



Universidad de Concepción
Dirección de Postgrado
Facultad de Enfermería -Programa de Magíster en Enfermería

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO MISSCARE PARA VALORACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA PERDIDO EN CHILE

POR LORENA MARIOLI SALDÍA ARTEAGA

Tesis para optar al grado de Magíster en Enfermería

Profesor Guía: Dra. Patricia Jara Concha
Facultad de Enfermería
Universidad de Concepción

Octubre, 2023
CONCEPCIÓN-CHILE

© 2023 Lorena Marioli Saldía Arteaga

© 2023 Lorena Marioli Saldía Arteaga

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento.

UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
DIRECCIÓN DE POSTGRADO

Esta tesis ha sido realizada en el Programa de Magíster en Enfermería de la Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción.

Profesor Guía: _____

Dra. Patricia Jara Concha
Profesor Titular
Universidad de Concepción

Ha sido aprobada por la siguiente comisión evaluadora:

Dra. Sandra Valenzuela Suazo
Profesor Titular
Universidad de Concepción

Dra. Carmen Luz Muñoz Mendoza
Profesor Titular
Universidad del Bio Bio

Directora Programa Magíster:

Dra. Patricia Cid Henríquez
Profesor Titular
Universidad de Concepción

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, por entregarme serenidad y ayudarme a avanzar en los momentos difíciles de este último período.

A mi padre, quien fue mi principal fuente de apoyo, siempre con una palabra de aliento cuando más lo necesitaba. Fuiste y seguirás siendo un ejemplo de perseverancia y amor incondicional, incluso ahora que ya no estás con nosotros.

A mi madre quien es fortaleza e inspiración diaria, nos has demostrado como seguir adelante y luchar por lo que uno quiere.

A mi esposo e hija, son mi fortaleza y alegría, incluso en los días más grises.

Agradezco muy particularmente a mis docentes guías Dra. Patricia Jara Concha y Dra. Jualia Huaiquian Silva, que me acompañaron y guiaron durante todo este proceso, siendo pilares fundamentales para poder seguir adelante.

A Profesora María José Medina, quien estuvo guiando mi trabajo desde el área de la estadística, con paciencia y claridad.

Agradezco a todas las personas que de muchas formas me apoyaron en esta etapa, en la Facultad de Enfermería, a mi directora y colegas de departamento Adulto y Adulto mayor, así como familiares y amigas. Muy especialmente a mi Tía que nos dejó muy recientemente, tu alegría y fortaleza siempre me acompañará.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

I) RESUMEN/ABSTRACT: _____	12
II) INTRODUCCIÓN _____	14
III) MARCO REFERENCIAL: _____	22
1. Marco Conceptual _____	22
2. Marco teórico: Modelo del cuidado perdido de Enfermería _____	26
3. Marco empírico _____	32
IV) OBJETIVOS _____	43
1. Objetivo General _____	43
2. Objetivos Específicos _____	43
V) METODOLOGIA _____	44
1. Tipo de estudio y diseño _____	44
2. PRIMERA FASE: Adaptación cultural _____	44
3. Marco Muestral _____	45
4. Procedimiento y/o Técnicas de recolección de información _____	46
5. Procesamiento y análisis de los datos: _____	47
VI) RESULTADOS _____	52
1. PRIMERA FASE: Traducción y adaptación cultural _____	52
2. SEGUNDA FASE: Validación instrumento (Pruebas psicométricas) _____	62
VII) DISCUSIÓN _____	90
VIII) CONCLUSIONES _____	99
IX) REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____	101
X) ANEXOS _____	109
1. ANEXO I: AUTORIZACIÓN UTILIZACIÓN INSTRUMENTO DRA. KALISCH _____	109
2. ANEXO II: INSTRUMENTO MISSCARE (ORIGINAL INGLÉS) _____	110
3. ANEXO III: Versión MC_ENG_ESP_1 _____	116
4. ANEXO IV: Versión MC_ENG_ESP_2 _____	122
5. ANEXO V: Versión consensuada MC_ENG_ESP_A _____	128
6. ANEXO VI: Versión MC_ENG_ESP_1 _____	134
7. ANEXO VII: Versión MC_ESP_ENG_2 _____	140
8. ANEXO VIII: Versión consensuada MC_ESP_ENG_A _____	146

9.	ANEXO IX: Carta de Consentimiento informado _____	152
10.	ANEXO X: Versión tentativa MC_V1 _____	156
11.	ANEXO XI: Versión tentativa MC_V2 _____	167
12.	ANEXO XII: Aprobación VRID UdeC CEBB 724-2020 _____	178
13.	ANEXO XII: Aprobación CEC-SSC 20-12-63 _____	180

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Informe de dudas planteadas por los traductores y propuestas de solución dadas por el equipo investigador en la traducción del cuestionario “MISSCARE Survey” de inglés al español.	53
Tabla 2: Perfiles de los integrantes del Grupo Experto empleado en la Fase V.	57
Tabla 3: Perfil integrantes segundo grupo expertos.	60
Tabla 4: Distribución de categorías profesionales de los participantes en la aplicación de instrumento.	62
Tabla 5: Distribución de Grado más alto obtenido por participantes en la aplicación de instrumento.	63
Tabla 6: Distribución de Unidades en la que trabajan los participantes en la aplicación de instrumento.	63
Tabla 7: Distribución de la situación laboral de los participantes en la aplicación de instrumento.	64
Tabla 8: Distribución de las horas trabajadas por semana de los participantes en la aplicación de instrumento.	65
Tabla 9: Distribución del tipo de turno de los participantes en la aplicación de instrumento.	65
Tabla 10: Distribución de la experiencia laboral de los participantes en la aplicación de instrumento.	66
Tabla 11: Distribución de la experiencia en su actual puesto de los participantes en la aplicación de instrumento.	66
Tabla 12: Resumen de las características sociodemográficas de los participantes en la aplicación de instrumento.	67

Tabla 13: Distribución de las respuestas a los ítems de la Sección A ordenados por porcentajes acumulados de respuestas “Ocasionalmente omitidos” al “Siempre omitidos” de los participantes en la aplicación de instrumento.....	69
Tabla 14: Distribución de las respuestas a los ítems de la Sección B ordenados por porcentajes acumulados de respuestas “Significativa razón” y “Moderada razón” de los participantes en la aplicación de instrumento.	70
Tabla 15: Correspondencias de los ítems de la Sección A de MISSCARE y MC_V2.....	73
Tabla 16: Matriz de componentes rotados de la Sección A del instrumento tentativo MC_V2.....	75
Tabla 17: Estructura dimensional de la sección A de MC_V2 en su correspondencia con MISSCARE y la obtenida según las respuestas a los ítems dadas en la muestra de validación.....	76
Tabla 18. Resumen de las correspondencias de los ítems de la Sección B de MISSCARE y MC_V2.	78
Tabla 19: Matriz de componentes rotados de la Sección B de los participantes en la muestra de validación.....	79
Tabla 20: Estructura dimensional de la sección B de MC_V2 en su correspondencia con MISSCARE y la obtenida según las respuestas a los ítems dadas en la muestra de validación.....	80
Tabla 21: Prueba de consistencia interna de la Sección A del instrumento tentativo MC_V2 si se eliminara alguno de los ítems que componen la Sección.....	81
Tabla 22: Consistencia interna de la Sección B del instrumento tentativo MC_V2 si se eliminan los ítems que lo conforman.	82
Tabla 23: Fiabilidad de la Sección A del instrumento tentativo MC_V2 según diferentes índices de concordancia entre las respuestas dadas a los 27 ítems	

de esta sección en la primera y segunda rondas de su administración a los
participantes en la muestra de validación. 85

Tabla 24: Prueba de Fiabilidad (kappa ponderada) entre las respuestas de la
primera y segunda ronda de la Sección B de los participantes en la muestra
de validación..... 87

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Figura 1: Modelo del cuidado Perdido de enfermería _____	26
Figura 2: Modelo del cuidado perdido de enfermería _____	28
Figura 3: Esquema del proceso de traducción y retro-traducción del MISSCARE. _____	56
Figura 4: Esquema de la Fase V del proceso de traducción y adaptación cultural de MISSCARE. _____	59
Figura 5: Esquema del proceso de traducción y adaptación cultural de MISSCARE (2° parte). _____	61

I) RESUMEN:

Introducción: El cuidado de enfermería perdido es un evento adverso que amenaza la seguridad y calidad de la atención en salud. Los profesionales de enfermería son responsables de otorgar cuidados que garanticen la seguridad del paciente, por lo que es vital identificar omisiones en la atención. **Objetivo:** Validar el instrumento de cuidado perdido de enfermería (MISSCARE), para ser utilizado en contexto chileno. **Metodología:** el estudio se realizó en 2 fases: 1° Adaptación instrumento: adaptación sociolingüística MISSCARE a través de traducción y retrotraducción, seguido por evaluación de profesionales de enfermería con manejo de idioma inglés y validación de contenido, consistirá en la revisión, adecuación cultural y contenido, por expertos del área. 2° Validación del instrumento: se aplicó el instrumento traducido a versión chilena a 249 profesionales de enfermería de instituciones de salud hospitalarias de la comuna de Concepción. Validez de constructo se determinó a través de análisis factorial confirmatorio y confiabilidad mediante consistencia interna (alfa de Cronbach), correlación ítem-total y test-retest. **Resultados:** en el proceso de adaptación cultural se lograron consensos por sobre el 90% en cada una de sus versiones, verificando la validez aparente y de contenido del instrumento. El análisis factorial confirmatorio para las 4 dimensiones de la sección A obtuvo como resultado KMO de 0,946, mientras que para la sección B fue de 0,915, demostrando que la versión chilena del instrumento se ajusta a la estructura propuesta en instrumento original. La consistencia interna fue adecuada, con un valor de 0,90 para ambas secciones. Con estos resultados se demuestra que MISSCARE en su versión adaptada conserva sus propiedades psicométricas. **Conclusiones:** el instrumento MISSCARE es una herramienta confiable y válida para medir el cuidado perdido en instituciones hospitalarias.

PALABRAS CLAVES: Cuidado de enfermería, seguridad del paciente, estudio de validación, Reproducibilidad de los Resultados.

ABSTRACT

Introduction: Missed nursing care is an adverse event that threatens the safety and quality of health care. Nursing professionals are responsible for providing care that guarantees patient safety, so it is vital to identify omissions in care. **Objective:** Validate the lost nursing care instrument (MISSCARE), to be used in the Chilean context. **Methodology:** the study was carried out in 2 phases: 1st Instrument adaptation: MISSCARE sociolinguistic adaptation through translation and back translation, followed by evaluation of nursing professionals with English language skills and content validation, which will consist of review, cultural adaptation and content, by experts in the area. 2nd Validation of the instrument: the instrument translated into the Chilean version was applied to 249 nursing professionals from hospital health institutions in the commune of Concepción. Construct validity was determined through confirmatory factor analysis and reliability through internal consistency (Cronbach's alpha), item-total correlation and test-retest. **Results:** in the process of cultural adaptation, consensus of over 90% was achieved in each of its versions, verifying the apparent and content validity of the instrument. The confirmatory factor analysis for the 4 dimensions of section A obtained a KMO result of 0.946, while for section B it was 0.915, demonstrating that the Chilean version of the instrument adjusts to the structure proposed in the original instrument. Internal consistency was adequate, with a value of 0.90 for both sections. These results demonstrate that MISSCARE in its adapted version retains its psychometric

properties. **Conclusions:** the MISSCARE instrument is a reliable and valid tool to measure missed care in hospital institutions.

Keywords: Nursing Care, Patient Safety, Validation Study, Reproducibility of Results

II) INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es un elemento de gran interés en las últimas décadas por constituir un eslabón necesario para alcanzar calidad en salud, es por esta razón que en 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) emprendió la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente y en abril de 2005 la Comisión Europea adoptó la Declaración de Luxemburgo sobre la seguridad de los pacientes, en la que se reconoció el acceso a una asistencia sanitaria de calidad como derecho humano fundamental¹.

Existen diversos estudios que refieren que los sistemas de salud están expuestos a errores, por lo que el riesgo de eventos adversos es alto, presentado en el 3,7-16,6% de todos los ingresos hospitalarios. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada año decenas de millones de pacientes mueren o sufren injurias invalidantes a consecuencia de la atención de salud insegura. Para graficar esta situación la OMS refiere que de un total de 16.000 millones de inyecciones administradas en el mundo con fines terapéuticos entre un 40 y 70 % se administra de forma insegura. Como resultado de esta mala praxis cada año mueren 1,3 millones de personas y se pierden aproximadamente 26 millones de años de vida, principalmente por el contagio con virus de hepatitis B, C y VIH^{2,3}.

Esta alarmante situación ha generado que los diferentes organismos internacionales y nacionales formulen estrategias para mantener los estándares de calidad al interior de los establecimientos de salud. En relación con estas estrategias el Ministerio de Salud en Chile basándose en la reforma de salud del año 2004 ha promovido un sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales con propósito de lograr un mejoramiento continuo de la calidad y seguridad en los procesos de atención en salud⁴.

De lo anterior se desprende el concepto de seguridad del paciente que corresponde a la *“reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable* con el objetivo de evitar eventos adversos que pongan en riesgo la vida de los usuarios. Para cumplir con los estándares del Sistema Nacional de Acreditación de Prestadores Institucionales, los establecimientos de salud

chilenos deben disponer de un sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a la atención en el que se realice revisión de las prácticas frente a los eventos producidos, y se apliquen intervenciones preventivas de demostrada efectividad^{5,6}. Actualmente, es conocido que uno de los factores determinantes del éxito de las medidas para mejorar la seguridad del paciente radica en el buen trabajo en equipo de los profesionales de la salud y la buena comunicación que puede haber entre ellos y con sus pacientes⁶.

En relación con el factor humano al interior de las instituciones de salud, a nivel mundial los profesionales de enfermería representan la mayor fuerza de trabajo asociada al cuidado de la salud. Por tanto, el equipo de enfermería exhibe el mayor involucramiento en los procesos de atención sanitaria, lo que hace que estos profesionales por la cercanía con los pacientes tengan un rol crucial en la seguridad y calidad de su atención y además sean agentes claves en la prevención de eventos adversos⁷.

En Chile, a partir del año 1997 la sociedad les ha concedido a los profesionales de enfermería entre otros roles “la gestión del cuidado”, siendo el reglamento de los servicios de salud (2005) y la norma técnica administrativa N°19 (2007) los que otorgan las directrices para las Unidades de Gestión del Cuidado en la atención cerrada. De esta forma el(a) enfermero (a) chileno(a) posee una responsabilidad ética, social y legal con la gestión del cuidado que lo obliga a asumir el compromiso y la responsabilidad de garantizar la continuidad y calidad de los cuidados brindados⁸.

El cuidado de enfermería es un concepto amplio, se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él. El concepto de cuidado ha sido definido por diversas teóricas de enfermería, es así como Watson determina que el cuidado y la enfermería han existido en todas las sociedades, transmitiéndose mediante la cultura de la profesión como forma de enfrentamiento con el entorno, definiendo así el término de cuidado como “los factores representados que utilizan las enfermeras para ofrecer cuidados de salud a los pacientes”, es así como la enfermera percibe los sentimientos del otro y reconoce su condición de persona única⁹.

Leininger en cambio en torno a su teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales define cuidado como " la esencia y el fenómeno central de la enfermería y que debe ser valorizado en todas las áreas de su ámbito profesional". La universalidad de estos cuidados revela la naturaleza común de la humanidad y los seres humanos, en cambio la diversidad de los cuidados pone de manifiesto las características únicas y variabilidad de los seres humanos¹⁰.

La conceptualización del cuidado se ha representado en diversas dimensiones, de ello es que Swanson en su teoría de los cuidados propone cinco cuidados básicos donde incluye: conocimientos, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias, definiendo así cuidado como "una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal", caracterizado por la actitud filosófica de la enfermera, la comprensión, las acciones terapéuticas, los mensajes verbales y no verbales y las consecuencias de los cuidados¹⁰.

Proporcionar cuidados por los profesionales de enfermería permite establecer una conexión personal con el sujeto de cuidado, donde es fundamental no sólo tener conocimientos teórico - prácticos, sino también contar con competencias relacionales como comprensión, empatía, preocupación y el compromiso de promover el bienestar. Se puede concluir así que el cuidado es un acto que incluye el abordaje integral de la persona para garantizar que este sea de calidad, sin embargo, esto constituye un gran desafío para los profesionales de enfermería en la actualidad ^{11,12}.

Báez (2009), realizó un estudio cualitativo, con el propósito de comprender cómo el profesional de enfermería construye el significado de cuidado en su práctica. El estudio concluyó que para los(a) enfermeros(as) existen seis categorías que forman el significado de cuidado: factores, implicaciones, contribuciones, aplicaciones, creencias y actitudes, con ello se determina que el cuidado de enfermería envuelve y comparte la experiencia humana a través de una relación transpersonal y de respeto¹³.

La calidad de los cuidados que prestan los profesionales sanitarios en cualquier ámbito de salud, están determinadas por numerosas variables e íntimamente ligadas

a los niveles de seguridad de la atención que se presta. Una revisión sistemática llevada a cabo en el año 2007 por The Agency for Healthcare Research and Quality de Estados Unidos, puso de manifiesto que una mayor dotación de enfermeros se asoció con menores tasas de mortalidad relacionada con la hospitalización, una disminución en los tiempos de atención a las urgencias vitales y paros cardiacos, así como con una menor incidencia de neumonías adquiridas en el hospital y la aparición de otros eventos adversos. Esta revisión concluye que el aumento de personal de enfermería, y más concretamente, de enfermeros titulados dedicados a la atención directa del paciente, se relaciona con un menor riesgo de muerte y una estancia media más corta, encontrando una mayor asociación en unidades de cuidados intensivos y unidades quirúrgicas¹⁴.

Con el fin de garantizar que los cuidados prestados sean de calidad y garanticen así la seguridad del paciente, es que se deben identificar y conocer los factores que intervienen para disminuir las brechas existentes, de esta forma se pueden evitar errores que puedan generar daño a los pacientes. Los errores en la atención prestada a los pacientes son hechos que aún ocurren en la atención de salud con regularidad. El tiempo que se prolonga en la hospitalización de los pacientes, muchas veces está ligado a errores en la atención brindada como son: infecciones, lesiones por presión, caídas, etc. Estos errores alteran la seguridad del paciente y las causas por las que muchas veces se puede ver comprometida, produciendo efectos adversos¹⁴.

Por lo tanto, la seguridad en la atención es un concepto que se determina unificador hacia la cultura de calidad, dado que conduce al desarrollo de la disciplina de enfermería, exige a los profesionales evaluar en forma sistemática los cuidados, permitiendo así posicionar el rol de profesional de enfermería como parte importante del equipo de salud. Son pocos los estudios encontrados que abordan un elemento crucial en la calidad de los cuidados y que esté íntimamente relacionado con la seguridad y la calidad de la asistencia prestada, y se trata de la omisión o no prestación de cuidados¹⁶. Los incidentes que se generen derivados de la atención por ejemplo administrar una dosis incorrecta de medicamento a un paciente se denomina error de comisión (por los errores que se cometen) y aquellos

procedimientos que durante la práctica no se realizan de acuerdo a las demandas del paciente, por ejemplo, ayudar en la alimentación, se denominan errores de omisión (aspecto que se omite o que es retrasado en forma parcial o total). Esta definición llevó a enunciar el 2006 por primera vez lo que corresponde al concepto de cuidado perdido de enfermería por Kalisch, donde por medio de un estudio cualitativo aplicado a 173 profesionales de enfermería pretendía identificar la omisión de los cuidados en las diversas intervenciones de enfermería en el ámbito hospitalario, siendo así el inicio del planteamiento de esta teoría, ya que determinó en ella que hay muchas intervenciones omitidas, frecuentemente por razones de escasez de personal, falta de tiempo, deficiente trabajo en equipo, entre otros¹⁶.

Con el fin de evaluar el impacto de los cuidados perdidos Kalisch en el 2009 valida un instrumento de medición de estos, denominado MISSCARE, que en su estudio de validación determina que el 70% de los cuidados perdidos incluían intervenciones de enfermería y planificación de estos cuidados¹⁶.

Los profesionales de enfermería son responsables de la calidad de los cuidados que brindan, por lo que es imperante identificar las omisiones en la atención y tomar las medidas pertinentes que involucren la reestructuración de los servicios prestados que puedan contribuir a resolver el problema del cuidado perdido¹⁷.

Con el fin de poder resolver problemas derivados del cuidado y en torno a las tendencias del mundo actual y la globalización, es que en el campo de salud se requiere el desarrollar instrumentos que evalúen de forma sistemática los cuidados prestados, con la finalidad de garantizar y optimizar los servicios, y disminuir el riesgo de omisión en ellos. Una de estas herramientas son los registros clínicos de enfermería, instrumento fundamental que debe orientarse a documentar de forma permanente los cuidados de enfermería, basados estos en un marco ético-legal, que deben ser considerados un indicador para la calidad del cuidado^{18,19}.

Torres et al. realizaron un estudio donde elaboraron un instrumento de evaluación de la calidad de los registros clínicos de enfermería, obteniendo dentro de sus resultados que la comunicación entre unidades y equipos de atención en el momento del cambio de turno podría no incluir toda la información esencial, o bien podría darse una interpretación incorrecta de ésta; estas brechas en la

comunicación pueden provocar graves interrupciones en la continuidad de la atención, un tratamiento inadecuado e incluso daño potencial para el paciente²⁰.

No sólo la dotación de enfermeros determina la calidad y niveles de seguridad de la atención prestada, sino que numerosos autores han establecido una estrecha relación entre las variables habitualmente ligadas al puesto de trabajo, como pueden ser el tipo de turno realizado, alta rotación y la realización de horas extras, las cargas de trabajo, el nivel de satisfacción, la gestión del liderazgo, la estructura de la organización, la dinámica de trabajo, los problemas de comunicación con el equipo, el nivel de formación académica o el grado de especialización, con las tasas de incidencias de eventos adversos, el aumento de las estancias medias o índices más elevados de mortalidad relacionadas con la hospitalización^{21,22}.

Se hace necesario, por tanto, conocer las características de los ambientes de trabajo de los enfermeros y como éstas pueden afectar a la calidad y seguridad de los cuidados. Sin embargo, esto no debe hacerse con un simple análisis de estancias medias y de número de eventos adversos que puedan aparecer, sino que es imprescindible saber si estos elementos están afectando a los cuidados enfermeros básicos, que son también determinantes y constituyen eslabones necesarios para una atención eficiente, segura y de calidad²³.

Reconociendo la importancia universal de la calidad del entorno de la práctica enfermera, el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) ha hecho un llamado para la creación de entornos favorables para la práctica que promueva la excelencia en el cuidado, atraer y retener a los enfermeros, alcanzando a beneficiar positivamente a ambos obteniendo resultados positivos con los pacientes y mejorando la satisfacción de los enfermeros²⁴.

A partir del análisis de los antecedentes reportados y en sintonía con las estrategias de salud del país, dirigidas a mejorar la seguridad en la atención de salud es que surgió la necesidad de contar con un instrumento que lograra cuantificar la dimensión de los cuidados de enfermería perdidos toda vez que los(as) enfermeros(as) constituyen la mayor fuerza de trabajo al interior de los

establecimientos de salud de manera tal que los errores por omisión que ellos cometan tendrán un impacto de proporciones en la seguridad de los pacientes y por tanto en los gastos de salud.

Es a partir de esa reflexión que surgió la siguiente pregunta de investigación:

¿El instrumento MISSCARE es válido para medir el cuidado de enfermería perdido en Chile?

III) MARCO REFERENCIAL:

1. Marco Conceptual

A continuación, se presentan una serie de conceptos claves para el desarrollo del estudio, estos están relacionados con la calidad y la seguridad de la atención, así como variables implicadas en el cuidado perdido.

Calidad y seguridad de la atención en salud

La seguridad del paciente es definida por la OMS como la reducción de riesgos y daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable; el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se presta la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro. La atención sanitaria involucra riesgos para el paciente, aunque el personal de salud presta el cuidado para promover la salud y el bienestar, pueden surgir situaciones que afecten de manera negativa a este y, en consecuencia, producirle una lesión temporal o permanente e incluso la muerte¹⁴.

La preocupación por mejorar la calidad de la atención al paciente y sus componentes fundamentales como la seguridad son algunos de los desafíos que enfrentan los profesionales de enfermería en todo el mundo. Según la OMS "la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso". En el año 2009, ésta misma institución, define calidad como: "el grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones aumentan la probabilidad de lograr los resultados sanitarios deseados y son coherentes con los conocimientos profesionales del momento"¹⁴.

Donabedian, reconocido a nivel mundial por sus trabajos centrados en la mejora de la calidad asistencial, la define como "el tipo de atención que se espera que va a

maximizar el bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención"; agrega además cuatro componentes de la calidad dentro de los que se encuentran el manejo técnico de la salud y enfermedad, la relación interpersonal entre proveedores de la atención y de estos con los usuarios, los principios éticos que regulan la atención en salud, y la importancia del costo en calidad¹⁹.

A nivel mundial se han reportado errores de los profesionales de la salud y esto involucra el cuidado que brinda enfermería, señalado como: "una atención negligente, de mala práctica, cuidado deshumanizado, poco ético en el cumplimiento de sus deberes, entre otros aspectos". Se ha identificado que los errores reportados pueden ser resultado de un acto de comisión como aquellos que ejecuta el profesional de enfermería al proporcionar el cuidado, por ejemplo, administrar un medicamento incorrecto, o por un acto de omisión, o sea, aquel cuidado que se deja de realizar, como no administrar el medicamento; ambas situaciones pueden conducir a un resultado adverso²⁴.

Estos eventos adversos (EA) son definidos por el Ministerio de Salud de Chile como, "aquella situación o acontecimiento inesperado, en relación con la atención sanitaria recibida por un paciente que tiene, o puede tener consecuencias negativas para el mismo, y que no tiene relación con el curso natural de la enfermedad". La OMS refiere que los eventos adversos corresponden a un "incidente" que provoca daño en el paciente y un *incidente* corresponde a un "evento o circunstancia que podría haber ocasionado u ocasionó un daño innecesario a un paciente". Ellos pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, a la demora del alta, prolongación del tiempo de estancia y al incremento de los costos de la atención"²⁴.

Estos eventos son un fallo en la atención en salud que podemos referir como una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos

(falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. En general las fallas en la atención son por definición no intencionales.

Tal como se menciona, y estimando que estos errores en la atención pueden estar asociados a errores, estos pueden ser por comisión y/o de omisión. Los errores de omisión son más difíciles de reconocer que los errores de comisión, pero es probable que los primeros representen un problema mayor; es decir, se ha documentado en la literatura que hay muchos más casos en los que la provisión de cuidados o intervenciones diversas para el diagnóstico, tratamiento o bien, enfocadas a la prevención, hubieran mejorado la atención, en lugar de casos en los que la atención que necesitaba el paciente no fue proporcionada adecuadamente²⁰.

En relación con el cuidado, el cuidado perdido de enfermería se considera un error de omisión; debido a las consecuencias que estos generan en la seguridad y salud de los pacientes. Este cuidado se refiere a cualquier aspecto del cuidado de enfermería requerido, que es omitido en parte, en su totalidad o se retrasa significativamente, por ejemplo, las intervenciones de enfermería como: cambios de posición, deambulacion, alimentación, higiene, plan de alta, educación al paciente, lavado bucal, control de ingresos y egresos, entre otros²¹.

Se han realizado investigaciones para identificar los elementos y razones por las cuales el cuidado de enfermería se omite, retrasa o pierde; como respuesta a la necesidad de comprender el fenómeno y los mecanismos que vinculan al personal de enfermería con los resultados en materia de calidad y seguridad.

