave: atención de enfermería, percepción, seguridad del paciente, cuidados enfermero omitido.

Introduction: Nursing professionals are the main care providers. Within their daily practice, on many occasions they must prioritize or delay some care, thus omitting care appearing.

Objective: To know the perception of nursing professionals about omitted care in the hospitalization area of the Medina del Campo hospital.

Method: Quantitative observational cross-sectional study carried out in the hospitalization units of a regional hospital during the months of March-April 2023. For this, the MISSCARE instrument validated into Spanish in 2017 (OMICE) was used. For data analysis, descriptive statistics and Pearson's Chi-square test were used.

Results: The elements of care that are perceived with the greatest omission were making patients walk or wander (67.4%) and oral care (41.3%). The care that presented the lowest percentage of omission were answering the bell call within 5 minutes (97.8%), hygiene/bathroom and capillary blood glucose, both with 95.6%. Human resources were considered as the main influential factor in the omission of care.

Conclusions: Knowing the omitted care and the factors that influence the omission should be used as a quality indicator that allows care managers and institutions to implement areas of improvement that guarantee safe care.

Keywords: nursing care, perception, patient safety, missed nursing care.

2. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El cuidado, esencia de la disciplina enfermera, constituye un pilar básico de todas las instituciones y sistemas de salud, siendo un indicador en la calidad asistencial de los sistemas sanitarios (Rodríguez Abrahantes & Abrahantes, 2018).

Una dimensión clave de la calidad asistencial es la seguridad del paciente, definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la ausencia o reducción, a un nivel mínimo aceptable, del riesgo de sufrir daño innecesario en el curso de la atención sanitaria.

La literatura reporta cómo la calidad asistencial y la seguridad del paciente puede verse alterada por variables como ratio enfermera-paciente (Recio-Saucedo et al., 2018), turnicidad (Ball et al., 2016), cargas de trabajo e incluso nivel de formación académica (Cordeiro et al., 2020), estando estos factores ligados a la aparición de efectos adversos e incluso aumento de los índices de mortalidad en el área de hospitalización (Recio-Saucedo et al., 2018).

Según datos de la OMS los eventos adversos (EA) como resultado de una atención poco segura son una de las 10 causas principales de muerte y discapacidad en el mundo poniéndose así en marcha, en el año 2004 el proyecto “La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente” a fin de establecer en todos los países, medidas y acciones que fomenten la calidad y seguridad del paciente dentro de la práctica asistencial (OMS, 2004).

En un estudio Nacional de Eventos Adversos relacionados con la hospitalización (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006) llevado a cabo en 24 hospitales públicos de España entre el 4 y 10 de junio de 2005, determinó que la incidencia de pacientes con EA relacionados con la asistencia sanitaria fue del 9.3% donde el 37.4% de estos EA estaban relacionados con la medicación, el 25,3% derivaron de infecciones nosocomiales, el 25% estaban asociados a problemas técnicos durante el procedimiento y un 7.63 % relacionados con los cuidados. De los EA derivados del cuidado se objetivó que un 52% eran evitables.

Durante su estancia hospitalaria, los pacientes pueden verse afectados por eventos adversos que derivan del proceso de la atención asistencial,

denominándose así, error de comisión cuando el evento deriva de un procedimiento, como por ejemplo administrar una dosis incorrecta de fármaco, o error de omisión cuando no se lleva a cabo un procedimiento de acuerdo a las demandas y necesidades del paciente. Dentro de este error de omisión se encuentra el cuidado perdido u omitido (Hernández valles et al. 2016).

Los profesionales de enfermería son los principales agentes proveedores del cuidado, por su atención continuada y su cercanía con el paciente, desempeñando así un rol esencial en la seguridad del paciente y en la calidad asistencial (Febré et al., 2018). Estos profesionales, dentro de su práctica diaria, en muchas ocasiones deben de priorizar y/o retrasar algunos cuidados apareciendo así el término de cuidados omitidos o perdidos (Ausserhofer et al., 2014; Jones et al., 2015).

Conocer el cuidado omitido no debe ser interpretado como un indicador de mala calidad o con fines punitivos a los profesionales, sino que debe servir a las instituciones y a los sistemas de salud como indicador que monitorice la calidad y seguridad de los cuidados enfermeros prestados, poder implementar áreas de mejora orientadas a fortalecer el cuidado y por consiguiente mejorar los resultados en salud de sus pacientes.

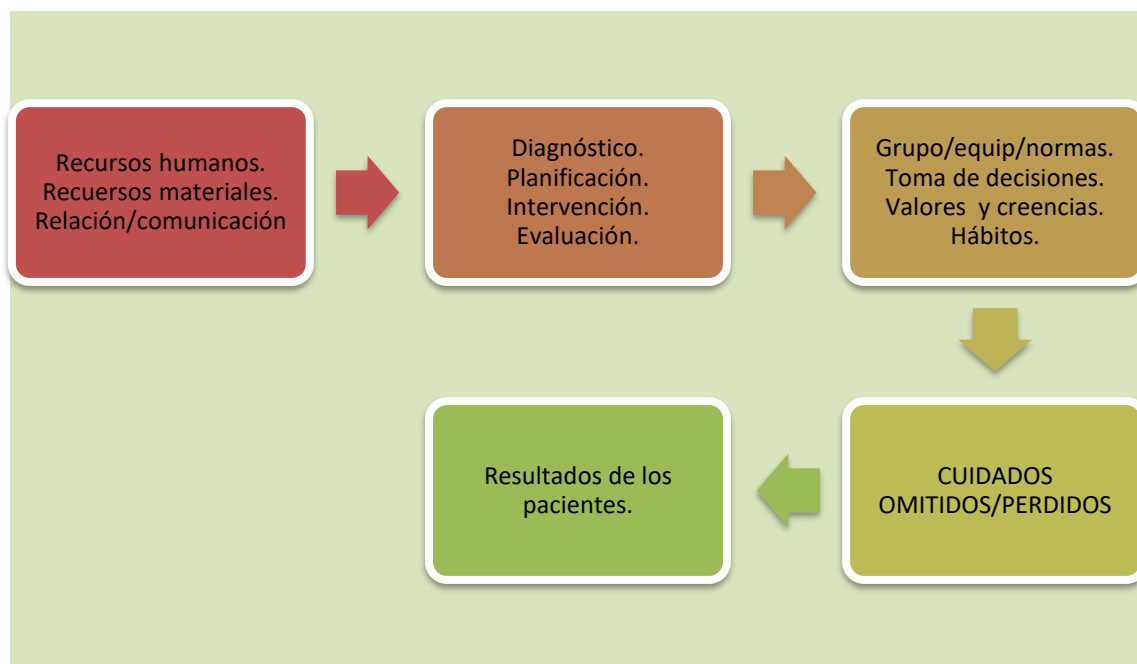
El cuidado omitido ha sido poco estudiado en los hospitales de España por lo que identificarlo y determinar los factores asociados a la omisión del cuidado proporcionará información útil para la gestión de los hospitales y de los servicios de enfermería en aras de una mejora en los cuidados y por tanto una mejora asistencial.

3. MARCO TEÓRICO

La atención de enfermería perdida u omitida entra dentro de una teoría explicativa de Rango Medio “Modelo de Cuidado Perdido en enfermería” propuesto por B. J. Kalisch (Kalisch, Landstrom, & Hinshaw, 2009) donde el concepto de cuidados perdidos u omitidos es conceptualizado como Missed Nursing Care (MNC), y definido como “cualquier aspecto de la atención requerida en el cuidado del paciente que se omite, ya sea en parte o en su totalidad, o bien se retrasa” (Kalisch, 2006).

Este modelo de atención perdida describe 4 antecedentes, dentro del ámbito del cuidado y externos a las enfermeras, los cuáles determinan cómo se lleva a cabo el proceso de atención de enfermería y por tanto guían aquellos cuidados que se completan, se retrasan o se pierden derivándose todo ello en los resultados del paciente.

Estos antecedentes externos son los recursos materiales, laborales, trabajo en equipo y comunicación completándose con factores internos de los profesionales como son las normas-equipo, toma de decisiones, valores-creencias y los hábitos (Kalisch, Landstrom, & Hinshaw, 2009)(Figura1).



F.1 Antecedentes que determinan el proceso de atención de enfermería.

Elaboración propia. Fuente: B. J. kalisch.. Missed nursing care: a concept analysis.

El modelo de cuidado perdido u omitido en enfermería retoma los tres conceptos procedentes del Modelo de la Calidad Asistencial de Donabedian (1966), estructura, proceso y resultado donde, la estructura hace referencia a las características del hospital, recursos humanos y materiales; el proceso se refiere al cuidado ofrecido por el personal de enfermería¹ y por tanto al proceso de atención del paciente; y el resultado hace referencia a los efectos directos del paciente que derivan de esta atención (López-Moreno et al., 2014).

Dentro de este modelo los cuidados de enfermería del proceso de atención al paciente se incorporan en cuatro dimensiones (Kalisch, Landstrom, & Williams, 2009)(Figura 2)favoreciendo una atención holística e integral. Estas dimensiones son: intervenciones orientadas para cubrir las necesidades individuales que derivan de las respuestas humanas de las personas; intervenciones de cuidados básicos que pretenden satisfacer las necesidades básicas y la falta de autonomía del paciente; educación y planificación al alta para favorecer el autocuidado y la toma de decisiones sobre la atención, ambas competencias necesarias cuando el paciente es dado de alta; y la evaluación continua define el conjunto de intervenciones necesarias para la vigilancia y control del estado de salud del paciente (Hernández-cruz et al., 2017).



Figura 2. Dimensiones del cuidado.

Elaboración propia. Fuente: B.J.Kalisch Errors of Omission: Missed Nursing Care.

¹ Entendiendo personal de enfermería como un equipo compuesto por enfermeras y técnico en cuidados auxiliares de enfermería

3.1 Antecedentes

El primer estudio que exploró el cuidado omitido fue llevado a cabo por B. J. Kalisch, en 2006, a través de un estudio cualitativo en el que se entrevistaron a 173 enfermeras. Las entrevistas se realizaron en 2 hospitales y a través de 25 grupos focales. El estudio reveló 9 elementos claves del cuidado que se omitían regularmente: deambulación, planificación al alta, apoyo emocional al paciente y familia, cuidado en la higiene, cambios posturales, educación sanitaria, alimentación retrasada o no dada, control del balance de líquidos y vigilancia. Entre las razones por las que no se efectuaba el cuidado se encontraron: la falta de tiempo, el ratio enfermera-paciente, mal uso de los recursos y falta de trabajo en equipo (Kalisch, 2006).

En otro estudio que llevó a cabo en 3 hospitales de Michigan, a través del cuestionario Missed Nursing Care Survey (MISSCARE), en diferentes unidades de hospitalización, evidenció 6 elementos de atención que se perdieron con mayor frecuencia: la deambulación, la evaluación de la eficacia de los medicamentos, movilización del paciente, higiene bucal y la enseñanza del paciente. Según el autor, cuando los profesionales de enfermería no pueden brindar la atención se sienten insatisfechos con su trabajo (Kalisch, Landstrom, & Williams, 2009).

3.2 Situación actual

Diferentes estudios y revisiones de la bibliografía (Griffiths et al., 2018; Jones et al., 2015; Kalánková et al., 2020; Recio-Saucedo et al., 2018) reportan que el cuidado perdido, retrasado u omitido ocasiona resultados negativos en la salud del paciente y una reducción en la calidad de la atención de enfermería y en la seguridad.

