



Cuidados de enfermería perdidos y su relación con la satisfacción del paciente en el Hospital General de La Palma

Trabajo Fin de Grado

Alumna: Arianna Alexandra Beltrán López

Tutora: Elena M^a Ortega Barreda

Grado de Enfermería

Facultad de Ciencias de La Salud (Sección de Enfermería)

Universidad de La Laguna (Sede de La Palma)

31 de mayo de 2019

RESUMEN

A los errores por omisión que se pueden producir en la estancia hospitalaria con una frecuencia indeterminada y con resultados desfavorables para el paciente por parte del personal de enfermería, se les denomina cuidados perdidos. Determinar qué cuidados, con qué frecuencia y cuáles son las razones por las que se dejan de hacer ha llevado a la realización de multitud de estudios en los últimos años. Se ha buscado relación con la satisfacción laboral, el adecuado nivel de personal o trabajo en equipo, entre muchos otros factores influyentes, pero son menos los que han relacionado esta omisión de cuidados con el grado de satisfacción de los pacientes al alta hospitalaria. Esta investigación tiene como objetivo no solo conocer la visión de los profesionales sobre este tema, sino también la perspectiva del paciente y determinar si existe relación entre los cuidados perdidos por parte de enfermería y la satisfacción del paciente al alta hospitalaria en el Hospital General de La Palma. Para ello, se plantea realizar un estudio observacional, analítico y de corte transversal. Los instrumentos de medida serán dos cuestionarios autoadministrados: OMICE y Cuestionario de las percepciones del paciente sobre los cuidados de enfermería perdidos. Los resultados serán analizados a través del programa estadístico SPSS v. 24.

Palabras clave cuidado, enfermería, perdido, omisión, satisfacción, paciente

SUMMARY

The errors due to omissions that can occur during the hospital stay with an indeterminate frequency and with unfavorable results for the patient due to the nursing staff is deemed missed care. Determining the types of care, its frequency and the reasons why they have been missed has led to the completion of many studies in recent years. A correlation amongst job satisfaction, an appropriate level of personnel or teamwork has been sought, among many other influential factors, but there are fewer which have linked these omissions of care with the level of satisfaction of patients when being discharged from hospital. The objective of this research is not only to know the professionals' point of view on this subject but also the perspective of the patient and to determine if there is any correlation between the missed care from nursing staff and the patient satisfaction when being discharged from the General Hospital of La Palma. For this purpose, an observational, analytical and cross-sectional study is planned. The measuring instruments will be two self-administered MISSCARE questionnaires and a questionnaire about the patient's perceptions of missed care from the nursing staff. The results will be analyzed through the statistical program SPSS v. 24.

Keywords care, nursing, missed, omissions, satisfaction, patient

ÍNDICE

PÁGINA

1. INTRODUCCIÓN	1
2. JUSTIFICACIÓN	2
3. OBJETIVOS	3
3.1 Objetivo general.....	3
3.2 Objetivo específico.....	3
4. MARCO TEÓRICO	4
4.1 El fenómeno de Missed Nursing Care	4
4.2 Modelo de “cuidados perdidos u omitidos”	6
4.3 Otras líneas de investigación de atención de enfermería no terminadas.....	7
5. ANTECEDENTES	8
5.1 MNC en unidades médico-quirúrgicas	8
5.2 MNC en hospitales magnéticos	10
5.3 MNC desde la posición de los profesionales	11
5.3.1 MNC y trabajo en equipo	11
5.3.2 MNC y niveles de personal de enfermería	12
5.3.3 MNC y la responsabilidad enfermera	13
5.3.4 MNC y la tecnología.....	13
5.4 MNC desde la posición de los pacientes	13
5.4.1 MNC percibido por los pacientes	13
5.4.2 MNC y satisfacción del paciente	14
5.5 MNC en España	15
6. METODOLOGÍA	16
6.1 Búsqueda bibliográfica	16
6.2 Tipo de estudios	17
6.3 Población y muestra	17
6.4 Variables	18
6.5 Instrumentos de medida	19
6.7 Recogida de datos.....	20

6.8 Análisis estadístico	20
6.9 Consideraciones éticas	21
7. LOGÍSTICA	22
7.1 Presupuestos	22
7.2 Cronograma	22
8. BIBLIOGRAFÍA	23
9. ANEXOS	31
9.1 Anexo 1	31
9.2 Anexo 2	40
9.3 Anexo 3	43
9.4 Anexo 4	44
9.5 Anexo 5	45

1. INTRODUCCIÓN

Durante la estancia hospitalaria de un paciente se pueden presentar eventos adversos que “*son daños causados al paciente por un procedimiento cuyo resultado no es atribuible a la enfermedad o condición de salud que originó la búsqueda de atención*”.¹

La estimación de la OMS es que, 1 de cada 10 pacientes de países industrializados sufren eventos adversos en su atención sanitaria u omisión en la misma, siendo una cifra que se incrementa en países en vías de desarrollo.²

“*La calidad y seguridad del paciente a nivel mundial es un aspecto relevante para los sistemas hospitalarios debido a su impacto ético y financiero*”.³ En España, el 42,8% de los eventos adversos fueron evitables⁴ y el último dato sobre los costes de estos eventos rondan los 88.268.906 €, un 6,7% adicional del total del gasto sanitario.⁵

Es por ello, que organismos dentro y fuera de nuestras fronteras se involucran en la elaboración de medidas no solo para minimizar este sobrecosto en la atención de la salud, sino para generar una calidad asistencial que asegure la integridad del paciente y su satisfacción.

En España en el año 2005. el Ministerio de Salud promueve por primera vez la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud ⁶, cuya última actualización ha sido en 2015, con la misión de establecer aspectos básicos y recomendaciones orientadas a minimizar los riesgos asistenciales y reducir el daño asociado a la asistencia sanitaria. Con el objetivo de mejorar la seguridad del paciente en todos los niveles y ámbitos asistenciales del SNS.

Una de sus líneas de estrategias abarca las prácticas clínicas seguras que se define como aquellas intervenciones orientadas a prevenir o mitigar el daño innecesario asociado a la atención sanitaria y a mejorar la seguridad del paciente. Siendo las mayormente recomendadas por organizaciones: la prevención de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria (especialmente higiene de manos), uso seguro del medicamento, cirugía segura y cuidados. Respecto a estos últimos, la implantación de prácticas seguras se ha visto dificultada a nivel nacional por la escasez de planes de cuidado de Enfermería y sistemas de información y evaluación.

Al igual que se han establecido estrategias más o menos consensuadas para evitar ciertos eventos adversos como las caídas o las úlceras por presión, se han de

implantar nuevos métodos para prevenir estos efectos desfavorables derivados de la atención enfermera.

La seguridad del paciente se define como: *"La evitación y prevención de fallas en la atención que se proporciona en los servicios sanitarios, con la finalidad de evitar eventos adversos que pongan en riesgo la vida de los usuarios"*.¹

La satisfacción del paciente es la diferencia entre expectativas del paciente y su percepción de los cuidados recibidos.⁷

El paciente es el centro del sistema sanitario y su seguridad y satisfacción van de la mano como indicadores de calidad de la atención que se le ha prestado. El papel que juega enfermería en este ámbito es muy importante al ser el primer contacto de los pacientes con el medio sanitario.

2. JUSTIFICACIÓN

La enfermera como proveedora de cuidados tiene la responsabilidad de completarlos uno a uno. La omisión de los mismos se debe a factores intrínsecos ligados a creencias y valores personales y luego, están aquellos que son independientes de ella. Un inadecuado ratio enfermera/paciente, recursos materiales escasos (como no disponer de la medicación necesaria en el momento justo de la administración) o un entorno laboral desfavorable, es lo que más frecuentemente justifica la pérdida de cuidados.⁸

Cabe reseñar que de un hospital a otro y de una unidad de hospitalización a otra, las diferencias entre cuidados que se pierden y sus causas, varían. La bibliografía demuestra que los centros con designación Magnet⁹ (la cual no se aplica en nuestro país) y que los servicios de UCI ^{10,11,12}, son entornos donde sus condiciones óptimas a nivel general generan menos omisión. Los estudios también demuestran que dentro de las unidades hospitalarias los cuidados perdidos difieren si se realiza en una unidad de cuidados intensivos o en una unidad de hospitalización, relacionado probablemente con los ratios enfermera/paciente y las características intrínsecas del paciente (condición de paciente crítico en la unidad de UCI)¹⁰. Entornos de trabajo mejores, donde la comunicación y el trabajo en equipo son óptimos, también refuerzan lo anteriormente dicho^{14,15}.

En La Palma se encuentra el HGLP (Hospital General de La Palma) como único recurso hospitalario, el cual en 2017 participó en la validación del cuestionario OMICE (Omisión de Cuidados de Enfermería) para la valoración de la omisión de cuidados junto a otros centros en Canarias y en Madrid¹³. En dicho estudio no se valoró la percepción del paciente en relación con los cuidados perdidos ni su nivel de satisfacción con la asistencia recibida con lo que la realización de este trabajo se centra en valorar dichos aspectos.

Con los datos que se obtengan se pueden elaborar propuestas de mejora para optimizar los entornos laborales en cuanto a recursos personales principalmente y; potenciar el diálogo y trabajo en equipo tan necesario en el proceso de la asistencia. También conocer la experiencia del paciente respecto a los cuidados de enfermería y aspectos a mejorar en la práctica por parte de los profesionales, dado que el fin último es la recuperación y satisfacción del paciente con la atención recibida.