Los factores que se relacionan con el cuidado de enfermería perdido son todos aquellos elementos, que generan que el cuidado de enfermería no se realice o se omita, dentro de los cuales se identifican aspectos relacionados con los recursos humanos de enfermería, materiales y de comunicación. Entre los recursos humanos de enfermería se encuentran, la cantidad inadecuada del personal de enfermería y de apoyo, situaciones de urgencia de los pacientes, incremento inesperado en el volumen de pacientes. Entre los recursos materiales se encuentran, los medicamentos/equipos o insumos que no están disponibles o no funcionan cuando

se necesitan. Los aspectos relacionados con la comunicación corresponden a la entrega inadecuada del turno anterior o del departamento que transfirió al paciente, falta de comunicación con los departamentos de apoyo, con el equipo de enfermería y con el personal médico²¹.

Este cuidado perdido, y tal como se evidencia en la teoría de Kalisch enuncia que existen factores vinculados a la estructura que se han asociado con el cuidado perdido, entre ellos se incluyen los relacionados con el recurso humano, comunicación y recurso material. Respecto al recurso humano, las características laborales, que se refieren a las características de trabajo del personal de enfermería relacionado con el turno, nivel de formación, categoría, experiencia laboral, servicio asignado y antigüedad en el servicio, son aspectos relevantes y desempeñan un papel primordial en la evolución de los pacientes puesto que han sido vinculados con varias complicaciones del paciente y a eventos adversos. De ellos podemos definir como²¹:

1. **Turno:** se refiere a la jornada laboral que realiza, esta puede ser diurno o cuarto turno.
2. **Nivel de formación:** corresponde a la educación formal obtenida por el personal de enfermería (licenciado, postgrado, magister, doctorado).
3. **Categoría:** se refiere al puesto designado por la institución a cada enfermera de atención clínica.
4. **Experiencia laboral:** número de años que tiene el profesional de enfermería ejerciendo la profesión.
5. **Servicio asignado:** se refiere al servicio en que el profesional ha sido designado para desarrollar su labor.
6. **Antigüedad en el servicio:** número de años que tiene el profesional de enfermería en el servicio en que actualmente trabaja.

2. Marco teórico: Modelo del cuidado perdido de Enfermería

El marco teórico se basa en el Modelo del Cuidado perdido de Enfermería de Kalisch, definido en el 2006, donde examina tres conceptos ya definidos previamente por Donabedian en su Modelo de Calidad en 1966, estructura, proceso y resultado. La estructura se refiere a las características del hospital y las características de la unidad de atención de paciente y las individuales del personal de enfermería. El proceso se refiere a la atención en general, es en esta área donde se puede originar la pérdida u omisión de la atención de enfermería y el resultado se refiere a los efectos directos de la atención en los pacientes como caídas, infecciones, úlceras por presión, etc. Dentro del modelo se incluye también la satisfacción del personal con la posición actual y su ocupación, que se refiere a género, título de trabajo, de educación y adecuación de la dotación de personal¹⁵. Este modelo se esquematiza en la figura 1:

Figura 1: Modelo del cuidado Perdido de enfermería

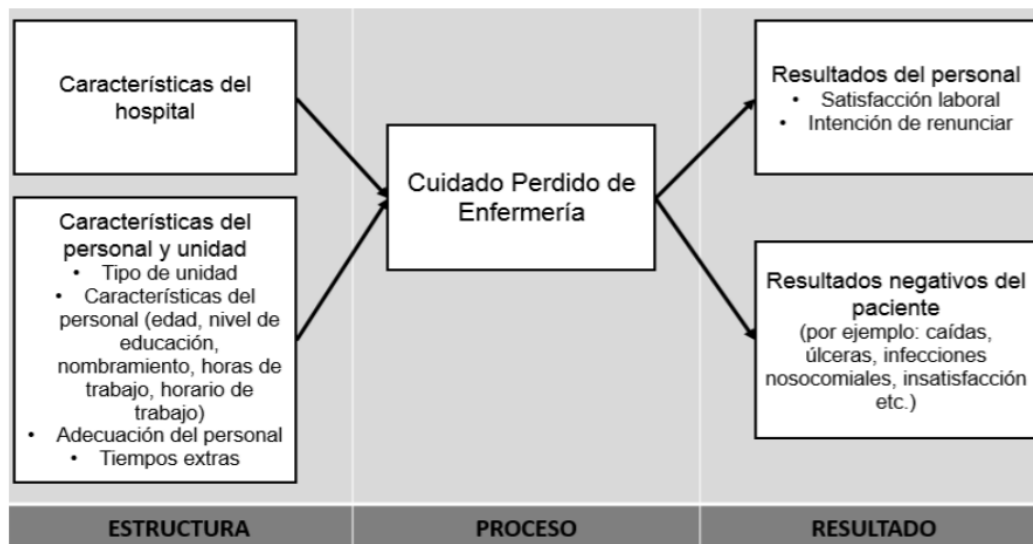


Figura 1. Modelo del Cuidado Perdido de Enfermería. Kalisch BJ, Landstrom G, Hinshaw AS. Missed nursing care: A concept analysis. 2009. PubMed 19456994

El cuidado perdido de enfermería por lo anteriormente expuesto es un fenómeno universal que puede amenazar la seguridad del paciente en todos los países y culturas. La definición del concepto y su modelo inicial pueden utilizarse para desarrollar intervenciones de enfermería que permitan contrarrestar los resultados negativos de dichas omisiones o evitar que se produzcan¹⁵.

En éste modelo presentado por Kalisch se proponen nueve áreas del cuidado de enfermería que frecuentemente se observan omisiones del personal y se pueden traducir en acciones perdidas del cuidado de enfermería: cambio postural, alimentación, deambulaci3n, educaci3n al paciente, apoyo emocional, planificaci3n al alta, higiene, valoraci3n y evaluaci3n de cuidados, vigilancia, control de ingresos y egresos. Al evaluar los factores que se pudieran relacionar con el cuidado perdido, el personal de enfermería refiere la deficiente asignaci3n de personal requerido, delegaci3n ineficaz, deficiente trabajo en equipo, h3bitos y negativa a realizar los cuidados¹⁶.

ATRIBUTOS DEL MODELO DE CUIDADO PERDIDO DE ENFERMERÍA

El modelo presenta cinco categorías de atributo:

1. Antecedentes en el entorno de la atenci3n que facilitan o inhiben la pr3ctica de enfermería.
2. Elementos del Proceso de Enfermería.
3. Percepciones internas y procesos de decisi3n.
4. Atenci3n que se proporciona como estaba previsto y el cuidado que se retrasa o se omite.
5. Resultados del paciente.

Tal como se había expuesto anteriormente el Modelo de Kalisch retoma las etapas del Modelo de Calidad de Donabedian que eran estructura, proceso y resultado. De acuerdo a esto Kalisch enuncia que en la *estructura* se sitúan los

factores externos, es decir en el contexto del medio ambiente del cuidado y que influyen en el personal para decidir los cuidados que serán proporcionados, en estos se incluyen la demanda de la atención de los pacientes, distribución de recursos laborales, material, relaciones, y comunicación. El *proceso* corresponde a los procesos internos de enfermería entre los que se encuentran las normas de grupo y del equipo, los hábitos, los valores, la prioridad en la toma de decisiones y las creencias personales. En la etapa del proceso encontramos diversos cuidados de enfermería que si se omiten estamos frente a un cuidado perdido de enfermería. Finalmente, en la etapa de *resultado* encontraremos la satisfacción del personal y los resultados de los pacientes¹⁶. La figura 2 muestra las etapas del modelo y su relación con el Proceso de Enfermería:

Figura 2: Modelo del cuidado perdido de enfermería.

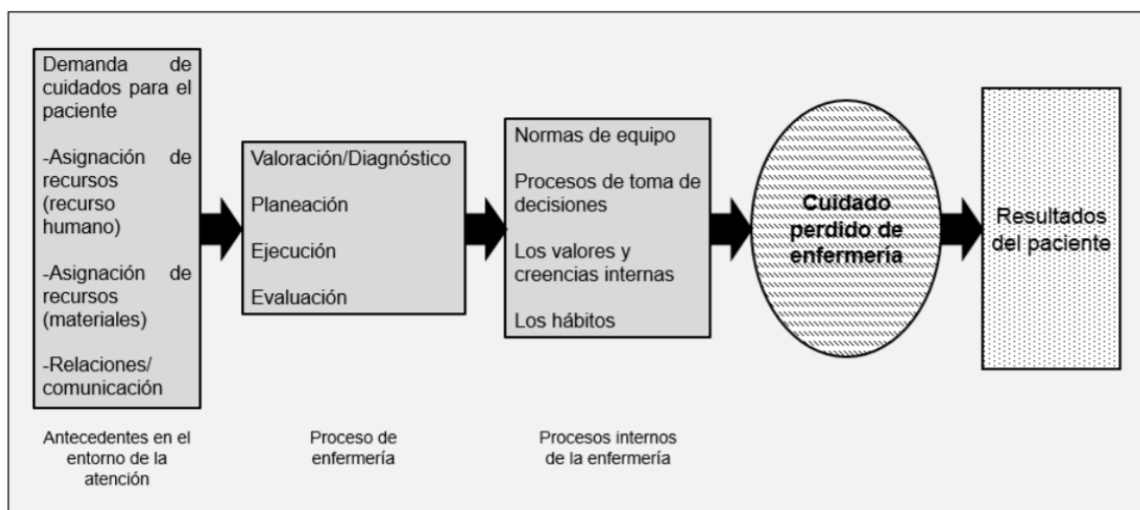


Figura 2. Modelo del Cuidado Perdido de Enfermería. Kalisch BJ, Landstrom G, Hinshaw AS. Missed nursing care: A concept analysis. 2009. PubMed 19456994

ELEMENTOS DEL CUIDADO PERDIDO DE ENFERMERÍA

La atención de los pacientes es una de las funciones prioritarias en enfermería, incluyendo aspectos físicos, sociales, psicológicos y espirituales, estos aspectos

engloban la protección y la restauración de la salud, así como la prevención, todo esto permite brindar un cuidado de calidad a los usuarios con lo cual se puede evidenciar el nivel de satisfacción de la atención recibida²¹. El concepto que Kalisch refiere es que los cuidados de enfermería son acciones tomadas bajo importantes decisiones que se incorporan en cuatro dimensiones: I. necesidades individuales; II. cuidado básico; III. cuidado con evaluaciones continuas y IV. planificación al alta-educación. Dimensiones que se ven influenciadas por el proceso de enfermería, seguido por los procesos internos que afectan la decisión final de retrasar u omitir la atención. Se puede observar muchas veces que al no presentar ningún efecto perjudicial aparente o no ser advertido por otros funcionarios es común que decidan retrasar u omitir ese cuidado, convirtiéndose así en un hábito que se puede arraigar por el personal de enfermería quienes así no tomarán decisiones conscientes al omitir el cuidado.

FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL CUIDADO PERDIDO DE ENFERMERÍA

Los factores que menciona Kalisch como intervinientes en el cuidado perdido de enfermería y que generan un impacto en la atención corresponden a:

- La comunicación del equipo interdisciplinario.
- Los recursos humanos disponibles.
- El recurso material disponible.

INSTRUMENTO VALORACIÓN CUIDADO PERDIDO EN ENFERMERÍA

Los autores que han analizado el concepto de omisión de los cuidados de enfermería sugieren que este fenómeno puede influir negativamente en el resultado del paciente, poniendo en riesgo la seguridad del paciente.¹⁶ Por ello, el contar con un instrumento que estudie las percepciones del personal sobre la omisión de los cuidados y las razones de tal omisión es esencial.

Así nace el instrumento MISSCARE para medir la omisión de los cuidados de enfermería y para analizar sus causas. El instrumento se desarrolló y validó en los Estados Unidos con una muestra de 1.098 profesionales de enfermería, y consiste

en varios ítems que comprenden 24 elementos de atención básica de enfermería en la parte A y 17 razones de la omisión de los cuidados en la parte B¹⁶.

El instrumento está compuesto por 64 reactivos divididos en tres secciones. La primera sección integra datos demográficos y laborales del personal de enfermería, con un total de 23 preguntas, de la uno a la 17 las respuestas son de opción múltiple, de 18 a la 20 las respuestas son abiertas, de la 21 a la 23 miden la satisfacción del personal de enfermería con el trabajo, ¿Qué tan satisfecho se encuentra en su puesto actual?; Independientemente de su trabajo actual, ¿qué tan satisfecho está usted con ser enfermero (a)? y ¿Qué tan satisfecho está usted con el trabajo en equipo en esta unidad?; el rango de respuestas para estos tres reactivos se compone por una escala tipo Likert que va de mayor a menor, 5 muy satisfecho, 4 Satisfecho, 3 Neutral, 2 Insatisfecho y 1 Muy Insatisfecho. El puntaje mínimo para estos tres reactivos es de tres y el máximo de 15, refiriendo que a mayor puntaje mayor satisfacción del personal de enfermería. La segunda sección llamada “Sección A Cuidado de Enfermería Perdido”, se refiere a todos aquellos elementos del cuidado de enfermería que se proporcionan al paciente, lo cual se divide en cuatro dimensiones. La primera dimensión corresponde a las intervenciones de necesidades individuales integrada por siete preguntas que corresponde a la 5, 10, 19, 20, 21, 22 y 23 ($\alpha=.82$), la segunda dimensión corresponde a la planificación del alta y educación del paciente compuesta por dos preguntas, correspondientes a la 9 y 14 ($\alpha=.64$), la tercera dimensión corresponde a las intervenciones de cuidado básico compuesto por siete preguntas que corresponden a la 1, 2, 3, 4, 11, 12 y 24 ($\alpha=.75$) por último, la cuarta dimensión corresponde a las intervenciones de cuidados con evaluaciones continuas integrado por ocho preguntas correspondientes a la 6, 7, 8, 13, 15, 16, 17 y 18 ($\alpha=.86$). La escala total comprende 24 preguntas ($\alpha=.89$). Esta sección, integrada de la pregunta uno a la 24, se compone por una escala tipo Likert con un rango de respuesta que va de mayor a menor: 5 siempre, 4 frecuentemente, 3 de vez en cuando, 2 rara vez, 1 nunca y 0 no aplica. La opción “no aplica” se incluyó para todas aquellas preguntas de cuidados de enfermería que no se realizan en turnos de noche, tales como la

alimentación del paciente, deambulaci3n, entre otros. De acuerdo a la autora las opciones de respuesta se transforman a una escala dicot3mica, las opciones 5 y 4 se consideran cuidado realizado, mientras que las opciones 3, 2 y 1 se consideran cuidado perdido¹⁶.

La tercera secci3n llamada "Secci3n B, Razones para que se presente el Cuidado de Enfermería Perdido", se refiere a todos aquellos factores por los cuales se pierden los cuidados de enfermería, como n3mero insuficiente de personal, situaciones de urgencia de pacientes, aumento de pacientes, entre otros. Esta secci3n se divide en tres dimensiones, correspondientes a los factores del recurso humano compuesto de cuatro preguntas que corresponden a la 1, 2, 3 y 4 ($\alpha=.69$), los factores correspondientes a los recursos materiales est3n compuesto por tres preguntas correspondientes a la 6, 9 y 10 ($\alpha=.71$), los factores correspondientes con la comunicaci3n est3n compuesta de diez preguntas que corresponden a la 5, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16 y 17 ($\alpha=.86$). La escala total comprende 17 preguntas ($\alpha=.86$). El rango de respuestas est3 compuesto por una escala tipo Likert de cuatro puntos que va de mayor a menor, donde 4 significa raz3n significativa, 3 raz3n moderada, 2 raz3n menor y 1 no es una raz3n. El puntaje m3nimo de esta secci3n es de 17 y el m3ximo de 68, donde a mayor puntaje es causa significativa de cuidado de enfermería perdido¹⁶.

Este instrumento que mide aspectos particulares de cuidado perdido respondi3 a pruebas psicom3tricas que le dieron la validez y confiabilidad para poder utilizarlo dentro del contexto donde fue elaborado. Las claras consecuencias que estos hallazgos tienen en relaci3n con la calidad de los cuidados y su gesti3n han contribuido a la r3pida expansi3n del concepto y de la validaci3n de 3ste instrumentos en varios idiomas como el portugu3s, turco e island3s.

3. Marco empírico

Respecto a la información actual existente sobre cuidado perdido en enfermería, se realizó revisión bibliográfica en distintas bases de datos, como Web of Science, PubMed, BVS, SciELO, usando los descriptores de estudios de validación, investigación en enfermería, cuidado de enfermería, seguridad del paciente.

A continuación, se realizó un análisis de toda la documentación encontrada, destacando artículos para esta investigación que estén relacionados con la temática, en la descripción de cada uno de ellos se muestran los hallazgos en relación con el cuidado de enfermería perdido y los factores asociados con la pérdida de este cuidado. La mayoría de las investigaciones son a nivel internacional y se orientan principalmente al cuidado perdido en pacientes con caídas, úlceras por presión, pacientes oncológicos, pediátricos y la diferencia que se da en cuidado perdido entre instituciones públicas y privadas, sumado a los riesgos a los que están sometidos por la falta de cuidado, y cómo afecta esto la calidad de vida y su salud, por otra parte otros estudios se enfocan en las condiciones laborales que presentan el personal de salud que conlleva a que se produzca el cuidado perdido^{23,25,26}.

La creadora de la teoría de cuidado perdido realizó un estudio cualitativo con el propósito de determinar qué tipos de cuidado de enfermería regularmente se omiten, así como los motivos y razones para que sucediera, expresado desde el punto de vista del personal de enfermería. Dicho estudio fue realizado en unidades médico quirúrgicas y cuidados intensivos de dos hospitales del norte de EEUU, con una muestra integrada por 107 enfermeros registrados y 51 auxiliares de enfermería divididos en 25 grupos, donde se encontró que son nueve los tipos de cuidado de enfermería regularmente perdido: deambulación, cambio de posición, alimentación tardía o no realizada, educación al paciente, plan de alta, apoyo emocional, higiene, balance hídrico y vigilancia¹⁵.

Otro estudio realizado en ocho hospitales suizos de cuidado crítico con el fin de determinar la asociación entre disminución de la atención de enfermería y algunos resultados seleccionados. Utilizándose un muestreo por conveniencia, tanto de enfermeras como pacientes, se demostró que la media de reportes de cuidados de enfermería perdidos fue de 0.82 (+ 0.26), esto indica que era posible realizar tareas específicas de enfermería. Las enfermeras en su mayoría reportaron además que todos los eventos adversos se habían presentado al menos alguna vez en el año, tales como las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) con un 93%, caídas 89% y con un 82% úlceras por presión²⁶.

Esta misma autora realizó un estudio para comparar la percepción del personal de enfermeras registradas y enfermeras asistentes de los cuidados de enfermería perdidos y las razones por las que se pierde este cuidado en el año 2009. El estudio estuvo conformado por dos grupos, en el grupo uno se recolectó datos mediante una encuesta, y en el grupo dos se formaron grupos para entrevistarlos de acuerdo con los resultados obtenidos. Se encontró una media de 1.71 (\pm 0.34) de respuestas de cuidados de enfermería perdidos en el grupo profesional y una media 1.49 (\pm 0.37) en el grupo no profesional. Las percepciones del cuidado perdido fueron similares entre ambos grupos¹⁶.

En el mismo año, la Dra. Kalish, en Michigan (EEUU) quiso evaluar por qué se pierden los cuidados de enfermería, y que cuidados son los que se pierden, por medio de un estudio descriptivo. La muestra estuvo constituida por 1,189 enfermeros en tres hospitales. De los resultados se destacó que la valoración del paciente se pierde en un 44%, pero que otras como las intervenciones individuales básicas y de planificación se pierden en un porcentaje mayor al 70%. En torno a cuáles son las causas de por qué se da el cuidado perdido se encuentran los recursos humanos con un 85%, recursos materiales con un 56% y la comunicación con un 38%, concluyendo así que debido al alto número de omisiones existe riesgo en la atención prestada a los pacientes hospitalizados²¹.

En el año 2011, otros dos estudios realizados por la misma autora de Teoría cuidado perdido, en 10 hospitales del medio oeste de EEUU, el primero de ellos con una muestra de 4.086 enfermeros buscaba conocer cuáles eran los cuidados perdidos y las razones por las que se omiten. Los resultados arrojaron que la deambulaci3n programada (tres veces/día) fue el elemento referido más frecuente del cuidado de enfermería perdido (32.7%), seguido de la educaci3n al paciente (31.8%). Dentro de los factores asociados a la omisi3n del cuidado se evidenci3 que recurso humano insuficiente fue raz3n para el cuidado perdido en un 93.1%, seguido por causa de recursos materiales en un 89.6% y 81.7% por aspectos relacionados con la comunicaci3n²⁷. En el segundo estudio los investigadores por medio de un estudio transversal - descriptivo con el objetivo examinar la relaci3n entre los niveles y tipo de personal de enfermería y la atenci3n de enfermería perdida. Ésta muestra fue algo mayor que la anterior, constituyéndola 4.288 enfermeros con cuidados directos al paciente. El puntaje promedio de la atenci3n de enfermería perdida para las unidades participantes fue de 1.55 (SD \pm 0.19). Se encontr3 una correlaci3n negativa entre la atenci3n perdida y dos de las variables de personal: HPPD (tiempo total empleado por personal en la unidad por día de paciente) y RN HPPD (cantidad de horas productivas trabajadas por enfermeras en atenci3n de paciente). Cuanto más alto sea el HPPD ($r = -0.32$, $P < 0.01$) y el RN HPPD ($r = -0.27$, $P < 0.01$), más bajos ser3n los niveles de atenci3n perdida. Así también el ausentismo se relacion3 significativamente con la atenci3n perdida, un mayor ausentismo se asoci3 con una mayor atenci3n perdida ($r = 0.26$, $P < 0.01$). Con los resultados obtenidos se sugiere que los cuidados de enfermería perdidos pueden explicar, al menos en parte, la relaci3n entre la dotaci3n de personal y resultados de los pacientes. Destaca además la importancia de contar con niveles adecuados de personal de enfermería para garantizar que los pacientes reciban la atenci3n de enfermería necesaria de manera constante²⁸.

En Inglaterra, investigadores quisieron por medio de un estudio transversal en 46 hospitales agudos ($n=2.917$) determinar el origen y prevalencia de la atenci3n omitida por las enfermeras, además de correlacionar el número de atenciones

omitidas con los niveles de dotación de personal de enfermería. Con sus resultados mostraron que la mayoría de las enfermeras (86%) informaron que una o más actividades asistenciales se dejaron de hacer debido a la falta de tiempo en su último turno. Dentro de los cuidados que se dejaron de hacer con frecuencia fueron: apoyo emocional (66%), educación de pacientes (52%), desarrollo o actualización de la planificación de cuidados (47%) y vigilancia (35%). El número de pacientes por enfermera estaba asociado significativamente con la incidencia de la atención perdida ($p < 0.001$)²⁹.

El año 2013, 488 hospitales europeos participaron en el estudio RN4CAST, donde se entrevistó a 33.659 enfermeras profesionales en los 12 países europeos compuesto por: Bélgica, Inglaterra, Finlandia, Alemania, Grecia, Irlanda, Países Bajos, Noruega, Polonia, España, Suecia y Suiza. Dentro de las respuestas que más revierte importancia es la atención de enfermería que se dejó sin hacer presentó una variación del 9% o el 10% (tratamientos - procedimientos y manejo del dolor) hasta un 53% referido a confort / hablar con pacientes. Otras actividades de atención de enfermería que las enfermeras profesionales comúnmente informaron que dejaron de realizar incluyen: desarrollo o actualización de planes de atención de enfermería (42%), educación de pacientes y familias (41%), "higiene bucal" (34%) y vigilancia adecuada del paciente (27%). Al evaluar los resultados, según las evaluaciones de riesgo inmediato y las preocupaciones generales por el bienestar de sus pacientes, las enfermeras al parecer toman decisiones importantes con respecto a qué actividades de atención de enfermería omitir, ya que los aspectos relacionados con las necesidades físicas inmediatas de los pacientes, por ejemplo, la vigilancia del paciente, la administración oportuna de medicamentos y la provisión de otras actividades que les permiten a los pacientes moverse con seguridad a través del sistema, tuvieron una menor prevalencia de omisión, recibiendo así las mayores prioridades. En cambio, las actividades que consumen mucho tiempo, o actividades para las que es difícil calcular el tiempo requerido, como hablar con los pacientes, educar a los pacientes y sus familias o funciones de planificación se omitieron con más frecuencia y parecen recibir las prioridades más bajas. Además, se demostró que los hospitales con ambientes de trabajo

favorables se relacionan con un menor cuidado omitido ($\beta = -2,19$, $p < 0,0001$), así también a menor número de personal de enfermería que proporciona cuidado directo mayor cuidado omitido ($\beta = 2,18$, $p < 0,0001$)³⁰.

Otros investigadores, en el año 2014 en EE. UU., realizaron una encuesta a 230 enfermeras neonatales quienes informaron haber perdido una serie de actividades de atención al paciente en su último turno trabajado, dentro de ellas se encontraban el cuidado bucal de los bebés ventilados, la educación y la participación de los padres en el cuidado y la alimentación oral. La higiene de las manos, la seguridad y evaluación física, así como la administración de medicamentos se omitieron con menos frecuencia. Al igual que en otros estudios, la atención de enfermería perdida es significativa y los motivos incluyen interrupciones, situaciones urgentes del paciente y aumentos en el volumen de pacientes³¹.

En México, el año 2015 se realizó un estudio descriptivo, correlacional, la población estuvo conformada por personal de enfermería ($n = 160$) y pacientes adultos hospitalizados en servicios de cirugía general y medicina interna. Los resultados del estudio arrojaron que las intervenciones que más se cumplen corresponden a cuidados con evaluaciones continuas con una media de 94,56 (DE= 11,10) y donde más se pierde u omite el cuidado de enfermería correspondió a las intervenciones de cuidado básico, con una media de 80,82 (DE= 19,40). Al consultar a los pacientes ellos mencionaron como principal factor relacionado con el cuidado perdido la escasez de personal (18,1 %), seguido por personal con falta de experiencia (13,8 %) y falta de organización y trabajo en equipo (7,5 %). En menor proporción, señalaron aspectos como la falta de comunicación del personal de un turno a otro (6,3 %) y la actitud del personal (5 %), entre otros. Al analizar los elementos del cuidado perdido para cada una de las dimensiones, en las intervenciones de necesidades individuales, el personal señaló una mayor proporción de cuidado perdido u omitido en el siguiente orden: el apoyo emocional al paciente o la familia (21,3 %), asistir a las visitas de evaluación del cuidado interdisciplinario (14,7 %) y los medicamentos administrados dentro de los 30 minutos antes o después de la

hora programada (11,1 %). En la planificación del alta y educación al paciente, el cuidado perdido se percibió en un 5,7 % en educación al paciente acerca de la enfermedad, las pruebas y los estudios de diagnóstico y 10,8 % en cuanto al plan del alta del paciente y educación. En las intervenciones de cuidado básico, el mayor cuidado perdido se encontró en la asistencia en la deambulaci3n tres veces al d3a o seg3n la indicaci3n (42,0 %), seguida de la alimentaci3n del paciente cuando la comida est3 caliente (30,2 %) y la asistencia en el cuidado de la boca (21,3 %). Finalmente, en las intervenciones de cuidados con evaluaciones continuas, el principal cuidado perdido u omitido correspondi3 a las evaluaciones y reevaluaciones de pacientes por turno y por condici3n de salud, con el 13,5 y el 12,8 % respectivamente³².