Entre estos resultados negativos que derivan de un cuidado omitido y/o retrasado en la literatura no sólo encontramos riesgo de caídas, deterioro en la integridad de la piel (Hernández Valles et al., 2016), infecciones nosocomiales e incluso errores en la medicación (Kalánková et al., 2020); sino que también puede llevar

a un dilema ético y moral de los profesionales, con insatisfacción laboral y agotamiento profesional (Ausserhofer et al., 2014; Suhonen et al., 2018).

La atención de enfermería perdida ha sido estudiada en diferentes países y en diferentes contextos encontrándose que los principales cuidados perdidos u omitidos dentro de la dimensión del cuidado básico son el cuidado de la boca (Hernández Cruz, Raúl et al., 2017; Hernández Valles et al., 2016), la deambulación (Domingues, 2021) y la alimentación administrada en tiempo; dentro de la dimensión de educación y planificación al alta la enseñanza del paciente durante la hospitalización (Hernández Valles et al., 2016; Obregón-gutiérrez et al., 2021) se registra como el cuidado perdido más frecuente y en lo referente a la dimensión de necesidades individuales el elemento del cuidado que más se omite es el de apoyo emocional al paciente y/o familia (Obregón-gutiérrez et al., 2021).

La literatura revela que los cuidados menos omitidos son los que se encuentran dentro de la dimensión de evaluación continua, como pueden ser la evaluación de signos vitales, control del dolor, control de niveles de glucosa, acceso venoso (Araújo et al., 2022; Ausserhofer et al., 2014).

Entre los factores que influyen en el cuidado perdido en la literatura se encuentra consenso en situar los recursos humanos, seguido de los recursos y materiales como principales factores favorecedores de la omisión del cuidado y la falta de comunicación en último lugar (Kalánková et al., 2020; Obregón-gutiérrez et al., 2021).

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Principal

- Conocer la percepción del personal de enfermería acerca de los cuidados omitidos en el área de hospitalización del hospital Medina del Campo.

4.2 Objetivos específicos

- Determinar los principales cuidados omitidos dentro de las dimensiones del cuidado.
- Identificar las principales causas percibidas por las que se omiten los cuidados.
- Determinar si existen correlaciones entre variables sociodemográficas y percepción de cuidados omitidos.

5. METODOLOGÍA

5.1 Diseño

Estudio cuantitativo, observacional, de corte transversal llevado a cabo en las unidades de hospitalización de un hospital comarcal público de la comunidad de Castilla y León, el Hospital Medina del Campo, durante los meses de marzo-abril del 2023.

5.2 Ámbito de estudio

Unidades de hospitalización del hospital Medina del Campo. El hospital cuenta con 119 camas distribuidas en 4 unidades: 1 unidad médica, 1 unidad quirúrgica, y dos unidades médico-quirúrgicas; y con una plantilla orgánica formada por 35 enfermeras y 32 técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).

5.3 Población

La población a estudio estuvo compuesta por enfermeras y TCAE que desempeñan su labor asistencial en las unidades de hospitalización a estudio componiendo la muestra aquellos profesionales que se encontraban en el centro en el momento de la recogida de datos.

5.3.1 Criterios de inclusión.

Para poder formar parte del estudio los sujetos debían cumplir los siguientes requisitos:

- Ser enfermero o TCAE del Hospital Medina del Campo.
- Desarrollar su labor asistencial en una de las 4 unidades de hospitalización a estudio.
- Haber leído la hoja de información al participante (HIP).
- Haber aceptado participar voluntariamente en el estudio a través de la cumplimentación del cuestionario.

5.3.1 Criterios de exclusión.

- Barrera idiomática.

5.4 Instrumento de recogida de la información

Para la recogida de datos se utilizó el instrumento MISSCARE diseñado por Kalisch (2009) y validado al español en 2017 por Oscar Rey Luque

denominándose este cuestionario en español Cuestionario sobre la Omisión de Cuidados Enfermeros (OMICE) que mide la percepción de los cuidados omitidos en el entorno hospitalario y los factores asociados a dicha percepción. Este cuestionario fue traducido y validado en diferentes países, como Turquía (Kalisch et al., 2012), Islandia (Bragadóttir, H., Kalisch, B. J., Smáradóttir, S. B., & Jónsdóttir, 2015) y Brasil (Siqueira et al., 2017).

Consta de 2 partes, la primera parte es un cuestionario sociodemográfico. Para este estudio se eliminaron algunos de los ítems sociodemográficos que no se adaptaban a nuestro entorno y no mantenían el anonimato del participante.

La segunda parte del cuestionario se divide en dos secciones que recogen la percepción del cuidado omitido y los factores asociados a dicha percepción.

La sección A del cuestionario consta de 28 ítems (α de Cronbach 0.95) en los que se pregunta acerca de cuidados omitidos por el profesional y se agrupan los cuidados en las cuatro dimensiones del modelo Missed Nursing Care. Dentro de la dimensión de intervenciones de necesidades individuales se incluyen los ítems 5, 10, 21, 22, 23, 25 y 11; la dimensión que corresponde a la planificación al alta y educación está compuesta por los ítems 9, 15 y 24; la dimensión de intervenciones en cuidados básicos engloba los ítems 1, 2, 3, 4, 12, 13, 26, 27 y 28; y la dimensión evaluaciones continuas del paciente comprende los ítems 6, 7, 8, 14, 16, 17, 18, 19 y 20 (Tabla 1).

La sección B del cuestionario consta de 19 ítems (α de Cronbach 0.92) que abarcan los motivos por los que se omite el cuidado y se agruparon estos motivos en 3 áreas: dentro del área de recursos materiales se incluyen los ítems 6, 9, 10 y 18, el área de recursos humanos engloba los ítems 1, 2, 3, 4, 17 y 19 y el área de comunicación comprende los ítems 5, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15 y 16 (Tabla 2).

DIMENSIÓN	ITEMS CUESTIONARIO OMICE
Necesidades individuales	5. Administrar medicación en un plazo de 30 minutos antes o después de la hora programada. 10. Apoyar emocionalmente al paciente. 11. Apoyar emocionalmente a los familiares. 21. Responder a la llamada de los pacientes o timbres en los primeros 5 minutos desde su activación. 22. Administrar medicación prescrita a demanda del paciente en los primeros 15 minutos desde que la solicita. 23. Evaluar el efecto o la efectividad de los medicamentos administrados. 25. Asistencia a las necesidades de eliminación de los pacientes dentro de los 5 minutos desde su solicitud
Cuidados Básicos	1. Hacer caminar o deambular a los pacientes tres veces al día o según indicación. 2. Cambios posturales a los pacientes cada 2 horas o según indicación. 3. Dar de comer a los pacientes cuando la comida está todavía caliente. 4. Preparar y ofrecer la comida a los pacientes que comen solos. 12. Higiene/baño/cuidados de la piel de los pacientes. 13. Cuidado bucal de los pacientes. 26. Cuidado de la piel y de las heridas. 27. Cuidados relacionados con el patrón de sueño-descanso (respeto de horarios). 28. Cuidados relacionados con el patrón respiratorio (por ejemplo, manejo de secreciones, administración de aerosoles, fisioterapia respiratoria).
Evaluaciones continuas	6. Evaluar las constantes vitales según indicación. 7. Supervisar y controlar las ingestas/excreciones. 8. Cumplimentar toda la documentación con los datos necesarios. 14. Lavado de manos del profesional encargado del cuidado. 16. Control de la glucemia capilar conforme a la prescripción. 17. Evaluación de pacientes en cada turno. 18. Reevaluación según el estado de los pacientes. 19. Evaluación y cuidados de las vías venosas periféricas conforme a las directrices del servicio u hospital. 20. Evaluación y cuidados de las vías venosas centrales conforme a las directrices del servicio u hospital.
Planificación al alta y educación	9. Dar educación sanitaria y proporcionar al paciente información sobre su enfermedad, pruebas y estudios diagnósticos. 15. Planificación y coordinación con familiares y/u otros niveles asistenciales del alta del paciente. 24. Asistir a reuniones interdisciplinarias de equipo relacionados con el cuidado de los pacientes, cuando se celebren.

Tabla 1. Ítems según las dimensiones del cuidado. Elaboración propia. Fuente Validación instrumento Misscare Survey al español. OMICE.

ÁREAS	ITEMS CUESTIONARIO OMICE
Recursos materiales	6. Medicamentos no disponibles cuando se requieren. 9. Los suministros/equipos no están disponibles cuando se necesitan. 10. Los suministros/equipos no funcionan correctamente cuando se necesitan. 18. Problemas de funcionamiento o lentitud de los sistemas informáticos.
Recursos humanos	1. Dotación inadecuada de enfermeros. 2. Situaciones de urgencia con determinados pacientes (por ejemplo, cuando empeora el estado de un paciente.) 3. Aumento inesperado del número de pacientes o de las situaciones de urgencia en la unidad. 4. Dotación inadecuada de personal auxiliar y/o administrativo (por ejemplo, auxiliares de enfermería, técnicos, secretarios/as de la unidad, etc.) 17. Elevada carga de trabajo por ingresos y altas hospitalarias. 19. Excesiva carga en labores administrativas.
Trabajo en equipo y comunicación	5. Asignación descompensada de pacientes. 7. Inadecuado cambio de turno con el equipo anterior o con el equipo de la unidad que remite o traslada al paciente. 8. No se proporciona la atención requerida en otros departamentos (por ejemplo, no se ha hecho andar al paciente en la sesión de fisioterapia). 11. Falta de apoyo o respaldo entre los miembros del equipo. 12. Tensión o problemas de comunicación con otros departamentos DE APOYO. 13. Tensión o problemas de comunicación en el EQUIPO DE ENFERMERÍA. 14. Tensión o problemas de comunicación con el PERSONAL MÉDICO. 15. El auxiliar de enfermería no comunica que no se ha proporcionado el cuidado. 16. El profesional responsable del cuidado estaba fuera de la unidad.

Tabla 2. Ítems según los motivos de los cuidados omitidos. Elaboración propia. Fuente Validación instrumento Misscare Survey al español. OMICE.

En la sección A, el intervalo de respuestas utilizado fue una escala tipo Likert, con opciones de 1 a 5, donde 1 = siempre se omite 2 = frecuentemente se omite, 3 = ocasionalmente se omite, 4 = raramente se omite y 5 = nunca se omite. Las opciones de respuesta se transformaron en una escala dicotómica, donde las opciones 1, 2 y 3 se consideraron cuidado omitido y las opciones 4 y 5 se consideraron cuidado realizado.

En la sección B, el intervalo de respuestas utilizado fue una escala tipo Likert, con opciones de 1 a 4, donde: 1 = motivo muy importante, 2 = motivo importante, 3 = motivo poco importante y 4 = no es un motivo para la percepción de omisión del cuidado. Las opciones de respuesta se transformaron en una escala

dicotómica, donde las opciones 1, y 2 se consideraron motivos importantes, las opciones 3 y 4 se consideraron motivos no importantes.