3.OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

- ✓ Determinar la relación entre los cuidados perdidos y la satisfacción del paciente durante su estancia en el HGLP.

3.2 Objetivos específicos

- ✓ Determinar los cuidados perdidos en la atención al paciente percibidos por el personal de Enfermería y Auxiliares de Enfermería de los servicios de Medicina Interna, Mixta, Paliativos, Cirugía, Especialidades y Maternidad y UCI del HGLP.
- ✓ Determinar los cuidados perdidos percibidos por los pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna, Mixta, Paliativos, Cirugía, Especialidades, Maternidad y UCI del HGLP.
- ✓ Determinar la satisfacción del paciente con los cuidados recibidos en las unidades de Medicina Interna, Mixta, Paliativos, Cirugía, Especialidades, Maternidad y UCI del HGLP.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 El fenómeno de los Missed Nursing Care

En la estancia hospitalaria, de un paciente pueden ocurrir tanto errores de comisión (no hacer lo correcto), como de omisión entendiéndose como procedimientos que no llegan a realizarse.

El cuidado de enfermería perdido, que se define como “*cualquier aspecto de la atención que requiera el paciente que se omite o retrasa significativamente*” y se clasifica dentro del error de omisión.¹⁶

Según la Agency for Healthcare Research and Quality “*un error de omisión es más difícil de reconocer que un error de comisión, por lo que representa un problema mayor en el paciente*”.¹⁷

Esta diferencia de reconocimiento se ha visto reflejada en la literatura científica, donde el impacto y consecuencias del cuidado de enfermería ha tenido mucho más protagonismo que la omisión.

Ejemplo de lo anteriormente comentado son los estudios donde se constata que no asistir a la ambulación, los cambios posturales o la higiene bucal repercute especialmente en pacientes mayores con la aparición de neumonía, aumento de la estancia y de los reingresos o incluso la muerte, entre otras muchas complicaciones.

Pero el vacío existente en la bibliografía con respecto a los cuidados perdidos de enfermería y las razones por parte del personal para priorizar unos frente a otros, motivaron en 2006, a Beatrice J. Kalish al estudio cualitativo que ha sido la base de los Missed Nursing Care (MNC).⁸

En este estudio intervinieron 25 grupos focales de enfermeras registradas, enfermeras licenciadas y auxiliares de enfermería y se determinaron los 9 aspectos básicos del cuidado que se dejan de hacer: ambulación, cambios posturales, alimentación con retraso o que no se da, educación sanitaria al paciente, planificación del alta, apoyo emocional tanto a paciente como familia, control del balance de líquidos, higiene y vigilancia.

Del mismo modo se identificaron las razones de omisión:

1. Escaso personal que se justifica en tres ámbitos: principalmente el inadecuado ratio enfermera/paciente, el absentismo laboral y por último la sobrecarga de trabajo.

2. El tiempo que precisa la intervención de enfermería cómo, por ejemplo, la ambulación o el apoyo emocional, los hacen más propicios a no ser llevados a cabo.
3. Mal uso de los recursos donde no sólo se hace referencia a no contar con los equipos, suministros suficientes o medicación necesaria, sino también a una mala gestión de los recursos humanos disponibles.
4. El síndrome de “este no es mi trabajo” en el cual las enfermeras dejan en manos de auxiliares competencias propias sin corroborar que estas hayan sido hechas.
5. Delegación ineficaz que no sólo tiene que ver con tareas, además incluye la no resolución exitosa de conflictos dentro del equipo.
6. Negación.
7. Habitarse a que un cuidado se omita con repetición, cuya consecuencia es que se pierda.

A pesar de haber acotado las causas principales, Kalisch referencia un motivo más: la priorización que hace enfermería sobre las órdenes médicas incluso antes de su propio juicio, los cuidados.

Del mismo modo, recalca en que el cuidado no completado se ha debido principalmente al ratio inadecuado y que el personal decide omitir la atención que más tiempo requiere, por lo tanto una mejora de este ratio supondría menos atención de enfermería perdida.

Además señala el impacto negativo tanto en el paciente, como en la calidad y en el costo sanitario, que suponen estos cuidados perdidos y la necesidad de crear una cultura de calidad y seguridad donde prime la honestidad de reportar la omisión de cuidados, para poder dar así con las causas y generar herramientas para evitar que sucedan.⁸

En un posterior análisis del concepto ¹⁶, aparte de definir cuidados perdidos de enfermería, se aborda por qué la omisión de cuidados entre las enfermeras a pesar de ser una realidad, sigue siendo tema tabú entre la profesión. Se llega a la conclusión de que se debe más que nada por el miedo, la culpabilidad y la impotencia que supone no finalizar toda la atención que demanda el paciente.

Para validar el concepto que había creado, Kalish tuvo que seguir el modelo de Walker y Avant y los 8 pasos necesarios fueron: seleccionar el concepto, determinar el objetivo, identificar usos, definir atributos, identificar el caso modelo, describir casos contrarios, identificar antecedentes y consecuencias y definir referentes empíricos de una búsqueda bibliográfica. Donde no se encontraron estudios previos, sino el hallazgo

de la terminología empírica más usada hasta entonces que era la palabra 'inacabada' haciendo referencia a la atención de enfermería que se dejaba sin hacer.

De la misma conceptualización resulta el modelo de 'Cuidados Perdidos u Omitidos'.

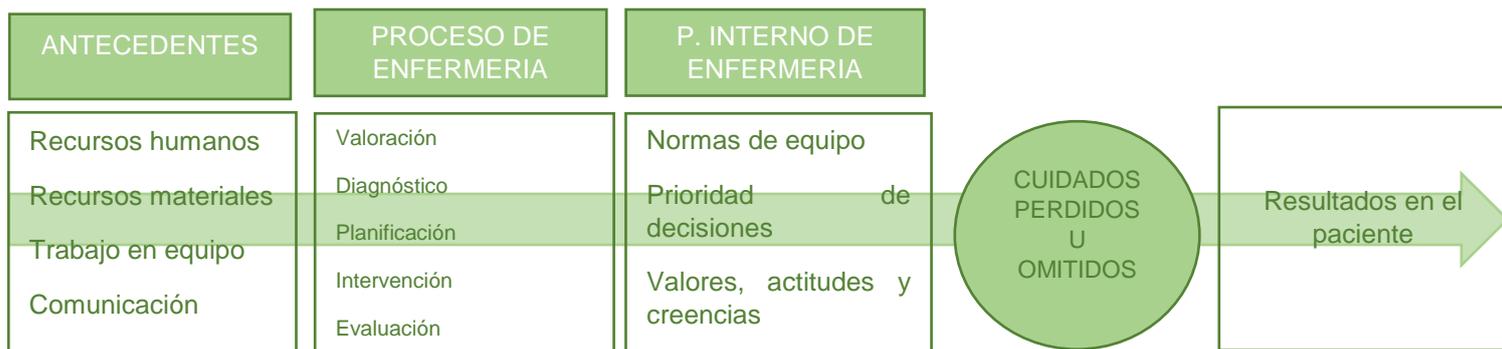
4.2 Modelo de “Cuidados Perdidos u Omitidos”

- Los antecedentes son: recursos humanos (tipo y número de enfermeras disponibles para cubrir las demandas del paciente, la formación, competencias y experiencia que precisa), recursos materiales cuya disponibilidad será fundamental para poder cuidar o no y la comunicación como trabajo en equipo donde la mala calidad conduce a la atención perdida. Cuando cualquiera de estos factores se presentan, la enfermera debe discernir si ese cuidado en concreto es esencial, tomar decisiones y dar prioridad.

- Proceso de enfermería: valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación.

- Proceso interno de enfermería: normas del equipo que todos tienen estipuladas y cuyo cumplimiento determina como aceptable o no, el comportamiento de sus miembros y que suelen ser aceptadas implícita y rápidamente por las nuevas personas que se incorporan a ellos. Prioridad de decisiones, donde se determina qué elemento de cuidado es más necesario para el paciente, que se analiza a través de la valoración de su estado y necesidades pudiéndose incluir en su asistencia o de lo contrario, cuestionarse si realmente es fundamental para que el paciente se cure. Valores, actitudes y creencias individuales de cada enfermera, son otro añadido para que el cuidado se retrase o se omita, ya que influyen en la decisión sobre la atención. El habituarse a que algún aspecto del cuidado se deje de proporcionar pasa muchas veces desapercibido y se integra en el quehacer diario, de manera que ya enfermería la mayoría de veces inconscientemente decide omitir ese cuidado.

Esquema Modelo de Atención de Enfermería Perdida



El concepto de cuidados perdidos se podría considerar como una extensión del modelo de Donabedian. Donde la calidad asistencial deriva de la estructura, proceso y resultado de la atención sanitaria.¹⁸

Esquema Modelo del concepto de Cuidados Perdidos u Omitidos (elaboración propia)



Elaboración propia, fuente Kalish BJ, 2009¹⁶

La necesidad de cuantificar los cuidados perdidos, sus causas y encontrar la posible relación con el entorno laboral desencadena la creación de la encuesta The Misscare Survey,¹⁹ que tiene su versión en español, la encuesta OMICE (Omisión Cuidados de Enfermería).¹³

También ha sido traducida y validada al turco²⁰, islandés²¹ y portugués²². Con adaptaciones culturales se ha proporcionado a países como Corea del Sur²³, Australia²⁴, Italia²⁵, Chipre²⁶ o Libano²⁷, por lo que su extensión ha sido a nivel mundial.