El a3o 2016, se public3 un estudio transversal de 2006 a 2008 con datos de encuestas de enfermeras pedi3tricas en 223 hospitales de 4 estados en EE. UU., arroja resultados sobre 3 aspectos importantes de la atenci3n perdida en pediatria: qu3 se pierde, con qu3 frecuencia y por qu3. Las actividades m3s com3nmente perdidas fueron la planificaci3n del cuidado, el consuelo y la ense3anza. En general, el 15% de las enfermeras omiti3 la planificaci3n del alta, un n3mero que aument3 al 20% en entornos pobres. La falta de ense3anza y la preparaci3n para el alta pueden aumentar las readmisiones costosas e innecesarias. Evidencia adem3s que las enfermeras pierden ciertos tipos de atenci3n con m3s frecuencia, como la comodidad y otras con poca frecuencia, como el manejo del dolor, explicando que muchas veces las enfermeras toman decisiones cl3nicas basadas en jerarqu3as de atenci3n. Las enfermeras priorizan las preocupaciones cl3nicas inminentes antes de brindar ense3anza y apoyo interpersonal. Este estudio al comparar con otras investigaciones en pacientes adultos encontr3 que menos enfermeras pedi3tricas faltan a la atenci3n (el 53% de las enfermeras pedi3tricas frente al 73% de las enfermeras adultas), aunque el patr3n de actividades perdidas es similar³³.

En Nairobi (Kenia), durante los a3os 2017 – 2018, se realiz3 un estudio transversal que utiliz3 m3todos de observaci3n directa para describir la atenci3n de enfermer3a

neonatal esencial que se brinda a los recién nacidos ($n=216$). Incluyendo datos como frecuencia de las tareas realizadas y un índice de atención de enfermería (NCI). Las tareas de enfermería completadas con mayor frecuencia fueron: entrega de turno (97%), cambio de pañales (96%). En cambio, con porcentaje más bajo se encontró revisión de enfermería de recién nacidos (38%) y la evaluación de bebés en fototerapia (15%). El índice de atención de enfermería (NCI) promedio fue del 60% (IC del 95%). Al evaluar la proporción de pacientes según recinto se observa que el sector privado tenía una proporción mediana de 3 con un máximo de 7 bebés por enfermera. Por el contrario, en el sector público, la proporción media fue de 19 bebés y un máximo de 25 bebés por enfermera. Se determinó que a una proporción ≥ 12 bebés por enfermera se asociaron con una reducción de 24 puntos en el NCI medio en comparación con las proporciones de ≤ 3 bebés por enfermera. Éste estudio concluye que es esencial determinar la proporción de pacientes/enfermera, dado que es primordial garantizar la prestación de los aspectos esenciales de la atención de enfermería como parte de la mejora de la calidad y la seguridad³⁴.

Investigadores en Corea, en el año 2017, realizaron un estudio transversal ($n=186$) en un hospital de Corea del Sur, exploraron la influencia del entorno de trabajo de las enfermeras y la cultura de seguridad del paciente en el hospital en casos de atención de enfermería perdida. La atención de enfermería perdida se correlacionó con la carrera clínica, el entorno laboral y la cultura de seguridad del paciente, es decir son factores que influyen en la atención de enfermería perdida, ya que se evidenció asociaciones negativas significativas entre la atención de enfermería perdida y el entorno laboral de enfermería ($r = -.43, p < .001$), cultura de seguridad del paciente ($r = -.37, p < .001$), o carrera clínica ($r = -.16, p = .049$). Además, hubo una correlación negativa significativa entre la atención de enfermería perdida y todas las subescalas del entorno de trabajo de enfermería. Al analizar las causas de la atención de enfermería perdida los encuestados respondieron: "inicio repentino de situaciones de emergencia clínica" representó el 74.5% de las respuestas, seguido por "factores humanos individuales como la competencia laboral inapropiada" con 8.7% y personal auxiliar insuficiente con

7.1%. Los investigadores concluyen que la atención de enfermería perdida puede controlarse manteniendo el personal y los recursos adecuados y desarrollando las capacidades de las jefaturas de enfermería, junto con un liderazgo efectivo y una cultura de seguridad dentro de las unidades, ya que el cuidado perdido en enfermería no es resultado del trabajo individual, sino una calidad organizativa de la enfermería afectada por factores del entorno laboral de enfermería³⁵.

El año 2018, investigadores determinaron evaluar la diferencia en la incidencia y tipos de percepción de cuidado perdido en la atención entre unidades de oncología. La muestra estuvo conformada por 580 funcionarios de 6 unidades para pacientes hospitalizados, a los cuales se les entregó instrumento MISSCARE. De los resultados obtenidos destaca que dentro de los elementos percibidos en la atención de enfermería perdida fueron la ambulancia, visita cada 2 horas y asistencia en el momento que lo solicita. La unidad con menor puntaje fue la hematológica (0.26), seguida de unidades quirúrgicas (0.24) y por último unidades médicas ($p = 0.017$). Los hallazgos del estudio refieren que la atención perdida percibida en un centro oncológico es similar a la de otros centros hospitalarios evaluados en estudios previos³⁶.

Desde un inicio con la definición de los cuidados omitidos por Kalisch, es que se ha observado una creciente necesidad de contar con un instrumento que pueda medir la omisión de estos cuidados y los factores determinantes como causa. A continuación, se presentan estudios de validación de instrumento MISSCARE en diferentes países que sustentan su utilidad y aplicabilidad.

El año 2012, autores realizan la traducción y pruebas psicométricas de instrumento MISSCARE en Islandia, con una muestra de 864 participantes. En ella realizaron fases según lo propuesto para estudios de validación con: traducción, revisión de la traducción, traducción inversa, prueba piloto, recolección de datos y pruebas psicométricas. De ello destacó un coeficiente de correlación de Pearson de la

prueba en su parte A de 0.782 ($p < 0.001$) y 0.530 ($p < 0.05$) para la parte B, además de una confiabilidad con alfa de Cronbach para la parte B general y las subescalas que varió de 0.795-0.894. En el análisis factorial confirmatorio para la parte B se indicó un buen ajuste del modelo a los tres factores: comunicación, Recursos materiales y recursos laborales³⁷.

En Turquía, con el fin de evaluar utilidad de instrumento MISSCARE, para su aplicación en el estudio del cuidado perdido, es que se realizó un estudio de validación con una muestra de 436 participantes, siguiendo al igual en primer lugar pasos para adaptación cultural (traducción, retrotraducción, revisión), para posterior evaluación de pruebas psicométricas, donde incluyeron: correlaciones de Pearson para test – retest (48 sujetos), además de análisis factorial exploratorio y confirmatorio, con ANOVA para comparar grupos. Las comparaciones entre Estados Unidos y Turquía sobre los elementos de atención perdida y las razones de la atención perdida se completaron utilizando chi-cuadrado, ANOVA de una vía y prueba t de muestra independiente. Obteniendo buena aceptabilidad, validez de contenido y validez de grupo contrastante. La fiabilidad de test – retest fue aceptable, y para la parte B, (razones para la atención perdida) la validez de constructo y las pruebas de consistencia interna revelaron los mismos tres factores o subescalas que la versión en inglés: recursos laborales, recursos materiales y comunicación³⁸.

En Italia, pretendían evaluar el cuidado perdido en población infantil, por lo que el año desarrollan y validan el instrumento MISSCARE en población pediátrica, con enfermeras registradas ($n=48$). El estudio se desarrolló en cuatro fases: (a) análisis de las encuestas existentes y la construcción de los ítems; (b) contenido y validez nominal; (c) análisis de confiabilidad (aceptabilidad para facilidad de uso, alfa de Cronbach para la consistencia interna y test-retest para medir la estabilidad); y (d) validez de constructo (análisis factorial exploratorio). El instrumento en su nueva versión (Ped.) mostró buenas propiedades de validez e identificó las actividades de atención de enfermería perdida en entornos pediátricos³⁹.

Durante el mismo año en Italia, se realizó también un estudio de validación del instrumento MISSCARE para población adulta, en él los investigadores validaron la versión italiana del instrumento MISSCARE, además de medir la prevalencia de intervenciones perdidas y las razones de la atención perdida según lo percibido por las enfermeras clínicas que trabajan en entornos de atención italianos. Utilizando metodología con traducción y retrotraducción, desarrollaron posterior prepiloto y prueba piloto, con el fin de garantizar la validez de contenido, así como la equivalencia semántica y conceptual de la versión italiana con la versión original. La validez de constructo se evaluó por medio de análisis factorial exploratorio y la consistencia interna del instrumento, con un alfa de cronbach (0.94). Los resultados obtenidos determinaron que la versión italiana del instrumento MISSCARE demostró tener buenas propiedades psicométricas. Por lo tanto, se puede utilizar para evaluar el fenómeno de atención de enfermería perdida en Italia y permitirá comparaciones internacionales⁴⁰.

En Latinoamérica, en el año 2017 también validaron el instrumento MISSCARE, para evaluar la omisión de cuidados de enfermería. Con una muestra de 330 profesionales de enfermería, se realizó traducción y validación transcultural, siendo nombrado MISSCARE-BRASIL. Durante la validación de MISSCARE - BRASIL, se agregaron cuatro elementos de atención que no estaban contenidos en la versión original de MISSCARE, tales como: aspiración de vías aéreas, uso de medidas de prevención para pacientes con riesgo de caídas, sentar al paciente fuera de la cama; hidratar al paciente (cuando requiera), suministrando líquidos por vía oral o por catéter. Además, se agregaron 11 razones para la omisión de la atención de enfermería identificada por los profesionales de enfermería que no se incluyeron en el MISSCARE original como el alto número de enfermeras con poca experiencia profesional y la falta de preparación de las enfermeras para dirigir, supervisar y realizar el trabajo en equipo⁴¹.

Con los resultados analizados se puede determinar que la atención de enfermería perdida, o los errores de omisión, es una preocupación mundial, ya que la necesidad

de contar con medidas confiables y válidas para medir el cuidado de enfermería, la cual se ve respaldada por el hecho de que el cuidado de enfermería hace una contribución sustancial a la calidad del cuidado del paciente y, por lo tanto, a la seguridad del paciente. Así mismo se evidenció que el instrumento MISSCARE ha probado ser confiable y válido en varios países, lo que aumenta su valor y lo hace conveniente para medir la atención de enfermería perdida; siendo así un trabajo que puede seguir en desarrollo, por lo que nuevos estudios determinarán la aplicabilidad y fortaleza del instrumento.

IV) OBJETIVOS

1. *Objetivo General*

1. Validar el instrumento de cuidado perdido de enfermería (MISSCARE), para ser utilizado en contexto chileno.

2. *Objetivos Específicos*

1. Realizar adaptación transcultural de instrumento MISSCARE al contexto chileno para medir cuidado de enfermería perdido.
2. Describir las características sociodemográficas y laborales de los participantes del estudio.
3. Determinar la validez de contenido de instrumento MISSCARE para medir cuidado de enfermería perdido.
4. Determinar validez de constructo del instrumento MISSCARE al contexto chileno para medir cuidado de enfermería perdido.
5. Evaluar la confiabilidad por consistencia interna del instrumento MISSCARE al contexto chileno para medir cuidado de enfermería perdido.

V) METODOLOGIA

1. *Tipo de estudio y diseño*

Éste corresponde a un estudio descriptivo, transversal, con enfoque cuantitativo metodológico, desarrollado en dos fases:

2. **PRIMERA FASE: Adaptación cultural**

Selección de las escalas: Para el desarrollo de este estudio se solicitó autorización de la autora original del Instrumento MISSCARE, Beatrice Kalisch, mediante la firma de un acuerdo de recepción y uso de instrumento (anexo 1).

Traducción de instrumento: se realiza traducción directa e inversa de instrumento por profesionales de enfermería bilingües. La traducción directa es aquella que se realiza del idioma original al idioma de aplicación⁴². Este paso se ejecutó por profesionales de enfermería bilingües con trayectoria académica y/o asistencial. La traducción inversa o retrotraducción, realizó por enfermera bilingüe que conocía del tema pero que no estaba familiarizada con la escala. Luego se contrastó con la versión original en inglés para hacer los últimos ajustes.

Pruebas preliminares para realizar ajustes de ítems y su utilidad. Una vez que se realizó consenso de ambas traducciones, la versión traducida se probó con una muestra de 10 profesionales de la enfermería expertos de la academia y/o asistencia con el objetivo de que respondieran la herramienta y luego al investigador que los entrevistó para explorar lo que entendieron sobre cada elemento, pidiéndoles que valoraran de forma global el instrumento de forma cuantificada en un primer momento para después, aportar si procede, los aspectos más positivos, las limitaciones y las recomendaciones que consideren necesarias. Se analizaron las respuestas de los voluntarios y el borrador se ajustó para asegurar así la legibilidad a través de un lenguaje sencillo. En la revisión por expertos del instrumento y propuesta de cambios para la versión adaptada a población chilena, el criterio es que cada ítem presentara un grado de aprobación mayor a 3 (referente a una puntuación de 1 a 5, donde 1: menor adecuación, 5: mayor adecuación). Se

esperarían valores de media >3.5 y valoraciones altas (4 – 5) $>80\%$ y/o desviación típica <0.90 . Todas estas pruebas forman parte de la adaptación cultural de los instrumentos, cuyo idioma original es el inglés⁴⁴.

3. Marco Muestral

Población corresponde a profesionales de enfermería que trabajan en servicios clínicos de Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción. La población es de aproximadamente 470 enfermeras/os en total.

Unidad de Análisis: Enfermera/o perteneciente a centro de atención hospitalario de la comuna de Concepción.

Diseño Muestral: se realizó un muestreo al azar estratificado por servicios, de manera de procurar obtener el máximo de representatividad de acuerdo con la composición porcentual de cada uno de los estratos.

Criterio inclusión: profesionales de enfermería con una relación de empleo con el centro seleccionado, asignados a sus diversas unidades, y que trabajen en el sector durante al menos 6 meses.

Criterios Exclusión: profesionales que se encontraban de vacaciones, con licencia médica o que rechacen participar en estudio.

Cálculo de tamaño de muestra:

Se realizó en razón los análisis previstos según los objetivos específicos. Para los estudios metodológicos se sugiere calcular la muestra de acuerdo con el número de ítems de la escala o instrumento en que, para escalas de veinte ítems, el tamaño de la muestra esté entre cinco y veinte participantes por cada ítem que hace parte de la escala, es decir, entre 100 y 400 participantes. Si el número de participantes

a calcular para una escala de menos de diez ítems es inferior a 100 sujetos, lo recomendado es conformar la muestra con diez participantes por cada 10 ítems⁴³. En el presente estudio, se tomó por cada ítem del instrumento a 5 profesionales debido a los objetivos del estudio de determinar la validez y confiabilidad, ya que estas mediciones requieren de un número de participantes suficientes y adecuados que aseguren cálculos más confiables. Con ello la muestra sería de 205 participantes, ya que se tomó como base los 41 ítem del instrumento en su parte A (24 elementos de atención básica de enfermería) y B (17 razones de la omisión de los cuidados en la parte). La población total encuestada finalmente fue de 249 participantes.

4. Procedimiento y/o Técnicas de recolección de información

El MISSCARE es un instrumento tipo cuestionario autoinformado y completado por el participante. Tras cumplir con los procedimientos éticos requeridos, se utilizó y entregó el instrumento MISSCARE en su versión traducida al español vía correo electrónico a los participantes. Se les asignó un código a cada participante, con el fin localizar a participantes que participarán en la fase de retest, el cual se llevó a cabo 4 semanas aproximadamente posterior al primer test, tiempo estimado como suficiente para que los participantes olviden las respuestas que han proporcionado la primera vez.

Tras la aplicación de MISSCARE en la muestra seleccionada, se llevó a cabo pruebas estadísticas empleando el software Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versión 22.0. Las respuestas a los ítems de las partes A y B se puntuaron a la inversa, siendo (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1) para la parte A, y (1=4) (2=3) (3=2) (4=1) para la parte B, según las instrucciones dadas por la autora del instrumento original por e-mail.

5. Procesamiento y análisis de los datos:

Se utilizará paquete estadístico IBM SPSS Statistics versión 22,0, para análisis y procesamiento de los datos. Se utilizó estadística descriptiva para las variables sociodemográficas, además de correlación de Pearson para validez convergente y análisis test – retest.

Determinación de validez de constructo:

Para evaluar la validez de constructo y determinar si el instrumento representa y mide el concepto teórico (cuidado perdido en enfermería), incluyendo todas las dimensiones que la componen, se comprobó a través de validez convergente al correlacionarla (-r de Pearson- o Spearman), con las otras subescalas que miden al menos en parte algunas dimensiones. Se determinó también la validación de constructo a través de análisis que compruebe la multidimensionalidad del instrumento, por medio del análisis factorial confirmatorio, con el método de componentes principales, que pudiera reagrupar las variables en los aspectos que componen el constructo cuidado de enfermería perdido, que ha sido revisado desde la teoría y se comprueba la adecuación de estos al constructo teórico⁴³. Finalmente, la interpretación de un factor se realiza examinando las cargas factoriales de los ítems que incluye. En esto autores recomiendan tener en cuenta las cargas cuyos ítems muestren una varianza común de al menos un 15% con el que exista correlación entre las variables del instrumento. Esto se suele realizar con la prueba de Bartlett, que indica que existe correlación entre las variables con lo que el análisis factorial tendría sentido; se considera adecuado con un nivel de significación menor de 0,05. La prueba de adecuación muestral de Kaiser Meyer Olkim (KMO) indica el grado de intercorrelación de las variables; si es mayor de 0,7 se considera factible^{42,43}.

Determinación de la confiabilidad:

La confiabilidad se analizó a través de la consistencia interna utilizando el coeficiente de alfa de Cronbach, utilizando algunas consideraciones de autores, en

las que se expone que la consistencia interna se considera aceptable cuando tiene un valor entre 0,70 y 0,90. Además se realizó análisis de ítems individuales por medio del cálculo de correlaciones corregidas de ítem con la escala total (correlación ítem-total), con ello se permitió determinar el grado de correlación entre cada uno de los ítem y la escala total. El coeficiente de confiabilidad se determinó con valores moderadamente buenos sobre 0,4 (0-0.29 confiabilidad baja, 0.30-0.59 confiabilidad media, 0,6-1 confiabilidad alta). Por último, para la evaluación de la confiabilidad propiamente tal o estabilidad del instrumento en el tiempo se evaluó utilizando el método del test-retest, el cual se aplicó 4 semanas posterior a la primera aplicación⁴⁵.

6. Aspectos éticos involucrados:

Los criterios éticos que guiaron el desarrollo y ejecución de esta investigación son los postulados de Ezekiel Emanuel⁴⁹:

1. Valor: el valor radica en la importancia que arrojó este estudio para evaluar el cuidado perdido en enfermería, garantizando así una atención segura y de calidad.
2. Validez científica: esta investigación se realizó bajo principios, métodos e instrumentos seguros y de validez comprobada y aceptada. El plan de recolección y análisis de datos fue viable por lo que la metodología empleada aseguró la generación de conocimiento.
3. Selección equitativa del sujeto: a través de la muestra aleatoria simple, se brindó a todos los sujetos de la población las mismas oportunidades de ser seleccionados, dado que se permitió la participación, ingresando por medio de código QR enviado a correos y disponible en unidades dependientes del HGGB.
4. Proporción favorable de riesgo beneficio: los beneficios obtenidos en esta investigación son en primera instancia de forma directa para los participantes

y luego para la comunidad en general ya que se obtuvo un marco de referencia en torno a elementos del cuidado perdido de enfermería.

5. Evaluación independiente: la investigadora declara que no tuvo conflictos de interés dentro de este estudio, al mismo tiempo para minimizar las distorsiones, se solicitó la aprobación de este estudio al Comité de ética de la VRID de la Universidad de Concepción (Cód.CEBB 724-2020) y al Comité Ético Científico del SSC (Cód. SSC:20-12-63).
6. Consentimiento informado: se solicitó la aceptación para participar en este estudio a cada uno de los seleccionados según consta en el consentimiento informado de elaboración propia presentado como anexo.
7. Respeto a los sujetos inscritos: durante el desarrollo de la investigación los participantes pudieron cambiar de opinión y retirarse de la misma libremente, se respetó la privacidad de la información y se aseguró la confidencialidad y al finalizar la investigación se informó a los sujetos los conocimientos científicos obtenidos como resultado de la investigación.
8. Asociación colaborativa: como principio fundamental se determinó la colaboración entre los participantes e investigadores, determinando además que la comunidad participante y la comunidad en general pudiera beneficiarse de los resultados de la investigación, la cual puede llevar a implementar nuevos estudios asociados a los diversos elementos del cuidado perdido en enfermería.

7. Plan de trabajo:

ETAPAS Y/O ACTIVIDADES	MES																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
1. Envío de documentación requerida a Comité Etico-científico (CEC) Servicio de Salud Concepción. Posteriormente realizar	X	X																						

20. Determinar la validez de constructo (Validez convergente al correlacionarla -r de Pearson- o Spearman, con las otras subescalas																			X	X	X	X	X	X
21. Validación de constructo a través de Análisis Factorial confirmatorio.																			X	X	X	X	X	X
22. Consistencia interna: se analizará por medio de Alfa de Cronbach:																			X	X	X	X	X	X
23. Correlación Ítem-Total																			X	X	X	X	X	X
24. Preparación de difusión de resultados						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

VI) RESULTADOS

Dada la complejidad del proceso de adaptación y validación de MISSCARE al contexto chileno, los resultados de este estudio relativos a las fases de adaptación, validez de apariencia y contenido de MISSCARE están expuestos en forma esquemática⁴⁵.

Los resultados cuantitativos producto de las pruebas psicométricas realizadas a la versión tentativa final de la versión chilena del instrumento, incluyendo las características de la muestra para su validación, así como la asociación de la percepción de omisión de cuidados obtenida de su administración con características sociodemográficas, satisfacción y condiciones del entorno laboral, se expondrán a continuación.

1. PRIMERA FASE: Traducción y adaptación cultural

En esta etapa se llevó a cabo la traducción del MISSCARE del inglés al español, manteniendo su estructura de ítems original, y su retro-traducción del español al inglés, intentando conseguir que el instrumento resultante mantuviera la equivalencia idiomática, conceptual y semántica de su original.

Para llevar a cabo los procesos de traducción y retro-traducción del MISSCARE se solicitó el apoyo de profesionales de enfermería bilingües con trayectoria académica y/o asistencial. La traducción inversa se realizó en sentido contrario o retro-traducción, y en este caso se realizó por enfermera bilingüe que, si bien conocía del tema, no estaba familiarizada con la escala, posterior a ello se realizó un contraste de la versión original en inglés para hacer los últimos ajustes.

Los traductores se mantuvieron cegados respecto al objetivo de la traducción y retro-traducción y se les exigió no haber tenido contacto previo con el documento original.

Fase I. Traducción directa del instrumento. En esta fase se llevó a cabo una traducción conceptual del instrumento por dos traductores. Cada traductor ofreció su versión de traducción del MISSCARE lo más ajustada al lenguaje de uso coloquial en Chile, reflejando en un informe las dificultades de comprensión y traducción derivadas del uso de vocablos técnicos, abreviaturas o palabras poco comunes. Así, del documento original disponible en Anexo II (MC_0) se obtuvieron dos versiones en español. Una de estas versiones paralelas se presenta en el Anexo III (MC_ENG_ESP_1) y la otra en el Anexo IV (MC_ENG_ESP_2).

Los traductores emitieron un primer informe mostrando dificultades en algunos términos, equivalencia y estilos de redacción. A este informe los investigadores respondieron con una serie de sugerencias y propuestas de modificación. Ambos aspectos se recogen en la **Tabla 1:**

Tabla 1: Informe de dudas planteadas por los traductores y propuestas de solución dadas por el equipo investigador en la traducción del cuestionario “MISSCARE Survey” de inglés al español.

INFORME DE DUDAS PLANTEADAS POR LOS TRADUCTORES Y PROPUESTAS DEL EQUIPO INVESTIGADOR EN LA TRADUCCIÓN DEL CUESTIONARIO “MISSCARE SURVEY” DE INGLÉS A ESPAÑOL	
<p>A quiénes va dirigida exactamente el cuestionario en español? ¿A personal de enfermería que ha estudiado en Chile o latinoamérica? A la hora de traducir los títulos académicos el contexto influiría mucho en la decisión de traducción. Por ejemplo, para:</p> <ul style="list-style-type: none"> _ Grade school _ High School Graduate (or GED) <p>Podría ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> _ Escuela primaria -Escuela básica 	<p>El equipo investigador propone que se hagan las traducciones a la equivalencia en español de las que existan traducciones normalizadas y adaptadas a la realidad chilena y se hagan traducciones literales de las que no haya dicha traducción.</p>

<p>-¿Prefiere que se traduzcan y expliquen las titulaciones o que se adapten los títulos a la realidad chilena?</p>	
<p>En cuanto al registro, ¿quiere que traduzcamos la encuesta de tú o de usted?</p>	<p>El equipo investigador propone la nomenclatura usted.</p>
<p>¿Usamos el tratamiento de doblamiento de género, por ejemplo, director/a, satisfecho/a, etc. o el masculino genérico?</p>	<p>El equipo investigador propone la nomenclatura de desdoblamiento de género, pero se valorará posteriormente si repercute en la estructura y amplitud del cuestionario.</p>
<p>El título de la encuesta presenta varios desafíos. Si el nombre de la encuesta ya estuviera traducido, ruego nos lo indiquen. Por el momento se ha optado por "DESATENCIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (La encuesta Desatención de cuidados)".</p>	<p>El equipo investigador indica que el objeto de esta traducción es la validación de la encuesta al contexto chileno, por lo que la denominación final será fruto de la finalización de este proceso. Damos libertad a los traductores en este sentido.</p>
<p>Asumo que la autora de la encuesta es Beatrice Kalisch y, por tanto, se usará el femenino en algunas partes o ¿prefiere género neutro? EN: Please do not reproduce without permission of the author. ES: No reproducir sin la autorización de la autora.</p>	<p>El equipo investigador propone el uso del femenino en el pie de página.</p>
<p>El acrónimo "PRN medication requests", ¿se refiere a "Latin "pro re nata", for an occasion that has arisen, as circumstances require, as needed" o a otra cosa?</p>	<p>El equipo investigador indica que efectivamente su equivalencia a español sería "según requiera" "SOS" etc. que será objeto del proceso de validación.</p>

Fase II. En esta fase se lleva a cabo una síntesis de las traducciones, reflejando en un informe las posibles discrepancias que se pudieron encontrar. Las dos versiones se cotejaron, mostrando coincidencia en la gran mayoría de enunciados de los ítems (89%) y para aquellos ítems discrepantes el equipo de investigación optó por la que presentara mayor claridad en el planteamiento. Esta versión conforme se muestra en el Anexo V (MC_ENG_ESP_C).

Fase III. Traducción inversa o retro-traducción. La versión cotejada fue traducida al idioma original inglés, por dos traductores diferentes a los que realizaron las traducciones del inglés al español del cuestionario original.

De esta fase se obtuvieron dos versiones retro-traducidas en paralelo del español al inglés. Una de estas traducciones se muestra en el Anexo VI (MC_ESP_ENG_1) y la otra en el Anexo VII (MC_ESP_ENG_2).

Fase IV. Cotejo y consolidación de las dos versiones de retro-traducción al inglés de la versión chilena consensuada. El grado de acuerdo entre ambas versiones mostró una concordancia del 96% en el enunciado de los ítems, y para aquéllos con cierta disimilitud se consultó a un nativo angloparlante sobre la más clara de las versiones y se optó por la indicada. Esta versión consolidada de la retro-traducción del MISSCARE se muestra en el Anexo VIII (MC_ESP_ENG_C).