5.5 Variables

5.5.1 Variables independientes.

Son aquellas variables que aparecen en la primera parte del cuestionario auto-administrado donde se recogen las variables sociodemográficas. Estas variables son:

- Edad: variable numérica en años.
- Género: masculino o femenino.
- Nombre del puesto/cargo: enfermera (diplomada/grado) o técnico en cuidados auxiliares de enfermería.
- Situación laboral: eventual, interino, fijo u otro.
- Tipo de unidad en la que trabaja teniendo en cuenta el tipo de pacientes que atiende: especialidad médica, quirúrgica, tanto médica como quirúrgica.
- Nº de horas que habitualmente trabaja a la semana: menos de 35 horas semanales, entre 35 y 38 horas semanales, entre 38 y 40 horas semanales o más de 40 horas semanales.
- Horario de trabajo: mañanas fijas (turno de 7 horas – 7:30 horas), tardes fijas (turno de 7 horas), noches fijas (turno de 10 horas), turno rotatorio de mañanas, tardes o noches, turno rotatorio de diurno (mañanas/tardes).
- Antigüedad laboral: 6 meses o menos, entre 6 meses y 2 años, entre 2 y 5 años, entre 5 y 10 años, más de 10 años.
- Antigüedad en el puesto de trabajo que ocupa en la actualidad: 6 meses o menos, entre 6 meses y 2 años, entre 2 y 5 años, entre 5 y 10 años, más de 10 años.
- En los últimos 3 meses, ¿cuántos días o turnos de trabajo ha faltado debido a enfermedad, lesión o accidente?: ninguno, 1 día o turno, 2-3 días o turnos, 4-6 días o turnos, más de 6 días o turnos.
- ¿Tiene previsto dejar su puesto actual?: En los próximos 6 meses, en el próximo año, no tengo previsto dejarlo, dependerá del tipo de contrato.

- Frecuencia que opina que la dotación de personal de la unidad donde trabaja es la adecuada: El 100% del tiempo, el 75% del tiempo, el 50% del tiempo, el 25% del tiempo, el 0% del tiempo.
- Frecuencia que opina que su carga personal de trabajo es excesiva en relación al tipo de paciente y la dotación de personal: el 100% del tiempo, el 75% del tiempo, el 50% del tiempo, el 25% del tiempo, el 0% del tiempo.
- En el turno actual o en el último turno que trabajó. ¿Cuántos pacientes ha atendido?: Variable numérica.
- En el turno actual o en el último turno que trabajó. ¿Cuántos ingresos de pacientes ha atendido (incluidos los traslados a la unidad)?: variable numérica.
- En el turno actual o en el último turno que trabajó. ¿Cuántas altas de pacientes ha atendido (incluidos los traslados a otra unidad)?: variable numérica.
- ¿Cuál es su grado de satisfacción con su puesto actual?: muy satisfecho, satisfecho, ni satisfecho ni insatisfecho, insatisfecho, muy insatisfecho.
- Independientemente de su trabajo actual. ¿Cuál es su grado de satisfacción como enfermero o TCAE?: muy satisfecho, satisfecho, ni satisfecho ni insatisfecho, insatisfecho, muy insatisfecho.
- ¿Cuál es su grado de satisfacción con respecto el nivel de trabajo en equipo de esta unidad?: muy satisfecho, satisfecho, ni satisfecho ni insatisfecho, insatisfecho, muy insatisfecho.

5.5.2 Variables dependientes.

Hacen referencia a las variables recogidas en las dos secciones de la segunda parte del cuestionario auto-administrado OMICE, las variables de la sección A recogen en 28 ítems la percepción de los cuidados omitidos con un tipo de respuesta escala Likert y las variables de la sección B recogen en 19 ítems los factores asociados a esa percepción también con un tipo de respuesta escala Likert.

5.6 Recogida de datos

Para la recolección de datos, a través del cuestionario auto-administrado, se solicitó una reunión informativa con los jefes de unidad de cada una de las

unidades de hospitalización. En dicha reunión se explicó el objetivo de estudio y se entregó, en papel, el cuestionario junto con un sobre, que debían entregar a sus profesionales, así como la hoja de instrucciones del participante (HIP) de la correcta cumplimentación del cuestionario. En la hoja de instrucciones se invitaba al profesional a participar de manera voluntaria, garantizando la confidencialidad de la información y donde se podía encontrar el teléfono del investigador para cualquier duda respecto tanto del estudio como del cumplimentado del cuestionario. Al cumplimentar el cuestionario el participante daba su consentimiento a participar, así como a la difusión de los resultados manteniendo en todo momento el anonimato.

Una vez cumplimentado el cuestionario los participantes se lo entregarán en sobre cerrado al jefe de unidad quien los custodiará hasta la fecha en que el investigador determine ir a por ellos.

Se estableció un periodo de dos semanas desde la entrega de los cuestionarios hasta la fecha de recogida de los mismos.

5.7 Análisis estadístico

Los datos se analizaron con el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 24.0 para Windows. Las variables cuantitativas se presentan con la media, de desviación típica y las puntuaciones mínima y máxima (o con la mediana y la amplitud intercuartil si fuera el caso) y las cualitativas según su distribución de frecuencias. Las asociaciones de variables cualitativas se analizaron mediante el test Chi-cuadrado de Pearson y, las comparaciones de los valores cuantitativos, mediante la t de student en el caso de tener dos grupos. Los valores de $p < 0,05$ serán considerados estadísticamente significativos.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la realización del estudio se contó con la conformidad del Director de Enfermería del Hospital Comarcal Medina del Campo (Anexo I).

El estudio recibió el Dictamen favorable del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) del Área de Salud de Valladolid con fecha del 16 de marzo de 2023, Código CEIm PI 23-3043 (Anexo II).

Previo al uso del cuestionario validado fue solicitada su autorización a D. Óscar Rey Luque, autor principal de la tesis (Luque, 2017) donde se valida al español el instrumento MISSCARE Survey de Beatrice J. Kalisch (2009), mediante correo electrónico, identificando los datos del investigador principal del presente estudio, universidad y motivo de estudio. (Anexo III).

La participación de los sujetos ha sido completamente voluntaria y no han recibido contraprestación económica por participar. Recibieron la HIP (Anexo IV) en la que se explicaba el anonimato de los datos recogidos y en la que se reflejaba que al cumplimentar el cuestionario daban su consentimiento a participar en el estudio y a la difusión de los resultados manteniendo el anonimato en todo momento.

El investigador se compromete a mantener la confidencialidad de los datos y declara respetar las normas en materia de bioética contenidas en la declaración de Helsinki de 2013 (De Helsinki, 2013) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

7. RESULTADOS

El cuestionario OMICE fue cumplimentado por un total de 46 profesionales entre enfermeras y TCAE, de los cuales 39 (84.8%) eran mujeres. La edad media fue 43.5 años (DE 11,2) siendo la edad mínima de 26 años y la máxima edad de 65 años; el 67,4% (n=31) eran enfermeras y el 32.6% (n=15) TCAE.

(Tabla 3).

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
Edad	46	26	65	43,35	11,231
Nombre del puesto/cargo	Frecuencia	Porcentaje			
Enfermero (diplomado/grado)	31	67,4			
TCAE	15	32,6			
Total	46	100,0			

Tabla 3. Edad y distribución de frecuencias según categoría. Elaboración propia.

El 45.7% (n=21) de los profesionales encuestados eran fijos y un 54.3% (n=25) describió su unidad, según el tipo de pacientes que atienden, como una unidad tanto médica como quirúrgica seguido de un 32.6% (n=15) que trabajaban en una unidad especialidad médica. (Tabla 4).

Situación Laboral	Frecuencia	Porcentaje
Eventual	8	17,4
Fijo	21	45,7
Interino	17	37,0
Total	46	100,0
Tipo de unidad en la que trabaja	Frecuencia	Porcentaje
Especialidad médica	15	32,6
Especialidad quirúrgica	6	13,0
Especialidad tanto médica como quirúrgica	25	54,3
Total	46	100,0

Tabla 4. Distribución de frecuencias según situación laboral y unidad en la que trabajan. Elaboración propia.

En cuanto al número de horas que trabajan habitualmente el 47,8% (n=22) lo hacen entre 35 y 38 horas semanales frente a un 15,2 % (n=7) que trabaja más de 40 horas semanales. Su desempeño laboral el 89,1% (n=41) lo hace en turno rotatorio y sólo 1 profesional de los encuestados trabajaba en turno de noches fijas. (Tabla 5).

Nº de horas que trabaja a la semana	Frecuencia	Porcentaje
Entre 35 y 38 horas semanales	22	47,8
Entre 38 y 40 horas semanales	10	21,7
Más de 40 horas semanales	7	15,2
Menos de 35 horas semanales	7	15,2
Total	46	100,0

Horario de trabajo	Frecuencia	Porcentaje
Mañanas fijas (turno de 7 horas-7:30h)	4	8,7
Noches fijas (turno de 10 horas)	1	2,2
Turno rotatorio de M/T/N	41	89,1
Total	46	100,0

Tabla 5. Distribución de frecuencias según el nº de horas que trabaja a la semana y el horario de trabajo. Elaboración propia.

El 63% (n=29) de los profesionales presentaban una antigüedad laboral superior a 10 años y el 34,8% (n=16) llevaban en el puesto actual entre 2 y 5 años, el 28,3% (n=13) llevaban más de 10 años y sólo 2 profesionales llevaban menos de 6 meses en el puesto actual. (Tabla 6).

Antigüedad laboral	Frecuencia	Porcentaje
> 10 años	29	63,0
Entre 2 y 5 años	3	6,5
Entre 5 y 10 años	12	26,1
Entre 6 meses y 2 años	2	4,3
Total	46	100,0

Antigüedad en el puesto de trabajo	Frecuencia	Porcentaje
< 6 meses	2	4,3
> 10 años	13	28,3
Entre 2 y 5 años	16	34,8
Entre 5 y 10 años	9	19,6
Entre 6 meses y 2 años	6	13,0
Total	46	100,0

Tabla 6. Distribución de frecuencias según antigüedad laboral y antigüedad en el puesto de trabajo. Elaboración propia

En relación al grado de satisfacción de los profesionales el 56,5% (n=26) está satisfecho con ser enfermera o TCAE, el 58,7% (n=27) está satisfecho con su puesto actual y el 58,7% (n=27) está satisfecho en el trabajo en equipo dentro de la unidad en la que trabaja. (Tabla 7). El 91,3% (n=42) no ha faltado a su puesto de trabajo en los últimos tres meses debido a enfermedad, lesión o accidente. (Tabla 8).

GRADO DE SATISFACCIÓN	<i>Muy satisfecho</i>	<i>Satisfecho</i>	<i>Ni satisfecho ni insatisfecho</i>	<i>Insatisfecho</i>	<i>Muy insatisfecho</i>
Con su puesto actual	10 (21,7)	27 (58,7)	7 (15,2)	2 (4,3)	0 (0,0)
Con su categoría profesional	18 (39,1)	26 (56,5)	1 (2,2)	1 (2,2)	0 (0,0)
Con el trabajo en equipo	8 (17,4)	27 (58,7)	9 (19,6)	2 (4,3)	0 (0,0)

Tabla 7. Distribución de frecuencias según su grado de satisfacción respecto a su puesto de trabajo, categoría profesional y trabajo en equipo. Elaboración propia.

En los últimos 3 meses ¿cuántos días o turnos de trabajo ha faltado debido a enfermedad, lesión o accidente?	Frecuencia	Porcentaje
> de 6 días o turnos	2	4,3
4-6 días o turnos	1	2,2
2-3 días o turnos	1	2,2
Ninguno	42	91,3
Total	46	100,0

Tabla 8. Distribución de frecuencias según los días o turnos que han faltado a su puesto de trabajo. Elaboración propia.

La frecuencia con la que los profesionales opinan que la dotación de profesionales en la unidad en la que trabajan es la adecuada se muestra en la tabla 9.