4.3 Otras líneas de investigación de atención de enfermería no terminada

Aparte los Missed Nursing Care de Kalisch, han surgido otras líneas de investigación con el uso de su propia terminología para hacer referencia a la atención no terminada:

- Atención de enfermería que quedo sin hacer ²⁸
- Tareas no terminadas ²⁹
- Atención que quedó sin realizar ³⁰
- Tarea incompleta ³¹
- Necesidades de atención de enfermería no satisfechas ³²
- Razonamiento implícito ³³

Aunque son sólo 3 las teorías más investigadas y que suponen el 89 % de las publicaciones científicas sobre atención no terminada.³⁴

Sin ser los MNC, se dispone del estudio de tareas no terminadas o tasks undone (TU) ²⁹ en el que cual se encontraron predictores de 6 resultados desfavorables en el paciente: satisfacción, úlceras por presión, caídas, incidentes graves, infecciones nosocomiales y errores de medicación.

También se dispone de 13 escalas aparte de la MISSCARE. Pero las más frecuentes son TU - ⁷²⁹ y Basal Extent of Rationing of Nursing Care (BERNCA) instrument²⁷.

En 2013, Ball hablaba de “cuidados que se dejan sin hacer” justificándolos por la carencia de tiempo necesaria para ellos, del mismo modo que relacionaba su prevalencia con los niveles de enfermeras y con el entorno donde se realizan.³⁵

En RN4CAST se definían otras palabras similares que eran “cuidado perdido u omitido”, un estudio que se realizó en varios países de UE en el que también participó España. En el, se estudiaba la priorización de ciertos cuidados de enfermería como son la monitorización o administración de medicación al paciente así como cualquier actividad que suponga cuidado físico, frente a otros que requieren mayor tiempo como son la educación sanitaria, hablar con el paciente o el proceso burocrático que supone planificación y registros. A raíz de estos resultados, se cuestionó, sin profundizar más allá, la posibilidad de que estos hechos pudieran repercutir negativamente en la experiencia hospitalaria del paciente y también en la satisfacción laboral, agotamiento e intento de abandono del trabajo de la enfermera. ³⁰

5. ANTECEDENTES

5.1 MNC en unidades médico-quirúrgicas

El primer estudio “A”³⁶ se llevó a cabo en 3 hospitales administrando la encuesta MISSCARE para la obtención de los cuidados perdidos y sus razones, en unidades médico-quirúrgicas, de rehabilitación y cuidados intensivos participando un total de 459 enfermeras.

Reportando una pérdida de atención del 62%, valor que fue similar en todos los centros, los cuidados perdidos más frecuentemente fueron:

- ✓ Evaluación de la efectividad de la medicación: 83%
- ✓ Cambios posturales: 82%
- ✓ Higiene bucal: 82%
- ✓ Enseñanza a pacientes: 80%

- ✓ Puntualidad para administrar medicación: 80%.

Por otro lado, la actividades menos olvidadas:

- ✓ Reevaluación: 36%
- ✓ Lavado de manos: 30%
- ✓ Medición de glucosa: 26%,
- ✓ Evaluación del paciente por turnos: 17%,

Las razones de omisión fueron justificadas en el estudio "A"³⁶:

- ✓ Falta de recursos laborales: 85% (empeoramiento del paciente, urgencias imprevistas, nivel de personal y un inadecuado ratio enfermera/pacientes fueron los elementos más citados casi un 80% de las veces)
- ✓ Recursos materiales: 56%
- ✓ Problemas en la comunicación donde han influido la tensión o las interrupciones en el diálogo con el médico: 38%

Como resultados destacables, las unidades renales tuvieron significativamente más cuidados perdidos en todos los ámbitos, aunque las causas no diferían con el resto de servicios.

Este estudio deja entrever que, a pesar de la formación que se ha dado a las enfermeras, la atención que proporciona es inferior a su enseñanza y a las necesidades del paciente para su recuperación.

Los hallazgos tiempo después en otro estudio "B"³⁷ llevado a cabo en más hospitales, concretamente 10, con un número mayor de participantes, 4086, demostró que los cuidados que más se estaban perdiendo apenas diferían con los primeros que se habían estudiado.

Los únicos cambios reseñables fueron que un cuidado bastante omitido había sido acudir a reuniones interdisciplinarias 65%, mientras que la planificación al alta y la educación sanitaria estaba entre los menos perdidos.

En otro estudio "C"³⁸, también en 18 unidades médicas, quirúrgicas o médico-quirúrgicas combinadas con un total de 586 enfermeras participantes se estudiaron los Missed Nursing Care.

Nuevamente y coincidiendo con resultados previos, los cuidados que menos se llevaron a cabo fueron:

- ✓ Ambulación: 53%

- ✓ Cuidados de la boca: 35,7%
- ✓ Administración de medicación en la primera media hora según lo pautado: 31,6%

Y los raramente omitidos:

- ✓ Medición de glucemia: 81,6%
- ✓ Evaluación del paciente por turnos: 67,9%
- ✓ Reevaluación: 53,6%

Los seis motivos predominantes para la no atención:

- ✓ Aumento inesperado en el volumen/agudeza: 76,2%
- ✓ Ingresos y alta: 72%
- ✓ Auxiliares inadecuadas: 59,5%
- ✓ Personal inadecuado: 58,9%
- ✓ Medicación no disponible: 56,5%
- ✓ Situaciones urgentes: 53%

En 2015 se realizó el estudio comparativo "D"³⁹ en otros tres hospitales estadounidenses, donde encontraron pequeñas diferencias entre los centros pero aún así, las tareas más frecuentemente omitidas fueron:

- ✓ Ambulación: 77.7%
- ✓ Cambios posturales cada 2 horas: 73%
- ✓ Administración de medicación dentro de los primeros 30 minutos: 67%
- ✓ Cuidados orales: 62%
- ✓ Alimentar al paciente mientras la comida permanece caliente: 60.5%

Las causas más referenciadas volvían a ser:

- ✓ Aumento inesperado en el volumen/agudeza: 87,4%
- ✓ Inadecuado número de personal: 84,9%
- ✓ Inadecuado número de auxiliares: 81%
- ✓ Numerosos ingresos y altas: 80,9%
- ✓ Medicación no disponible: 73.4%

5.2 MNC y hospitales magnéticos

A mediados de los años 80, surgen los primeros hospitales catalogados como magnéticos y se debe a su poder para reclutar y retener enfermeras debido al liderazgo sólido, el empoderamiento del personal, el respeto, la integridad, la colaboración, el reconocimiento y la contratación del personal de enfermería de "máxima calidad" con la que trabajan los centros bajo la propuesta del programa Magnet.

Por la peculiaridad que supone ese reconocimiento, los cuidados perdidos fueron investigados⁹ en 124 unidades de 11 hospitales que incluían especialidades médico-quirúrgicas, cuidados intensivos, unidades intermedias y de rehabilitación. El 50%, es decir 62, de ellas eran magnéticas y la otra mitad, no.

Los cuidados que se vieron omitidos en otros estudios como la ambulación, también fueron aplicables en este. Lo que nos da a entender que se pierden de manera indiscriminada y universal en cualquier hospital. Aunque 10 de los 24 elementos del cuidado se perdieron con más frecuencia en los hospitales no magnéticos.

La escasez de recursos materiales fue razón común a ambos estatus, mientras que en los imán, los recursos laborales y la comunicación, al ser aspectos potenciados por su filosofía, se hacen menos presentes en sus instalaciones.

5.3 MNC desde la posición de los profesionales

5.3.1 MNC y trabajo en equipo

El trabajo en equipo en unidades de hospitalización repercute en la atención de enfermería, pues ésta se pierde menos cuando más se trabaja conjuntamente. Por ejemplo, si hay varios ingresos a la vez y un paciente requiere atención inmediata, la enfermera deberá priorizar su orden de actuación y omitir algún aspecto del cuidado. El hecho de trabajar en conjunto supone hacer que la responsabilidad sea de todos y no solo del particular al que se le asigna al paciente.

Hay estudios que han establecido cifras y relación entre el trabajo en equipo y los cuidados perdidos, donde se ha evidenciado que las percepciones entre enfermeras y auxiliares sobre qué se deja de hacer son muy dispares, variando un 11% entre ambos colectivos. Ya que enfermería ha notificado más MNC que las auxiliares^{14,15} y donde la falta de comunicación de los cuidados que no se han realizado por parte de estas últimas es un motivo reseñado por las enfermeras.

Sólo 5 de los 24 cuidados, son reconocidos por ambas partes como MNC, y estos coinciden con actividades propias de la enfermera. Admitir más MNC por parte de las enfermeras se debe a su mayor conocimiento y responsabilidad.

Para mejorar en este ámbito, hay que reforzar los elementos del trabajo en equipo que tanto escasean en las plantas hospitalarias, comunicación tanto al principio como a lo largo del turno, la confianza mutua, liderazgo, la consideración que el equipo es más importante que el trabajo individual y compartir modelos mentales donde la prioridad sea el paciente.