En la **Figura 3** se presenta de manera esquemática el proceso de traducción en paralelo del MISSCARE al español, sus modificaciones, cotejo de versiones, retro-traducción en paralelo al inglés de la versión cotejada, y cotejo de las retro-traducciones al inglés.

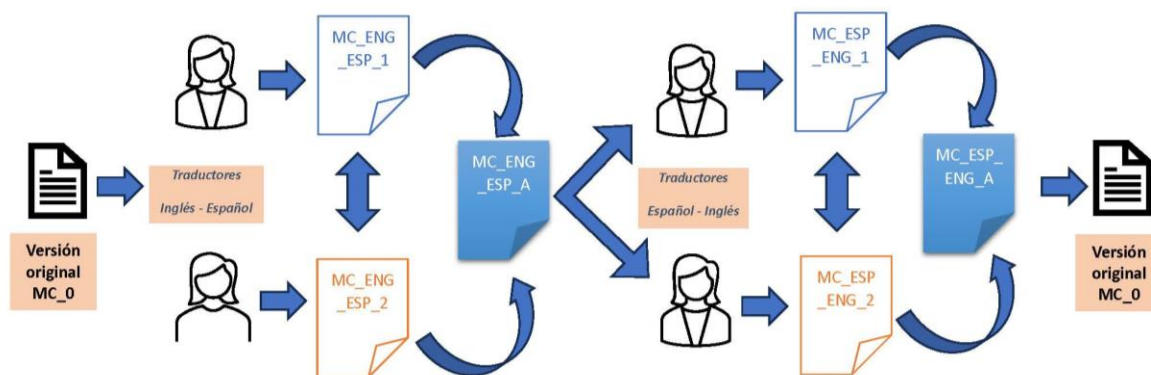


Figura 3: Esquema del proceso de traducción y retro-traducción del MISSCARE.

Fase V. Al acabar las Fases I-IV se conformó un Grupo Experto al que se entregó:

- El documento original (MC_0) Anexo I.
- Versión consensuada traducida al español Anexo V (MC_ENG_ESP_C).
- Versión consensuada de la retro-traducción al inglés Anexo VIII (MC_ESP_ENG_C).

La misión de este Grupo Experto fue el contraste de las versiones original y retro-traducida y cotejada del MISSCARE, para valorar la fiabilidad de la versión chilena del instrumento. Una vez comprobada la concordancia entre el cuestionario original y su versión chilena este Grupo procedió a los análisis de validez de apariencia y contenido de la versión chilena, introduciendo las modificaciones pertinentes para mejorar el instrumento.

La composición del Grupo Experto fue una muestra de 10 profesionales de la enfermería expertos de la academia y/o asistencia según las recomendaciones de la bibliografía consultada sobre características profesionales y cantidad óptima de los participantes para el empleo adecuado de la técnica de consenso Delphi.

Logrando así el objetivo propuesto de que respondieran la herramienta y luego el investigador entrevistó para explorar lo que entendieron sobre cada elemento, pidiéndoles que valoraran de forma global el instrumento de forma cuantificada en un primer momento para después, aportaran los aspectos más positivos, las limitaciones y las recomendaciones que hubiesen considerado necesarias. Se analizaron las respuestas de los voluntarios y el borrador se ajustó aún más asegurando así la legibilidad a través de un lenguaje sencillo. Los perfiles de los integrantes se resumen en la **Tabla 2**.

Tabla 2: Perfiles de los integrantes del Grupo Experto empleado en la Fase V.

CODIFICACIÓN EXPERTO	PERFILES DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO DE EXPERTOS
EXP 1	Enfermera, Docente, candidata a Magíster en docencia. Trabaja en el área asistencial. Alto conocimiento de inglés. 10 años de experiencia profesional.
EXP 2	Docente, Magíster, Enfermera. Desempeña su labor en el ámbito universitario. 25 años de experiencia profesional. Alto conocimiento de inglés.
EXP 3	Docente, Doctora, Enfermera. Desempeña su labor en el ámbito universitario. 28 años de experiencia profesional. Alto conocimiento de inglés.
EXP 4	Enfermera. Magister en dirección y control de gestión pública. Ha desempeñado su labor en áreas clínicas y de jefaturas. Trabaja en área administrativa. Alto conocimiento de inglés. 26 años de experiencia profesional.
EXP 5	Enfermera. Trabaja en el área asistencial. Alto conocimiento de inglés. 17 años de experiencia profesional.
EXP 6	Enfermera. Magister en dirección y control de gestión pública. Especialista en Diálisis y trasplante renal. Ha desempeñado su labor en áreas clínicas y de jefaturas. Trabaja en el área asistencial/administrativa. Alto conocimiento de inglés. 20 años de experiencia profesional.
EXP 7	Enfermera. Magíster en Salud pública. Ha desarrollado su labor en áreas de jefatura y dirección de atención primaria. Trabaja en el área comunitaria. Alto conocimiento de inglés. 16 años de experiencia profesional.
EXP 8	Enfermera con especialidad en Enfermería en salud infantil. Trabaja en el área asistencial. Alto conocimiento de inglés. 18 años de experiencia profesional.
EXP 9	Enfermera. Magister en dirección y control de gestión pública. Trabaja en el área asistencial.. Alto conocimiento de inglés. 15 años de experiencia profesional.
EXP 10	Enfermera. Magister en dirección y control de gestión pública. Especialista en Diálisis y trasplante renal. Ha desempeñado su labor en áreas clínicas, de jefaturas. Trabaja en el área asistencial. Alto conocimiento de inglés. 23 años de experiencia profesional.

Tras ser informado cada uno de ellos por el equipo investigador y pedirles el consentimiento informado y compromiso de participación (Anexo IX), se le asignó un código, con el fin asegurar el anonimato a la hora de gestionar las posibles aportaciones que pudieran hacerse. A los participantes del Grupo Experto se les solicitaba que tras la lectura de toda la documentación aportada se hicieran sugerencias en un plazo no mayor de 15 días empleando para ello un formulario

Google. En el mismo debían indicar para cada ítem del cuestionario original (MC_0) Anexo I y la versión española retro- traducida Anexo VIII (MC_ESP_ENG_C) su concordancia.

Una vez recibidas todas las respuestas se concluyó con un consenso del 95% en el acuerdo en la equivalencia de la versión chilena del MISSCARE con el cuestionario original en el 90% de los ítems.

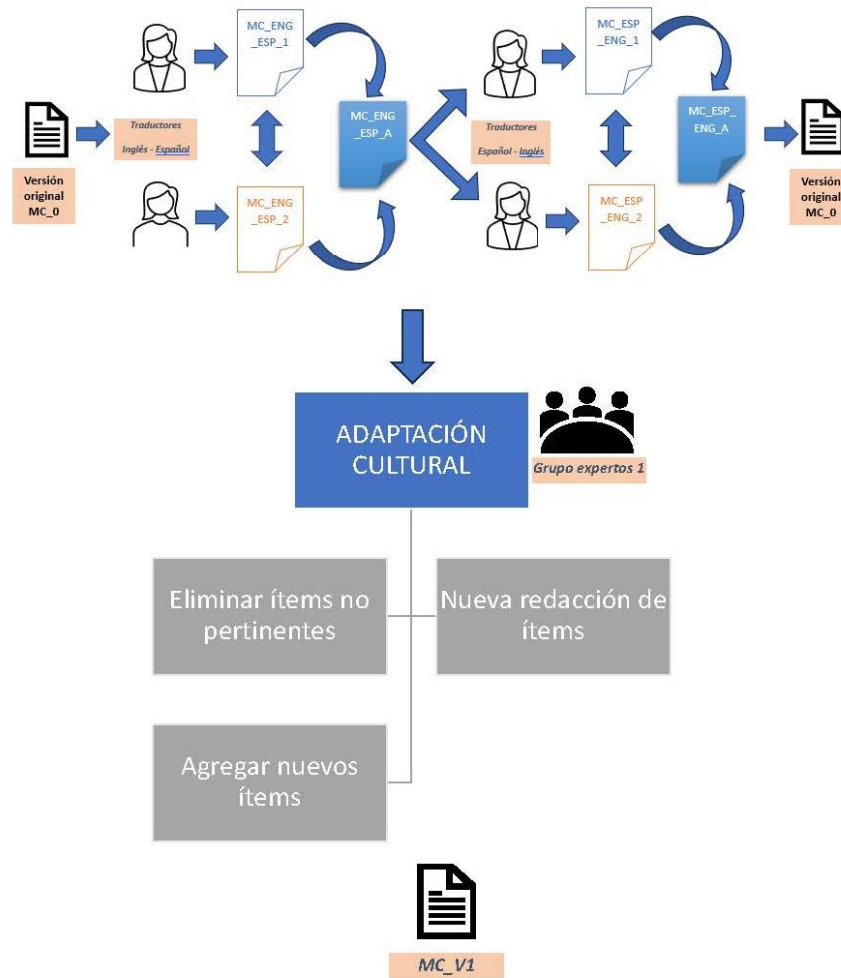
En esta fase se eliminaron los ítems no pertinentes, se añadieron los ítems faltantes y se hizo, en su caso, una nueva redacción de los ítems adaptados a las formas de preguntas-respuestas del español (Chile). No fue necesario recurrir a la autora del instrumento para aclarar posibles incertidumbres.

La versión chilena del MISSCARE consensuada por el Grupo Experto conformó el cuestionario Tentativo. Este cuestionario tentativo, al que se denominó “MC_V1” recibió las siguientes modificaciones:

- Se añadió ítem Nombre del hospital.
- Se añadió ítem Tipo de hospital, dado que en Chile existen públicos y privados.
- Se añadió ítem Tipo de unidad atendiendo a la complejidad del paciente.
- Se modificaron y adaptaron al contexto chileno los ítems sobre Nivel de instrucción.
- La escala de edad se modificó para indicar años completos.
- Se adaptó ítem turnos y horas de trabajo al contexto chileno.
- Se añadió ítem Situación laboral.
- Se añadió ítem Carga personal de trabajo.
- Se cambió redacción del ítem Higiene de manos precisando que se refiere al profesional responsable del cuidado.
- En resumen, MC_V1 aumentó 6 ítems en la primera parte, pasando de 20 a 26, y conservó el mismo número en los apartados A (24) y B (17).
- El cuestionario tentativo MC_ V1 se muestra en el Anexo X. El proceso de

obtención de MC_V1 se esquematiza en la Figura 4.

Figura 4: Esquema de la Fase V del proceso de traducción y adaptación cultural de MISSCARE.



Fase VI. En esta fase se constituyó nuevamente un segundo Grupo de Expertos, constituido por 4 Enfermeras que participaron en primera etapa cuyo objetivo era corregir posibles desajustes debidos al proceso de traducción y adaptación cultural, valorando la validez aparente o lógica y la validez del contenido de MC_V1.

Validez aparente o lógica de un cuestionario es el grado, en que, a juicio del experto y usuarios, el instrumento presenta con claridad lo que se pretende medir

y mide de forma lógica lo que quiere medir. Ésta es necesaria para que los sujetos a los que va dirigido el cuestionario vean una relación clara entre las preguntas que se le formulan y el objeto para el cual han accedido a contestar.

Validez de contenido es el grado en que el cuestionario es capaz de contener todos los aspectos que conforman el objeto, fenómeno, proceso o problema, cuyo estado pretende medir todas las dimensiones de ese constructo.

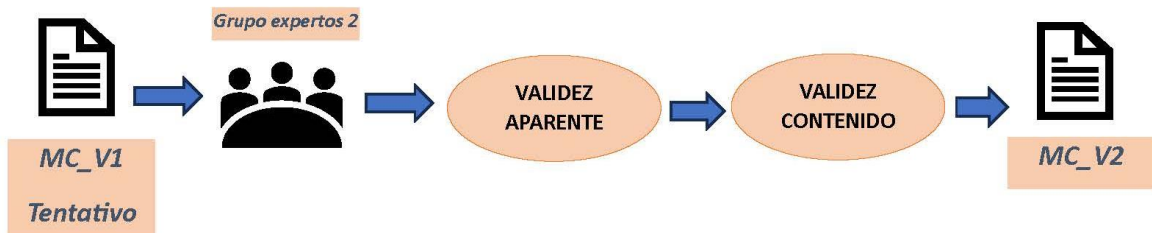
Considerando las observaciones, el segundo Grupo de Expertos propuso una serie de modificaciones para la mejora de la validez aparente y de contenido de MC_V1, el perfil del segundo grupo de expertos se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 3: Perfil integrantes segundo grupo expertos.

CODIFICACIÓN EXPERTO	PERFILES DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO DE EXPERTOS
EXP 1	Enfermera, Docente, candidata a Magíster en docencia. Trabaja en el área asistencial. Alto conocimiento de inglés. 10 años de experiencia profesional.
EXP 2	Enfermera. Magíster en dirección y control de gestión pública. Ha desempeñado su labor en áreas clínicas y de jefaturas. Trabaja en área administrativa. Alto conocimiento de inglés. 26 años de experiencia profesional.
EXP 3	Enfermera. Magíster en Salud pública. Ha desarrollado su labor en áreas de jefatura y dirección de atención primaria. Trabaja en el área comunitaria. Alto conocimiento de inglés. 16 años de experiencia profesional.
EXP 4	Enfermera. Magíster en dirección y control de gestión pública. Especialista en Diálisis y trasplante renal. Ha desempeñado su labor en áreas clínicas, de jefaturas. Trabaja en el área asistencial. Alto conocimiento de inglés. 23 años de experiencia profesional.

El segundo Grupo de Expertos para juzgar la validez de apariencia y contenido de MC_V1 valoró si los ítems del cuestionario abarcaban todos los aspectos de la percepción de omisión del cuidado enfermero (validez de contenido), y lo hacía de una manera clara e inequívoca (validez de apariencia). Esta fase se esquematiza en la Figura 5.

Figura 5: Esquema del proceso de traducción y adaptación cultural de MISSCARE (2° parte).



Considerando las observaciones, el segundo Grupo de Expertos propuso una serie de modificaciones para la mejora de la validez aparente y de contenido de MC_V1.

A continuación, se detallan las modificaciones propuestas:

- Añadir ítem E especialidad en enfermería.
- Modificar la redacción de algunos ítems adaptándolo a la terminología usada en Chile: higiene/baño, necesidades de eliminación.
- Se dividió en dos el ítem 9 (diferenciando educación y apoyo emocional al paciente).
- Se agrega un nuevo ítem para apoyo emocional y/o educación a familiares.
- Se dividió en dos el ítem 19 (diferenciando el cuidado de las vías periféricas y las centrales).
- Se agrega ítem (27) sobre Percepción de omisión de cuidados respiratorios.
- En la Sección B del cuestionario se añadió ítem (18) Nivel de importancia en relación con la omisión de cuidados que tiene la excesiva carga en labores administrativas.
- Se recomendó mejorar las instrucciones.

Después de este proceso se obtuvo una segunda versión del cuestionario tentativo al que se denominó MC_V2, compuesto por un total de 27 enunciados en la Sección A (el original en inglés tiene 24) y 18 enunciados en la Sección B (frente a los 17 del instrumento original). Esta versión se muestra en el Anexo 11.

Terminadas las aportaciones del Grupo de Expertos, MC_V2 se da como versión tentativa definitiva para el análisis de sus propiedades psicométricas, para lo cual se pasa a conformar la muestra de validación.

2. SEGUNDA FASE: Validación instrumento (Pruebas psicométricas)

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

La muestra de validación quedó conformada por 249 participantes, de los cuales 212 (85,1%) fueron mujeres, con una edad promedio de 36 años, todos Profesionales de Enfermería, entre los que se encontraban 3 supervisores, 238 Enfermeras/os clínicos y 8 administrativos. Esta distribución por categorías profesionales de los participantes se muestra en la Tabla 4.

Tabla 4: Distribución de categorías profesionales de los participantes en la aplicación de instrumento.

Cargo que desempeña	Frecuencia	%
Enfermero/a clínica	238	95,6
Enfermero/a administrativa	8	3,2
Coordinador/a unidad	0	0,0
Supervisor/a Enfermería	3	1,2
Técnico en Enfermería	0	0,0
Otro	0	0,0
TOTAL	45	100

La aplicación del instrumento se realizó entre los meses de abril a junio del año 2021 en el Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción, a Profesionales de Enfermería que cumplían con los criterios de inclusión. A continuación, se exponen las respuestas obtenidas en la aplicación de instrumento MC_V2.

De los 249 participantes, el 100% de ellos referían que pasaban la mayor parte del tiempo desempeñando su labor en las unidades a las que pertenecían.

En cuanto a la titulación máxima alcanzada, la muestra estaba conformada mayoritariamente por 139 Profesionales con Licenciatura en Enfermería (55,8%), 25 con Especialidad en Enfermería (10%), por último 8 de los Profesionales con formación en Magíster, siendo de ellos 0,8% en Magíster en Enfermería y 2,4% con Magíster en otras áreas como Gestión y salud pública. Estos resultados se muestran en la Tabla 5.

Tabla 5: Distribución de Grado más alto obtenido por participantes en la aplicación de instrumento.

Grado más alto obtenido	Frecuencia	%
Licenciatura en Enfermería	139	55,8
Diplomado en Enfermería	77	30,9
Especialidad en Enfermería	25	10,0
Magister en enfermería	2	0,8
Magister en área fuera de la enfermería	6	2,4
Doctorado en enfermería	0	0,0
Doctorado en área fuera de la enfermería	0	0,0
TOTAL	45	100

De los Profesionales de Enfermería encuestados que reportaron tener alguna Especialidad en Enfermería que alcanzaba un total de 25 participantes (10%), de ellos 14 en Cuidados críticos del adulto (56%), 5 en Pediatría (20%), 4 en Diálisis y transplante renal (16%) y 2 en Geriatria (8%).

Referente a las unidades reportadas por los profesionales, teniendo en cuenta el tipo de pacientes que atendían, indicaron que prestaban atención en Unidades básicas médicas 87 (34,9%), unidad básica quirúrgica 81 (32,5%), en unidades de cuidados especiales médicos y/o quirúrgicos 31 (12,4%), unidades de paciente crítico UCI/UTI 27 (10,8%) y en unidades de urgencia 23 (9,2%). Estos resultados se muestran en la Tabla 6.

Tabla 6: Distribución de Unidades en la que trabajan los participantes en la aplicación de instrumento.

Unidad en la que trabaja	Frecuencia	%
Unidad básica médica	87	34,9
Unidad básica quirúrgica	81	32,5
Unidad de cuidados especiales médicos y/o quirúrgicos	31	12,4
Unidad de paciente crítico (UCI/UTI)	27	10,8
Unidad de urgencia	23	9,2
Unidades indiferenciadas	0	0,0
TOTAL	45	100

En cuanto a la situación laboral de los participantes, su distribución se presenta en la Tabla 7.

Tabla 7: Distribución de la situación laboral de los participantes en la aplicación de instrumento.

Situación laboral	Frecuencia	%
Titular	41	16,5
Contrato plazo fijo	106	42,6
Contrato honorario	28	11,2
Otro	74	29,7
TOTAL	45	100

De ello se puede desprender que más del 80% de los Profesionales de Enfermería encuestados no presentan una situación laboral permanente, al analizar en forma específica se presenta que con contrato a plazo fijo alcanzan un 42,6%, seguido de otros (29,7%) que corresponde a Profesionales que se encuentran en calidad de reemplazo, funcionarios titulares o indefinidos alcanzan un 16,5%, casi igualado por el número de contratos honorarios que alcanza un 11,2%.

Al analizar el número de horas trabajadas a la semana y de acuerdo con el perfil de la mayoría de los puestos de trabajo en Chile, el mayor porcentaje de los Profesionales encuestados (81,5%), realizaba más de 40 horas semanales de trabajo, seguido por un menor número de 46 Profesionales (18,5%) que realizaban entre 33 a 40 horas semanales.

La Distribución de estas horas es presentada en la tabla 8.

Tabla 8: Distribución de las horas trabajadas por semana de los participantes en la aplicación de instrumento.

Horas trabajadas por semana	Frecuencia	%
Menos de 22 horas semanal	0	0,0
Entre 22 a 33 horas por semana	0	0,0
Entre 33 a 40 horas semanales	46	18,5
Más de 40 horas semanales	203	81,5
TOTAL	45	100

En cuanto al tipo de turno que realizan los Profesionales de Enfermería encuestados, el mayor número de ellos (51,4%) realizaba cuarto turno, seguido por un alto porcentaje de funcionarios en turno rotativo entre diurno y cuarto turno (33,7%), y un 14,9% de Profesionales en turno diurno. Estos resultados se muestran en tabla 9.

Tabla 9: Distribución del tipo de turno de los participantes en la aplicación de instrumento.

Tipo de turno	Frecuencia	%
Diurno (turno 8 a 17 horas)	37	14,9
Cuarto turno (turno 8 a 20 horas y 20 a 08 horas)	128	51,4
Turnos modificados	0	0,0
Rotativo entre diurno y cuarto turno.	84	33,7
TOTAL	45	100

A continuación, se presenta la experiencia laboral de los participantes, donde en mayor número de Profesionales tenía una experiencia de 5 a 10 años al momento de la aplicación del instrumento, alcanzando un 42,2%, seguido por un 26,9% de funcionarios que tenían mayor a 10 años de experiencia laboral, entre 2 a 5 años 19,3% y con un 11,6% se encontraban Profesionales con 6 meses a 2 años de experiencia.

Tabla 10: Distribución de la experiencia laboral de los participantes en la aplicación de instrumento.

Experiencia laboral	Frecuencia	%
6 meses o menos	0	0,0
Entre 6 meses y 2 años	29	11,6
Entre 2 años hasta 5 años	48	19,3
Entre 5 años a 10 años	105	42,2
Mayor a 10 años	67	26,9
TOTAL	45	100

Al analizar y contrastar la experiencia en su actual puesto, al momento de aplicar el instrumento, el mayor porcentaje de Profesionales llevaba entre 5 a 10 años en su actual unidad (47,8%), el mayor a 10 años casi un 30%, un 14,5% de Profesionales entre 2 a 5 años, siendo importante el porcentaje de funcionarios con 6 meses a 2 años que es de un 8,4% y el 4,8% con experiencia de 6 meses o menos en su actual unidad.

Tabla 11: Distribución de la experiencia en su actual puesto de los participantes en la aplicación de instrumento.

Experiencia en su actual puesto	Frecuencia	%
6 meses o menos	12	4,8
Entre 6 meses y 2 años	21	8,4
Entre 2 años hasta 5 años	36	14,5
Entre 5 años a 10 años	119	47,8
Mayor a 10 años	61	24,5
TOTAL	45	100

A continuación, en la tabla 12, se presenta un *resumen de las características sociodemográficas de los participantes en la muestra de validación, ya analizadas previamente.*

Tabla 12: Resumen de las características sociodemográficas de los participantes en la aplicación de instrumento.

Características sociodemográficas muestra validación MISSCARE			
Tamaño de la muestra (N)	249		
Género		Frecuencia	%
Femenino		212	85,1
Masculino		37	14,9
Edad		Frecuencia	%
Mediana		36	14,5
Mínimo		24	9,6
Máximo		58	23,3
Cargo que desempeña		Frecuencia	%
Enfermero/a clínica		238	95,6
Enfermero/a administrativa		8	3,2
Coordinador/a unidad		0	0,0
Supervisor/a Enfermería		3	1,2
Técnico en Enfermería		0	0,0
Otro		0	0,0
Grado más alto obtenido		Frecuencia	%
Licenciatura en Enfermería		139	55,8
Diplomado en Enfermería		77	30,9
Especialidad en Enfermería		25	10,0
Magister en enfermería		2	0,8
Magister en área fuera de la enfermería		6	2,4
Doctorado en enfermería		0	0,0
Doctorado en área fuera de la enfermería		0	0,0
Carácter administrativo		Frecuencia	%
Público		249	100
Privado		0	0
Situación laboral		Frecuencia	%
Titular		41	16,5
Contrato plazo fijo		106	42,6
Contrato honorario		28	11,2
Otro		74	29,7
Unidad en la que trabaja		Frecuencia	%
Unidad básica médica		87	34,9
Unidad básica quirúrgica		81	32,5
Unidad de cuidados especiales médicos y/o quirúrgicos		31	12,4
Unidad de paciente crítico (UCI/UTI)		27	10,8

Unidad de urgencia	23	9,2
Unidades indiferenciadas	0	0,0
Horas trabajadas por semana	Frecuencia	%
Menos de 22 horas semanal	0	0,0
Entre 22 a 33 horas por semana	0	0,0
Entre 33 a 40 horas semanales	46	18,5
Más de 40 horas semanales	203	81,5
Tipo de turno	Frecuencia	%
Diurno (turno 8 a 17 horas)	37	14,9
Cuarto turno (turno 8 a 20 horas y 20 a 08 horas)	128	51,4
Turnos modificados	0	0,0
Rotativo entre diurno y cuarto turno.	84	33,7
Experiencia laboral	Frecuencia	%
6 meses o menos	0	0,0
Entre 6 meses y 2 años	29	11,6
Entre 2 años hasta 5 años	48	19,3
Entre 5 años a 10 años	105	42,2
Mayor a 10 años	67	26,9
Experiencia en su actual puesto	Frecuencia	%
6 meses o menos	12	4,8
Entre 6 meses y 2 años	21	8,4
Entre 2 años hasta 5 años	36	14,5
Entre 5 años a 10 años	119	47,8
Mayor a 10 años	61	24,5

PERCEPCIÓN DE CUIDADOS OMITIDOS

Referente a las respuestas de los 27 ítems de la Sección A del instrumento tentativo MC_V2, que aducen a los cuidados enfermeros que se omiten, se describen en forma porcentual en la tabla 13, donde se distribuye cada ítem según porcentaje acumulado en forma decreciente, de acuerdo a las respuestas que valoran cuidado omitido, agrupadas desde el “ocasionalmente omitidos” al “siempre omitidos”, dado que se estima que existe una percepción de cuidado omitido al evidenciar alguno de estas 3 áreas de omisión.

Tabla 13: Distribución de las respuestas a los ítems de la Sección A ordenados por porcentajes acumulados de respuestas “Ocasionalmente omitidos” al “Siempre omitidos” de los participantes en la aplicación de instrumento.

ÍTEM SECCIÓN A CUIDADOS OMITIDOS	PORCENTAJE ACUMULADO
1) Deambulación 3 veces al día o según indicación	68
13) Cuidado bucal de usuarios.	65
24) Asiste a reuniones clínicas y/o interdisciplinarias cuando se realizan	62
4) Ofrecer y acercar los alimentos cuando el usuario puede alimentarse solo	58
3) Alimentar a usuarios cuando la comida está aún caliente	55
2) Cambio de posición a usuarios cada 2 horas o según indicación	52
8) Documentación completa con todos los datos necesarios.	50
18) Reevaluación según el estado de usuarios.	48
21) Respuesta al llamado de los usuarios o timbre dentro de los primeros 5 minutos	46
15) Entrega de documentos y educación al alta.	45
7) Control de ingresos/egresos de usuarios.	42
9) Educación al usuario sobre estado actual de salud	40
10) Apoyo emocional al usuario.	38
25) Asiste a usuario en requerimiento de eliminación dentro de los primeros 5 minutos o cuando se requiera.	38
12) Baño/ cuidado de la piel de usuarios.	35
27) Cuidados relacionados a asistencia ventilatoria (aspiración de secreciones, inhaloterapia).	32
5) Medicamentos administrados dentro de los 30 minutos del horario indicado (antes o después).	30
11) Apoyo emocional y/o educación a la familia.	27
22) Administrar medicamentos SOS requeridos por usuarios, dentro de los primeros 15 minutos de ser solicitado.	25
23) Evaluar la efectividad del tratamiento administrado.	25
6) Control de signos vitales según indicación	23
14) Higiene de manos (funcionario)	20
16) Control de glicemia (hemoglucolest), según indicación.	22
20) Valoración y cuidados de accesos venosos centrales, según protocolo vigente de centro de salud.	20

26) Cuidados de la piel y manejo avanzado de heridas.	18
17) Valoración de usuarios en cada turno.	17
19) Valoración y cuidados de accesos venosos periféricos, según protocolo vigente de centro de salud.	15

RAZONES POR LAS QUE SE OMITIÓ EL CUIDADO DE ENFERMERÍA

En la Sección B del instrumento tentativo MC_ V2, donde son 18 ítem que refieren las **RAZONES** por la cual se **OMITIERON** los cuidados enfermeros y/o intervenciones en el área de trabajo.