¿Con qué frecuencia opina que la dotación de personal de la unidad en la que trabaja es la adecuada?	Frecuencia	Porcentaje
El 0% del tiempo	3	6,5
El 25% del tiempo	11	23,9
El 50% del tiempo	10	21,7
El 75% del tiempo	18	39,1
El 100% del tiempo	4	8,7
Total	46	100,0

Tabla 9. Frecuencia que el personal opina que la dotación de profesionales de su unidad es la adecuada. Elaboración propia.

La frecuencia con la que los profesionales opinan que su carga personal de trabajo es excesiva en relación al tipo de pacientes que atiende y la dotación de personal se refleja en la tabla 10.

¿Con qué frecuencia opina que su carga personal de trabajo es excesiva en relación al tipo de pacientes y la dotación de personal?	Frecuencia	Porcentaje
El 0% del tiempo	3	6,5
El 25% del tiempo	10	21,7
El 50% del tiempo	10	21,7
El 75% del tiempo	17	37,0
El 100% del tiempo	6	13,0
Total	46	100,0

Tabla 10. Frecuencia que el personal opina que su carga personal de trabajo es excesiva en relación al tipo de pacientes y la dotación de personal. Elaboración propia.

En cuanto al número de pacientes atendidos por los enfermeros y auxiliares en el turno que estaban realizando o el último turno que trabajaron se obtuvo una media de 10,30 (DE 3,07) con un mínimo de 5 pacientes y un máximo de 16. El número de ingresos atendidos por los profesionales durante el turno que estaban trabajando o el último turno fue de un mínimo de 0 pacientes y un máximo de 6, con una media de 1,74 (DE 1,3). La media de altas atendidas durante el turno que estaban trabajando o el último turno, resultó de 2 (0-10).

El 76,1% (n=35) de los profesionales encuestados no tiene previsto dejar su puesto actual (Tabla 11).

¿Tiene previsto dejar su puesto actual?	Frecuencia	Porcentaje
Dependerá del tipo de contrato	7	15,2
En el próximo año	1	2,2
En los próximos 6 meses	3	6,5
No tengo previsto dejarlo	35	76,1
Total	46	100,0

Tabla 11. Distribución de frecuencias respecto a si los profesionales tienen previsto dejar su puesto actual. Elaboración propia.

En la tabla 12 se presenta el porcentaje de los cuidados que los profesionales señalaron como cuidados omitidos o no omitidos. Entre los cuidados que el personal de enfermería señaló como cuidado omitido se encontró en mayor proporción (67,4%) el hacer caminar o deambular a los pacientes tres veces al día según indicación seguido del cuidado bucal de los pacientes (41,3%). Entre los cuidados que el personal de enfermería identificó que se realizaron en mayor proporción fueron los cuidados relacionados con el patrón respiratorio (97,8%) seguido de responder a la llamada del timbre antes de 5 minutos desde su activación (95,7%), la realización de la higiene/baño/cuidados de la piel (95,6%) y el control de la glucemia capilar conforme a la prescripción (95,6%).

En la tabla 13 se muestran los motivos por los que se omite el cuidado. El personal de enfermería señaló como los principales motivos, con un 91,3%, el aumento inesperado del número de pacientes o de las situaciones de urgencia en la unidad, seguido de la elevada carga de trabajo por ingresos y altas hospitalarias con un 84,8% al igual que la dotación inadecuada de personal auxiliar y/o administrativo (por ejemplo, auxiliares de enfermería, técnicos, secretarios de la unidad, etc.) y la dotación inadecuada de enfermeros con un 82,6%.

Sección A: OMISIÓN DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS.

ELEMENTOS DEL CUIDADO	Siempre se omite n (%)	Frecuentemente se omite n (%)	Ocasionalmente se omite n (%)	CUIDADOS OMITIDOS % acumulado	Raramente se omite n (%)	Nunca se omite n (%)	cuidados NO omitidos % acumulado
1) Hacer caminar o deambular a los pacientes tres veces al día según indicación	4(8,7)	11(23,9)	16(34,8)	67,4	11(23,9)	4(8,7)	32,6
2) Cambios posturales a los pacientes cada 2 horas o según indicación	1(2,2)	2(4,3)	10(21,7)	28,2	20(43,5)	13(28,3)	71,8
3) Dar de comer a los pacientes cuando la comida está todavía caliente	2(4,3)	2(4,3)	5(10,9)	19,5	15(32,6)	22(47,8)	80,4
4) Preparar y ofrecer la comida a los pacientes que comen solos.		1(2,2)	3(6,5)	8,7	9(19,6)	33(71,7)	91,3
5) Administrar medicación en un plazo de 30 minutos antes o después de la hora programada.	1(2,2)	3(6,5)	4(8,7)	17,4	20(43,5)	18(39,1)	82,6
6) Evaluar las constantes vitales según indicación		1(2,2)	4(8,7)	10,9	9(19,6)	32(69,5)	89,1
7) Supervisar y controlar las ingestas/excreciones		1(2,2)	6(13)	15,2	16(34,8)	23(50)	84,8
8) Cumplimentar toda la documentación con los datos necesarios		1(2,2)	4(8,7)	10,9	23(50)	18(39,1)	89,1
9) Dar educación sanitaria y proporcionar al paciente información sobre su enfermedad, pruebas y estudios diagnósticos		3(6,5)	12(26,1)	32,6	15(32,6)	16(34,8)	67,4
10) Apoyar emocionalmente al paciente		4(8,7)	5(10,9)	19,6	19(41,3)	18(39,1)	80,4
11) Apoyar emocionalmente a los familiares		7(15,2)	3(6,5)	21,7	18(39,1)	18(39,1)	78,2
12) Higiene/baño/cuidados de la piel de los pacientes			2(4,3)	4,3	10(21,7)	34(73,9)	95,6
13) Cuidado bucal de los pacientes		7(15,2)	12(26,1)	41,3	17(37)	10(21,7)	48,7
14) Lavado de manos del profesional encargado del cuidado			5(10,9)	10,9	18(39,1)	23(50)	89,1
15) Planificación y coordinación con familiares y/u otros niveles asistenciales del alta del paciente		7(15,2)	4(8,7)	23,9	20(43,5)	15(32,6)	76,1
16) Control de la glucemia capilar conforme a la prescripción.	1(2,2)		1(2,2)	4,4	7(15,2)	37(80,4)	95,6
17) Evaluación de pacientes en cada turno			4(8,7)	8,7	5(10,9)	37(80,4)	91,3

ELEMENTOS DEL CUIDADO	Siempre se omite n (%)	Frecuentemente se omite n (%)	Ocasionalmente se omite n (%)	CUIDADOS OMITIDOS % acumulado	Raramente se omite n (%)	Nunca se omite n (%)	cuidados NO omitidos % acumulado
18) Reevaluación según el estado de los pacientes.		1(2,2)	6(13)	15,2	19(41,3)	20(43,5)	84,8
19) Evaluación y cuidados de las vías venosas periféricas conforme a las directrices del servicio u hospital.		1(2,2)	8(17,4)	19,6	21(45,7)	16(34,8)	80,5
20) Evaluación y cuidados de las vías venosas centrales conforme a las directrices del servicio u hospital		1(2,2)	3(6,5)	8,7	24(52,2)	18(39,1)	91,3
21) Responder a la llamada de los pacientes o timbres en los primeros 5 minutos desde su activación		1(2,2)	1(2,2)	4,4	17(37)	27(58,7)	95,7
22) Administrar medicación prescrita a demanda del paciente (según precise) en los primeros 15 minutos desde que la solicita	2(4,3)		2(4,3)	8,6	19(41,3)	23(50)	91,3
23) Evaluar el efecto o la efectividad de los medicamentos administrados.			8(17,4)	17,4	19(41,3)	19(41,3)	82,6
24) Asistir a reuniones interdisciplinarias de equipo relacionados con el cuidado de los pacientes, cuando se celebren.	3(6,5)	1(2,2)	6(13)	21,7	26(56,5)	10(21,7)	78,2
25) Asistencia a las necesidades de eliminación de los pacientes dentro de los 5 minutos desde su solicitud		2(4,3)	9(19,6)	23,9	18(39,1)	17(37)	76,1
26) Cuidado de la piel y de las heridas			4(8,7)	8,7	15(32,6)	27(58,7)	91,3
27) Cuidados relacionados con el patrón de sueño-descanso (respeto de los horarios)		6(13)	7(15,2)	28,2	21(45,7)	12(26,1)	71,8
28) Cuidados relacionados con el patrón respiratorio (por ejemplo, manejo de secreciones, administración de aerosoles, fisioterapia respiratoria)			1(2,2)	2,2	20(43,5)	25(54,3)	97,8

Tabla 12. Distribución de frecuencias y % acumulado de los elementos del cuidado omitidos y NO omitidos. Elaboración propia.

Leyenda: — Dimensión necesidades individuales — Dimensión necesidades básicas — Dimensión planificación al alta
— Dimensión evaluaciones continuas

Sección B: MOTIVOS POR LOS QUE SE OMITEN LOS CUIDADOS ENFERMEROS.

MOTIVOS ASOCIADOS A LA OMISIÓN DEL CUIDADO.	Motivo muy importante	Motivo importante	SI ES MOTIVO % acumulado	Motivo poco importante	No es un motivo para la omisión de cuidados	NO ES MOTIVO % acumulado
1) Dotación inadecuada de enfermeros.	22(47,8)	16(34,8)	82,6		8(17,4)	17,4
2) Situaciones de urgencia con determinados pacientes (por ejemplo, cuando empeora el estado de un paciente)	26(56,5)	12(26,1)	82,6	1(2,2)	7(15,2)	17,4
3) Aumento inesperado del número de pacientes o de las situaciones de urgencia en la unidad	18(39,1)	24(52,2)	91,3		4(8,7)	8,7
4) Dotación inadecuada de personal auxiliar y/o administrativo (por ejemplo, auxiliares de enfermería, técnicos, secretarios de la unidad, etc.)	18(39,1)	21(45,7)	84,8	3(6,5)	4(8,7)	15,2
5) Asignación descompensada de pacientes	8(17,4)	23(50)	67,4	7(15,2)	8(17,4)	32,6
6) Medicamentos no disponibles cuando se requieren	9(19,6)	16(34,8)	54,4	13(28,3)	8(17,4)	45,7
7) Inadecuado cambio de turno con el equipo anterior o con el equipo de la unidad que remite o traslada al paciente	8(17,4)	11(23,9)	41,3	18(39,1)	9(19,6)	58,7
8) No se proporciona la atención requerida en otros departamentos (por ejemplo, no se ha hecho andar al paciente en la sesión de fisioterapia)	5(10,9)	18(39,1)	50	15(32,6)	8(17,4)	50
9) Los suministros/equipos no están disponibles cuando se necesitan	12(26,1)	20(40,3)	66,4	9(19,6)	5(10,9)	30,5
10) Los suministros/equipos no funcionan correctamente cuando se necesitan	14(30,4)	18(39,1)	69,5	8(17,4)	6(13)	30,4
11) Falta de apoyo o respaldo entre los miembros del equipo	11(23,9)	16(34,8)	58,7	13(28,3)	6(13)	41,3
12) Tensión o problemas de comunicación con otros departamentos DE APOYO	12(26,1)	19(41,3)	67,4	8(17,4)	7(15,2)	22,6
13) Tensión o problemas de comunicación en el EQUIPO DE ENFERMERÍA	9(19,6)	23(50)	69,6	5(10,9)	9(19,6)	30,5
14) Tensión o problemas de comunicación con el PERSONAL MÉDICO	11(23,9)	22(47,8)	71,7	4(8,7)	9(19,6)	28,3
15) El auxiliar de enfermería no comunica que no se ha proporcionado el cuidado	16(34,8)	21(45,7)	80,5	5(10,9)	4(8,7)	19,6
16) El profesional responsable del cuidado estaba fuera de la unidad	9(19,6)	19(41,3)	60,9	9(19,6)	9(19,6)	39,2
17) Elevada carga de trabajo por ingresos y altas hospitalarias	17(37)	22(47,8)	84,8	15(32,6)	5(10,9)	43,5
18) Problemas de funcionamiento o lentitud de los sistemas informáticos	12(26,1)	14(30,4)	56,5	15(32,6)	5(10,9)	43,5
19) Excesiva carga en labores administrativas	14(30,4)	23(50)	80,4	6(13)	3(6,5)	19,5

Tabla 13. Distribución de frecuencias y % acumulado de los motivos asociados a la omisión del cuidado. Elaboración propia

 Leyenda: — Recursos materiales — Recursos humanos — Trabajo en equipo y comunicación

En la asociación entre el puesto que ocupa el profesional y la omisión de los elementos del cuidado se encontró una significación estadísticamente significativa en el cuidado relacionado con el patrón sueño-descanso siendo las enfermeras las que citan más omisión en este cuidado. Con el resto de elementos del cuidado no se encontró significación estadística (Tabla 14).