En UCI destaca más el trabajo en equipo, por lo tanto, menos cuidado perdido en comparación a unidades de rehabilitación y medico-quirúrgicas.

5.3.2 MNC y niveles de personal de enfermería

Se han llevado a cabo comparativas entre unidades de alta dotación de personal (7 pacientes por enfermera) y baja dotación (17 pacientes por enfermera) confirmando la hipótesis más prevalente: a mayor personal, menos MNC.¹⁰

En un servicio de alto dotación de personal se pierde atención, 0,136 puntos menos para ser exactos.

Baño/cuidado de la piel, cuidado de la boca, preparación de comidas, giros, asistencia para ir al baño, alimentación y evaluaciones de pacientes en cada turno tienen puntuaciones menores de omisión en unidades altas que bajas. De hecho, a estas últimas se le añaden dos cuidados más: la planificación y enseñanza al paciente.

Como razón obvia, en las unidades de baja dotación de personal se indica como factor decisivo para la omisión de cuidados: la inadecuada cantidad de personal.

También se han comparado distintas unidades de hospitalización donde los resultados no han sido relevantes. Sólo la comparación de unidades UCI frente a no UCI, muestra la correlación negativa que indica que los MNC son menores en estos servicios de pacientes críticos, ya que se presta una atención más integral que en pacientes menos agudos.

Determinar una cifra adecuada de personal de enfermería es muy difícil sin ser las medidas empíricas y perceptivas previas, lo que sí es conocido es que la *'adecuada dotación de personal de enfermería se ha asociado con resultados más positivos para los pacientes, incluidas mejoras en la satisfacción del paciente y reducciones en los eventos adversos'*.⁴⁰

Hay estudios⁴¹, donde el 10,2% de enfermeras cree adecuada la dotación de personal a su lugar de trabajo, en diferencia del 77,4% de los pacientes que consideraban suficientes enfermeras en la unidad.

A pesar de la enorme diferencia de percepciones, lo que se ha evidenciado es que la presencia de más personal en los hospitales se hace necesaria para mejorar la opinión de pacientes, garantizando de este modo una atención con experiencias positivas para estos últimos.

Los MNC también se relacionan con la satisfacción laboral de los profesionales⁴¹, ya que el personal enfermero es conocedor del efecto de sus cuidados sobre el paciente.

Cuando los proporcionan a la persona en la medida que los requiere, la satisfacción del enfermero crece. Estos se pueden prestar cuando se cuenta con el tiempo que precisa cada intervención, lo cual es posible cuando hay más personal. De no poderse llevar a cabo o de producir un efecto negativo en el enfermo, aumenta la insatisfacción.⁴²

Como dato peculiar, se ha demostrado que el nivel de gratitud con la función desempeñada es mayor en cuidados intensivos que en servicios de rehabilitación, no solo por la dinámica de trabajo, también, por la cantidad de pacientes a cargo.¹¹

Y como no poder completar todos los cuidados genera insatisfacción en los profesionales, a su vez desencadena mayor absentismo laboral e intentos de dejar el puesto de trabajo.⁴³

5.3.3 MNC y la responsabilidad enfermera

*“Dado que la responsabilidad personal significa un valor fundamental de enfermería, uno que sirve como una brújula moral para guiar los comportamientos de las enfermeras y sustentar la práctica segura es lógico sugerir que la responsabilidad podría limitar la tendencia de las enfermeras a dedicarse a la atención de enfermería perdida”.*⁴⁴

Una mayor responsabilidad personal se relacionó significativamente con una menor frecuencia de atención de enfermería perdida, ya que supondría que las enfermeras mantuvieran su ética y su profesión por encima de todo, motivándolas a trabajar a pesar de no contar con los medios óptimos sin perder cuidados.

5.3.4 MNC y la tecnología

También se han abordado la omisión desde la tecnología de la información de salud, el uso de recordatorios y la buena predisposición por parte de las enfermeras a este tipo de recursos se ha visto reflejado positivamente en menos cuidados perdidos.⁴⁵

5.4 MNC desde la posición de los pacientes

5.4.1 MNC percibidos por los pacientes

Siguiendo la tendencia del empoderamiento del paciente y hacerlo participe en su propio cuidado, también este ha podido evaluar los cuidados de enfermería.⁴⁶

En función de sus capacidades mentales y consciencia, el paciente es capaz de indicar:

- Atención totalmente reportable: cuidado de la boca, el baño, administración de medicación para el dolor y seguimiento de la atención, respuesta a los

timbres de llamada, respuesta a alarmas, provisión de comidas, atención a pacientes y mantenerlos informados.

- Cuidados parcialmente reportables: lavado de manos, signos vitales, cambios posturales, deambulaci3n, educaci3n al paciente, planificaci3n del alta y administraci3n de medicamentos.
- Evaluaci3n no reportable vigilancia (incluida la piel) y cuidados del equipo IV.

Seg3n el paciente, los cuidados m3s omitidos han sido:

- ✓ Cuidado bucal
- ✓ Deambulaci3n
- ✓ Planificaci3n del alta
- ✓ Educaci3n del paciente
- ✓ Escucha
- ✓ Proporcionar informaci3n han sido los m3s perdidos.

Rara vez se pasaban por alto:

- ✓ Respuesta a las luces de timbres y alarmas
- ✓ Asistir en comidas a quien lo necesite
- ✓ Administraci3n de medicamentos y seguimiento del dolor
- ✓ Administraci3n de otra medicaci3n
- ✓ Cambios posturales
- ✓ Ba3o
- ✓ Lavado de manos
- ✓ Toma de constantes vitales.

En este estudio se muestra la peculiaridad que tanto pacientes como enfermeras han coincidido en 9 aspectos de los cuidados.

5.4.2 MNC y la satisfacci3n del paciente

La satisfacci3n del paciente es un indicador de la atenci3n de enfermer3a. Como no pod3a ser menos, tambi3n se ha investigado ⁴⁷ este aspecto resultando que, el 60% de los pacientes ha dado alta calificaci3n a su hospital, informando con un *siempre recibido* o un *s3 recibido* en lo referido al cuidado.

Aunque menos de la mitad indicaron siempre silencio para descansar o que poco m3s de las tres cuartas partes de los profesionales proporcionaban informaci3n al alta.

La evidencia demuestra que la experiencia del paciente es buena cuando se ha detectado mejor calidad del cuidado, más personal de enfermería y mejores entornos laborales que incluyen colaboración y combinación de habilidades.

Fuera de los EEUU también se ha querido conocer más sobre este aspecto. En Suiza⁴⁸, se relacionó el racionamiento de la atención con la satisfacción. En Turquía⁴⁹ el paciente veía disminuida su satisfacción cuando la medicación se retrasaba.

Mientras que en Europa⁵⁰, un estudio llevado a cabo en 8 países ponía de manifiesto que, a mayor personal y entornos más favorables los pacientes proporcionaban mejor puntuación a sus centros. Datos que coincidían con las conclusiones de Inglaterra⁵¹, donde la satisfacción del paciente estaba vinculada a la omisión de cuidados, y estos a su vez, a entornos de trabajo poco favorables y a ratios elevados con escaso personal.

5.5 MNC en España

Para la validación del cuestionario OMICE (versión en español del The Misscare Survey) se administró en 9 hospitales de Canarias y Madrid tanto públicos como privados, donde participaron 425 personas.¹³

Esta versión tiene items añadidos en comparación a la encuesta americana y adaptaciones lingüísticas ya que eran términos de difícil comprensión, si se le aplicaba la traducción literal.

Como resultados de cuidados frecuentemente omitidos, fueron:

- ✓ Hacer caminar tres veces al día o según lo pautado: 73%
- ✓ Rellenar documentación con datos necesarios: 67%
- ✓ Educación sanitaria e información sobre su ingreso: 55%
- ✓ Asistir a reuniones de equipo: 54%
- ✓ Higiene oral: 50%

Las razones de omisión:

- ✓ Agudización del paciente: 85%
- ✓ Muchos ingresos y alta: 85%
- ✓ Aumento inesperado de la cantidad de pacientes o de momentos de urgencia: 82%
- ✓ Inadecuado número de enfermeros: 80%
- ✓ Inadecuado número de auxiliares y demás personal: 80%

Además de las cifras y cuidados perdidos que se explotaron, también se llegaron a más conclusiones que indicaban mayor omisión. Plantas médicas con pacientes pluripatológicos y de mayor edad también presentaban más MNC frente a las quirúrgicas donde la media de edad de los pacientes es menor y los cuidados requeridos eran menos. Del mismo modo, se obtuvo relación entre MNC y el tipo de unidad, el turno, la edad, las horas de trabajo y la categoría profesional.

Otros resultados aportados por el estudio en España son que las enfermeras no consideran como parte de sus tareas la movilización de pacientes, la ambulación que depende de la pauta médica y no se consideran responsables de la información relativa a pruebas médicas y resultados.

Se considerará omisión de cuidados si a los siguientes items se responde desde *Siempre o frecuentemente se omite*. No se considerará omisión si se responde *ocasionalmente, raramente o nunca se omite*.