Se realizó agrupación de las causas que se percibieron como factor que afectara para dicha omisión, en ello según grado de importancia se incluye a: “Significativa razón” y “Moderada razón” como razones para la omisión del cuidado en su unidad, según **GRADO DE IMPORTANCIA**

Estos factores referidos se describen en forma porcentual en la tabla 14.

Tabla 14: Distribución de las respuestas a los ítems de la Sección B ordenados por porcentajes acumulados de respuestas “Significativa razón” y “Moderada razón” de los participantes en la aplicación de instrumento.

ÍTEM SECCIÓN B RAZONES POR LAS QUE SE OMITIÓ EL CUIDADO	PORCENTAJE ACUMULADO
1) Cantidad de personal inadecuado	85
2) Empeoramiento de las condiciones de los usuarios (situaciones de urgencia).	82
3) Inesperado aumento de la cantidad de pacientes y/o complejidad en la unidad	76
17) Alta carga laboral por ingresos y altas de usuarios.	74
18) Excesiva carga laboral administrativa.	73
4) Número inadecuado de personal auxiliar y/o administrativo (auxiliares de enfermería, técnicos o secretarías de la unidad, etc)	68
5) Asignación de usuarios descompensados	65
13) Tensión o falta de comunicación en el equipo de enfermería.	62
15) El Técnico en enfermería no comunica que el cuidado no se ha proporcionado.	60

16) Personal responsable de otorgar el cuidado y/o intervención no se encuentra en la unidad o no disponible	57
11) Falta de apoyo o respaldo entre miembros del equipo	55
6) Insuficiente stock de medicamentos o falta de ellos cuando se requiere.	52
7) Entrega inadecuada del turno saliente o de la unidad que lo traslada.	48
8) Falta de intervenciones requeridas de otros profesionales (por ejemplo, Kinesiología no apoya en terapia física, etc.)	47
9) Suministros/ equipos no disponibles cuando se requieren.	44
10) Suministros/ equipos no funcionan correctamente cuando se necesitan.	42
14) Tensión o falta de comunicación con el estamento médico	38
12) Tensión o falta de comunicación con otras unidades y/o servicios.	35

VALIDEZ DE CONSTRUCTO

El procedimiento para evaluar la validez de constructo del instrumento tentativo MC_V2 será el análisis factorial confirmatorio de componentes principales, que agrupa las respuestas en factores, componentes o dimensiones subyacentes al instrumento. Este modelo es aplicado a ambas secciones (Sección A y Sección B) del instrumento tentativo MC_V2, comprobando previamente la adecuación de los datos para este procedimiento mediante las pruebas de Kaiser-Meyer-Olkin y de esfericidad de Bartlett.

Análisis factorial confirmatorio de las 4 dimensiones de la Sección A del instrumento tentativo MC_V2

La comprobación de la adecuación de los datos para el empleo del modelo de análisis factorial de componentes principales dio como resultado una medida de acomodamiento Kaiser-Meyer-Olkin de 0,946, suficientemente alejada del 0,5 establecido como valor de adecuación en esta prueba y una prueba de esfericidad de datos, según el estadístico de Bartlett, con una significación $p < 0,001$.

El análisis factorial de la Sección A del instrumento tentativo MC_V2, intenta confirmar la agrupación de los ítems de este cuestionario en las mismas cuatro dimensiones en las que se agrupan los ítems de MISSCARE, que son:

1.- Evaluación (ítems 6, 7, 8, 13, 15, 16, 17 y 18 en MISSCARE que se corresponden

a los ítems 6, 7, 8, 14, 16, 17, 18 y 19 en MC_V2 con inclusión de nuevo ítem 20).

2.- Intervenciones-Necesidades Individuales (ítems 5, 10, 19, 20, 21 y 23 en

MISSCARE que se corresponden a los ítems 5, 10, 21, 22, 23 y 25 de MC_V2 con inclusión del nuevo ítem 11).

3.- Intervenciones-Cuidados Básicos (ítems 1, 2, 3, 4, 11, 12 y 24 en MISSCARE que

se corresponden a los ítems 1, 2, 3, 4, 12, 13 y 26 de MC_V2 con inclusión en esta dimensión del nuevo ítem 27).

4.- Planificación (ítems 9, 14 y 22 en MISSCARE que se corresponden a los ítems 9, 15 y 24 de MC_V2).

Un resumen de los ítems de la Sección A de MISSCARE y MC_V2 se muestra en la **Tabla 15**.

Tabla 15: Correspondencias de los ítems de la Sección A de MISSCARE y MC_V2

FACTORES O DIMENSIONES TEÓRICAS DEL INSTRUMENTO ORIGINAL MISSCARE Y NUEVOS ÍTEMS DE MC_V2 SECCIÓN A	
FACTORES MISSCARE	ITEM PARTE A
1.- Evaluación	6) Control de signos vitales según indicación. 7) Control de ingresos/egresos de usuarios. 8) Documentación completa con todos los datos necesarios. 14) Higiene de manos (funcionario) 16) Control de glicemia (hemoglucotest), según indicación. 17) Valoración de usuarios en cada turno. 18) Reevaluación según el estado de usuarios. 19) Valoración y cuidados de accesos venosos periféricos, según protocolo vigente del centro de salud. 20) Valoración y cuidados de accesos venosos centrales, según protocolo vigente de centro de salud.**

2.- Intervenciones- Necesidades Individuales	5) Medicamentos administrados dentro de los 30 minutos del horario indicado (antes o después). 10) Apoyo emocional al usuario. 11) Apoyo emocional y/o educación a la familia. 21) Respuesta al llamado de los usuarios o timbre dentro de los primeros 5 minutos 22) Administrar medicamentos SOS requeridos por usuarios, dentro de los primeros 15 minutos de ser solicitado. 23) Evaluar la efectividad del tratamiento administrado. 25) Asiste a usuario en requerimiento de eliminación dentro de los primeros 5 minutos o cuando se requiera.
3.- Intervenciones- Cuidados Básicos	1) Deambulaci3n 3 veces al d3a o seg3n indicaci3n 2) Cambio de posici3n a usuarios cada 2 horas o seg3n indicaci3n 3) Alimentar a usuarios cuando la comida est3 a3n caliente 4) Ofrecer y acercar los alimentos cuando el usuario puede alimentarse solo. 12) Ba3o/ cuidado de la piel de usuarios. 13) Cuidado bucal de usuarios. 26) Cuidados de la piel y manejo avanzado de heridas. 27) Cuidados relacionados a asistencia ventilatoria (aspiraci3n de secreciones, inhaloterapia).**
4.- Planificaci3n	9) Educaci3n al usuario sobre estado actual de salud. 15) Entrega de documentos y educaci3n al alta. 24) Asiste a reuniones cl3nicas y/o interdisciplinarias cuando se realizan
** Ítems a3adidos a la versi3n en espa3ol T2 con su ubicaci3n te3rica en las dimensiones MISSCARE.	

Las cuatro dimensiones estipuladas como agrupaci3n de los ítems de MC_V2 por similitud con MISSCARE logran explicar el 63% de la varianza total observada en las respuestas dadas a los ítems en el primer sondeo a la muestra de validaci3n. La extracci3n de factores por rotaci3n Varimax, m3todo Kaiser, suprimiendo cargas factoriales con coeficientes menores de 0,30, converge a los 8 componentes en el proceso de estimaci3n. Los resultados finales del modelo con agrupaci3n de los ítems en cada una de las dimensiones ordenados por su tama3o se muestran en la **Tabla 16**.

Tabla 16: Matriz de componentes rotados de la Sección A del instrumento tentativo MC_V2.

Matriz de componentes rotados				
Ítem de la sección A del instrumento tentativo MC_V2	Dimensión			
	1	2	3	4
12.- Baño/ cuidado de la piel de usuarios.	,816			
14.- Higiene de manos (funcionario)	,747			
7.- Control de ingresos/egresos de usuarios.	,704			
26.- Cuidados de la piel y manejo avanzado de heridas	,665			
17.- Valoración de usuarios en cada turno.	,657			
4.- Ofrecer y acercar los alimentos cuando el usuario puede alimentarse solo	,605			
18.- Reevaluación según el estado de usuarios.	,588			
21.- Respuesta al llamado de los usuarios o timbre dentro de los primeros 5 minutos	,580			
6.- Control de signos vitales según indicación.	,546			
2.- Cambio de posición a usuarios cada 2 horas o según indicación	,536			
25.- Asiste a usuario en requerimiento de eliminación dentro de los primeros 5 minutos o cuando se requiera.	,492			
13.- Cuidado bucal de usuarios.	,471			
20.- Valoración y cuidados de accesos venosos centrales, según protocolo vigente de centro de salud.		,824		
19.- Valoración y cuidados de accesos venosos periféricos, según protocolo vigente de centro de salud.		,794		
22.- Administrar medicamentos SOS requeridos por usuarios, dentro de los primeros 15 minutos de ser solicitado.		,679		
27.- Cuidados relacionados a asistencia ventilatoria (aspiración de secreciones, inhaloterapia).		,661		
16.- Control de la glucemia capilar conforme a la prescripción.		,657		
23.- Evaluar la efectividad del tratamiento administrado.		,653		
8.- Documentación completa con todos los datos necesarios.		,464		
9.- Educación al usuario sobre estado actual de salud.			,769	
11.- Apoyo emocional y/o educación a la familia.			,688	
24.- Asiste a reuniones clínicas y/o interdisciplinarias cuando se realizan			,662	
10.- Apoyo emocional al usuario.			,655	
1.- Deambulación 3 veces al día o según indicación			,631	
15.- Entrega de documentos y educación al alta.			,581	
3.- Alimentar a usuarios cuando la comida está aún caliente				,734
5.- Medicamentos administrados dentro de los 30 minutos del horario indicado (antes o después).				,650

En la **Tabla 17** se muestran las discrepancias entre la estructura teórica de agrupación de ítems en dimensiones en el instrumento tentativo MC_V2, por similitud a la propuesta y verificada para MISSCARE, y la obtenida en su realización empírica sobre la muestra de validación. Con fondo oscuro se ha resaltado la coincidencia en la agrupación de ítems en la misma dimensión, con fondo claro si existiera discrepancia en dimensiones adyacentes y con achurado la discrepancia en dimensiones no adyacentes.

Tabla 17: Estructura dimensional de la sección A de MC_V2 en su correspondencia con MISSCARE y la obtenida según las respuestas a los ítems dadas en la muestra de validación.

Ítem en MISSCARE-T2	Perteneiente a la dimensión...							
	Según MISSCARE				Según MC_V2			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV
6-6	X				X			
7-7	X				X			
8-8	X				X			
13-14	X				X			
15-16	X				X			
16-17	X				X			
17-18	X				X			
18-19	X				X			
18-20	X				X			
5-5		X				X		
10-10		X				X		
10-11		X				X		
19-21		X				X		
20-22		X				X		
21-23		X				X		
23-25		X				X		
1-1			X				X	
2-2			X					X
3-3			X					X
4-4			X					X
11-12			X				X	
12-13			X				X	
24-26			X				X	
9-9				X				X

14-15						x						X
22-24						x						X
Ø-27	--	--	--	--	--						X	

Como se observa en la **Tabla 17**, la concordancia en la distribución de ítems de la Sección A de MC_V2 y MISSCARE en la dimensión I, II y IV es idéntica, en la dimensión III la discordancia se produce en una transposición a una agrupación en otra dimensión que incluye a 3 ítems pertenecientes en el instrumento original a la dimensión III, y que en MC_V2 se agrupan en dimensión adyacente (IV), mientras en la IV la discordancia se produce en dimensiones adyacentes. La discrepancia observada en la agrupación de las respuestas a los ítems en dimensiones de la sección A entre MISSCARE y MC_V2 no permite concluir que ambos instrumentos posean una estructura idéntica. Los motivos de tal discrepancia serán dilucidados en el Capítulo de Discusión.

Análisis factorial confirmatorio de las tres dimensiones de la Sección B del instrumento tentativo MC_V2

La comprobación de la adecuación de los datos para este análisis produce una valoración de la medida de acomodo de Kaiser-Meyer-Olkin de 0,915 muy cercana a la perfecta y una significación de la esfericidad de datos de Bartlett $p < 0,001$. El análisis factorial confirmatorio de la Sección B de T2 propone la agrupación de las respuestas dadas por los participantes en la muestra de validación en tres dimensiones, acorde a la estructura original confirmada de MISSCARE:

1.- Comunicación (ítems 5, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15 y 16 en el cuestionario original

MISSCARE que corresponden a los ítems 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15 y 16 de MC_V2).

2.- Recursos materiales (ítems 6, 9 y 10 del cuestionario original MISSCARE que corresponden a los ítems 6, 9 y 10 de MC_V2).

3.- Recursos humanos (ítems 1, 2, 3 y 4 del cuestionario original MISSCARE que corresponden a los ítems 1, 2, 3, 4, 5 de MC_V2 y nuevos ítems 17 y 18).

Un resumen de los ítems de la Sección B de MISSCARE y MC_V2 se muestra en la **Tabla 18**.

Tabla 18. Resumen de las correspondencias de los ítems de la Sección B de MISSCARE y MC_V2.

FACTORES O DIMENSIONES TEÓRICAS DEL INSTRUMENTO ORIGINAL MISSCARE Y NUEVOS ÍTEMES DE MC_V2 SECCIÓN B	
FACTORES	ÍTEM PARTE B
1.- Comunicación	7) Entrega inadecuada del turno saliente o de la unidad que lo traslada 8) Falta de intervenciones requeridas de otros profesionales (por ejemplo, Kinesiología no apoya en terapia física, etc.) 11) Falta de apoyo o respaldo entre miembros del equipo 12) Tensión o falta de comunicación con otras unidades y/o servicios. 13) Tensión o falta de comunicación en el equipo de enfermería. 14) Tensión o falta de comunicación con el estamento médico 15) El Técnico en enfermería no comunica que el cuidado no se ha proporcionado. 16) Personal responsable de otorgar el cuidado y/o intervención no se encuentra en la unidad o no disponible
2.- Recursos materiales	6) Insuficiente stock de medicamentos o falta de ellos cuando se requiere. 9) Suministros/ equipos no disponibles cuando se requieren. 10) Suministros/ equipos no funcionan correctamente cuando se necesitan.
3.- Recursos humanos	1) Cantidad de personal inadecuado 2) Empeoramiento de las condiciones de los usuarios (situaciones de urgencia). 3) Inesperado aumento de la cantidad de pacientes y/o complejidad en la unidad 4) Número inadecuado de personal auxiliar y/o administrativo (auxiliares de enfermería, técnicos o secretarías de la unidad, etc) 5) Asignación de usuarios descompensados 17) Alta carga laboral por ingresos y altas de usuarios. 18) Excesiva carga laboral administrativa.**

** Ítems añadidos a la versión chilena MC_V2 con su ubicación teórica en las dimensiones originales de MISSCARE.

La estructura tridimensional de la sección B de T2 explica el 60% de la varianza observada en las respuestas dadas a los ítems de esta sección. La extracción de factores con la rotación Varimax de Kaiser converge a las 5 iteraciones. Las cargas factoriales obtenidas a la 5ª iteración, suprimiendo coeficientes menores de 0,30 y ordenados por su tamaño, se muestra en la **Tabla 19**.

Tabla 19: Matriz de componentes rotados de la Sección B de los participantes en la muestra de validación.

Matriz de componentes rotados			
Ítem de la sección B del instrumento tentativo MC_V2	Dimensión		
	1	2	3
13) Tensión o falta de comunicación en el equipo de enfermería.	,839		
11) Falta de apoyo o respaldo entre miembros del equipo	,788		
12) Tensión o falta de comunicación con otras unidades y/o servicios.	,768		
9) Suministros/ equipos no disponibles cuando se requieren.	,720		
15) El Técnico en enfermería no comunica que el cuidado no se ha proporcionado.	,714		
16) Personal responsable de otorgar el cuidado y/o intervención no se encuentra en la unidad o no disponible	,711		
10) Suministros/ equipos no funcionan correctamente cuando se necesitan.	,702		
14) Tensión o falta de comunicación con el estamento médico	,683		
Entrega inadecuada del turno saliente o de la unidad que lo traslada.	,673		
8) Falta de intervenciones requeridas de otros profesionales (por ejemplo, Kinesiología no apoya en terapia física, etc.)	,643		
6) Insuficiente stock de medicamentos o falta de ellos cuando se requiere.	,612		
2) Empeoramiento de las condiciones de los usuarios (situaciones de urgencia).		,755	
3) Inesperado aumento d la cantidad de pacientes y/o complejidad en la unidad		,741	
4) Número inadecuado de personal auxiliar y/o administrativo (auxiliares de enfermería, técnicos o secretarías de la unidad, etc)		,686	
1) Cantidad de personal inadecuado		,642	
5) Asignación de usuarios descompensados		,550	
18) Excesiva carga laboral administrativa.**			,820
17) Alta carga laboral por ingresos y altas de usuarios.			,652

En la **Tabla 20** se muestran la estructura teórica de agrupación de ítems en dimensiones en el instrumento tentativo MC_V2, por similitud a la propuesta y verificada para MISSCARE, y la obtenida en su realización empírica sobre la muestra de validación. Con fondo oscuro se ha resaltado la coincidencia en la agrupación de ítems en la misma dimensión, con fondo claro si existiera discrepancia en dimensiones adyacentes y con achurado la discrepancia en dimensiones no adyacentes.

Tabla 20: Estructura dimensional de la sección B de MC_V2 en su correspondencia con MISSCARE y la obtenida según las respuestas a los ítems dadas en la muestra de validación.

Item en MISSCARE-T2	Pertenece a la dimensión...					
	según MISSCARE			según MC_V2		
	I	II	III	I	II	III
7-7	x			x		
8-8	x			x		
11-11	x			x		
12-12	x			x		
13-13	x			x		
14-14	x			x		
15-15	x			x		
16-16	x			x		
6-6		x			x	
9-9		x			x	
10-10		x			x	
1-1			x			x
2-2			x			x
3-3			x			x
4-4			x			x
5-5			x			x
17-17			x			x
Ø-18	--	--	--			x

Como se observa en la **Tabla 20**, la concordancia en la distribución de ítems de la sección B de MC_V2 y MISSCARE en las dimensiones I, II y III es

idéntica, sin discrepancias en los ítems. De esta forma se puede estimar que entre ambos instrumentos la estructura es idéntica para la sección B.

CONSISTENCIA INTERNA DE MC_V2

Consistencia interna de la Sección A del instrumento tentativo MC_V2

Los resultados del análisis de consistencia interna de la Sección A del instrumento tentativo MC_V2 ofrece un alfa de Cronbach para los 27 ítems de esta sección de 0,89, indicando una buena coherencia interior de la sección. El análisis de variación de la consistencia interna eliminando los ítems de la Sección A se muestran en la **Tabla 21**.

Tabla 21: Prueba de consistencia interna de la Sección A del instrumento tentativo MC_V2 si se eliminara alguno de los ítems que componen la Sección.

ÍTEM SECCIÓN A	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
1) Deambulaci3n 3 veces al d3a o seg3n indicaci3n	0,954
2) Cambio de posici3n a usuarios cada 2 horas o seg3n indicaci3n	0,950
3) Alimentar a usuarios cuando la comida est3 a3n caliente	0,951
4) Ofrecer y acercar los alimentos cuando el usuario puede alimentarse solo	0,950
5) Medicamentos administrados dentro de los 30 minutos del horario indicado (antes o despu3s).	0,951
6) Control de signos vitales seg3n indicaci3n.	0,949
7) Control de ingresos/egresos de usuarios.	0,949
8) Documentaci3n completa con todos los datos necesarios.	0,949
9) Educaci3n al usuario sobre estado actual de salud.	0,951
10) Apoyo emocional al usuario.	0,949
11) Apoyo emocional y/o educaci3n a la familia.	0,950
12) Ba3o/ cuidado de la piel de usuarios.	0,950
13) Cuidado bucal de usuarios.	0,950

14) Higiene de manos (funcionario)	0,949
15) Entrega de documentos y educación al alta.	0,951
16) Control de glicemia (hemoglucoest), según indicación.	0,950
17) Valoración de usuarios en cada turno.	0,949
18) Reevaluación según el estado de usuarios.	0,949
19) valoración y cuidados de accesos venosos periféricos, según protocolo vigente de centro de salud.	0,949
20) Valoración y cuidados de accesos venosos centrales, según protocolo vigente de centro de salud.	0,949
21) Respuesta al llamado de los usuarios o timbre dentro de los primeros 5 minutos	0,949
22) Administrar medicamentos SOS requeridos por usuarios, dentro de los primeros 15 minutos de ser solicitado.	0,949
23) Evaluar la efectividad del tratamiento administrado.	0,949
24) Asiste a reuniones clínicas y/o interdisciplinarias cuando se realizan	0,951
25) Asiste a usuario en requerimiento de eliminación dentro de los primeros 5 minutos o cuando se requiera.	0,949
26) Cuidados de la piel y manejo avanzado de heridas.	0,949
27) Cuidados relacionados a asistencia ventilatoria (aspiración de secreciones, inhaloterapia).	0,950

Acorde a los resultados mostrados en la **Tabla 21**, la eliminación de ninguno de los 27 ítems que conforman la sección A de MC_V2 mejora la consistencia interna de la sección en al menos 0,10 puntos como criterio para decidir su eliminación, por lo que se conserva su formato.

Consistencia interna de la Sección B del instrumento tentativo MC_V2

Para la Sección B del instrumento tentativo MC_V2 se obtiene una consistencia interna en sus 18 ítems que alcanza un alfa de Cronbach de 0,91, que puede considerarse muy buena, y el análisis de variación de la consistencia de esta sección por eliminación de sus ítems componentes se presenta en la **Tabla 22**.

Tabla 22: Consistencia interna de la Sección B del instrumento tentativo MC_V2 si se eliminan los ítems que lo conforman.

ÍTEM SECCIÓN B	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
1) Cantidad de personal inadecuado	0,923
2) Empeoramiento de las condiciones de los usuarios (situaciones de urgencia).	0,923
3) Inesperado aumento d la cantidad de pacientes y/o complejidad en la unidad	0,923
4) Número inadecuado de personal auxiliar y/o administrativo (auxiliares de enfermería, técnicos o secretarias de la unidad, etc)	0,921
5) Asignación de usuarios descompensados	0,921
6) Insuficiente stock de medicamentos o falta de ellos cuando se requiere.	0,919
7) Entrega inadecuada del turno saliente o de la unidad que lo traslada.	0,920
8) Falta de intervenciones requeridas de otros profesionales (por ejemplo, Kinesiología no apoya en terapia física, etc.)	0,919
9) Suministros/ equipos no disponibles cuando se requieren.	0,918
10) Suministros/ equipos no funcionan correctamente cuando se necesitan.	0,918
11) Falta de apoyo o respaldo entre miembros del equipo	0,917
12) Tensión o falta de comunicación con otras unidades y/o servicios.	0,917
13) Tensión o falta de comunicación en el equipo de enfermería.	0,918
14) Tensión o falta de comunicación con el estamento médico	0,918
15) El Técnico en enfermería no comunica que el cuidado no se ha proporcionado.	0,919
16) Personal responsable de otorgar el cuidado y/o intervención no se encuentra en la unidad o no disponible	0,920
17) Alta carga laboral por ingresos y altas de usuarios.	0,921
18) Excesiva carga laboral administrativa.	0,922

Según los resultados mostrados en la **Tabla 22**, no se produce una mejora de la consistencia interna de la Sección B del instrumento tentativo MC_V2 con la extracción de ninguno de sus ítems componentes en al menos 0,10 puntos, por lo que se decide mantener su estructura.

Descripción de la muestra de validación que permanece disponible para la segunda ronda de administración (retest) del instrumento tentativo MC_V2

Antes de pasar a exponer los resultados de la prueba de fiabilidad del instrumento tentativo MC_V2, se resumen los resultados de la administración en segunda ronda (retest) del cuestionario a los sujetos que permanecen en la muestra de validación disponibles para esta ronda.

El número de encuestados de la segunda ronda fue de 207 participantes, lo que supone una pérdida del 17% de los participantes respecto a la primera ronda (249). Además de aquellos que no participaron en el retest, se determinó descartar todas las encuestas en las que hubiera transcurrido más de un mes desde la primera administración.

Pruebas de la fiabilidad del instrumento tentativo MC_V2

La fiabilidad del instrumento tentativo MC_V2 se evaluó mediante la estimación del índice de concordancia no ponderada libre de azar, Kappa de Cohen, con el que se valora el grado de acuerdo no fortuito en la clasificación de situación de percepción o no de la omisión de cuidados enfermeros entre la primera y la segunda administración del cuestionario.

Para valorar la concordancia en el posicionamiento en la escala de respuesta de percepción de omisión de cuidados para cada ítem (Sección A) con el test-retest se empleó el índice de acuerdo libre de azar, Kappa de Cohen. En la **Tabla**

23 se exponen los resultados de estas estimaciones.

Tabla 23: Fiabilidad de la Sección A del instrumento tentativo MC_V2 según diferentes índices de concordancia entre las respuestas dadas a los 27 ítems de esta sección en la primera y segunda rondas de su administración a los participantes en la muestra de validación.