También se llevó a cabo una asociación entre el tipo de unidad y la omisión del cuidado encontrándose significación estadística en algún elemento del cuidado tal y como se refleja en la tabla 15 siendo las unidades médicas en las que más se percibe la omisión del cuidado.

		Nombre del puesto/cargo				p-valor
		Enfermero n=31		TCAE n=15		
		n	%	n	%	
Hacer caminar o deambular a los pacientes tres veces al día según indicación.	Cuidado omitido	22	70,0%	9	60,0%	,537
Cambios posturales a los pacientes cada 2 horas o según indicación.	Cuidado omitido	10	33,3%	3	20,0%	,455
Dar de comer a los pacientes cuando la comida está todavía caliente	Cuidado omitido	6	20,0%	3	20,0%	,802
Preparar y ofrecer la comida a los pacientes que comen solos.	Cuidado omitido	3	10,0%	1	6,7%	,849
Administrar medicación en un plazo de 30 minutos antes o después de la hora programada.	Cuidado omitido	4	13,3%	4	26,7%	,461
Evaluar las constantes vitales según indicación	Cuidado omitido	4	13,3%	1	6,7%	,698
Supervisar y controlar las ingestas/excreciones	Cuidado omitido	6	20,0%	1	6,7%	,394
Cumplimentar toda la documentación con los datos necesarios	Cuidado omitido	4	13,3%	1	6,7%	,698
Dar educación sanitaria y proporcionar al paciente información sobre su enfermedad, pruebas y estudios diagnósticos	Cuidado omitido	11	36,7%	4	26,7%	,533
Apoyar emocionalmente al paciente	Cuidado omitido	8	26,7%	1	6,7%	,189
Apoyar emocionalmente a los familiares	Cuidado omitido	8	26,7%	2	13,3%	,450
Higiene/baño/cuidados de la piel de los pacientes	Cuidado omitido	1	3,3%	1	6,7%	,845
Cuidado bucal de los pacientes	Cuidado omitido	16	53,3%	3	20,0%	,052
Lavado de manos del profesional encargado del cuidado	Cuidado omitido	4	10,0%	1	6,7%	,092
Planificación y coordinación con familiares y/u otros niveles asistenciales del alta del paciente	Cuidado omitido	10	33,3%	1	6,7%	,079
Control de la glucemia capilar conforme a la prescripción.	Cuidado omitido	1	3,3%	1	6,7%	,845
Evaluación de pacientes en cada turno	Cuidado omitido	3	10,0%	1	6,7%	,849
Reevaluación según el estado de los pacientes.	Cuidado omitido	6	20,0%	1	6,7%	,394
Evaluación y cuidados de las vías venosas periféricas conforme a las directrices del servicio u hospital.	Cuidado omitido	7	23,3%	2	13,3%	,577
Evaluación y cuidados de las vías venosas centrales conforme a las directrices del servicio u hospital	Cuidado omitido	3	10,0%	1	6,7%	,849
Responder a la llamada de los pacientes o timbres en los primeros 5 minutos desde su activación	Cuidado omitido	2	6,7%	0	0,0%	,415
Administrar medicación prescrita a demanda del paciente (según precise) en los primeros 15 minutos desde que la solicita	Cuidado omitido	2	6,7%	0	0,0%	,415
Evaluar el efecto o la efectividad de los medicamentos administrados.	Cuidado omitido	6	20,0%	2	13,3%	,704
Asistir a reuniones interdisciplinarias de equipo relacionados con el cuidado de los pacientes, cuando se celebren.	Cuidado omitido	7	20,0%	3	20,0%	,209
Asistencia a las necesidades de eliminación de los pacientes dentro de los 5 minutos desde su solicitud	Cuidado omitido	9	30,0%	2	13,3%	,337
Cuidado de la piel y de las heridas	Cuidado omitido	3	10,0%	1	6,7%	,849
Cuidados relacionados con el patrón de sueño-descanso (respeto de los horarios)	Cuidado omitido	12	40,0%	1	6,7%	,029
Cuidados relacionados con el patrón respiratorio (por ejemplo, manejo de secreciones, administración de aerosoles, fisioterapia respiratoria)	Cuidado omitido	1	3,3%	0	0,0%	,648

Tabla 14. Asociación chi-cuadrado cuidado omitido según enfermeros y TCAE. Elaboración propia.

		Tipo de unidad en la que trabaja teniendo en cuenta el tipo de pacientes que atiende						p-valor
		Médica n=15		Quirúrgica n=6		Médica- quirúrgica n=25		
		n	%	n	%	n	%	
Hacer caminar o deambular a los pacientes tres veces al día según indicación.	Cuidado omitido	12	80,0%	4	66,7%	15	60,0%	,410
Cambios posturales a los pacientes cada 2 horas o según indicación.	Cuidado omitido	7	46,7%	1	16,7%	5	20,0%	,163
Dar de comer a los pacientes cuando la comida está todavía caliente	Cuidado omitido	4	26,7%	1	16,7%	4	16,0%	,708
Preparar y ofrecer la comida a los pacientes que comen solos.	Cuidado omitido	4	26,7%	0	0,0%	0	0,0%	,008
Administrar medicación en un plazo de 30 minutos antes o después de la hora programada.	Cuidado omitido	4	26,7%	1	16,7%	3	12,0%	,507
Evaluar las constantes vitales según indicación	Cuidado omitido	4	26,7%	0	0,0%	1	4,0%	,054
Supervisar y controlar las ingestas/excreciones	Cuidado omitido	5	33,3%	1	16,7%	1	4,0%	,042
Cumplimentar toda la documentación con los datos necesarios	Cuidado omitido	5	33,3%	0	0,0%	0	0,0%	,002
Dar educación sanitaria y proporcionar al paciente información sobre su enfermedad, pruebas y estudios diagnósticos	Cuidado omitido	8	53,3%	1	16,7%	6	24,0%	,111
Apoyar emocionalmente al paciente	Cuidado omitido	5	33,3%	1	16,7%	3	12,0%	,269
Apoyar emocionalmente a los familiares	Cuidado omitido	5	33,3%	1	16,7%	4	16,0%	,431
Higiene/baño/cuidados de la piel de los pacientes	Cuidado omitido	2	13,3%	0	0,0%	0	0,0%	,097
Cuidado bucal de los pacientes	Cuidado omitido	11	73,3%	1	16,7%	7	28,0%	,007
Lavado de manos del profesional encargado del cuidado	Cuidado omitido	1	6,7%	2	33,3%	2	8,0%	,259
Planificación y coordinación con familiares y/u otros niveles asistenciales del alta del paciente	Cuidado omitido	8	53,3%	0	0,0%	3	12,0%	,003
Control de la glucemia capilar conforme a la prescripción.	Cuidado omitido	0	0,0%	1	16,7%	1	4,0%	,266
Evaluación de pacientes en cada turno	Cuidado omitido	1	6,7%	0	0,0%	3	12,0%	,476
Reevaluación según el estado de los pacientes.	Cuidado omitido	4	26,7%	1	16,7%	2	8,0%	,288
Evaluación y cuidados de las vías venosas periféricas conforme a las directrices del servicio u hospital.	Cuidado omitido	3	20,0%	0	0,0%	6	24,0%	,233
Evaluación y cuidados de las vías venosas centrales conforme a las directrices del servicio u hospital	Cuidado omitido	2	13,3%	0	0,0%	2	8,0%	,481
Responder a la llamada de los pacientes o timbres en los primeros 5 minutos desde su activación	Cuidado omitido	2	13,3%	0	0,0%	0	0,0%	,097
Administrar medicación prescrita a demanda del paciente (según precise) en los primeros 15 minutos desde que la solicita	Cuidado omitido	1	6,7%	0	0,0%	1	4,0%	,702
Evaluar el efecto o la efectividad de los medicamentos administrados.	Cuidado omitido	4	26,7%	0	0,0%	4	16,0%	,209
Asistir a reuniones interdisciplinarias de equipo relacionados con el cuidado de los pacientes, cuando se celebren.	Cuidado omitido	5	33,3%	1	16,7%	4	16,0%	,431
Asistencia a las necesidades de eliminación de los pacientes dentro de los 5 minutos desde su solicitud	Cuidado omitido	8	53,3%	0	0,0%	3	12,0%	,003
Cuidado de la piel y de las heridas	Cuidado omitido	3	20,0%	0	0,0%	1	4,0%	,152
Cuidados relacionados con el patrón de sueño-descanso (respeto de los horarios)	Cuidado omitido	7	46,7%	2	33,3%	4	16,0%	,109
Cuidados relacionados con el patrón respiratorio (por ejemplo, manejo de secreciones, administración de aerosoles, fisioterapia respiratoria)	Cuidado omitido	0	0,0%	0	0,0%	1	4,0%	,538

Tabla 15. Asociación chi-cuadrado cuidado omitido tipo de unidad. Elaboración propia.

8. DISCUSIÓN

Tras el análisis de variables en este estudio se encuentra un predominio de participantes del sexo femenino, al igual que en los estudios revisados en la bibliografía, y esto puede deberse al mayor porcentaje de profesionales de sexo femenino dentro de la profesión y a que el cuidado, ha estado históricamente ligado al rol de la mujer dentro de la sociedad.

Los resultados nos confirman que la antigüedad de la muestra de estudio es superior a 10 años lo que nos hace pensar en plantillas con experiencia profesional. Según Hernández Vergel et al. (2022) la experiencia profesional influye en una mejor calidad del cuidado basándose en los conocimientos, habilidades y mejora de competencias que se adquieren a lo largo del desarrollo profesional, aunque esto no respalda la realización o no del cuidado y difiere de un estudio llevado a cabo en diferentes hospitales del Medio Oeste donde se evidenció que los profesionales con menos años de experiencia fueron los que informaron significativamente menos atención omitida (Kalisch, B. J., Lee, S., & Dabney, 2014).

En el presente estudio, la atención de enfermería que se percibe como omitida, varía entre un 2,2% y un 67,4%, sin encontrar ningún elemento del cuidado que todos los participantes hayan percibido como realizado. Los cuidados percibidos por los participantes con una mayor frecuencia de omisión se engloban dentro de la dimensión de necesidades básicas y la dimensión planificación al alta.