- ✓ Cambios posturales a los pacientes cada 2 horas o según indicación.
- ✓ Dar de comer a los pacientes cuando la comida está todavía caliente
- ✓ Higiene/Baño/Cuidados de la piel de los pacientes
- ✓ Lavado de manos del profesional encargado del cuidado
- ✓ Reevaluación según el estado de los pacientes
- ✓ Responder a la llamada de los pacientes o timbres en los primeros 5 minutos desde su activación
- ✓ Administrar medicación prescrita a demanda del paciente (según precise) en los primeros 15 minutos desde que la solicita,
- ✓ Asistir a las necesidades de eliminación de los pacientes dentro de los 5 minutos desde su solicitud
- ✓ Cuidado de la piel y de las heridas

6. METODOLOGÍA

6.1 Búsqueda bibliográfica

A través del punto Q se realizó una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Cinahl, Medline y Pubmed.

Los términos Decs y Mesh empleados fueron:

- Atención de enfermería - Nursing care
- Seguridad de paciente - Patient safety

- Satisfacción del paciente - Patient satisfaction
- Personal de enfermería - Nursing staff

De manera combinada con los buscadores booleanos AND y OR y las palabras *missed - perdido y omission – omisión*.

Criterios de inclusión de artículos:

Publicación desde 2006 hasta 2019, inglés y español como idiomas y resumen disponible.

Criterios de exclusión de los artículos:

Artículos que hacen referencia a la omisión de cuidados en patologías específicas, en atención primaria, en cuidados a neonatos, pacientes pediátricos y ancianos.

Finalmente se seleccionaron un total de 30 artículos.

También se realizaron búsquedas intencionadas para obtener datos sobre el coste sanitario de los eventos adversos en el cuidado en nuestro país, conocer medidas y proyectos destinados a afrontar este problema.

6.2 Tipo de estudio

Se realiza un estudio observacional, analítico, de corte transversal.

6.3 Población y muestra

Población diana:

Todo el personal de enfermería, auxiliares y pacientes dados de alta de las unidades ya mencionadas.

Muestra:

La muestra de profesionales estará constituida por la totalidad de enfermeras y auxiliares de enfermería de las unidades de hospitalización y UCI que cumplan los criterios de inclusión.

Son un total de 95 enfermeras y 73 auxiliares.

Con respecto a la muestra de pacientes, la cifra media de pacientes atendidos en el último año es de 5692 pacientes, de los cuales pacientes de hospitalización son 5558 y de UCI, 134.

Para el cálculo muestral utilizaremos la siguiente fórmula:

$$n = N \times Z_a^2 p \times q / d^2 * (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q$$

Donde:

N= tamaño total de la población.

$Z_a^2 = 1.96^2$ (si la seguridad es del 95%)

p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)

q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)

d = precisión (en este caso deseamos un 3%).

n = tamaño de la muestra necesaria.

(n en hospitalización = 196 pacientes) (n en UCI = 82 pacientes).

Para el estudio de los cuidados de enfermería perdidos

Criterios de inclusión:

- ✓ Trabajar en la unidad por un periodo mayor de 6 meses.
- ✓ Dispuestos a participar en el estudio de manera voluntaria.

Para el estudio de la satisfacción y cuidados perdidos percibidos por el paciente

Criterios de inclusión:

- ✓ Pacientes mayores de edad
- ✓ Dispuestos a participar en el estudio de manera voluntaria que firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- ✓ Pacientes con discapacidad física o psíquica que le imposibilite la cumplimentación del cuestionario.

6.4 Variables

Cuestionario OMICE

Variables cuantitativas:

- ✓ Edad: *número en años*
- ✓ Horas trabajadas en la semana: *número en horas*
- ✓ Experiencia laboral en el puesto de trabajo actual: *número en meses*
- ✓ Carga de trabajo

Variables cualitativas:

- ✓ Profesión del sanitario: *enfermera o técnico auxiliar*

- ✓ Sexo: *hombre o mujer*
- ✓ Omisión de cuidados de enfermería
- ✓ Razones para la omisión de cuidados

Cuestionario de las percepciones del paciente sobre los cuidados de enfermería perdidos

Variables cuantitativas:

- ✓ Edad: *años*
- ✓ Número de días ingresado: *número en días*

Variables cualitativas:

- ✓ Sexo: *hombre o mujer*
- ✓ Nivel de estudios del paciente
- ✓ Cuidados omitidos percibidos por el paciente
- ✓ Satisfacción del paciente con el cuidado de enfermería

6.5 Instrumentos de medida

Cuestionario OMICE (Anexo 1)

OMICE es la versión validada al español de The Misscare Survey. Consta de 3 apartados.

- ✓ En el primero se recogen datos sociodemográficos y laborales, usando 27 items, 7 más que en la versión original.
- ✓ En la sección A se determina la omisión de cuidados. Cuenta con 28 items, 4 adicionales de este cuestionario y se responde con escala tipo Likert, que varía desde *Siempre se omite* a *Nunca se omite*.
- ✓ En la sección B se determinan los motivos por los que se omiten cuidados. Para ello se deben responder 19 items, 2 más que en The Misscare Survey con una escala tipo Likert que oscila desde *Motivo muy importante* a *No es un motivo para la omisión*.

Cuestionario de las percepciones del paciente sobre los cuidados de enfermería perdidos (Anexo 2)

Se trata de un cuestionario autoadministrado de 21 preguntas de respuesta abierta para evaluar la pérdida de diversos aspectos del cuidado (los mismos a los que se les pregunta a profesionales en la OMICE) desde el punto de vista del paciente y una última cuestión para conocer la satisfacción con el cuidado de enfermería que se

valorará con una escala tipo Likert que oscila desde *Totalmente* hasta *Nada satisfecho*. Se ha realizado a partir de la traducción al español y modificación de la Guía de Entrevista de las percepciones del paciente sobre la atención de enfermería perdida ⁴⁶.

6.6 Recogida de datos

Se procederá a pasar por los distintos servicios, reuniendo al personal que en ese momento se encuentre presente proporcionándoles una explicación tanto verbal como escrita del objetivo de este proyecto para la correcta cumplimentación de los cuestionarios.

El resto de cuestionarios serán entregados a los respectivos supervisores con la intención de que los reparta en los turnos sucesivos. No por ello, se dejarán de hacer visitas frecuentes para continuar informando al personal a los que aún no se ha llegado y comprobando que el nivel de respuesta se va ajustando al plazo previsto.

Para el cuestionario del paciente, se hará cargo la supervisora del servicio de administrarlo momentos antes del alta.

De igual manera, se facilitará una dirección de correo para que la investigadora aclare las dudas que puedan surgir.

6.7 Análisis estadístico

Análisis descriptivo:

Las variables cuantitativas serán descritas con media, desviación típica y rango.

Las variables cualitativas con sus frecuencias absolutas y relativas.

Análisis bivariante:

Para el análisis de las correlaciones entre variables cualitativas se establecerán tablas de contingencia, aplicando en las variables que hayan mostrado alguna correlación, la chi cuadrado, En el caso de que la muestra fuera pequeña (alguna celda menor 5) se utilizará el test exacto de Fisher.

En el caso de variable cuantitativa y cualitativa el estadístico a utilizar será la T Student entendiendo la gráfica como normal (>30).

Aceptando significación estadística cuando p menor 0.05 en todos los casos.

Para el análisis de los datos se utilizará un Software estadístico o programa estadístico llamado SPSS v.24 (última versión, actualizado el 13 de junio de 2016).

6.8 Consideraciones éticas

Para la realización del proyecto, se solicitará permiso a la gerencia del HGLP (Anexo 3).

Se informará tanto a enfermeras, auxiliares y pacientes el por qué de este estudio, rasgos generales, la importancia de su participación en el mismo. Se les entregará consentimiento informado con posibilidad de revocación (Anexo 4 y Anexo 5).

Además se les hará saber tanto a profesionales como a pacientes que los datos obtenidos sólo son para el uso exclusivo de esta investigación respetando el anonimato y confidencialidad de la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.

7. LOGÍSTICA

7.1 Cronograma

El proyecto tendrá una duración aproximada de 7 meses.

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO
Búsqueda y revisión bibliográfica	X	X					
Solicitud y obtención de permisos		X					
Entrega de encuestas			X				
Realización de encuestas			X	X	X		
Recogida de encuestas					X		
Análisis de resultados						X	
Redacción de resultados							X

7.2 Presupuesto

	TIPO	COSTO
RECURSOS HUMANOS	Personal estadístico	900
RECURSOS MATERIALES	Fotocopias	18
	Equipo informático	650
	Transporte	100
PRESUPUESTO TOTAL	-	1668 €

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Meléndez Méndez C, Garza Hernández R, Castañeda-Hidalgo H, Gonzales Salinas JF, Turrubiates Pérez J. Percepción del paciente quirúrgico acerca de la seguridad en el ámbito hospitalario. Rev Cuidarte [Internet]. 2015 [consultado 17 de febrero de 2019]; 6(2): 1054-61 Disponible en: <http://search.ebscohost.com/accedys2.bbt.ull.es/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=109999067&lang=es&site=ehost-live>
2. Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, La Investigación en Seguridad del Paciente, Mayor conocimiento para una atención más segura [sede Web]. Who.int. 2008. [consultado 17 Feb de 2019]. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf&ved=2ahUKEwjR3eKCtr_iAhXCxoUKHRnxBOgQFjAAegQIBhAB&usg=AOvVaw2N6OID_fYN2Ct-KKJwaGbP
3. Antoñanzas Villar F. Aproximación a los costes de la no seguridad en el Sistema Nacional de Salud. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2013 [consultado 17 Feb de 2019]; 87(3): 283-292. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272013000300008&lng=es
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización, ENEAS 2005 [sede Web]. Madrid: MSC; 2006. [consultado 17 Feb de 2019]. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/epidemiologicos/2005/>
5. Allué N, Chiarello P, Bernal E, Castells X, Giraldo P, Martínez C, et al. Impacto económico de los eventos adversos en los hospitales españoles a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos. Gac Sanit [Internet]. 2014 [consultado 17 Feb de 2019]; 28(1) 48-54. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112014000100009&lng=es

6. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Estrategia de Seguridad del Paciente 2015/2020 [sede Web]. Madrid: MSSSI; 2015. [consultado 17 Feb de 2019]. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es> › est...