FIABILIDAD SECCIÓN A	Concordancia bruta %	Concordancia libre de azar según índice Kappa de Cohen % (p)			
		No ponderada	Chebyshev	Cuadrática	Personalizada
1) Deambulación 3 veces al día o según indicación	66	56(<0,001)	65(<0,001)	70(<0,001)	58(<0,001)
2) Cambio de posición a usuarios cada 2 horas o según indicación	67	56(<0,001)	67(<0,001)	75(<0,001)	59(<0,001)
3) Alimentar a usuarios cuando la comida está aún caliente	65	51(<0,001)	60(<0,001)	65(<0,001)	54(<0,001)
4) Ofrecer y acercar los alimentos cuando el usuario puede alimentarse solo	73	57(<0,001)	62(<0,001)	65(<0,001)	51(<0,001)
5) Medicamentos administrados dentro de los 30 minutos del horario indicado (antes o después).	60	44(<0,001)	53(<0,001)	60(<0,001)	47(<0,001)
6) Control de signos vitales según indicación.	69	51(<0,001)	58(<0,001)	65(<0,001)	53(<0,001)
7) Control de ingresos/egresos de usuarios.	64	48(<0,001)	54(<0,001)	59(<0,001)	49(<0,001)
8) Documentación completa con todos los datos necesarios.	64	49(<0,001)	58(<0,001)	66(<0,001)	51(<0,001)
9) Educación al usuario sobre estado actual de salud.	58	46(<0,001)	57(<0,001)	67(<0,001)	49(<0,001)
10) Apoyo emocional al usuario.	68	58(<0,001)	67(<0,001)	74(<0,001)	61(<0,001)
11) Apoyo emocional y/o educación a la familia.	64	53(<0,001)	65(<0,001)	73(<0,001)	57(<0,001)
12) Baño/ cuidado de la piel de usuarios.	75	50(<0,001)	56(<0,001)	60(<0,001)	45(<0,001)

13) Cuidado bucal de usuarios.	60	48(<0,001)	48(<0,001)	62(<0,001)	51(<0,001)
14) Higiene de manos (funcionario)	71	55(<0,001)	59(<0,001)	62(<0,001)	56(<0,001)
15) Entrega de documentos y educación al alta.	62	50(<0,001)	62(<0,001)	71(<0,001)	54(<0,001)
16) Control de glicemia (hemoglucotest), según indicación.	77	58(<0,001)	62(<0,001)	65(<0,001)	59(<0,001)
17) Valoración de usuarios en cada turno.	73	54(<0,001)	61(<0,001)	67(<0,001)	56(<0,001)
18) Reevaluación según el estado de usuarios.	68	51(<0,001)	59(<0,001)	66(<0,001)	53(<0,001)
19) valoración y cuidados de accesos venosos periféricos, según protocolo vigente de centro de salud.	71	56(<0,001)	62(<0,001)	66(<0,001)	53(<0,001)
20) Valoración y cuidados de accesos venosos centrales, según protocolo vigente de centro de salud.	72	56(<0,001)	61(<0,001)	63(<0,001)	57(<0,001)
21) Respuesta al llamado de los usuarios o timbre dentro de los primeros 5 minutos	62	46(<0,001)	56(<0,001)	63(<0,001)	49(<0,001)
22) Administrar medicamentos SOS requeridos por usuarios, dentro de los primeros 15 minutos de ser solicitado.	70	55(<0,001)	60(<0,001)	63(<0,001)	57(<0,001)
23) Evaluar la efectividad del tratamiento administrado.	65	49(<0,001)	58(<0,001)	67(<0,001)	51(<0,001)
24) Asiste a reuniones clínicas y/o interdisciplinarias cuando se realizan	60	49(<0,001)	59(<0,001)	66(<0,001)	52(<0,001)
25) Asiste a usuario en requerimiento de eliminación dentro de los primeros 5 minutos o cuando se requiera.	64	50(<0,001)	56(<0,001)	60(<0,001)	52(<0,001)
26) Cuidados de la piel y manejo avanzado de heridas.	73	53(<0,001)	57(<0,001)	59(<0,001)	54(<0,001)
27) Cuidados relacionados a asistencia	59	46(<0,001)	56(<0,001)	65(<0,001)	49(<0,001)

ventilatoria (aspiración de secreciones, inhaloterapia).

Como se observa en la **Tabla 23** las concordancias brutas oscilan en el rango 58%- 77%, las libres de azar según el índice de acuerdo no ponderado de Cohen en 44%-58%, según la ponderación de Chebyshev en 50%-67%, acorde a la ponderación cuadrática en 56%-75% y la concordancia ponderada otorgando pesos de elaboración propia en 45%- 61%. Todos estos indicadores de acuerdo alcanzan la significación estadística en rangos que, según el criterio de Landis y Koch, oscilan entre Moderados y Sustanciales.

Para valorar la fiabilidad de la Sección B se valoró la concordancia en las respuestas dadas a los 18 ítems de esta sección en las dos rondas consecutivas de administración del instrumento tentativo MC_V2 sobre la muestra de validación con la técnica del test- retest. Estos resultados se muestran en la **Tabla 24**.

Tabla 24: Prueba de Fiabilidad (κ ponderada) entre las respuestas de la primera y segunda ronda de la Sección B de los participantes en la muestra de validación.

FIABILIDAD SECCIÓN B	Concordancia bruta %	Concordancia libre de azar según índice Kappa de Cohen % (p)			
		No ponderada	Chebyshev	Cuadrática	Personalizada
1) Cantidad de personal inadecuado	70	54(<0,001)	60(<0,001)	65(<0,001)	54(<0,001)
2) Empeoramiento de las condiciones de los usuarios (situaciones de urgencia).	72	51(<0,001)	57(<0,001)	62(<0,001)	54(<0,001)
3) Inesperado aumento d la cantidad de	67	48(<0,001)	55(<0,001)	63(<0,001)	51(<0,001)

pacientes y/o complejidad en la unidad					
4) Número inadecuado de personal auxiliar y/o administrativo (auxiliares de enfermería, técnicos o secretarías de la unidad, etc)	70	55(<0,001)	61(<0,001)	68(<0,001)	59(<0,001)
5) Asignación de usuarios descompensados	64	49(<0,001)	57(<0,001)	65(<0,001)	53(<0,001)
6) Insuficiente stock de medicamentos o falta de ellos cuando se requiere.	63	49(<0,001)	60(<0,001)	70(<0,001)	55(<0,001)
7) Entrega inadecuada del turno saliente o de la unidad que lo traslada.	66	53(<0,001)	63(<0,001)	72(<0,001)	58(<0,001)
8) Falta de intervenciones requeridas de otros profesionales (por ejemplo, Kinesiología no apoya en terapia física, etc.)	65	51(<0,001)	59(<0,001)	67(<0,001)	55(<0,001)
9) Suministros/ equipos no disponibles cuando se requieren.	69	56(<0,001)	67(<0,001)	76(<0,001)	64(<0,001)
10) Suministros/ equipos no funcionan correctamente cuando se necesitan.	73	62(<0,001)	68(<0,001)	72(<0,001)	65(<0,001)
11) Falta de apoyo o respaldo entre miembros del equipo	64	52(<0,001)	61(<0,001)	68(<0,001)	56(<0,001)
12) Tensión o falta de comunicación con otras unidades y/o servicios.	62	48(<0,001)	56(<0,001)	63(<0,001)	52(<0,001)
13) Tensión o falta de comunicación en el equipo de enfermería.	74	52(<0,001)	61(<0,001)	68(<0,001)	57(<0,001)
14) Tensión o falta de comunicación con el estamento médico	75	52(<0,001)	63(<0,001)	71(<0,001)	58(<0,001)
15) El Técnico en	65	51(<0,001)	61(<0,001)	69(<0,001)	56(<0,001)

enfermería no comunica que el cuidado no se ha proporcionado.					
16) Personal responsable de otorgar el cuidado y/o intervención no se encuentra en la unidad o no disponible	65	52(<0,001)	61(<0,001)	67(<0,001)	57(<0,001)
17) Alta carga laboral por ingresos y altas de usuarios.	70	53(<0,001)	64(<0,001)	75(<0,001)	59(<0,001)
18) Excesiva carga laboral administrativa.	64	50(<0,001)	60(<0,001)	68(<0,001)	55(<0,001)

Como se observa en la **Tabla 24** los acuerdos brutos oscilan en el rango 62%-75% y las concordancias libres de coincidencias fortuitas, según las diferentes versiones del índice de acuerdo no ponderado de Cohen y sus diferentes sistemas de ponderación, oscilan en el rango 48%-56% para la no ponderada, en 55%-68% según la ponderación de Chebyshev, entre 62%-76% acorde a la ponderación cuadrática y en el intervalo 51%- 65% para el índice de acuerdo de Cohen ponderado según criterios propios. Se alcanza la significación estadística en todas ellas para rangos que, según el criterio de Landis y Koch, oscilan entre Moderados y Sustanciales.

VII) DISCUSIÓN

Contar con instrumentos validados que permitan medir las mismas variables en diferentes ámbitos, constituye uno de los pilares esenciales en la medida de la calidad y seguridad de los cuidados que se prestan. Esto permite la comparación con otros con el fin de introducir las mejoras necesarias que ayuden a alcanzar la excelencia en la prestación de cuidados⁴⁶.

Disponer de herramientas validadas en diferentes escenarios y ambientes constituye el punto de partida para poder llevar a cabo medidas de un mismo fenómeno en diferentes situaciones y circunstancias⁴⁶.

Identificar las variables que determinan los niveles de calidad y seguridad de los cuidados es esencial a la hora de poder medir, no sólo el fenómeno en sí, sino de cuantificar la eficacia de las posibles intervenciones o mejoras que se puedan poner en marcha.

Por otro lado, se hace imprescindible, como indicó Kalisch en su análisis del concepto de “omisión de cuidados”, crear una cultura de calidad y seguridad en los cuidados y ésta pasa por prestar atención a aquéllos que no se proporcionan. Por este motivo, es necesario fomentar una comunicación honesta de los cuidados omitidos como paso previo a la puesta en marcha de cualquier medida, dado que este fenómeno o suceso no es algo aislado, sino que se trata de un elemento universal que ocurre en todas las culturas y países y que tiene un claro alcance internacional¹⁶.

Reconociendo la universalidad de los cuidados omitidos y que el ambiente de trabajo de los enfermeros tiene claras repercusiones sobre los mismos y sobre los resultados de los pacientes, esto obliga a identificar los elementos que

determinan o promueven ambientes de trabajo más favorables como predictores positivos inherentes a la calidad y seguridad de los cuidados, mejores resultados de los pacientes y mayores niveles de satisfacción de estos.

En este apartado de discusión hay que abordar todos aquellos aspectos relacionados con la validación del cuestionario como fase intermedia a la obtención del instrumento cuyo uso se está validando al contexto chileno. Entender estos resultados que se han obtenido en las distintas fases de validación ayudarán a comprender, como se comentó, que la omisión de cuidados no se trata de un fenómeno aislado o limitado a un país o cultura, sino que se trata de un elemento crucial que debe ser analizado, pues éste sucede antes que cualquier evento indeseado o adverso que se pueda medir con posterioridad^{42,43}.

Hay que destacar que en este estudio se alcanza un número de participantes en la muestra de validación un poco menor al que la autora principal utilizó para llevar a cabo las diferentes pruebas psicométricas del instrumento original. Así pues, teniendo en cuenta que el número de participantes en el presente estudio alcanzó un total de N=249 profesionales, éste es comparable a los N=459 del primer estudio de la autora, similar a la muestra del estudio turco que alcanzó una N=436 (84 para el test-retest) y algo más distante de las muestras utilizadas en el estudio islandés N= 118 (39 para el test- retest), y el estudio brasileño que alcanzó una N=60^{37,38,41}.

Se puede destacar que la muestra de validación utilizada en este estudio no dista de la usada por los distintos autores, incluida la original, y, por tanto, hay que descartar cualquier sesgo o error ligado a este elemento.

El proceso de adaptación cultural de la versión chilena del Instrumento MISSCARE fue llevado a cabo de acuerdo con la recomendación de la

bibliografía, asegurando así una correcta utilización de este. En el presente estudio fueron presentadas la validez aparente y de contenido de la versión adaptada.

En esta investigación y según lo recomendado, se realizaron en el proceso de adaptación cultural los pasos sugeridos en traducción y retrotraducción para lograr el mayor consenso entre ellas. De esa forma se lograron coincidencias sobre el 90% en cada una de sus versiones⁴³.

Para lograr dicha fase se intentó establecer comparativa con otros estudios de validación del Instrumento MISSCARE, los cuales lamentablemente no contaban con mayor detalle en cuanto al número de integrantes y características de estos en comité de expertos, por lo cual se establece número promedio de acuerdo con lo presentado en estudio español. Con ello los integrantes del grupo de expertos, fueron 10 para la primera fase y en la segunda fase 4, describiendo además las características generales de cada uno de ellos y siguiendo los criterios de elegibilidad propuestos. Es así, que se establece un número adecuado de expertos calificados, que por medio de valoración y juicio realizado permitieran asegurar una adecuación del instrumento, logrando un consenso que permitió verificar la validez aparente y de contenido del instrumento. Entre las recomendaciones dadas por expertos se debió modificar terminología, verbos y enunciados, incluso incluir nuevos ítems en el instrumento con el fin de facilitar la comprensión a nivel nacional. Investigaciones similares han demostrado la importancia de modificar terminología de algunos instrumentos para la adecuada comprensión de lo que realmente se desea consultar y conocer.

La correcta traducción y la adaptación cultural de un instrumento no siempre garantizan la preservación de sus propiedades psicométricas, por lo que es necesaria la validación al idioma y contexto de destino. Así, para que un instrumento sea considerado válido, además debe cumplir con^{43,44,45}:

1. Reflejar la teoría en el fenómeno o concepto que se quiere medir (validez de

constructo).

2. Exacto o válido, medir lo que ha de medir de forma correcta (validez de criterio).
3. Coherente en su estructura interna, al dirigirse todos sus ítems o grupos de ellos a una misma finalidad métrica (consistencia interna).
4. Preciso o confiable, es decir, con mediciones libres de error (fiabilidad).
5. Capaz de medir cambios, tanto en los diferentes individuos como en la respuesta de un mismo individuo a través del tiempo (sensibilidad al cambio).

En cuanto a las características sociodemográficas de la muestra, los enfermeros/as eran de una entidad pública, contratados y en modalidad de cuarto turno, además un alto porcentaje con más de 5 años de experiencia profesional.

Esta descripción es muy similar a las muestras de los distintos estudios de validación, destacando que en otros países existen diferentes grados de enfermería difíciles de agrupar atendiendo al contexto chileno.

Con respecto al nivel de satisfacción con el puesto, el estudio muestra similares distribuciones de las respuestas, destacando que la satisfacción con el trabajo en equipo de los chilenos situaba a un 26% en Muy satisfecho y 46 % en Satisfecho, frente a otros estudios que situaba en Muy satisfechos al 48 % y en Satisfechos a un 23 % Esto indica que existe entre los profesionales encuestados una peor satisfacción en relación al trabajo en equipo, elemento crucial a tener en cuenta en la valoración de los ambientes de trabajo, dada la clara repercusión que esto puede tener sobre los resultados de los pacientes^{26,27,29,30,31,34}.

Los resultados del análisis de consistencia interna realizados a instrumento MISSCARE para Versión MC_V2, en su sección A, obtuvo un alfa de Cronbach para los 27 ítems de 0,89. Para la Sección B del instrumento Versión MC_V2, se

obtuvo una consistencia interna en sus 18 ítems que alcanzó un alfa de Cronbach de 0,91. Al estimar alfa de Cronbach para ambas secciones, esta alcanza un valor de 0,90.

Los resultados obtenidos en el estudio original describían resultados por dimensiones solo para la sección B, donde alcanzaron valores de 0,85, 0,70 y 0,63. Uno de los estudios de validación realizado en Turquía, también analizó la sección B por dimensiones, con valores de 0,91, 0,69 y 0,75 para cada una, para la sección A los valores obtenidos en alfa de Cronbach es de 0,93. Estos últimos resultados son similares a estudios de validación realizados en España donde para la Sección A el alfa de Cronbach fue de 0,95, en la Sección B alcanzó un alfa de Cronbach de 0,92^{15,38,50}.

Son casi idénticos a los obtenidos por los autores del estudio brasileño que obtuvieron valores de alfa de Cronbach para la Sección A de 0,96 y para la Sección B de 0,92. Los autores turcos obtuvieron un alfa de Cronbach para la Sección A de 0,93^{38,41}.

Ninguno de los estudios consultados calculó si la consistencia interna mejoraría con la extracción de algún ítem, por lo que no es posible la comparación. En ninguna de las secciones la extracción de algunos de sus ítems mejoraría en al menos 0,10 puntos la consistencia interna, incluidos los ítems que se han añadido a la nueva versión española, por lo que se decidió conservar su formato incluyendo los ítems nuevos. Este hecho sustenta, con razones de peso, que ha sido acertada la inclusión de los ítems nuevos en la versión chilena⁵⁰.

Como se observó en los resultados, la prueba de validez de constructo llevada a cabo en este estudio para ambas secciones fue el análisis factorial confirmatorio. La autora original lógicamente llevó a cabo un análisis factorial exploratorio, dado que desconocía inicialmente las dimensiones en las que se iban a distribuir los diferentes ítems. Posteriormente, sí llevó a cabo un análisis

confirmatorio que replicaba los resultados del exploratorio. En ambos, la extracción de factores se llevó a cabo por rotación Varimax, suprimiendo cargas factoriales con coeficientes menores de 0,30 en nuestro caso y de 0,35 en el caso del estudio original⁴⁷.

Las cuatro dimensiones estipuladas para la Sección A como agrupación de los ítems de MC_V2 por similitud con MISSCARE lograron explicar el 63% de la varianza total observada en el estudio realizado. Este dato no ha sido expuesto por ninguno de los estudios de validación consultados^{38,39,41,50}.

La estructura tridimensional de la sección B de MC_V2, explica en la investigación el 60% de la varianza observada en las respuestas dadas a los ítems de esta sección, muy similar a la obtenida en el estudio turco que alcanzó un 64%³⁸.

Como se comentó en los resultados de los análisis factoriales confirmatorios, la discrepancia observada en la agrupación de las respuestas a los ítems en dimensiones de la sección A y B entre MISSCARE y MC_V2, no permitieron concluir que ambos cuestionarios posean una estructura idéntica.

No se ha encontrado en los estudios de validación de MISSCARE la matriz de componentes rotados de la Sección A, ni siquiera en el estudio original con el que poder explicar las variaciones detectadas y que discrepan sobre la distribución de los ítems en las cuatro dimensiones propuestas por la autora original¹⁵.

Con respecto a la Sección B, tanto el estudio turco como el islandés replican la distribución de los ítems en las tres dimensiones teóricas propuestas por la autora original, pero, sin embargo, el estudio turco, por los datos que se exponen, llevó a cabo una extracción de factores por debajo de 0,25, dejando ítems en las dimensiones que, de subir a 0,35 hubieran sido cargados en otra dimensión^{37,38}.

Algunos autores indican que en los modelos de análisis factoriales confirmatorios, más restrictivos que los exploratorios, se incluyan un cierto número de dimensiones potencialmente relacionadas entre sí, como forma de explicar las posibles discrepancias. Como ocurre aquí, es difícil diferenciar si un ítem clasificado en la dimensión teórica en “Intervenciones Necesidades individuales” pueda cargarse en la dimensión “Intervenciones cuidados básicos”.

Atendiendo a que en este estudio ningún factor había sido extraído en ninguna de las dimensiones y que la mayoría de las discrepancias habían consistido en la trasposición de una dimensión, no se puede zanjar esta cuestión diciendo que el nuevo instrumento carece de validez de constructo, sino que en esta etapa de diagnóstico, aludiendo a los análisis que han hecho otros autores sobre el análisis factorial, esta prueba no es capaz de demostrar que un modelo es correcto, sino a lo sumo, incapaz de demostrar que es incorrecto. En consecuencia, tampoco es capaz de demostrar que un cuestionario es válido, sino incapaz de demostrar que es inválido.

Se requiere indicar además que esta prueba psicométrica se determina en cada caso, sin tener que coincidir con otros, dado que un cuestionario debe ir adaptándose a las nuevas circunstancias y características dependiendo de las modificaciones que sufra el elemento explorado, en este caso los cuidados enfermeros.

La fiabilidad en este estudio fue llevada a cabo explorando el índice de concordancia no ponderada libre de azar, Kappa de Cohen, y las ponderadas con diversas maneras de cálculo.

La pérdida de encuestados entre la primera y segunda ronda, en este caso alcanzó un 17% de participantes (N= 249 - N=207). En el caso de Islandia la pérdida alcanzó un 58 % (N=67-N=39). En el resto de los estudios no tuvieron pérdidas, pero las muestras sobre las que aplicaron el test-retest eran pequeñas, N= 48 en el caso de Turquía y N=60 en el brasileño^{37,38,41}.

En el estudio original se hace referencia a las concordancias brutas, pero no exploran ninguna más. En este sentido, la concordancia bruta reportada por la autora original hace referencia a un valor de concordancia bruta de 81% para la Sección A y de un 82 % de la sección B, sin especificar el valor para cada ítem y sin calcular el resto de los índices. En el presente estudio, pese a que se alcanzó una concordancia que oscilaba ente el 58%-77% para la sección A y entre 62%-75% para la sección B, se obtuvieron mejores resultados con el cálculo del índice de Kappa tanto ponderada como no ponderada¹⁵.

Se entiende que el método utilizado en este estudio es más realista, dado que la concordancia entre rondas debe contemplar que existen repuestas similares. No es lo mismo que un profesional conteste en la primera vuelta que un cuidado “Siempre se omite” y que en la segunda conteste “Nunca se omite”, a que otro responda en la primera vuelta “Siempre se omite” y en la segunda que un cuidado “Frecuentemente se omite”, dado que la concordancia en el primer caso es peor y las repercusiones no son las mismas.

Por ello el contar con instrumentos que permitan medir desde diferentes aristas el Cuidado de Enfermería, permitirán conocer problemas asociados a una prestación inadecuada de ellos, logrando así establecer una cultura de calidad, que oriente a una mejora en la calidad y seguridad de la atención prestada. Por ello este estudio se considera un aporte para futuras investigaciones en que se requiera realizar este proceso ya que, tal como se evidencia es importante de la validación de instrumentos que midan Cuidado de Enfermería.

De esta forma, este instrumento adaptado para ser aplicado en población chilena, al completar la siguiente fase de validación se transformará en una herramienta que puede ser de suma utilidad para ser aplicado en diversos ámbitos en el contexto hospitalario público y/o privado en Chile y de esta forma medir un

aspecto tan relevante en nuestros días como es el cuidado perdido, y que está directamente ligado a la calidad de la atención y seguridad del paciente.

VIII) CONCLUSIONES

El disponer de instrumentos validados que permitan mejorar la calidad de la atención prestada y por ello la seguridad del paciente es fundamental, de esa forma se podrá instaurar una cultura de calidad y seguridad, en la cual se logre establecer estándares de cuidado acorde a los nuevos tiempos.

Con los resultados analizados se puede determinar que la atención de enfermería perdida, o los errores de omisión, es una preocupación mundial, ya que la necesidad de contar con medidas confiables y válidas para el cuidado de enfermería se ve respaldada por el hecho de que el cuidado de enfermería hace una contribución sustancial a la calidad del cuidado del paciente y, por lo tanto, a la seguridad del paciente. Así mismo se evidenció que el instrumento MISSCARE ha probado ser confiable y válido en varios países, así como en Chile, lo que aumenta su valor y lo hace conveniente para medir la atención de enfermería perdida⁴⁸.

El instrumento demostró validez de contenido y apariencia según expertos, lo que hace pueda ser aplicable a contexto chileno, así también ha conservado sus propiedades psicométricas de sencillez, facilidad de uso, validez de constructo, consistencia y fiabilidad. El uso de este instrumento permitirá contar con información actualizada en torno al cuidado de los usuarios, ya que puede ser utilizada como herramienta de monitorización de la calidad y la seguridad de la atención en usuarios hospitalizados, relacionándolos con las características del ambiente de trabajo de los profesionales encuestados.

La adaptación y validación de un instrumento tal como fue expuesto abarca múltiples fases y demanda el obtener resultados adecuados que permitan disponer de él y confiar en su aplicación. Al término de este proceso, se podrá

contar con un instrumento aplicable a contexto chileno que permita ser un indicador para evaluar la gestión del cuidado, ya que se ha demostrado que el cuidado perdido es un indicador de calidad de los cuidados que está relacionado con la seguridad del paciente.

IX) REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization and World Alliance for Patient Safety. Research Priority Setting Working Group. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. [Internet]. Ginebra: Ashish Jha. World Health Organization; 2008. [citada 30 marzo 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43874>
2. Brennan TA, Leapel LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG. The nature of adverse events in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study. Boston: American Journal of Infection Control [Internet]; 1991[citada 30 marzo 2023]; 20(6):332. Disponible en: [https://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553\(05\)80240-8/abstract](https://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553(05)80240-8/abstract)
3. European Commission. DG Health and Consumer Protection. Declaración de Luxemburgo en seguridad del paciente. Luxemburgo; 2005. [citado 30 marzo 2023]. Disponible en: <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=com:2008:0412:fin:es:pdf>
4. Febré N, Mondaca K, Méndez P, Badilla V, Soto P, Ivanovic P. Calidad en enfermería: su gestión, implementación y medición. Rev. Med. Clínica Las Condes [Internet] 2018 [citado 30 marzo 2019]; 29:278-287. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.04.008>.
5. WHO. Más que palabras: Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico Definitivo. WHO [Internet] 2009 [citado 30 marzo 2019]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf.
6. Gobierno de Chile, Superintendencia de salud. Sistemas de vigilancia y notificación de Eventos Adversos. Chile: unidad técnica asesora, Superintendencia de salud [Internet] 2011. [citado el 30 marzo 2019]. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-6921_recurso_1.pdf
7. World Health Organization (WHO). Report of the Policy Dialogue Meeting on the Nursing Work Force, in Dialogue Meeting [Internet]. Geneva: WHO;

2017.[citado el 30 marzo 2023]. Disponible en: [http://www.who.int/hrh/news/2017/Nursing April2017-2.pdf](http://www.who.int/hrh/news/2017/Nursing%20April2017-2.pdf)

8. Milos P, Bórquez B, Larraín A. La gestión del cuidado en la legislación chilena: interpretación y alcance. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2010 [citado 30 marzo 2019]; 16(1): 17-29. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532010000100003&lng=es.

9. Estefo S, Paravic T. Enfermería en el rol de gestora de los cuidados. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2010 [citado 2019 Mar 30]; 16(3): 33-39. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717553201000030005&lng=es.

10. Marriner A, Raile M. *Modelos y teorías en Enfermería*. España. Editorial Elsevier Mosby; 2007.

11. Ayala R, Torres M, Calvo M. *Gestión del Cuidado en Enfermería*. Chile. Editorial Mediterráneo; 2014.

12. Zeleníková R, Gurková E, Friganovic A, Uchmanowicz I, Jarošová D, Žiaková K, Plevová I, Papastavrou E. Unfinished nursing care in four central European countries. *J Nurs Manag.* [Internet] 2020 [citado 23 marzo 2023]; 28(8):1888-1900. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jonm.12896>.

13. Báez-Hernández F. J, Nava-Navarro V, Ramos-Cedeño L, Medina-López O. M. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *Aquichan* [Internet]. 2009 [Citado en julio 2019];9(2):127-134. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74112142002>

14. World Health Organization. Geneva: The Organization, Patient safety. [Internet] 2020 [citado el 29 abril 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/patientsafety/en/>.

15. Kalisch BJ. Missed nursing care: a qualitative study. *J Nurs Care Qual.* [Internet]. 2006 [Citado en julio 2019]; 21(4):306-13. Disponible en <https://doi.org/10.1097/00001786-200610000-00006>.
16. Kalisch BJ, Landstrom G, Williams RA. Missed nursing care: Errors of omission. *Nurs Outlook.* [Internet]. 2009 [Citado Mar 30 2019]; 57:3-9. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/23797358_Missed_Nursing_Care_Errors_of_Omission.
17. Wakefield BJ. Enfrentando la realidad del cuidado perdido. *BMJ Qual Saf* 2014; 23: 92-94.
18. Monteiro C, Machado AF, Gonçalves PM. Interruptions of nurses' activities and patient safety: an integrative literature review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2015. [Citado en julio 2019]. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/0104-1169-rlae-23-01-00169.pdf>
19. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed?. *JAMA.* 1988. [Citado en julio 2019]. Disponible en <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/374139>
20. Torres M, Zárate R, Matus R. Calidad de los registros clínicos de enfermería: elaboración de un instrumento para su evaluación. *Rev. Enfermería Universitaria.* Universidad Nacional Autónoma México; 2011. [Citado en julio 2019] Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358741838003>
21. Kalisch B, Landstrom G, Hinshaw A. Missed Nursing Care: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* [Internet] 2009 [Citado en mayo 2019]; 65(7):1509-17. Disponible en <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x>
22. Vargas Bermúdez Z, Fernández Coto R. Programa de alta hospitalaria programada para preparar el egreso del paciente y familia. *Enfermería Actual en Costa Rica* [Internet] 2011 [Citado en mayo 2019]; (21):1-20. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44821176005>

23. Hernández-Cruz R, Moreno-Monsiváis MG, Cheverría S, Aracely Díaz A. Factores que influyen en el cuidado de enfermería perdido en pacientes de un hospital privado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem. Brasil* [Internet] 2017 [Citado en julio 2019]; 25:2877. Disponible en http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2877.pdf

24. Ministerio de Salud Chile. Norma técnica N° 154 sobre Programa Nacional de Calidad y Seguridad en la Atención. Reglamentos para la seguridad del paciente [Internet]. 2013 [citado 5 sep 2020]. Disponible en: Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/articles-8927_recurso_1.pdf

25. Hernández JH, Moreno MG, Interrial MG, Vázquez L. Nursing care missed in patients at risk of or having pressure ulcers. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2016 [Citado en julio 2019]; 24:2817. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02817.pdf.