Dentro de la dimensión de necesidades básicas los elementos del cuidado que el personal de enfermería percibe con mayor omisión son el hacer caminar o deambular a los pacientes tres veces al día según indicación, el cuidado bucal de los pacientes y los cambios posturales a los pacientes cada 2 horas o según indicación. Estos hallazgos coinciden con los descritos en otros estudios (Hernández-cruz et al., 2017; Hernández Valles et al., 2016) destacándose que estos cuidados se realizan pero no con la periodicidad recomendada (Hernández Vergel et al., 2022).

Elementos del cuidado, como la deambulación y los cambios posturales, están implícitos en la calidad del cuidado por los beneficios que reportan a los

pacientes como el alivio del dolor, prevención de úlceras por presión, disminución del riesgo de trombosis profunda, autonomía y mejora la calidad de vida (Kalisch, B. J., Lee, S., & Dabney, 2014). Pero sí cabe destacar que la percepción en nuestro estudio de la omisión de estos elementos del cuidado puede deberse a que en muchas ocasiones para poder llevarse a cabo el cuidado intervienen más de una categoría profesional, como fisioterapeutas y celadores, siendo necesario que las instituciones tengan una correcta planificación y elaboración de protocolos que respalden la realización de aquellos cuidados en los que intervienen diferentes profesionales.

La educación sanitaria, dentro de la dimensión de la planificación al alta, también es uno de los elementos del cuidado que con mayor frecuencia se omite en el presente estudio, pudiendo derivar en resultados negativos del paciente al no hacerle partícipe de su autocuidado y de la prevención y restablecimiento de su salud. Este hallazgo difiere de lo encontrado en otros estudios (J. C. de Lima et al., 2020; M. B. Lima et al., 2022; Hernández Valles et al., 2016), donde dentro de esta dimensión el cuidado más omitido fue la planificación y coordinación con familiares y/u otros niveles asistenciales. Ambos elementos, la educación sanitaria y la planificación al alta, tanto para el autor de este estudio como para otros autores (J. C. de Lima et al., 2020), no sólo favorece el empoderamiento del paciente, sino que también mejora la comunicación entre los diferentes niveles asistenciales, favorece la adherencia terapéutica, la disminución de EA y evita reingresos tempranos.

El autor del presente estudio considera que aquellos cuidados que consumen mayor tiempo para su realización como puede ser la educación y en los que deben intervenir varios profesionales, como la deambulacion o cambios posturales, pueden presentar una prioridad más baja a la hora de realizar el cuidado, pero no por ello deben considerarse cómo menos importante.

Entre los elementos del cuidado con menor porcentaje de omisión en el presente estudio se encuentra el patrón respiratorio y los cuidados dentro de la dimensión de evaluaciones continuas. Este hallazgo puede deberse a que el personal de enfermería prioriza aquellos cuidados que requieren una atención urgente y que la no realización del cuidado puede derivar en un riesgo vital para el paciente.

Así entre los cuidados menos omitidos en este estudio se encuentra el control de la glucemia capilar, atender a la llamada del paciente, evaluación del paciente por turno y evaluación de las constantes vitales. Otros estudios revisados reportaron los mismos resultados aunque con diferencias en la frecuencia de cuidado realizado (M. B. Lima et al., 2022; Hernández Vergel et al., 2022).

En lo referente a los factores asociados a la omisión del cuidado, en este estudio, al igual que los estudios revisados (Hernández Cruz, Raúl et al., 2017; Domingues, 2021) podemos establecer como factores más importantes los que se engloban dentro de los recursos humanos, considerando el aumento inesperado del número de pacientes y la elevada carga de trabajo por ingresos y altas hospitalarias como principales factores para la omisión.

En una revisión bibliográfica realizada por Griffiths et al (2018) donde se revisaron 18 estudios de diferentes países de Europa la probabilidad de dejar algún cuidado sin hacer se veía aumentada cuando las enfermeras atendían a 11,5 pacientes en comparación a cuando atendían a 6. Esta cifra de atención no difiere mucho de la descrita en nuestro estudio donde los profesionales de enfermería refieren atender a una media de 10,5 pacientes/turno, siendo considerado España como uno de los países que peor ratio enfermera-paciente presenta (Aiken et al., 2014). Se necesita que las políticas sanitarias utilicen instrumentos que permitan medir la carga de trabajo del personal de enfermería acorde a la tipología y gravedad de los pacientes que atiende para poder así establecer una ratio enfermera-paciente que asegure la realización y calidad del cuidado.

Dentro del área del trabajo en equipo y la comunicación el personal de enfermería encuestado refiere como factor más importante a la hora de omitir el cuidado el que el TCAE no comunique que no se ha proporcionado un cuidado.

El autor de este estudio considera que la no comunicación de cualquier cuidado omitido y el silenciar esta omisión no permiten al resto del equipo administrar el cuidado y que este error de omisión pueda ser corregido y administrado por otro profesional. De acuerdo con Moreira et al. (2019), cuando la atención integral del paciente recae en un equipo multidisciplinar, la comunicación eficaz del equipo

se convierte en un elemento fundamental para garantizar la calidad asistencial y seguridad del paciente.

En el presente estudio, al comparar la percepción del cuidado omitido entre las diferentes categorías, sólo se encuentra diferencia estadísticamente significativa en un elemento del cuidado, cuidados relacionados con el patrón de sueño-descanso, siendo las enfermeras quién más perciben esta omisión. Este hallazgo puede deberse a que las enfermeras perciben que para poder llevar a cabo sus tareas el descanso de los pacientes pueda verse interrumpido. En el momento en el que nos encontramos las políticas sanitarias establecen dentro de sus líneas estratégicas proyectos que favorecen el descanso de los pacientes como pueden ser la disminución de ingresos y la reorganización de tareas sobre todo en horario nocturno favoreciendo así el patrón descanso-sueño de los pacientes ingresados.

Respecto a la asociación entre omisión del cuidado y tipo de unidad los resultados obtenidos reportan las unidades médicas como aquellas unidades en las que más se percibe la omisión en varios elementos del cuidado. Esto puede deberse a la tipología y número de pacientes que se atienden en estas unidades, aunque este hallazgo no puede ser comparado con lo hallado en otros estudios debido a las diferencias estructurales y organizativas que presentan las unidades de hospitales más pequeños frente a las unidades de hospitales más grandes donde la característica de los pacientes ingresados en cada unidad no es tan heterogénea.

La omisión del cuidado, no sólo puede tener repercusiones en la seguridad del paciente, sino también los profesionales que perciben la omisión. En el presente estudio se objetiva una alta frecuencia de profesionales que parecen estar satisfechos con su trabajo, aunque todos los profesionales perciben como omitido al menos un elemento del cuidado. Este hallazgo debe tenerse en cuenta porque, tal y como se evidencia en la literatura, cuando no se brinda una buena atención, los profesionales pueden presentar sentimientos de angustia, frustración y agotamiento profesional (Suhonen et al., 2018; Jones et al., 2022; Ausserhofer et al., 2014). Por ello sería necesario llevar a cabo estudios que

evidencien la repercusión de la omisión del cuidado en nuestros profesionales no sólo en el ámbito laboral sino también en su esfera bio-psico-social.

9. LIMITACIONES Y LÍNEAS FUTURAS

Una de las limitaciones que presenta este estudio es el bajo número de participantes y las características del hospital el cual por ser un hospital comarcal las unidades de hospitalización no presentan una homogeneidad de pacientes en cuanto a su tipología y especialidad. Se propone como línea futura realizar este estudio en hospitales más grandes, con más muestra, que permita extrapolar los resultados y compararlos con otros estudios similares.

Este estudio sólo recoge la percepción de los profesionales en cuanto a la omisión del cuidado sin tener en cuenta la percepción que tiene el paciente acerca de aquellos cuidados que no recibe, por ello para futuros estudios se debería incluir la percepción del paciente como receptores últimos del cuidado.

Los resultados de este estudio pueden presentar posible limitación de respuesta al poder ser considerado, por parte de los profesionales, el cuidado omitido como algo punitivo. Además, los ítems de este cuestionario han sido contestados en su totalidad, tanto por las enfermeras como por las TCAE, sin tener en cuenta que hay elementos del cuidado que no entran dentro de las competencias de alguna de las categorías a estudio.

10. CONCLUSIONES

Este estudio ha permitido conocer la percepción del personal de enfermería acerca de los cuidados omitidos en el área de hospitalización donde, todos los profesionales, perciben como omitido al menos un elemento del cuidado. Los hallazgos de este estudio identifican la frecuencia con la que se omiten los cuidados dentro de cada una de las dimensiones del cuidado. Los cuidados que más se omiten están dentro de la dimensión de necesidades básicas (deambulación, cuidado bucal y cambios posturales) y dentro de la dimensión de planificación al alta (educación sanitaria); siendo los principales factores que influyen en la omisión del cuidado los recursos humanos. Los elementos del cuidado que menos se omiten en este estudio son cuidados implicados en la evaluación continua del paciente como pueden ser el patrón respiratorio y la glucemia capilar. Sólo se encontró significación estadística entre la omisión del cuidado y categoría profesional en un elemento del cuidado. En la asociación entre tipo de unidad y omisión del cuidado las unidades médicas son las unidades donde más se percibe la omisión del cuidado, aunque este hallazgo puede estar condicionado a las características del hospital en el que se llevó el estudio.

11. APLICABILIDAD A LA PRÁCTICA CLÍNICA

Estudios acerca de la omisión del cuidado deben ser de utilidad como indicador de calidad y para las instituciones sanitarias como principales gestoras del cuidado. La seguridad del paciente es la principal línea estratégica de todas las políticas sanitarias, por tanto, conocer cómo perciben sus profesionales la atención que realizan y los factores que pueden influir en ella, debe servir de herramienta para que líderes y gestores implanten áreas de mejora que garanticen una asistencia segura a nuestros pacientes, favorezcan el entorno laboral y la satisfacción profesional.

12. BIBLIOGRAFÍA.

- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van Den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M. D., Moreno-Casbas, M. T., Rafferty, A. M., Schwendimann, R., Scott, P. A., Tishelman, C., Van Achterberg, T., & Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824–1830. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
- Araújo, P. R. S., Rodrigues, M. C. S., & Santos, A. C. S. (2022). Evidências de omissões de cuidados de enfermagem e suas razões: revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 11(11), e316111133632. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i11.33632>
- Ausserhofer, D., Zander, B., Busse, R., Schubert, M., Geest, S. De, Rafferty, A. M., Ball, J., Scott, A., Kinnunen, J., Heinen, M., Sjetne, I. S., Moreno-Casbas, T., Kózka, M., Lindqvist, R., Diomidous, M., Bruyneel, L., Sermeus, W., Aiken, L. H., & Schwendimann, R. (2014). Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: Results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Quality and Safety*, 23(2), 126–135. <https://doi.org/10.1136/BMJQS-2013-002318>
- Ball, J. E., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Lindqvist, R., Murrells, T., & Tishelman, C. (2016). A cross-sectional study of ‘care left undone’ on nursing shifts in hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 72(9), 2086–2097. <https://doi.org/10.1111/jan.12976>
- Bragadóttir, H., Kalisch, B. J., Smáradóttir, S. B., & Jónsdóttir, H. H. (2015). Translation and psychometric testing of the Icelandic version of the MISSCARE Survey. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(3), 563–572.