7. Díaz R. Satisfacción del paciente principal motor y centro de los servicios sanitarios. Rev Calidad Asistencial [Internet]. 2002 [consultado 17 Feb de 2019]; 17(1): 22-9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-pdf-S1134282X02774708>

8. Kalisch BJ. Missed nursing care: a qualitative study. J Nurs Care Qual [Internet]. 2006 [consultado 17 Feb de 2019]; 21(4):306-13. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/accedys2.bbt.ull.es/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=16985399&lang=es&site=ehost-live>

9. Kalisch BJ, Lee KH. Missed nursing care: Magnet versus non-Magnet hospitals. Nurs Outlook [Internet]. 2012 [consultado 17 Feb de 2019]; 60(5): e32-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/accedys2.bbt.ull.es/pubmed/?term=MISSED+NRSING+CARE+MAGNET+VERSUS+NON+MAGNET+HOSPITALS>

10. Cho SH, Kim YS, Yeon KN, You SJ, Lee ID. Effects of increasing nurse staffing on missed nursing care. Int Nurs Rev [Internet]. 2015 [consultado 17 Feb de 2017]; 62(2): 267-7. Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.accedys2.bbt.ull.es/doi/full/10.1111/inr.12173>

11. Kalisch B, Tschannen D, Lee H. Does missed nursing care predict job satisfaction? J Healthc Manag [Internet]. 2011 [consultado 17 Feb de 2017]; 56(2): 117-31. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/accedys2.bbt.ull.es/login.aspx?direct=true&db=cmm&AN=104863407&lang=es&site=ehost-live>

12. Chapman R, Rahman A, Courtney M, Chalmers C. Impact of teamwork on missed care in four Australian hospitals. Journal Of Clinical Nursing [Internet]. 2017 [consultado 17 Feb de 2019]; 26(1-2):170-81. Disponible en:

<http://search.ebscohost.com/accedys2.bbt.ull.es/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=27322941&lang=es&site=ehost-live>

13. 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] [Internet] Tenerife. Programa de doctorado Ciencias Médicas, Universidad de La Laguna; 2017 [consultado 17 Feb de 2019]. Disponible en: <https://www.educacion.gob.es/teseo/listarBusqueda.do;jsessionid=7BFEE73A0F14EA2EABC7AE732DD971DC>
14. Kalisch BJ. Nurse and nurse assistant perceptions of missed nursing care: what does it tell us about teamwork? J Nurs Adm [Internet]. 2009 [consultado 17 Feb de 2019]; 39(11): 485-93. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/accedys2.bbt.ull.es/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=105248367&lang=es&site=ehost-live>
15. Kalisch BJ, Lee KH. The impact of teamwork on missed nursing care Nurs Outlook [Internet]. 2010 [consultado 17 Feb de 2019]; 58(5): 233-41. Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.accedys2.bbt.ull.es/science/article/pii/S0029655410002666?via%3Dihub>
16. Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. J Adv Nurs [Internet]. 2009 [consultado 17 Feb de 2019];65(7):1509-17. Disponible en: <https://onlinelibrarywileycom.accedys2.bbt.ull.es/doi/full/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x>
17. Definición de error. Agency for Healthcare Research and Quality Disponible en: <https://psnet.ahrq.gov/glossary> [consultado 17 Feb de 2019]
18. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? 1988 Arch Pathol Lab Med [Internet]. 1997 [consultado 17 Feb de 2019]; 121(11):1145–50. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/accedys2.bbt.ull.es/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=9372740&lang=es&site=ehost-live>

19. Kalisch BJ, Williams RA. Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. *J Nurs Adm* [Internet]. 2009 [consultado 17 Feb de 2019];39(5):211-9. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/accedys2.bbtck.ull.es/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=19423986&lang=es&site=ehost-live>

20. Kalisch BJ, Terzioglu F, Duygulu S. The MISSCARE Survey-Turkish: psychometric properties and findings. *Nurs Econ* [Internet]. 2012 [consultado 17 Feb de 2019]; 30 (1): 29-37. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/accedys2.bbtck.ull.es/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=22479961&lang=es&site=ehost-live>

21. Bragadóttir H, Kalisch BJ, Smáradóttir SB, Jónsdóttir HH. Translation and psychometric testing of the Icelandic version of the MISSCARE Survey. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2015 [consultado 17 Feb de 2019]; 29 (3): 563-72. Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.accedys2.bbtck.ull.es/doi/full/10.1111/scs.12150>

22. Siqueira LDC, Caliri MHL, Kalisch B, Dantas RAS. Validation of the MISSCARE-BRASIL survey - A tool to assess missed nursing care. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2017 [consultado 17 Feb de 2019]; 25: e2975. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/accedys2.bbtck.ull.es/pmc/articles/PMC5738959/>

23. Kim KJ, Yoo MS, Seo EJ. Exploring the Influence of Nursing Work Environment and Patient Safety Culture on Missed Nursing Care in Korea. *Asian Nurs Res*. [Internet]. 2018 [consultado 17 Feb de 2019]; Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.accedys2.bbtck.ull.es/science/article/pii/S1976131717306837?via%3Dihub>

24. Verrall C, Abery E, Harvey C, Henderson J, Willi E, Hamilton P, et al. Nurses and midwives perceptions of missed nursing care—A South Australian study. *Collegian* [Internet] 2015 [consultado 17 Feb de 2019]; 22 (4): 413-20. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/accedys2.bbtck.ull.es/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=26775528&lang=es&site=ehost-live>

25. Palese A, Ambrosi E, Prospero L, Guarnier A, Barelli P, Zambiasi P, et al. Missed nursing care and predicting factors in the the Italian medical care setting. *Intern*

- Emerg Med. [Internet] 2015 [consultado 17 Feb de 2019]; 10(6): 693-702. Disponible en: <http://search.ebscohost.com.accedys2.bbt.ull.es/login.aspx?direct=true&db=cmm&AN=109638602&lang=es&site=ehost-live>
26. Blackman I, Papastavrou E, Palese A, Vryonides S, Henderson J, Willis E. Predicting variations to missed nursing care: A three - nation comparison J Nurs Manag [Internet]. 2018 [consultado 17 Feb de 2019]; 26(1):33-41. Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.accedys2.bbt.ull.es/doi/full/10.1111/jonm.12514>
27. Kalisch BJ, Doumit M, Lee KH, El Zein J. Missed nursing care, level of staffing, and job satisfaction: Lebanon versus the United States. J Nurs Adm [Internet]. 2013 [consultado 17 Feb de 2019]; 43(5): 274-9. Disponible en: <http://search.ebscohost.com.accedys2.bbt.ull.es/login.aspx?direct=true&db=cmm&AN=108017662&lang=es&site=ehost-live>
28. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski JA, Busse R, Clarke H, et al. Nurses reports on hospital care in five countries. Health Aff [Internet] 2001 [consultado 17 Feb de 2019]; 20 (3): 43-53. Disponible en: <http://search.ebscohost.com.accedys2.bbt.ull.es/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=11585181&lang=es&site=ehost-live>
29. Sochalski J. Is more better?: the relationship between nurse staffing and the quality of nursing care in hospitals. Med Care [Internet]. 2004 [consultado 17 Feb de 2019]; 42 (2): 1167-73. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.accedys2.bbt.ull.es/pubmed/14734944>
30. 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 [consultado 17 Feb de 2019]; 23(2): 126–35. Disponible en: <http://search.ebscohost.com.accedys2.bbt.ull.es/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=24214796&lang=es&site=ehost-live>
31. Al-Kandari F, Thomas D. Factors contributing to nursing task incompleteness as perceived by nurses working in Kuwait general hospitals. J Clin Nurs [Internet]. 2009 [consultado 17 Feb de 2019]; 18(24): 3430–40. Disponible en:

<http://search.ebscohost.com/accedys2.bbt.ull.es/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=105244978&lang=es&site=ehost-live>

32. Lucero RJ, Lake ET, Aiken LH. Variations in nursing care quality across hospitals. *Journal of Advanced Nursing* [Internet]. 2009 [consultado 17 Feb de 2019]; 65(11): 2299–310. Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.accedys2.bbt.ull.es/doi/full/10.1111/j.1365-2648.2009.05090.x>
33. Schubert M, Glass TR, Clarke SP, Schaffert-Witvliet B, De Geest S. Validation of the Basel Extent of Rationing of Nursing Care instrument. *Nurs Res* [Internet]. 2007 [consultado 17 Feb de 2019]; 56(6): 416–24. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/accedys2.bbt.ull.es/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=18004188&lang=es&site=ehost-live>
34. Jones TL, Hamilton P, Murry N. Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2015 [consultado 17 Feb de 2019]; 52(6):1121-37. Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.accedys2.bbt.ull.es/science/article/pii/S0020748915000589?via%3Dihub>
35. Ball JE, Murrells T, Rafferty AM, Morrow E, Griffiths P. 'Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Qual. & Safety* [Internet]. 2014 [consultado 17 Feb de 2019]; 23 (2): 116-25. Disponible en: <https://qualitysafety-bmj-com.accedys2.bbt.ull.es/content/23/2/116.long>
36. Kalisch BJ, Landstrom G, Williams RA Missed nursing care: errors of omission. *Nurs Outlook* [Internet]. 2009 [consultado 17 Feb de 2019]; 57(1) :3-9. Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.accedys2.bbt.ull.es/science/article/pii/S0029655408001462?via%3Dihub>
37. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee H, Friese CR. Hospital variation in missed nursing care. *Am J Med Qual* [Internet]. 2011 [consultado 17 Feb de 2019]; 26(4): 291-9.