26. Schubert M, Ausserhofer D, Desmedt M, Schwendimann R, Lesaffre E. Niveles y correlatos del racionamiento implícito de la atención de enfermería en hospitales suizos de cuidados agudos: un estudio transversal. *Int J Nurs Stud* [Internet] 2013 [Citado en julio 2019]; 50: 230–239. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.09.016>

27. Kalisch B, Tschannen D, Lee H, Friese C. Hospital variation in Missed Nursing Care. *American Journal of Medical Quality* [Internet] 2011 [Citado en julio 2019]; 26 (4): 291–299. Disponible en: doi: 10.1177 / 1062860610395929

28. Kalisch, B., Tschannen, D., & Lee, K. H. (2011). ¿Do Staffing Levels predict Missed Nursing Care? *Inter Journal for Qual in Health Care* [Internet] 2011 [Citado en julio 2019]; 23(3), 302-308. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21486856>

29. Ball J, Murrells T, Rafferty A, Morrow, E. y Griffiths, P. 'Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of

care. BMJ Qual Saf [Internet] 2014 [Citado en julio 2019]; 23: 116–125. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001767>

30. Ausserhofer D , Zander B ,Busse R . Prevalencia, patrones y factores predictivos del cuidado de enfermería que se dejó de realizar en los hospitales europeos: resultados del estudio multipaís de RN4CAST. BMJ Qual Saf.[Internet] 2014 [Citado en junio 2019]; 23 : 126 - 35 .Disponible en: doi: 10.1136 / bmjqs-2013-002318

31. Tubbs HL, Pickler RH, Younger JB, Mark BA. A descriptive study of nurse reported missed care in neonatal intensive care units. [internet]. J Adv Nurs. 2015; 71(4):813–824. [Citado en junio 2019]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jan.12578>

32. Hernández R, Moreno MG, Cheverría S, Landeros M, Interrial MG. Cuidado de enfermería perdido en pacientes hospitalizados en una institución pública y una privada. Index de Enfermería [Internet] 2017[Citado en junio 2019]; 26(3), 142-146. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000200005&lng=es&tlng=es.

33. Lake ET, Cordova PB, Barton S. Missed nursing care in pediatrics. Hosp Pediatr [Internet] 2017[Citado en junio 2019]; 7:378–84. Disponible en: <https://hosppeds.aappublications.org/content/7/7/378>

34. Gathara D, Serem G, Murphy G. Missed nursing care in newborn units: a cross-sectional direct observational study. BMJ Quality & Safety [Internet] 2019 [citado en junio 2020]; 2019 (1). Disponible en: doi: 10.1136 / bmjqs-2019-009363

35. Kim KJ, Yoo MS, Seo EJ. Exploring the Influence of Nursing Work Environment and Patient Safety Culture on Missed Nursing Care in Korea. Asian Nursing Research [Internet] 2018 [citado en junio 2019]; 12 (2):121-126. Disponible en: [https://www.asian-nursingresearch.com/article/S1976-1317\(17\)30683-7/fulltext](https://www.asian-nursingresearch.com/article/S1976-1317(17)30683-7/fulltext)

36. Villamin C, Anderson J, Fellman B, Urbauer D, Brassil K. Perceptions of Missed Care Across Oncology Nursing Specialty Units. *Journal of Nursing Care Qual* [Internet] 2019 [citado en junio 2019];34(1):47–53. Disponible en: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=30475323>
37. 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 [citado en junio 2019];29(3):563-72. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/scs.12150>
38. Kalisch BJ, Terzioglu F, Duygulu S. The MISSCARE Survey-Turkish: psychometric properties and findings. *Nurs Econ* [Internet] 2012. [Citado en junio 2019];30(1):29-37. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22479961>
39. Bagnasco A, Zanini M, Aleo G, Catania G, Kalisch B, Sasso L. Development and validation of the MISSCARE survey – Pediatric version. *J Adv Nurs* [Internet] 2018 [citado en junio 2019];74(12):2922-34. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jan.13837?af=R>
40. Sist L, Cortini C, Bandini A, Bandini S, Massa L, Zanin R, Ferraresi A. MISSCARE Survey – Italian version: Findings from an Italian validation study. *Igiene e Sanità Pubblica* [Internet] 2017 [citado en junio 2019]; 73(1): 29–45. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28428643>
41. Siqueira LDC, Caliri MHL, Kalisch B, Dantas RAS. Cultural adaptation and internal consistency analysis of the MISSCARE Survey for use in Brazil. *Rev Lat Am Enfermagem*. [Internet] 2013 [citado en junio 2019];21(2):610-7. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692013000200610&script=sci_abstract&tlng=es
42. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiales Á. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. [Internet] 2011 [citado en junio 2019]; 34(1): 63-72. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000100007&lng=es&tlng=es

43. Ramada-Rodilla José María, Serra-Pujadas Consol, Delclós-Clanchet George L. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud pública Méx* [Internet] 2013 [Citado el 1 junio 2019];55(1):57-66. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000100009&lng=es
44. Yáñez Gallardo R, Cuadra Olmos R. La técnica Delphi y la investigación en los servicios de salud. *Ciencia y enfermería* [Internet] 2008 [Citado el 14 Jul 2019]; 14(1):9-15. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532008000100002
45. Campo-Arias A, Oviedo H. C. Propiedades Psicométricas de una Escala: la Consistencia Interna. *Revista de Salud Pública* [Internet]. 2008 [Citado en junio 2019];10(5):831-839. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42210515>
46. Ayala RA, Calvo MJ. Cultural adaptation and validation of the Caring Behaviors Assessment tool in Chile. *Nursing & Health Sciences* [Internet] 2017. [citado en junio 2019]; 19: 459–66Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/nhs.12364>.
47. Batista_Foguet J, Coenders G, Alonso J. Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Medicina clínica* [Internet]2004 [Citado en junio 2019]; 122:21-27. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-analisis-factorial-confirmatorio-su-utilidad-validacion-cuestionarios-13057542>
48. Bassi E, Tartaglini D, Palese A. Missed nursing care terminologies, theoretical concepts and measurement instruments: a literature review. *Assist. Infirm. e Ric.* [Internet] 2018 [citado en junio 2023]; 37(1): 12–24.Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/372907895_Missed_care_and_support_figures_Preliminary_investigation_in_some_surgical_ward

49. Emanuel EJ. Research Ethics Boards: Reply from Ezekiel Emanuel. PLoS Medicine [Internet] 2006 [citado en junio 2019]; 3(10): e460.. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.0030460>

50. 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. Disponible en: <https://www.educacion.gob.es/teseo/listarBusqueda.do;jsessionid=7BFEE73A0F14EA2EABC7AE732DD971DC>

X) ANEXOS

1. ANEXO I: AUTORIZACIÓN UTILIZACIÓN INSTRUMENTO DRA. KALISCH



kalisch, Bea <bkalisch@med.umich.edu>
para mí ▾

31 oct 2018, 17:34 ☆ ↶ ⋮

Thank you for your interest in the *MISSCARE Survey*. You have permission to use it if you are willing to send the results (data) so that I can continue to monitor the psychometric properties of the tool. Let me know if you have questions.

Sincerely,

Bea

Beatrice J. Kalisch, RN, PhD, FAAN

Titus Distinguished Professor of Nursing

University of Michigan

School of Nursing

2703 White Oak Drive

Ann Arbor, Michigan 48103

bkalisch@umich.edu

7342555998 or 7342220920



2. ANEXO II: INSTRUMENTO MISSCARE (ORIGINAL INGLÉS)

1 of 6

MISSED NURSING CARE (*The MISSCARE Survey*) Beatrice J. Kalisch

1. Name of the unit you work on: _____
2. I spend the majority of my working time on this unit: _____ yes _____ no
3. Highest education level:
 - 1) _____ Grade school
 - 2) _____ High School Graduate (or GED)
 - 3) _____ Associate degree graduate
 - 4) _____ Bachelor's degree graduate
 - 5) _____ Graduate degree
4. If you are a nurse, what is the highest degree:
 - 1) _____ LPN Diploma
 - 2) _____ RN Diploma
 - 3) _____ Associate's degree in nursing (ADN)
 - 4) _____ Bachelor's degree in nursing (BSN)
 - 5) _____ Bachelor's degree **outside** of nursing
 - 6) _____ Master's degree (MSN) or higher in nursing
 - 7) _____ Master's degree or higher **outside** of nursing
5. Gender: _____ Female _____ Male
6. Age:
 - 1) _____ Under 25 years old (<25)
 - 2) _____ 25 to 34 years old (25-34)
 - 3) _____ 35 to 44 years old (35-44)
 - 4) _____ 45 to 54 years old (45-54)
 - 5) _____ 55 to 64 years old (55-64)
 - 6) _____ Over 65 years old (65+)
7. Job Title/Role:
 - 1) _____ Staff Nurse (RN)
 - 2) _____ Staff Nurse (LPN)
 - 3) _____ Nursing Assistant (e.g., nurse aides/tech)
 - 4) _____ Nurse manager, assistant manager (e.g. administrators on the unit)
 - 5) _____ Other [Please specify: _____]

Please turn over to page 2

@All rights protected Beatrice Kalisch
Please do not reproduce without permission of the author. January 8, 2009

8. Number of **hours usually worked per week** (check only one)

- 1) _____ less than 30 hours per week
 2) _____ 30 hours or more per week

9. **Work hours** (check the one that is most descriptive of the hours you work)

- 1) _____ Days (8 or 12 hour shift)
 2) _____ Evenings (8 or 12 hour shift)
 3) _____ Nights (8 or 12 hour shift)
 4) _____ Rotates between days, nights or evenings

10. **Experience in your role:**

- 1) _____ Up to 6 months
 2) _____ Greater than 6 months to 2 years
 3) _____ Greater than 2 years to 5 years
 4) _____ Greater than 5 year to 10 years
 5) _____ Greater than 10 years

11. **Experience** on your **current patient care unit:**

- 1) _____ Up to 6 months
 2) _____ Greater than 6 months to 2 years
 3) _____ Greater than 2 years to 5 years
 4) _____ Greater than 5 year to 10 years
 5) _____ Greater than 10 years

12. Which **shift** do you most often work?

- 1) _____ 8 hour shift
 2) _____ 10 hour shift
 3) _____ 12 hour shift
 4) _____ 8 hour and 12 hour rotating shift
 5) _____ Other [Please specify: _____]

13. In the past 3 month, how many hours of **overtime** did you work?

- 1) _____ None
 2) _____ 1-12 hours
 3) _____ More than 12 hours

14. In the past 3 months, how many days or shifts did you **miss work** due to illness, injury, extra rest etc. (exclusive of approved days off) ?

- 1) _____ None
 2) _____ 1 day or shift
 3) _____ 2-3 days or shifts
 4) _____ 4-6 days or shifts
 5) _____ over 6 days or shifts

Please turn over to page 3

15. Do you plan to **leave your current position**?

- 1) _____ in the next 6 months
- 2) _____ in the next year
- 3) _____ no plans to leave

16. How often do you feel **the unit staffing is adequate**?

- 1) _____ 100% of the time
- 2) _____ 75% of the time
- 3) _____ 50% of the time
- 4) _____ 25% of the time
- 5) _____ 0% of the time

17. **On the current or last shift** you worked, how many **patients** did you care for? _____

17-a. how many **patient-admissions** did you have (i.e. includes transfers into the unit)? _____

17-b. how many **patient-discharges** did you have (i.e. includes transfers out of the unit)? _____

Please check one response for each question.

	Very satisfied	Satisfied	Neutral	Dissatisfied	Very dissatisfied
18. How satisfied are you in your current position ?					
19. Independent of your current job, how satisfied are you with being a nurse or a nurse assistant ?					
20. How satisfied are you with the level of teamwork on this unit ?					

Please turn over to page 4.

Section A — Missed Nursing Care

Nurses frequently encounter multiple demands on their time, requiring them to reset priorities, and not accomplish all the care needed by their patients. To the best of your knowledge, **how frequently** are the following elements of nursing care **MISSED** by the nursing staff (including you) on your unit? **Check only one box for each item.**

	Always missed	Frequently missed	Occasionally missed	Rarely missed	Never missed
1) Ambulation three times per day or as ordered					
2) Turning patient every 2 hours					
3) Feeding patient when the food is still warm					
4) Setting up meals for patient who feeds themselves					
5) Medications administered within 30 minutes before or after scheduled time					
6) Vital signs assessed as ordered					
7) Monitoring intake/output					
8) Full documentation of all necessary data					
9) Patient teaching about illness, tests, and diagnostic studies					
10) Emotional support to patient and/or family					
11) Patient bathing/skin care					
12) Mouth care					
13) Hand washing					
14) Patient discharge planning and teaching					
15) Bedside glucose monitoring as ordered					
16) Patient assessments performed each shift					

Please turn over to page 5

	Always missed	Frequently missed	Occasionally missed	Rarely missed	Never missed
17) Focused reassessments according to patient condition					
18) IV/central line site care and assessments according to hospital policy					
19) Response to call light is initiated within 5 minutes					
20) PRN medication requests acted on within 15 minutes					
21) Assess effectiveness of medications					
22) Attend interdisciplinary care conferences whenever held					
23) Assist with toileting needs within 5 minutes of request					
24) Skin/Wound care					

Section B—Reasons for Missed Nursing Care

Thinking about the missed nursing care on your unit by all of the staff (as you indicated on Part 1 of this survey), indicate the **REASONS** nursing care is **MISSED** on your unit. **Check only one box for each item.**

	Significant reason	Moderate reason	Minor reason	NOT a reason for missed care
1) Inadequate number of staff				
2) Urgent patient situations (e.g. a patient's condition worsening)				
3) Unexpected rise in patient volume and/or acuity on the unit				
4) Inadequate number of assistive and/or clerical personnel (e.g. nursing assistants, techs, unit secretaries etc.)				
5) Unbalanced patient assignments				

Please turn over to page 6 →

	Significant reason	Moderate reason	Minor reason	NOT a reason for missed care
6) Medications were not available when needed				
7) Inadequate hand-off from previous shift or sending unit				
8) Other departments did not provide the care needed (e.g. physical therapy did not ambulate)				
9) Supplies/ equipment not available when needed				
10) Supplies/ equipment not functioning properly when needed				
11) Lack of back up support from team members				
12) Tension or communication breakdowns with other ANCILLARY/SUPPORT DEPARTMENTS				
13) Tension or communication breakdowns within the NURSING TEAM				
14) Tension or communication breakdowns with the MEDICAL STAFF				
15) Nursing assistant did not communicate that care was not provided				
16) Caregiver off unit or unavailable				
17) Heavy admission and discharge activity				

THANK YOU FOR YOUR PARTICIPATION!

3. ANEXO III: Versión MC_ENG_ESP_1

1 de 6

DESATENCIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (La encuesta *DESATENCIÓN DE CUIDADOS*) *Beatrice J. Kalisch*

1. Nombre de la unidad en la que trabaja: _____
2. Paso la mayor parte de mi jornada laboral en esta unidad: _____ sí _____ no
3. Nivel educativo máximo alcanzado:
 - 1) _____ Escuela primaria
 - 2) _____ Graduado de secundaria (o el GED, *General Educational Development*)
 - 3) _____ Grado técnico
 - 4) _____ Título universitario de primer ciclo
 - 5) _____ Título universitario de segundo ciclo o título de grado
4. Si usted es enfermero/a, ¿cuál es el título de mayor cualificación que ha obtenido?:
 - 1) _____ Diploma LPN (*Licensed Practical Nurse*)
 - 2) _____ Diploma RN (*Registered Nurse*)
 - 3) _____ Grado técnico en enfermería (ADN, *Associate Degree in Nursing*)
 - 4) _____ Título universitario de primer ciclo en enfermería (BSN, *Bachelor of Nursing*)
 - 5) _____ Título universitario de primer ciclo en una rama distinta a enfermería
 - 6) _____ Máster (MSN, *Master of Science in Nursing*) o posgrado en enfermería
 - 7) _____ Máster o posgrado en una rama distinta a enfermería
5. Sexo: _____ Mujer _____ Hombre
6. Edad:
 - 1) _____ Menos de 25 años (<25)
 - 2) _____ De 25 a 34 años (25-34)
 - 3) _____ De 35 a 44 años (35-44)
 - 4) _____ De 45 a 54 años (45-54)
 - 5) _____ De 55 a 64 años (55-64)
 - 6) _____ Más de 65 años (+65)
7. Nombre del puesto/cargo:
 - 1) _____ Personal de enfermería (RN)
 - 2) _____ Personal de enfermería (LPN)
 - 3) _____ Auxiliar de enfermería (por ejemplo, ayudantes/técnicos de enfermería)
 - 4) _____ Director/a de enfermería, subdirector/a de enfermería (por ejemplo, los administradores de la unidad)
 - 5) _____ Otro [Indíquelo: _____]

Pase a la página 2 →

@ Todos los derechos protegidos Beatrice Kalisch
No reproducir sin la autorización de la autora. 8 de enero de 2009

8. Número de horas habitualmente trabajadas por semana (marque solo una)

- 1) _____ menos de 30 horas a la semana
- 2) _____ 30 horas o más a la semana

9. Horario laboral (marque la opción que mejor describa su horario de trabajo)

- 1) _____ Días (turno de 8 o 12 horas)
- 2) _____ Tardes (turno de 8 o 12 horas)
- 3) _____ Noches (turno de 8 o 12 horas)
- 4) _____ Turno rotativo de día, tarde o noche

10. Experiencia en su puesto:

- 1) _____ Hasta 6 meses
- 2) _____ Entre 6 meses y 2 años
- 3) _____ Entre 2 y 5 años
- 4) _____ Entre 5 y 10 años
- 5) _____ Más de 10 años

11. Experiencia en la unidad actual de asistencia al paciente:

- 1) _____ Hasta 6 meses
- 2) _____ Entre 6 meses y 2 años
- 3) _____ Entre 2 y 5 años
- 4) _____ Entre 5 y 10 años
- 5) _____ Más de 10 años

12. ¿En qué turno suele trabajar?

- 1) _____ Turno de 8 horas
- 2) _____ Turno de 10 horas
- 3) _____ Turno de 12 horas
- 4) _____ Turno rotativo de 8 a 12 horas
- 5) _____ Otro [Indíquelo: _____]

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

- 1) _____ Ninguna
- 2) _____ 1-12 horas
- 3) _____ Más de 12 horas

14. En los últimos 3 meses, ¿cuántos días o turnos de trabajo ha faltado debido a enfermedad, accidente, descanso extra, etc. (sin incluir los días libres que le han concedido)?

- 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

Pase a la página 3 →

@ Todos los derechos protegidos Beatrice Kalisch

No reproducir sin la autorización de la autora. 8 de enero de 2009

15. ¿Tiene previsto dejar su puesto actual?

- 1) _____ En los próximos 6 meses
- 2) _____ En el próximo año
- 3) _____ No tengo previsto dejarlo

16. ¿Con qué frecuencia siente que el personal de la unidad es el adecuado?

- 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

17. En el turno que está haciendo ahora o en el último turno que ha hecho, ¿cuántos pacientes ha atendido?

17-a. ¿Cuántos ingresos de pacientes ha tenido (es decir, incluidas las transferencias a la unidad)? _____

17-b. ¿Cuántos egresos de pacientes ha tenido (es decir, incluidas las transferencias fuera de la unidad)? _____

Marque una respuesta para cada pregunta.

	Muy satisfecho/a	Satisfecho/a	Neutro	Insatisfecho	Muy insatisfecho
18. ¿Cuál es su grado de satisfacción con su puesto actual?					
19. Independientemente de su trabajo actual, ¿cuál es su grado de satisfacción con ser enfermero/a o auxiliar de enfermería?					
20. ¿Cuál es su grado de satisfacción con respecto al nivel de trabajo en equipo de esta unidad...?					

Pase a la página 4 →

Sección A: Desatención de cuidados de enfermería

El personal de enfermería con frecuencia se enfrenta a diversas demandas simultáneas, lo que le obliga a replantearse las prioridades y a no cumplir con todo el cuidado que necesitan sus pacientes. Según su punto de vista, **¿con qué frecuencia está DESATENDIENDO el personal de enfermería (incluido usted) los aspectos de asistencia indicados más abajo en su unidad? Marque únicamente una casilla para cada ítem.**

	Siempre se desatiende	Con frecuencia se desatiende	A veces se desatiende	Casi nunca se desatiende	Nunca se desatiende
1) Hacer caminar a los pacientes tres veces al día o según lo dispuesto					
2) Mover a los pacientes cada 2 horas					
3) Dar de comer a los pacientes cuando la comida está todavía caliente					
4) Organizar las comidas de los pacientes que comen con autonomía					
5) Administrar medicamentos en el intervalo de 30 minutos antes o después de la hora programada					
6) Evaluar los signos vitales según lo dispuesto					
7) Supervisar las ingestas/excreciones					
8) Cumplimentar la documentación con los datos necesarios					
9) Explicar a los pacientes las enfermedades, pruebas y estudios diagnósticos					
10) Apoyo emocional al paciente y/o familiares					
11) Baño / cuidado cutáneo de los pacientes					
12) Cuidado bucal					
13) Lavado de manos					
14) Planificación y explicación al alta de pacientes					

Pase a la página 5 →

	Siempre se desatiende	Con frecuencia se desatiende	A veces se desatiende	Casi nunca se desatiende	Nunca se desatiende
15) Supervisión de glucosa en la cabecera de la cama según lo dispuesto					
16) Evaluación de pacientes realizada en cada turno					
17) Revaluación orientada al estado de los pacientes					
18) Centro de cuidados y evaluaciones de la línea central/intravenosa de acuerdo con las directrices del hospital					
19) Responder a la luz de llamada en 5 minutos desde que se activa					
20) Atender a las solicitudes de medicación PRN en 15 minutos					
21) Evaluar la efectividad de los medicamentos					
22) Asistir a conferencias sobre asistencia multidisciplinaria cuando se celebran					
23) Atender las rutinas de baño de los pacientes en 5 minutos desde que lo solicitan					
24) Cuidado cutáneo/heridas					

Sección B: Motivos para desatender los cuidados de enfermería

Teniendo en cuenta los cuidados de enfermería desatendidos en su unidad por todo el personal (como ha indicado en la primera parte de esta encuesta), indique los **MOTIVOS** por los que se han **DESATENDIDO** los cuidados de enfermería en su unidad. **Marque únicamente una casilla para cada ítem.**

	Motivo muy importante	Motivo importante	Motivo poco importante	No es un motivo para la desatención de cuidados
1) Cantidad no adecuada de personal				
2) Situaciones urgentes que surgen con los pacientes (por ejemplo, cuando empeora el estado de un paciente)				

Pase a la página 6 →

	Motivo muy importante	Motivo importante	Motivo poco importante	No es un motivo para la desatención de cuidados
3) Aumento no previsto del volumen de pacientes y/o nivel de agilidad de la unidad				
4) Cantidad no adecuada de personal auxiliar y/o administrativo (por ejemplo, auxiliares de enfermería, técnicos, secretarios/as de la unidad, etc.)				
5) Asignación desequilibrada de pacientes				
6) Medicamentos no disponibles cuando se necesitan				
7) Relevo inadecuado del turno anterior o de la unidad emisora				
8) Otros departamentos no proporcionan el cuidado necesario (por ejemplo, los técnicos de fisioterapia no hicieron turno ambulante)				
9) Suministros/equipos no disponibles cuando se necesitan				
10) Suministros/equipos que no funcionan correctamente cuando se necesitan				
11) Falta de apoyo o refuerzo para los miembros del equipo				
12) Tensión o fallos de comunicación con otros departamentos complementarios o de apoyo				
13) Tensión o fallos de comunicación en el equipo de enfermería				
14) Tensión o fallos de comunicación en el equipo médico				
15) La auxiliar de enfermería no comunica que no se ha proporcionado el cuidado				
16) Cuidador ausente de la unidad o no disponible				
17) Actividad intensa de ingresos y egresos				

¡MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!

© Todos los derechos protegidos Beatrice Kalisch
No reproducir sin la autorización de la autora. 8 de enero de 2009

4. ANEXO IV: Versión MC_ENG_ESP_2

1 de 6

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA NO PROPORCIONADA (*Encuesta sobre LA ATENCIÓN NO PROPORCIONADA*)

Beatrice J. Kalisch

1. Indique el área donde trabaja: _____
2. Paso la mayor parte de mi jornada laboral en esta unidad: sí no
3. Nivel de estudios:
 - 1) Educación primaria
 - 2) Educación secundaria (o GED, General Educational Development)
 - 3) Título de técnico/a superior
 - 4) Diplomatura
 - 5) Título de grado o licenciatura
4. Si usted es enfermero/a, ¿cuál es su nivel de estudios?
 - 1) Diploma LPN (Licensed Practical Nurse)
 - 2) Diploma RN (Registered Nurse)
 - 3) Técnico/a superior en enfermería (ADN, Associate's degree in nursing)
 - 4) Diplomatura en enfermería (BSN, Bachelor of Science in Nursing)
 - 5) Diplomatura en otra materia
 - 6) Magíster (MSN, Master of Science in Nursing) o posgrado en enfermería
 - 7) Magíster o posgrado en otra materia
5. Sexo: Mujer Hombre
6. Edad:
 - 1) Menos de 25 años (<25)
 - 2) Entre 25 y 34 años (25-34)
 - 3) Entre 35 y 44 años (35-44)
 - 4) Entre 45 y 54 años (45-54)
 - 5) Entre 55 y 64 años (55-64)
 - 6) Más de 65 años (65+)
7. Cargo/Puesto:
 - 1) Enfermero/a de planta (Enfermero/a titulado)
 - 2) Enfermero/a de planta (Técnico/a en enfermería)
 - 3) Auxiliar de enfermería (p. ej.: asistente o técnico/a de enfermería)
 - 4) Director/a o subdirector/a de enfermería (p. ej.: administrador/a de la unidad)
 - 5) Otro (especifique cuál: _____)

Pase a la página 2 →

©Todos los derechos protegidos. Beatrice Kalisch
Prohibida su reproducción sin la autorización de la autora. 8 de enero de 2009

8. Número de horas que trabaja a la semana habitualmente (marque solo una opción)

- 1) _____ menos de 30 horas a la semana
- 2) _____ 30 horas o más a la semana

9. Horario de trabajo (indique la opción que más se aproxime a su horario de trabajo)

- 1) _____ Días (turno de 8 o 12 horas)
- 2) _____ Tardes (turno de 8 o 12 horas)
- 3) _____ Noches (turno de 8 o 12 horas)
- 4) _____ Rotativo entre días, noches o tardes

10. Experiencia en su puesto de trabajo:

- 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

11. Experiencia en la unidad de asistencia sanitaria actual:

- 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

12. ¿Qué turno suele realizar?