- Cordeiro, R., João, M., Rodrigues, P., Daniel, R., Rn, S., Nurse, R., & Calha, A. (2020). *Good practices to reduce unfinished nursing care: An integrative review. February*, 1798–1804. <https://doi.org/10.1111/jonm.12972>
- de Lima, J. C., Silva, A. E. B. de C., & Caliri, M. H. L. (2020). Omission of nursing care in hospitalization units. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3138.3233>
- Domingues, F. T. (2021). *Omitted nursing care and its reasons in a public institution in the province of Chubut, Argentina*. 1–9. <https://doi.org/10.56294/saludcyt202115>
- Febré, E. U. N., Mondaca-gómez, E. U. K., Méndez-celis, E. U. P., & Badilla-, E. U. V. (2018). CALIDAD EN ENFERMERÍA: SU GESTIÓN , IMPLEMENTACIÓN Y MEDICIÓN. *Revista Clínica Las Condes*, 29(3), 278–287. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.04.008>
- Griffiths, P., Recio-Saucedo, A., Dall’Ora, C., Briggs, J., Maruotti, A., Meredith, P., Smith, G. B., & 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://doi.org/10.1111/jan.13564>
- Hernández-cruz, R., Moreno Mosiváis, M. G., Cheverría Rivera, S., & Diaz Oviedo, A. (2017). Factores que influyen en el cuidado de enfermería perdido en pacientes de un hospital privado Introducción. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1227.2877>
- Hernández Cruz,Raúl, Moreno Monsiváis, M. G., Cheverría Rivera, S., Landeros López, M., & Interrial Guzmán, M. G. (2017). Missed nursing care in patient in public and private institution. *Index de Enfermería*, 26(3), 142–146.
- Hernández Valles, J. H., Moreno Monsiváis, M. G., Interrial Guzmán, M. G., & Vázquez Arreola, L. (2016). Cuidado de enfermería perdido en pacientes con riesgo o con úlceras por presión. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24(2817). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1462.2817>
- Hernández Vergel, L. L., León Román, C. A., & Miranda Guerra, A. de J. (2022).

Missed nursing care as an indicator of efficacy in the hospital context.
Revista Cubana de Enfermería, 38(2).

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.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012>

Jones, T. L., Hamilton, P., & Murry, N. (2022). Unfinished nursing care , missed care , and implicitly rationed care : State of the science review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(6), 1121–1137.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012>

Kalánková, D., Kirwan, M., Bartoníčková, D., Cubelo, F., Žiaková, K., & Kurucová, R. (2020). Missed, rationed or unfinished nursing care: A scoping review of patient outcomes. *Journal of Nursing Management*, 28(8), 1783–1797.
<https://doi.org/10.1111/jonm.12978>

Kalisch, B. J., Lee, S., & Dabney, B. W. (2014). Outcomes of inpatient mobilization: a literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 23(11–12), 1486–1501.

Kalisch, B. J. (2006). Missed nursing care: A qualitative study. *Journal of Nursing Care Quality*, 21(4), 306–313. <https://doi.org/10.1097/00001786-200610000-00006>

Kalisch, B. J., Landstrom, G. L., & Hinshaw, A. S. (2009). Missed nursing care: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1509–1517.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x>

Kalisch, B. J., Landstrom, G., & Williams, R. A. (2009). Missed nursing care : Errors of omission. *Nursing Outlook*, 57(1), 3–9.
<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2008.05.007>

Kalisch, B. J., Terzioglu, F., & Duygulu, S. (2012). The MISSCARE Survey-Turkish: psychometric properties and findings. *Nursing Economic*, 30(1), 29–37.

- Lima, M. B., Moura, E. C. C., Peres, A. M., Nascimento, L. R. da S., Siqueira, R. M. de O. T., & Costa, J. P. (2022). The nursing team's perspective on missed nursing care: An analysis of the reasons. *Revista de Enfermagem Referencia*, 6(1), 1–8. <https://doi.org/10.12707/RV21057>
- López-Moreno, S., Vértiz-Ramírez, J., Jarillo-Soto, E., Garrido-Latorre, F., & Villa-Contreras, B. (2014). *El sistema integral de la Calidad en Salud. Una mirada crítica*. (I. N. de S. Pública (ed.); 2014th ed.).
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006). Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS. *Ministerio De Sanidad Y Consumo*, 169. <http://www.seguridadelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf>
- Obregón-gutiérrez, N., Puig-calsina, S., & Bonfill-abella, A. (2021). «Cuidados perdidos» y calidad de los cuidados durante la pandemia por COVID-19: factores y estrategias influyente. *Enfermería Clínica*, 32(January), 4–11.
- Recio-Saucedo, A., Dall’Ora, C., Maruotti, A., Ball, J., Briggs, J., Meredith, P., Redfern, O. C., Kovacs, C., Prytherch, D., Smith, G. B., & Griffiths, P. (2018). What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 27(11–12), 2248–2259. <https://doi.org/10.1111/jocn.14058>
- Rey Luque, Ó. (2017). Validación del instrumento MISSCARE al español (España) como herramienta de monitorización de la calidad y la seguridad de los cuidados en pacientes hospitalizados. [Tesis doctorado Ciencias Médicas]. Universidad de La Laguna.
- Rodríguez Abrahantes, T. N., & Abrahantes, A. R. (2018). Dimensión ética del cuidado de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(3), 735–748.
- Siqueira, L. D. C., Caliri, M. H. L., Haas, V. J., Kalisch, B., & Dantas, R. A. S. (2017). Validation of the MISSCARE-BRASIL survey – A tool to assess missed nursing care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2354.2975>

Suhonen, R., Stolt, M., Habermann, M., Hjaltadottir, I., Vryonides, S., Tonnessen, S., Halvorssen, K., Harvey, C., Toffoli, L., & Scott, P. A. (2018). Ethical elements in priority setting in nursing care: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 88, 25–42.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.08.006>

13. CRONOGRAMA

En este estudio se han programado un total de 5 periodos diferentes en los que se agrupan las actividades necesarias para el desarrollo de la investigación (tabla 16):

Octubre 2022	Noviembre 2022	Diciembre 2022	Enero 2023	Febrero 2023	Marzo 2023	Abril 2023	Mayo 2023	Junio 2023	Septiembre 2023
Revisión bibliografía y estado actual del tema									
			Diseño metodológico. Documentación Ceim						
					Recopilación y análisis de datos				
							Redacción de resultados y discusión.		
							Entrega del TFM. Redacción de artículo y defensa.	Publicación y presentación a congresos	

Tabla 16. Cronograma de estudio. Elaboración propia.

14. PRESUPUESTO

A continuación, se expresa el costo aproximado que supondrá la realización del estudio.

CONCEPTO	PRECIO UNIDAD	PRECIO TOTAL
RECURSOS HUMANOS		
<i>Enfermera. Dedicación al estudio 3 meses.</i>	2000 euros/mes	6000 euros
RECURSOS MATERIALES		
<i>Ordenador portátil</i>	850 euros	850 euros
<i>Impresora</i>	70 euros	70 euros
<i>Folios</i>	5,40 euros/paquete	10,80 euros
<i>Tinta de impresora</i>	25 euros	75 euros
<i>Material oficina (bolígrafos, subrayadores)</i>	50 euros	50 euros
<i>Traductor</i>	1000 euros	1000 euros
DESPLAZAMIENTOS		
<i>Combustible diesel</i>	1,675 e/litro	35 euros
DIFUSIÓN		
<i>Publicación revistas de impacto</i>	1500 euros	3000 euros
<i>Asistencia a congresos</i>	500 euros	1000 euros
TOTAL GASTOS		12.090,80 €

Tabla 17. Presupuesto del estudio de investigación. Elaboración propia.

ANEXO I CONFORMIDAD DE LA DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA



CONFORMIDAD DEL JEFE DE SERVICIO/ JEFE DE UNIDAD/ COORDINADOR

D. Miguel Ángel Arija Guantes, como Director de Enfermería del Hospital Medina del Campo

Hago constar:

Que conozco la documentación relativa al estudio que lleva por título
**“PERCEPCIÓN DE LOS CUIDADOS OMITIDOS Y SUS FACTORES ASOCIADOS EN
UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN.”**

Y cuyo investigador principal será Lucía Zúñiga Blanco.

Declaro tener conocimiento y apruebo la realización del estudio en este hospital.

En Medina del Campo a 13 de febrero de 2023



Firmado por MIGUEL ANGEL ARIJA GUANTES - DNI
12740482T el día 13/02/2023 con un certificado
emitido por SIA SUB01

Fdo. D. Miguel Ángel Arija Guantes
Director de enfermería



ANEXO II DICTÁMEN FAVORABLE CEIm



Avda. Ramón y Cajal, 3 - 47003 Valladolid
Tel.: 983 42 00 00 - Fax 983 25 75 11
gerente.hcuvsaludcastillayleon.es



COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS ÁREA DE SALUD VALLADOLID

Dr. F. Javier Álvarez, Secretario Técnico del COMITÉ DE ÉTICA DE LA
INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS del Área de salud Valladolid Este

CERTIFICA

En la reunión del CEIm ÁREA DE SALUD VALLADOLID ESTE del 16 de marzo de 2023, se procedió a la evaluación de los aspectos éticos del siguiente trabajo de fin de master:

PI 23-3043 TFM MEDINA	PERCEPCION DE LOS CUIDADOS OMITIDOS Y SUS FACTORES ASOCIADOS EN UNIDADES DE HOSPITALIZACION	I.P.: LUCIA ZUÑIGA BLANCO HOSPITAL DE MEDINA
-----------------------------	---	--

A continuación, les señalo los acuerdos tomados por el CEIm ÁREA DE SALUD VALLADOLID ESTE en relación a dicho Trabajo de fin de master:

Considerando que el Trabajo fin de master contempla los Convenios y Normas establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación biomédica, la protección de datos de carácter personal y la bioética, se hace constar el **informe favorable** del Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos Área de Salud Valladolid Este para la realización del trabajo fin de master.

Un cordial saludo.



F. Javier Álvarez

Dr. F. Javier Álvarez.
CEIm Área de Salud Valladolid Este
Hospital Clínico Universitario de Valladolid
Farmacología, Facultad de Medicina,
Universidad de Valladolid,
c/ Ramón y Cajal 7,47005 Valladolid
alvarez@uva.es
jalvarezgo@saludcastillayleon.es
tel.: 983 423077

ANEXO III SOLICITUD USO DEL CUESTIONARIO OMICE



OSCAR REY LUQUE <oreyluq@gobiernodecanarias.org>

Lucia Zúñiga Blanco

Re: TFM

Buenos días Lucia,

Disculpa por no haberte contestado antes.

Encantado de que lo utilices. Un saludo.

De: "Lucia Zúñiga Blanco" <lucia.zuniga@estudants.urv.cat>

Para: "OSCAR REY LUQUE" <oreyluq@gobiernodecanarias.org>

Enviados: Miércoles, 18 de Enero 2023 17:28:37

Asunto: TFM

Buenas tardes, mi nombre es Lucía Zúñiga Blanco, soy enfermera y me encuentro realizando el Máster de Investigación en Ciencias de la Enfermería por la Universidad Rovira i Virgili (Tarragona). Para el TFM he escogido un tem a relacionado con los cuidados omitidos (percepción de los profesionales de enfermería) y me gustaría poder utilizar el cuestionario auto-administrado MISSCARE validado en su tesis.(OMICE)

Para ello solicito su permiso para poder utilizarlo.

Un saludo y estoy a su entera disposición para cualquier aclaración.