- Disponible en:
<https://www-ncbi-nlm-nih-gov.accedys2.bbt.ull.es/pmc/articles/PMC3137698/>
38. Winsett RP, Rottet K, Schmitt A, Wathen E, Wilson D. Medical surgical nurses describe missed nursing care tasks- Evaluating our work environment. *Appl Nurs Res* [Internet]. 2016 [consultado 17 Feb de 2019]; 32: 128-133. Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.accedys2.bbt.ull.es/science/article/pii/S0897189716300283?via%3Dihub>
39. Maloney S, Fencil JL, Hardin SR, Is Nursing Care Missed? A Comparative Study of Three North Carolina Hospitals *Medsurg Nurs* [Internet]. 2015 [consultado 17 Feb de 2019]; 24 (4): 229-35. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com.accedys2.bbt.ull.es/ehost/detail/detail?vid=3&sid=b01b6e53-5e82-4f6c-9f71-fc3904737891%40pdc-v-sessmgr01&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#AN=26434035&d b=cmedm>
40. McMenamin PD, Peterson CM, McHugh M, Sochalski JA. Optimal nurse staffing to improve quality of care and patient outcomes [sede Web]. Silver Spring: ANA; 2015. [consultado 17 Feb de 2019]. Disponible en: [www.anamass.org › resmgr › docs › Nur...PDF](http://www.anamass.org/resmgr/docs/Nur...PDF)
41. Cho SH, Mark BA, Knafel G, Chang HE, Yoon HJ. Relationships Between Nurse Staffing and Patients' Experiences, and the Mediating Effects of Missed Nursing Care. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 2017 [consultado 17 Feb de 2019]; 49(3): 347-355. Disponible en: <https://sigmapubs-onlinelibrary-wiley-com.accedys2.bbt.ull.es/doi/full/10.1111/jnu.12292>
42. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee KH. Do staffing levels predict missed nursing care? *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2011 [consultado 17 Feb de 2019]; 23(3): 302-8. Disponible en: <https://academic.oup.com/intqhc/article/23/3/302/1792830>
43. Tschannen D, Kalisch BJ, Lee KH. Missed nursing care: the impact on intention to leave and turnover. *Can J Nurse Res* [Internet]. 2010 [consultado 17 Feb de 2019]; 42(4): 22-39. Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.accedys2.bbt.ull.es/doi/full/10.1111/jan.13849>

44. Drach-Zahavy A, Srulovici E. The personality profile of the accountable nurse and missed nursing care. *J Adv Nurs* [Internet]. 2019 [consultado 17 Feb de 2019]; 75(2): 368-379. Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.accedys2.bbt.ull.es/doi/full/10.1111/jan.13849>
45. Piscotty RJ Jr, Kalisch B. The relationship between electronic nursing care reminders and missed nursing care. *Comput Inform Nurs* [Internet]. 2014 [consultado 17 Feb de 2019]; 32(10): 475-81. Disponible en: [https://linkinghub-elsevier-com.accedys2.bbt.ull.es/retrieve/pii/S1553-7250\(12\)38021-5](https://linkinghub-elsevier-com.accedys2.bbt.ull.es/retrieve/pii/S1553-7250(12)38021-5)
46. Kalisch BJ, McLaughlin M, Dabney BW. Patient perceptios of missed nurisng care. *Jt Comm J Qual Patient Saf* [Internet]. 2012 [consultado 17 Feb de 2019]; 38(4): 161-7. Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.accedys2.bbt.ull.es/science/article/abs/pii/S1553725012380215?via%3Dihub>
47. Lake ET, Germack HD, Viscardi MK. Missed nursing care is linked to patient satisfaction: a cross-sectional study of US hospitals. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2016 Jul [consultado 17 Feb de 2019]; 25(7): 535-43. Disponible en: <https://qualitysafety-bmj-com.accedys2.bbt.ull.es/content/25/7/535.long>
48. 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 [consultado 17 Feb de 2019]; 20(4): 227–37. Disponible en: <http://search.ebscohost.com.accedys2.bbt.ull.es/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=18436556&lang=es&site=ehost-live>
49. Oflaz F, Vural H. The evaluation of nurses and nursing activities through the perceptions of inpatients. *Int Nurs Rev* [Internet]. 2010 Jun [consultado 17 Feb de 2019]; 57(2): 232–9. Disponible en: <http://search.ebscohost.com.accedys2.bbt.ull.es/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=20579159&lang=es&site=ehost-live>
50. Bruyneel L, Li B, Ausserhofer D, Lesaffre E, Dumitrescu I, Smith HL, et al. Organization of Hospital Nursing, Provision of Nursing Care, and Patient

Experiences With Care in Europe. *Med Care Res Rev* [Internet]. 2015 Dec [consultado 17 Feb de 2019]; 72(6): 643–64. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/accedys2.bbt.ull.es/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=26062612&lang=es&site=ehost-live>

51. Aiken LH, Sloane DM, Ball J, Bruyneel L, Rafferty AM, Griffiths P. Patient satisfaction with hospital and nurses in England: an observational study. *BMJ Open* [Internet]. 2018 Jan [consultado 17 Feb de 2019]; 8(1): 019189. Disponible en: <https://bmjopen-bmj-com.accedys2.bbt.ull.es/content/8/1/e019189.long>

9. ANEXOS

9.1 Anexo 1. OMICE

OMISIÓN DE CUIDADOS ENFERMEROS

(Encuesta sobre OMISIÓN DE CUIDADOS ENFERMEROS-OMICE)

Versión validada al Español (España) del instrumento MISSCARE

Survey de Beatrice J. Kalisch por O. Rey e IENFERCAN.

1.Nombre del Hospital en el que trabaja:

2. Carácter administrativo:

- 1) _____ Público
- 2) _____ Privado
- 3) _____ Concertado
- 4) _____ Otros (indíquelo):

3. Nombre de la unidad en la que trabaja: _____

4. Tipo de unidad teniendo en cuenta el tipo de pacientes que atiende:

- 1) _____ Especialidades médicas
- 2) _____ Especialidades quirúrgicas
- 3) _____ Especialidades tanto médicas como quirúrgicas
- 4) _____ Unidad Geriátrica
- 5) _____ Unidad de Cuidados Paliativos

6) _____ Unidad de Urgencias

7) _____ Otros (indíquelo):

5. Paso la mayor parte de mi jornada laboral en la misma unidad: _ sí_ no

6. Nivel educativo máximo alcanzado:

- 1) _____ Educación primaria o equivalente
- 2) _____ Educación secundaria
- 3) _____ Título técnico de grado medio
- 4) _____ Título técnico de grado superior
- 5) _____ Título universitario grado/diplomado.
- 6) _____ Máster
- 7) _____ Doctorado

7. Si usted es enfermero, ¿cuál es el título de mayor cualificación que ha obtenido?

- 1) _____ Diplomado en enfermería
- 2) _____ Grado en enfermería

3) _____ Máster o Postgrado en enfermería

4) _____ Máster o grado en una rama distinta a enfermería

5) _____ Doctor

8. Si usted es enfermero, ¿tiene alguna especialidad de enfermería? ___ no ___ sí (indíquela):

9. Si usted es auxiliar, ¿cuál es el título de mayor cualificación que ha obtenido?

1) _____ Título Técnico grado medio

2) _____ Título Técnico grado superior

3) _____ Grado en Enfermería

4) _____ Master o postgrado en enfermería

5) _____ Máster o grado en una rama distinta a enfermería

10. Sexo: _____ Mujer _____ Hombre

11. Edad: _____ años

12. Nombre del puesto/cargo:

1) _____ Enfermero (Diplomado/Grado).

2) _____ Auxiliar (Técnico en Cuidados de Enfermería).

3) _____ Coordinador de unidad o turno.

4) _____ Supervisor de enfermería

5) _____ Otro (indíquelo):

13. Situación laboral:

1) _____ Laboral: _____ temporal _____ fijo.

2) _____ Estatutario: _____ eventual _____ interino _____ con plaza.

3) _____ Funcionario.

4) _____ Otro (indíquelo):

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

1) _____ menos de 35 horas semanales

2) _____ entre 35 y 38 horas semanales

3) _____ entre 38 y 40 horas semanales

4) _____ más de 40 horas semanales

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

1) _____ Mañanas (turnos de 7 a 12 horas)

2) _____ Tardes (turnos de 7 a 12 horas)

3) _____ Noches (turnos de 7 a 12 horas)

4) _____ Turno rotatorio de mañanas, tardes o noches

5) _____ Turno rotatorio de diurnos/nocturnos

16. ¿Cuántas horas trabaja habitualmente por turno?

1) _____ Turno de 7 horas

2) _____ Turno de 8 horas

3) _____ Turno de 10 horas

4) _____ Turno de 12 horas

5) _____ Otro (indíquelo):

17. Experiencia laboral como enfermero y/o auxiliar:

1) _____ 6 meses o menos

2) _____ Entre 6 meses y 2 años

3) _____ Entre 2 y 5 años

4) _____ Entre 5 y 10 años

5) _____ Más de 10 años

18. Experiencia en el puesto de trabajo que ocupa en la actualidad:

1) _____ 6 meses o menos

2) _____ Entre 6 meses y 2 años

3) _____ Entre 2 y 5 años

4) _____ Entre 5 y 10 años

5) _____ Más de 10 años

19. En los últimos 3 meses, ¿cuántas horas extras ha trabajado?

1) _____ Ninguna

2) _____ 1-12 horas

3) _____ Más de 12 horas

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

1) _____ Ninguno

2) _____ 1 día o turno

3) _____ 2-3 días o turnos

4) _____ 4-6 días o turnos

5) _____ Más de 6 días o turnos

21. ¿Tiene previsto dejar su puesto actual?

1) _____ En los próximos 6 meses

2) _____ En el próximo año

3) _____ No tengo previsto dejarlo

4) _____ Dependerá del tipo de contrato

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

1) _____ El 100% del tiempo

2) _____ El 75% del tiempo

3) _____ El 50% del tiempo

4) _____ El 25% del tiempo

5) _____ El 0% del tiempo

23. ¿Con qué frecuencia opina que su carga personal de trabajo es excesiva

en relación al tipo de paciente y la dotación de personal?

- 1) _____ El 100% del tiempo
- 2) _____ El 75% del tiempo
- 3) _____ El 50% del tiempo
- 4) _____ El 25% del tiempo
- 5) _____ El 0% del tiempo

24. En el turno actual o en el último turno que trabajó, ¿cuántos pacientes ha atendido?

24-a. ¿Cuántos ingresos de pacientes ha atendido (incluidos los traslados a la unidad)? _____

24-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
25.¿Cuál es su grado de satisfacción con su puesto actual?					
26.Independientemente de su trabajo actual, ¿cuál es su grado de satisfacción como enfermero?					
27.¿Cuál es su grado de satisfacción con respecto al 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 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					
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					

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 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 se 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/as 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				

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!

Anexo 2. Guía de Entrevista de las percepciones del paciente sobre la atención de enfermería perdida

- Edad:
- Sexo:
- Número de días ingresad@:
- Nivel de estudios:

- ¿Siente que recibió todos los cuidados que necesitaba?
De no ser así, ¿que no se completó?
.....
.....

- Al comenzar el turno ¿Fue la enfermera por su habitación presentándose, preguntándole cómo se encontraba y explicándole que sucedería a lo largo del turno? ¿Y su auxiliar?
.....
.....

- ¿Lo movilizaron de la cama al sillón y se aseguraron de que caminaba?
.....
.....

- ¿Lo ayudaron a volver a la cama en caso de que precisara ayuda?
.....
.....

- ¿Se lavaron las manos?
.....
.....

- ¿Le tomaron temperatura, tensión arterial y pulso?
.....
.....

- ¿Le dieron su medicación cuando correspondía?

-
.....
- ¿Le dieron analgesia para el dolor cuando usted la solicitaba? ¿Cuánto tiempo estuvo esperando?

.....
.....

- ¿Acudieron para silenciar la alarma de su monitor? ¿Cuánto tiempo estuvo esperando?

.....
.....

- ¿Respondieron al timbre? ¿Cuánto tiempo estuvo esperando?

.....
.....

- ¿Comprobaron el estado de su vía venosa? ¿En qué consistía la comprobación?

.....
.....

- ¿Comprobaron la ausencia de rojeces u otras alteraciones en su piel? ¿Qué hacían?

.....
.....

- ¿Se aseguraron que usted se haya bañado y cepillado los dientes?

.....
.....

- ¿Le acercaron la bandeja de comida? ¿Le ayudaron a comer cuando era necesario?

.....
.....

- ¿Le explicaron tratamiento y procedimientos?

.....

.....
➤ ¿Le explicaron su patología o la cirugía a la que iba ser sometido?

.....
.....

➤ ¿Comprobaron cuánto comía, bebía y orinaba?

.....
.....

➤ ¿Lo escuchaban, teniendo en cuenta su punto de vista?

.....
.....

➤ ¿Le proporcionaron apoyo emocional cuando lo necesitaba?

.....
.....

➤ ¿Lo prepararon para usted poder llevar a cabo su propio cuidado de cara al alta?

.....
.....

➤ ¿Qué otras observaciones tiene al respecto sobre el cuidado de enfermería?

.....

➤ Marque con una X sólo una de las casillas para determinar su nivel de satisfacción con el cuidado de enfermería que le ha sido proporcionado durante su ingreso.

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho

Anexo 3. Solicitud de permiso a la Gerencia

Sr. Gerente del Hospital General de La Palma

Mi nombre es Arianna Beltrán, alumna de 4º de Enfermería en la Sede de La Palma de la Universidad de La Laguna.

Actualmente estoy llevando a cabo mi Trabajo de Fin de Grado. El objetivo de este proyecto es conocer la relación entre la omisión de cuidados de enfermería percibida por los profesionales, por los pacientes y la satisfacción de éstos últimos.

Para ello, requiero de su autorización para poder realizar la encuesta sobre omisión de cuidados a personal de Enfermería y Técnicos Auxiliares de todas las plantas de hospitalización y UCI, facilitarles el cuestionario a pacientes para conocer su percepción sobre los cuidados omitidos y su satisfacción con los cuidados de enfermería. Los datos obtenidos serán empleados integra y exclusivamente con el fin de esta investigación.

Todas son actividades de carácter voluntario y anónimas cumpliendo con la normativa de la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.

Gracias de antemano,

Atentamente
Arianna Beltrán López

Anexo 4. Consentimiento informado al paciente

Estimado usuario

Mi nombre es Arianna Beltrán, alumna de 4º de Enfermería en la Sede de La Palma de la Universidad de La Laguna.

Actualmente estoy llevando a cabo mi Trabajo de Fin de Grado. El objetivo de este proyecto es conocer la relación entre la omisión de cuidados de enfermería percibida por los profesionales, por los pacientes y la satisfacción de éstos últimos.

Usted, como usuario del sistema sanitario, se le propone participar en este estudio ya que para esta investigación es necesaria información sobre su experiencia durante la hospitalización con respecto a la atención de enfermería en diferentes ámbitos.

A continuación se le administrará un cuestionario para conocer su percepción sobre los cuidados de enfermería que usted cree que se han dejado de hacer mientras ha estado ingresado, cuyas respuestas puede responder de manera escrita y abiertamente, junto a una cuestión final donde valorará con una escala que oscila desde *Totalmente* hasta *nada satisfecho* su satisfacción global con el cuidado recibido por las enfermeras y auxiliares. Para ello, serán necesarios ciertos datos personales, que no tendrán divulgación ni uso más allá de los que precisa este estudio.

Sepa que su intervención es totalmente voluntaria y que en cualquier momento puede revocar su participación sin que esta tenga consecuencias y respetándose su decisión.

Yo he leído y comprendido la información proporcionada y por lo tanto doy mi autorización para intervenir voluntariamente en este estudio.

Fecha:

FIRMA DEL PARTICIPANTE

Yo revoco el consentimiento anteriormente prestado, por lo que a partir de ahora queda sin efecto.

Fecha:

FIRMA DEL PARTICIPANTE

Anexo 5. Explicación del cuestionario a profesionales

Estimad@ profesional

Mi nombre es Arianna Beltrán, alumna de 4º de Enfermería en la Sede de La Palma de la Universidad de La Laguna.

Actualmente estoy llevando a cabo mi Trabajo de Fin de Grado. El objetivo de este proyecto es conocer la relación entre la omisión de cuidados de enfermería percibida por los profesionales, por los pacientes y la satisfacción de éstos últimos.

En este estudio la intervención del personal de enfermería y técnicos auxiliares, es fundamental ya que son el colectivo que proporciona cuidados al paciente y son concededores de los cuidados que omiten en su quehacer diario y las razones que lo desencadenan.

Es por ello, que solicito su colaboración para contestar el cuestionario OMICE (Omisión de Cuidados de Enfermería). Consta de 3 apartados, donde primero deberá rellenar datos respecto a usted y su trabajo actual, a continuación, se encontrará con 28 aspectos de cuidado básico que deberá clasificar desde *Siempre* o hasta *Nunca se omite* marcando sólo una casilla, y por último, también deberá marcar sólo una casilla para hacer referencia a las causas por las que usted considera que se omite el cuidado en los 19 ítems que se le sugieren.

Es un cuestionario sencillo, cuya resolución no lleva más de 15 minutos. Aunque para cualquier aclaración que pudiese necesitar, no dude en ponerse en contacto conmigo a través del correo electrónico: ariannabeltran5597@gmail.com.

Gracias de antemano,

Atentamente
Arianna Beltrán López