--

Oscar Rey Luque

**Coordinador de la Unidad de Gestión del Conocimiento
Investigación, Docencia e Innovación**

Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria

Ctra. Gral. del Rosario, 145, 38010 Santa Cruz de Tenerife

Teléfono: (+34) 922 602 285 (Interno: 32285) Móvil: (+34) 696 990 057

ANEXO IV

HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

Estimado compañero/a, mi nombre es Lucía Zúñiga Blanco, enfermera y me encuentro realizando el Máster de investigación en Ciencias de la Enfermería por la Universidad Rovira i Virgili.

Para el TFM estoy llevando a cabo una encuesta con el objetivo de evaluar la percepción de los profesionales de enfermería acerca de los cuidados omitidos y los factores asociados a dicha percepción, en las unidades de hospitalización del hospital en el que usted trabaja.

Me gustaría invitarle a participar en el estudio y para ello deberá contestar al cuestionario OMICE (Versión validada al español del instrumento MISSCARE Survey de Beatrice J. Kalisch, 2009, por Oscar Rey Luque e IENFERCAN, 2017) que se adjunta.

La participación es voluntaria y el tratamiento de los datos será anónimo y confidencial de conformidad con la normativa vigente (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales).

El cuestionario consta de dos partes:

1. La primera parte la componen preguntas acerca de variables sociodemográficas.
2. La segunda parte del cuestionario la componen 2 secciones:
 - La sección **A** consta de 28 ítems donde se pregunta acerca de los cuidados omitidos utilizándose para el intervalo de respuestas una escala Likert que va de 1 a 5 donde 1 “siempre se omite” y 5 “nunca se omite”.
 - La sección **B** está compuesta por 19 ítems que abarcan los motivos por los que se percibe la omisión del cuidado, utilizándose para el intervalo de respuestas una escala Likert de 1 a 4 donde 1 “motivo muy importante” y 4 “no es un motivo para la percepción de la omisión del cuidado”.

Una vez cumplimentado el cuestionario introdúzcalo en el sobre que se le ha facilitado, ciérrelo y puede entregárselo a su Jefe de Unidad quién lo custodiará hasta que yo, como investigador principal, realice la recogida de los mismos.

Al completar este cuestionario da su consentimiento a participar y a la difusión de los resultados, realizada en todo momento de forma anónima.

Adjunto correo electrónico y teléfono para cualquier aclaración y/o duda que usted considere:

lzunigabl@saludcastillayleón.es

Teléf. 619647842

Muchas gracias por su colaboración.

ANEXO V CUESTIONARIO OMICE.

OMISIÓN DE CUIDADOS ENFERMEROS

Encuesta sobre OMISIÓN DE CUIDADOS ENFERMEROS

OMICE

Versión validada al español del instrumento MISSCARE

Survey de Beatrice J. Kalisch 2009, por O. Rey e IENFERCAN, 2017.

1. Edad: _____ años.

2. Género: ___masculino ___femenino.

3. Nombre del puesto/cargo:

- ___Enfermero(Diplomado/Grado)
- ___Técnico en cuidados de enfermería.

4. Situación laboral:

- ___Laboral: ___temporal ___fijo.
- ___Estatutario: ___eventual ___interino ___fijo.
- ___Funcionario.
- ___Otro, indíquelo _____

5. Tipo de unidad en la que trabaja teniendo en cuenta el tipo de pacientes que atiende:

- ___Especialidades médicas.
- ___Especialidades quirúrgicas.
- ___Especialidades tanto médicas como quirúrgicas.
- ___Otro, indíquelo: _____

6. Indique el número de horas que habitualmente trabaja a la semana (marque solo una):

- ____ menos de 35 horas semanales.
- ____ entre 35 y 38 horas semanales.
- ____ entre 38 y 40 horas semanales.
- ____ más de 40 horas semanales.

7. Horario de trabajo (marque la opción que mejor describa su horario de trabajo):

- ____ Mañanas fijas (turno de 7horas-7:30 horas)
- ____ Tardes fijas (turno de 7 horas)
- ____ Noches fijas (turno de 10 horas)
- ____ Turno rotatorio de mañanas, tardes o noches.
- ____ Turno rotatorio de diurno (mañanas/tardes)

8. Antigüedad laboral:

- ____ 6 meses o menos.
- ____ Entre 6 meses y 2 años.
- ____ Entre 2 y 5 años.
- ____ Entre 5 y 10 años.
- ____ Más de 10 años.

9. Antigüedad en el puesto de trabajo que ocupa en la actualidad:

- ____ 6 meses o menos.
- ____ Entre 6 meses y 2 años.
- ____ Entre 2 y 5 años.
- ____ Entre 5 y 10 años.
- ____ Más de 10 años.

10. En los últimos 3 meses, ¿cuántos días o turnos de trabajo ha faltado debido a enfermedad, lesión o accidente?

- ____ Ninguno.
- ____ 1 día o turno.
- ____ 2-3 días o turnos.
- ____ 4-6 días o turnos.
- ____ Más de 6 días o turnos.

11. ¿Tiene previsto dejar su puesto actual?

- En los próximos 6 meses.
- En el próximo año.
- No tengo previsto dejarlo.
- Dependerá del tipo de contrato.

12. ¿Con qué frecuencia opina que la dotación de personal de la unidad donde trabaja es la adecuada?

- El 100% del tiempo.
- El 75% del tiempo.
- El 50% del tiempo.
- El 25% del tiempo.
- El 0% del tiempo.

13. ¿Con qué frecuencia opina que su carga personal de trabajo es excesiva en relación al tipo de paciente y la dotación de personal?

- El 100% del tiempo.
- El 75% del tiempo.
- El 50% del tiempo.
- El 25% del tiempo.
- El 0% del tiempo.

14. En el turno actual o en el último turno que trabajó. ¿Cuántos pacientes ha atendido? _____

14.a) ¿cuántos ingresos de pacientes ha atendido (incluidos los traslados a la unidad)? _____

14.b) ¿cuántas altas de pacientes ha atendido (incluidos los traslados a otra unidad)? _____

Por favor, marque una respuesta para cada una de las preguntas.

	Muy satisfecho	Satisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Insatisfecho	Muy insatisfecho
¿Cuál es su grado de satisfacción con su puesto actual?					
Independientemente de su trabajo actual. ¿cuál es su grado de satisfacción como enfermero o TCAE?					
¿Cuál es su grado de satisfacción con respecto el nivel de trabajo en equipo de esta unidad?					

Sección A: Omisión de cuidados enfermeros.

Es habitual que el personal de enfermería durante su tiempo de trabajo deba hacer frente a diversas solicitudes de cuidados de manera simultánea, lo cual supone cambios en sus prioridades y no siempre puede proporcionar la atención necesaria a los pacientes. En su opinión, ¿con qué frecuencia su equipo de enfermería, incluido usted, omite o no proporciona los siguientes cuidados, intervenciones o tareas relacionadas con el cuidado del paciente en su unidad?

Marque únicamente una casilla para cada uno de los 28 enunciados.

	Siempre se omite	Frecuentemente se omite	Ocasionalmente se omite	Raramente se omite	Nunca se omite
1) Hacer caminar o deambular a los pacientes tres veces al día según indicación					
2) Cambios posturales a los pacientes cada 2 horas o según indicación					
3) Dar de comer a los pacientes cuando la comida está todavía caliente					
4) Preparar y ofrecer la comida a los pacientes que comen solos.					
5) Administrar medicación en un plazo de 30 minutos antes o después de la hora programada.					
6) Evaluar las constantes vitales según indicación					
7) Supervisar y controlar las ingestas/excreciones					
8) Cumplimentar toda la documentación con los datos necesarios					
9) Dar educación sanitaria y proporcionar al paciente información sobre su enfermedad, pruebas y estudios diagnósticos					
10) Apoyar emocionalmente al paciente					
11) Apoyar emocionalmente a los familiares					
12) Higiene/baño/cuidados de la piel de los pacientes					
13) Cuidado bucal de los pacientes					
14) Lavado de manos del profesional encargado del cuidado					

	Siempre se omite	Frecuentemente se omite	Ocasionalmente se omite	Raramente se omite	Nunca se omite
15) Planificación y coordinación con familiares y/u otros niveles asistenciales del alta del paciente					
16) Control de la glucemia capilar conforme a la prescripción.					
17) Evaluación de pacientes en cada turno					
18) Reevaluación según el estado de los pacientes.					
19) Evaluación y cuidados de las vías venosas periféricas conforme a las directrices del servicio u hospital.					
20) Evaluación y cuidados de las vías venosas centrales conforme a las directrices del servicio u hospital					
21) Responder a la llamada de los pacientes o timbres en los primeros 5 minutos desde su activación					
22) Administrar medicación prescrita a demanda del paciente (según precise) en los primeros 15 minutos desde que la solicita					
23) Evaluar el efecto o la efectividad de los medicamentos administrados.					
24) Asistir a reuniones interdisciplinarias de equipo relacionados con el cuidado de los pacientes, cuando se celebren.					
25) Asistencia a las necesidades de eliminación de los pacientes dentro de los 5 minutos desde su solicitud					
26) Cuidado de la piel y de las heridas					
27) Cuidados relacionados con el patrón de sueño-descanso (respeto de los horarios)					
28) Cuidados relacionados con el patrón respiratorio (por ejemplo, manejo de secreciones, administración de aerosoles, fisioterapia respiratoria)					

Sección B: Motivos por los que se omiten los cuidados enfermeros.

Teniendo en cuenta los cuidados enfermeros omitidos por el equipo en su unidad, como ha indicado en la primera sección de esta encuesta, señale el **grado de IMPORTANCIA** de los **MOTIVOS** por los que han **OMITIDO** dichos **cuidados, intervenciones o tareas de enfermería**.

Marque únicamente una casilla para cada uno de los 19 enunciados.

	Motivo muy importante	Motivo importante	Motivo poco importante	No es un motivo para la omisión de cuidados
1) Dotación inadecuada de enfermeros.				
2) Situaciones de urgencia con determinados pacientes (por ejemplo, cuando empeora el estado de un paciente)				
3) Aumento inesperado del número de pacientes o de las situaciones de urgencia en la unidad				
4) Dotación inadecuada de personal auxiliar y/o administrativo (por ejemplo, auxiliares de enfermería, técnicos, secretarios de la unidad, etc.)				
5) Asignación descompensada de pacientes				
6) Medicamentos no disponibles cuando se requieren				
7) Inadecuado cambio de turno con el equipo anterior o con el equipo de la unidad que remite o traslada al paciente				
8) No se proporciona la atención requerida en otros departamentos (por ejemplo, no se ha hecho andar al paciente en la sesión de fisioterapia)				
9) Los suministros/equipos no están disponibles cuando se necesitan				
10) Los suministros/equipos no funcionan correctamente cuando se necesitan				
11) Falta de apoyo o respaldo entre los miembros del equipo				
12) Tensión o problemas de comunicación con otros departamentos DE APOYO				
13) Tensión o problemas de comunicación en el EQUIPO DE ENFERMERÍA				
14) Tensión o problemas de comunicación con el PERSONAL MÉDICO				

	Motivo muy importante	Motivo importante	Motivo poco importante	No es un motivo para la omisión de cuidados
15) El auxiliar de enfermería no comunica que no se ha proporcionado el cuidado				
16) El profesional responsable del cuidado estaba fuera de la unidad				
17) Elevada carga de trabajo por ingresos y altas hospitalarias				
18) Problemas de funcionamiento o lentitud de los sistemas informáticos				
19) Excesiva carga en labores administrativas				

¡MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!