- 1) _____ turno de 8 horas
- 2) _____ turno de 10 horas
- 3) _____ turno de 12 horas
- 4) _____ turno rotativo de 8 y 12 horas
- 5) _____ Otro (especifique cuál: _____)

13. En los últimos 3 meses, ¿cuántas horas extra ha trabajado?

- 1) _____ Ninguna
- 2) _____ Entre 1 y 12 horas
- 3) _____ Más de 12 horas

14. En los últimos 3 meses, ¿cuántos días o turnos de trabajo ha perdido por enfermedad, lesión, descanso adicional, etc. (sin incluir los días libres aprobados)?

- 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

Pase a la página 3 →

@ Todos los derechos protegidos. Beatrice Kalisch

Prohibida su reproducción sin la autorización de la autora. 8 de enero de 2009

15. ¿Tiene intención de abandonar su puesto actual?

- 1) _____ en los próximos 6 meses
- 2) _____ en el próximo año
- 3) _____ no tengo intención de abandonar mi puesto de trabajo

16. ¿Con qué frecuencia opina que la dotación de personal de la unidad es la adecuada?

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

17. ¿A cuántos pacientes atendió en el turno actual o en el último turno en el que trabajó?

17-a. ¿Cuántos ingresos hospitalarios atendió (incluidos los traslados a la unidad)?

17-b. ¿Cuántas altas hospitalarias gestionó (incluidos los traslados desde la unidad)?

Marque solo una respuesta para cada pregunta.

	Muy satisfecho/a	Satisfecho/a	Indiferente	Insatisfecho /a	Muy insatisfecho /a
18. ¿Cuál es su nivel de satisfacción con su posición actual?					
19. Independientemente de su trabajo actual, ¿cuál es su nivel de satisfacción con su cargo de enfermero/a o auxiliar de enfermería?					
20. ¿Cuál es su nivel de satisfacción con el trabajo en equipo en esta unidad?					

Pase a la página 4 →

Apartado A — Atención de enfermería no proporcionada

Es habitual que el personal de enfermería deba hacer frente a diversas solicitudes durante su tiempo de trabajo, lo cual supone cambios en sus prioridades y no siempre se proporciona la atención necesaria a los pacientes. En su opinión, **¿con qué frecuencia su equipo de enfermería (incluido usted) NO PROPORCIONA los siguientes elementos de la atención sanitaria en su unidad? Marque solo una casilla para cada opción.**

	No se proporciona nunca	No se proporciona casi nunca	Se proporciona ocasionalmente	Se proporciona a casi siempre	Se proporciona siempre
1) Se permite caminar a los pacientes tres veces al día o tantas veces como se les haya indicado					
2) Se gira a los pacientes cada dos horas					
3) Se da de comer a los pacientes antes de que se enfríe la comida					
4) Se preparan las comidas para los pacientes que comen solos					
5) Se administra la medicación en un plazo de 30 minutos antes o después de la hora programada					
6) Se evalúan las constantes vitales como se indica					
7) Se controlan las ingestas y eliminación					
8) Se documenta toda la información necesaria					
9) Se informa al paciente acerca de su condición, sus pruebas y sus estudios de diagnóstico					
10) Se proporciona apoyo emocional al paciente o a su familia					
11) Se lleva a cabo la limpieza y el cuidado de la piel del paciente					
12) Se realiza aseo bucal					
13) Se realiza la limpieza de las manos					
14) Se informa y planifica el alta de los pacientes					
15) Se mantiene control de glucosa a pie de cama cuando se indica					
16) Se realizan las evaluaciones pertinentes de los pacientes en cada turno					

Pase a la página 5 →

	No se proporciona nunca	No se proporciona casi nunca	Se proporciona ocasionalmente	Se proporciona casi siempre	Se proporciona siempre
17) Se vuelven a realizar evaluaciones específicas según la afección del paciente					
18) Se coloca la vía central/l. v. y se llevan a cabo los análisis pertinentes de conformidad con las políticas del hospital					
19) Se responde al botón de llamada en un máximo de 5 minutos					
20) Se da respuesta a las solicitudes de medicación a discreción del paciente en un máximo de 15 minutos					
21) Se evalúa la efectividad de los medicamentos					
22) Se acude a los congresos sobre atención interdisciplinaria que se celebran					
23) Se asiste al paciente con sus necesidades en un máximo de 5 minutos desde su solicitud					
24) Se proporciona el cuidado de la piel y de las heridas					

Apartado B: motivos para no proporcionar la atención de enfermería

Piense en las situaciones en las que su equipo no ha proporcionado la atención de enfermería necesaria en su unidad (tal como indicó en el apartado 1 de esta encuesta) e indique los **MOTIVOS para ello**. **Marque solo una casilla para cada opción.**

	Motivo importante	Motivo de importancia moderada	Motivo de poca importancia	No existe ningún motivo para no proporcionar la atención
1) Cantidad de personal inadecuada				
2) Situaciones de urgencia con algún paciente (p. ej.: empeoramiento de la afección de un paciente)				
3) Aumento inesperado del número de pacientes o de las situaciones de urgencia en la unidad				
4) Cantidad inadecuada de personal auxiliar o administrativo (p. ej.: auxiliares de enfermería, técnicos, secretarios de la unidad, etc.)				
5) Asignación descompensada de pacientes				

Pase a la página 6 →

	Motivo importante	Motivo de importancia moderada	Motivo de poca importancia	NO existe ningún motivo para no proporcionar la atención
6) Los medicamentos no están disponibles cuando se requiere				
7) Traspaso inadecuado del turno anterior o de la unidad precedente				
8) No se ha proporcionado la atención requerida en otros departamentos (p. ej.: 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 asistencia de refuerzo por parte de los miembros del equipo				
12) Tensión o problemas de comunicación con otros departamentos de soporte/apoyo				
13) Tensión o problemas de comunicación en el equipo de enfermería				
14) Tensión o problemas de comunicación con el equipo médico				
15) El/la auxiliar de enfermería no informa de que no se proporcionó la atención				
16) El cuidador/a no está disponible o no se encuentra en la unidad				
17) Elevada carga de trabajo de hospitalizaciones y altas hospitalarias				

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

5. ANEXO V: Versión consensuada MC_ENG_ESP_A

1 de 6

DESATENCIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (La encuesta DESATENCIÓN DE CUIDADOS)

Beatrice J. Kalisch

1. **Nombre de la unidad** en la que trabajas: _____
2. **Paso la mayor parte de mi tiempo en el trabajo en esta unidad:** ___ sí ___ no
3. **Nivel educativo máximo alcanzado:**
 - 1) _____ Educación primaria
 - 2) _____ Educación secundaria
 - 3) _____ Título de Diplomado
 - 4) _____ Título de licenciado
 - 5) _____ Magíster o doctorado
4. **Si es enfermera, la más elevada formación que posee:**
 - 1) _____ Diploma LPN (enfermera práctica licenciada)
 - 2) _____ Diploma RN (enfermera registrada)
 - 3) _____ Diplomado en enfermería
 - 4) _____ Licenciado en enfermería
 - 5) _____ Licenciado en otra carrera
 - 6) _____ Magíster en enfermería
 - 7) _____ Magíster en otra carrera
5. **Sexo:** _____ Mujer _____ Hombre
6. **Edad:**
 - 1) _____ Menos de 25 años (<25)
 - 2) _____ De 25 a 34 años (25-34)
 - 3) _____ De 35 a 44 años (35-44)
 - 4) _____ De 45 a 54 años (45-54)
 - 5) _____ De 55 a 64 años (55-64)
 - 6) _____ Más de 65 años (+65)
7. **Nombre del puesto/cargo:**
 - 1) _____ Enfermera de equipo (RN)
 - 2) _____ Enfermera de equipo (LPN)
 - 3) _____ Enfermera de asistencia (Por ej.: enfermera ayudante/de apoyo)
 - 4) _____ Enfermera gerente, subdirectora (por ej.: administradores de unidad)
Supervisora de unidad.
 - 5) _____ Otro (Por favor, especifique:)

Pase a la página 2 →

@Todos los derechos protegidos Beatrice Kalisch
No reproducir sin la autorización de la autora. 8 de enero de 2009

8. Número de horas que trabaja normalmente por semana (elija sola una respuesta)
- 1) menos de 30 horas a la semana
 - 2) 30 o más horas por semana
9. Horario laboral (elija la respuesta que más se aproxime a las horas que dedica a su trabajo)
- 1) Días (turno de 8 o 12 horas)
 - 2) Tardes (turno de 8 o 12 horas)
 - 3) Noches (turno de 8 o 12 horas)
 - 4) Rota entre días, noches o tardes
10. Experiencia en su puesto de trabajo:
- 1) Un máximo de 6 meses
 - 2) De 6 meses a 2 años
 - 3) De 2 a 5 años
 - 4) De 5 a 10 años
 - 5) Más de 10 años
11. Experiencia en la actual unidad de asistencia al paciente:
- 1) Un máximo de 6 meses
 - 2) De 6 meses a 2 años
 - 3) De 2 a 5 años
 - 4) De 5 a 10 años
 - 5) Más de 10 años
12. ¿En qué turno trabajar más a menudo?
- 1) Turno de 8 horas
 - 2) Turno de 10 horas
 - 3) Turno de 12 horas
 - 4) Turno rotativo de 8 a 12 horas
 - 5) Otro [Indíquelo: _____]
13. En los últimos 3 meses, ¿cuántas horas extras trabajó?
- 1) Ninguna
 - 2) 1-12 horas
 - 3) Más de 12 horas
14. En los últimos tres meses, ¿cuántos días o turnos ha faltado al trabajo debido a una enfermedad, lesión, descanso extra, etc. (no contar los días de permiso)?
- 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

Pase a la página 3 →

15. ¿Planea dejar su puesto actual?

- 1) _____ En los próximos 6 meses
- 2) _____ El próximo año
- 3) _____ No tengo previsto dejarlo

16. ¿Con qué frecuencia percibe que el personal de su unidad 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

17. En el actual o último turno en el que trabajó, ¿Cuántos pacientes atendió?

17-a. ¿Cuántos ingresos tuvo? (esto incluye traslados dentro de la unidad)

17-b. ¿Cuántas altas tuvo? (esto incluye traslados fuera de la unidad)

Por favor, marca una respuesta para cada pregunta:

	Muy satisfecho	Satisfecho	Indiferente	Insatisfecho	Muy insatisfecho
18. ¿Cuál es su grado de satisfacción en su puesto actual?					
19. Independientemente de su trabajo actual, ¿qué grado de satisfacción tiene siendo enfermera, enfermera de apoyo o supervisora de planta?					
20. ¿Qué grado de satisfacción tiene con el nivel de trabajo en equipo de su unidad?					

Pase a la página 4 →

Sección A: Desatención de cuidados de enfermería

Encuesta 1: apartado A- Atención enfermera desaprovechada

Las enfermeras constantemente se encuentran con múltiples demandas en su tiempo de trabajo, por lo que deben restablecer sus prioridades y no logran ofrecer toda la atención que requieren sus pacientes. A su entender, ¿con qué frecuencia los siguientes factores de la atención enfermera se desatienden por parte del personal de enfermería (incluido usted) en su unidad? Marque una sola casilla por cada ítem.

	Siempre	Frecuente mente	Ocasionalment e	Rara vez	Nunca
1) Caminar tres veces al día o según lo establecido					
2) Rotar al paciente cada 2 horas					
3) Dar de comer al paciente cuando la comida está todavía caliente					
4) Establecer las comidas a los pacientes que comen por su cuenta					
5) Administrar medicamentos en los 30 minutos anteriores o posteriores del horario establecido					
6) Examinar las constantes vitales según lo establecido					
7) Controlar la ingesta y expulsión					
8) Documentación completa de todos los datos necesarios					
9) Informar al paciente sobre su enfermedad, análisis y diagnósticos					
10) Apoyo emocional al paciente y/o familiares					
11) Baño y cuidado de la piel del paciente					
12) Cuidado de la cavidad oral					
13) Lavado de manos					
14) Planificación e información del alta del paciente					

@Todos los derechos protegidos Beatrice Kalisch
No reproducir sin la autorización de la autora. 8 de enero de 2009

	Siempre	Frecuentemente	Ocasionalmente	Rara vez	Nunca
15) Control en el panel de la cama de la glucosa, según lo establecido					
16) Valoraciones realizadas en cada turno sobre el paciente					
17) Considerar nuevas evaluaciones según las condiciones del paciente					
18) Línea de los servicios de atención y valoración según la política del hospital					
19) Atención a la luz de llamada en cuestión de cinco minutos					
20) Solicitud de Medicación PRN atendida en cuestión de 15 minutos					
21) Evaluar la efectividad de los medicamentos					
22) Asistir a conferencias de atención multidisciplinar cuando se celebren					
23) Atender a las necesidades de higiene en cuestión de 5 minutos					
24) Cuidado de heridas en la piel					

Sección B: Motivos para desatender los cuidados de enfermería

Teniendo en cuenta esta falta de atención enfermera en su unidad por parte del personal (como se indicó en el apartado 1 de esta encuesta), indique las razones de esta falta de atención en su unidad. Marque solo una casilla por cada ítem.

	Motivo muy importante	Motivo importante	Motivo poco importante	No es un motivo para la desatención de cuidados
1) Número insuficiente de personal				
2) Situaciones de urgencia del paciente (p. ej. Empeoramiento de las condiciones del paciente)				

Pase a la página 6 →

	Motivo muy importante	Motivo importante	Motivo poco importante	No es un motivo para la desatención de cuidados
3) Aumento inesperado en el volumen/o agudeza de pacientes en la unidad				
4) Insuficiente número de personal de apoyo y /o de personal administrativo (p.ej. enfermeras de apoyo, técnicos, secretarios, etc.)				
5) Asignaciones desiguales de pacientes				
6) Medicación no disponible cuando se requiere				
7) Insuficiente transferencia del turno anterior o de la unidad encargada				
8) Otros servicios no ofrecieron los cuidados necesarios (p. ej. No se realizó la terapia corporal adecuada)				
9) Suministros/equipamiento no disponible cuando era necesario				
10) Suministros/equipamiento no funciona correctamente cuando se requiere				
11) Falta de respaldo por parte de los miembros del equipo				
12) Tensión o falta de comunicación con otros servicios auxiliares				
13) Tensión o falta de comunicación con el equipo de enfermeras				
14) Tensión o falta de comunicación con el equipo médico				
15) Los auxiliares de enfermería no comunicaron que la atención no fue llevada a cabo				
16) No haber vigilante en la unidad o no disponibilidad de éste				
17) Gran volumen de ingresos y altas				

¡MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!

6. ANEXO VI: Versión MC_ENG_ESP_1

1 of 6

MISSED NURSING CARE (MISSCARE NURSING survey)

Beatrice J. Kalisch

1. Name of the unit where you work: _____
2. I spend most of my working day in this unit: _____ yes _____ no
3. Highest qualification achieved:
 - 1) _____ Primary school
 - 2) _____ Secondary education (or General Educational Development [GED])
 - 3) _____ Associate degree
 - 4) _____ Bachelor's degree (3-year course)
 - 5) _____ Bachelor's degree (3 to 6-year course)
4. If you are a nurse, what is your highest nursing qualification?
 - 1) _____ Licensed Practical Nurse (LPN) Diploma
 - 2) _____ Registered Nurse (RN) Diploma
 - 3) _____ Associate Degree in Nursing (ADN)
 - 4) _____ Bachelor of Science in Nursing (BSN)
 - 5) _____ Bachelor's degree in another subject other than nursing
 - 6) _____ Master of Science in Nursing (MSN) or post-graduate degree in Nursing
 - 7) _____ Master's degree or post-graduate degree in another subject other than nursing
5. Sex: _____ Female _____ Male
6. Age:
 - 1) _____ Below 25 years (<25)
 - 2) _____ 25 to 34 years (25-34)
 - 3) _____ 35 to 44 years (35-44)
 - 4) _____ 45 to 54 years (45-54)
 - 5) _____ 55 to 64 years (55-64)
 - 6) _____ Over 65 years (<+65)
7. Name of your role/position:
 - 1) _____ Nursing personnel (RN)
 - 2) _____ Nursing personnel (LPN)
 - 3) _____ Nursing auxiliary (for example, nurse's aide/nursing technician)
 - 4) _____ Nursing manager, nursing deputy manager (for example, unit administrators)
 - 5) _____ Other [Please state your role: _____]

Go to page 2 →

©All rights protected Beatrice Kalisch

This document must not be reproduced without authorisation from the author. 08 January 2009

8. How many hours do you usually work per week? (only tick one option)
- 1) less than 30 hours a week
 - 2) 30 hours or more a week
9. Working hours (tick the option that best describes your working hours)
- 1) Days (8- or 12-hour shifts)
 - 2) Afternoons (8- or 12-hour shifts)
 - 3) Nights (8- or 12-hour shifts)
 - 4) Rotating shifts (days, afternoons, nights)
10. How long have you been working in your position?
- 1) Up to 6 months
 - 2) Between 6 months and 2 years
 - 3) Between 2 and 5 years
 - 4) Between 5 and 10 years
 - 5) Over 10 years
11. How long have you been working in your current patient care unit:
- 1) Up to 6 months
 - 2) Between 6 months and 2 years
 - 3) Between 2 and 5 years
 - 4) Between 5 and 10 years
 - 5) Over 10 years
12. What shift do you usually work?
- 1) 8-hour shift
 - 2) 10-hour shift
 - 3) 12-hour shift
 - 4) Rotating shifts of 8 to 12 hours
 - 5) Other [Please state your shift: _____]
13. In the past three months, how many overtime hours have you worked?
- 1) None
 - 2) 1-12 hours
 - 3) More than 12 hours
14. In the past three months, how many days or shifts have you missed due to illness, accident, extra rest, etc. (without including any free days that you may have been given)?
- 1) None
 - 2) 1 day or shift
 - 3) 2-3 days or shifts
 - 4) 4-6 days or shifts
 - 5) More than 6 days or shifts

Go to page 3 →

15. Are you planning on leaving your current position?

- 1) _____ Yes, in the coming 6 months
- 2) _____ Yes, in the coming year
- 3) _____ No, I am not planning on leaving

16. ¿How often do you feel that the unit personnel is adequate?

- 1) _____ 100% of the time
- 2) _____ 75% of the time
- 3) _____ 50% of the time
- 4) _____ 25% of the time
- 5) _____ 0% of the time

17. What have you done during your current shift or did you do during your last shift?
How many patients have you looked after?

17-a. How many patients were admitted? (including unit transfers)

17-a. How many patients were discharged? (including unit transfers)

Tick one answer for each of the questions.

	Very satisfied	Satisfied	Neutral	Dissatisfied	Very dissatisfied
18. How satisfied are you with your current position?					
19. Regardless of your current job, how satisfied are you with being a nurse or nursing auxiliary?					
20. How satisfied are you with regard to the level of team work in this unit?					

Go to page 4 →

Section A: Missed nursing care

Nursing personnel often have to face several demands simultaneously, which means they have to reorganise their priorities and are not able to fully care for their patients. In your opinion, how often do nursing personnel **MISS CARE** the following aspects in your unit? (including yourself) *Only tick one box for each item.*

	Always missed care	Often missed care	Sometimes missed care	Almost never missed care	Never missed care
1) Making patients walk three times a day or as stated					
2) Moving patients every two hours					
3) Feeding patients when their food is still hot					
4) Organising meals for those patients that can feed themselves					
5) Administering medicine within the 30-minute interval before or after the programmed time					
6) Examining vitals as stated					
7) Supervising ingestion/excretion					
8) Filling out documentation with the necessary data					
9) Explaining illnesses, test results and diagnostic studies to patients					
10) Providing emotional support for patients and/or their families					
11) Bathing/providing skin care					
12) Providing mouth care					
13) Washing hands					
14) Planning and explaining patient discharge					
15) Bedside glucose monitoring as stated					
16) Conducting patient assessment during every shift					

@All rights protected Beatrice Kalisch

Go to page 5 →

This document must not be reproduced without authorisation from the author. 8 January 2009

	Always missed care	Often missed care	Sometimes missed care	Almost never missed care	Never missed care
17) Conducting reassessment based on patients' condition					
18) Conducting care centre and central line/intravenous assessments in agreement with hospital guidelines					
19) Responding to nurse call light within 5 minutes of it being pressed					
20) Attending to SOS medication requests within 15 minutes					
21) Assessing medication effectiveness					
22) Attending conferences on multi-disciplinary care when held					
23) Attending patients' bathing routines within 5 minutes of being requested					
24) Providing skin/wound care					

Section B: Reasons for missed nursing care

Taking into account the missed care in your unit (as you have stated in the first part of this survey), please state the **REASONS** for **MISSED CARE** in your unit. *Only tick one box for each item.*

	Very important reason	Important reason	Not very important reason	There is no reason for missed care.
1) Shortage of staff				
2) Emergency situations that arise with patients (e.g., when a patient's condition worsens)				
3) Unexpected increase in patient volume and/or unit's agility				
4) Shortage of auxiliary and/or administrative personnel (e.g., nursing auxiliary, technicians, unit secretaries, etc.).				
5) Unequal number of beds assigned to each staff member				

	Very important reason	Important reason	Not very important reason	There is no reason for missed care.
6) Medication not available when needed				
7) Inadequate handover from previous shift or transferring unit				
8) Other departments do not provide the care needed (physiotherapy technicians didn't carry out their walking shift)				
9) Supplies/teams not available when needed				
10) Supplies/teams do not work properly when needed				
11) Lack of support or reinforcement for team members				
12) Tension or lack of communication with other complementary/supporting departments				
13) Tension or lack of communication in the nursing team				
14) Tension or lack of communication in the healthcare team				
15) The nursing auxiliary doesn't communicate that he/she has not provided care				
16) Carer absent from the unit or not available				
17) High admission/discharge volume				

MANY THANKS FOR YOUR COLLABORATION!

7. ANEXO VII: Versión MC_ESP_ENG_2

1 of 6

NURSING ATTENTION NOT PROVIDED (*Survey regarding ATTENTION NOT PROVIDED*)
Beatrice J. Kalisch

1. Indicate work unit in which you work: _____

2. I spend the majority of my work day in this unit: _____ yes _____ no

3. Education level:

- 1) _____ Primary education
- 2) _____ Secondary education (or GED, General Educational Development)
- 3) _____ Associates degree
- 4) _____ Bachelors degree
- 5) _____ University graduate

4. If you are a nurse, what is your education level?

- 1) _____ Diploma LPN (Licensed Practical Nurse)
- 2) _____ Diploma RN (Registered Nurse)
- 3) _____ ADN, Associates degree in Nursing
- 4) _____ BSN, Bachelor of Science in Nursing
- 5) _____ Bachelors degree in other discipline
- 6) _____ Masters degree (MSN, Master of Science in Nursing) or postgraduate in nursing
- 7) _____ Master or postgraduate degree in other discipline

5. Sex: _____ Female _____ Male

6. Age:

- 1) _____ Under 25 years (<25)
- 2) _____ Between 25 and 34 years (25-34)
- 3) _____ Between 35 and 44 years (35-44)
- 4) _____ Between 45 and 54 years (45-54)
- 5) _____ Between 55 and 64 years (55-64)
- 6) _____ Over 65 years (65+)

7. Job/Responsibility:

- 1) _____ Staff nurse (Registered Nurse)
- 2) _____ Staff nurse (Associates degree in Nursing)
- 3) _____ Nursing assistant (e.g.: Nursing assistant or technician)
- 4) _____ Nursing Director or Subdirector (e.g.: Unit Administrator)
- 5) _____ Other (please specify: _____)

Continue to page 2 →

@All rights reserved. Beatrice Kalisch
Reproduction without author permission is prohibited. 08 January 2009

8. Number of weekly hours worked normally (select only one option)
- 1) _____ less than 30 hours a week
 - 2) _____ 30 hours or more a week
9. Work schedule (select the option most similar to your work schedule)
- 1) _____ Days (8 or 12 hour shift)
 - 2) _____ Afternoons (8 or 12 hour shift)
 - 3) _____ Nights (8 or 12 hour shift)
 - 4) _____ Rotating shifts (days, afternoons or nights)
10. How long have you been in your post:
- 1) _____ 6 months or less
 - 2) _____ Between 6 months and 2 years
 - 3) _____ Between 2 and 5 years
 - 4) _____ Between 5 and 10 years
 - 5) _____ Over 10 years
11. How long have you been in your current health care unit:
- 1) _____ 6 months or less
 - 2) _____ Between 6 months and 2 years
 - 3) _____ Between 2 and 5 years
 - 4) _____ Between 5 and 10 years
 - 5) _____ Over 10 years
12. Which shift do you normally work?
- 1) _____ 8 hour shift
 - 2) _____ 10 hour shift
 - 3) _____ 12 hour shift
 - 4) _____ rotating shifts of 8 and 12 hours
 - 5) _____ Other (please specify: _____)
13. Over the past 3 months, how many overtime hours have you worked?
- 1) _____ None
 - 2) _____ Between 1 and 12 hours
 - 3) _____ More than 12 hours
14. Over the past 3 months, how many work days or hours have you missed due to illness, injury, additional rest, etc. (not including scheduled/approved time off)?
- 1) _____ None
 - 2) _____ 1 day or shift
 - 3) _____ 2-3 days or shifts
 - 4) _____ 4-6 days or shifts
 - 5) _____ more than 6 days or shifts

Continue to page 3 →

15. Are you planning to leave your current position?
- 1) _____ within the next 6 months
 - 2) _____ within the next year
 - 3) _____ I have no intention of leaving my current position

16. In your opinion, how often is the unit suitably staffed?
- 1) _____ 100 % of the time
 - 2) _____ 75 % of the time
 - 3) _____ 50 % of the time
 - 4) _____ 25 % of the time
 - 5) _____ 0 % of the time

17. How many patients did you attend to during your current or last work shift? _____

17-a. How many hospital admissions did you attend to (including transfers to the unit)? _____

17-b. How many hospital discharges did you manage (including transfers from the unit)? _____

Select only one response for each question.

	Very Satisfied	Satisfied	Indifferent	Unsatisfied	Very Unsatisfied
18. What is your level of satisfaction with your current position?					
19. Regardless of your current work, what is your level of satisfaction with your nursing or nursing assistant responsibilities?					
20. What is your level of satisfaction with the work team for this unit?					

Continue to page 4 →

Section A — Nursing attention not provided

It is common for nursing staff to receive multiple requests during their shift, which implies continually changing priorities while not always providing the attention that patients require. In your opinion, **how often does the nursing staff (yourself included) FAIL TO PROVIDE** the following elements of nursing attention? **Select only one box for each option.**

	Never provided	Never provided	Occasionally provided	Almost always provided	Always provided
1) Patients are allowed to walk 3 times a day or as indicated					
2) Patients are turned every two hours					
3) Patients are served before the food gets cold					
4) Meals are prepared for patients who are able to feed themselves					
5) Medications are administered within 30 minutes of the scheduled time					
6) Vital signs are assessed as indicated					
7) Intakes and evacuations are monitored					
8) All necessary information is documented					
9) Patients are informed about their conditions, tests and diagnostic studies					
10) Emotional support is provided to patients and their families					
11) Patient skin is cleaned and maintained					
12) Patient oral care is performed					
13) Patient hands are cleaned					
14) Patients are informed and prepared for discharge					
15) Glucose is monitored from the foot of the bed when indicated					
16) Relevant patient assessments are performed during each shift					

Continue to page 5 →

	Never provided	Never provided	Occasionally provided	Almost always provided	Always provided
17) Specific analysis are re-performed in accordance with patient condition					
18) Central line (IV) is inserted and relevant analyses are performed in accordance with hospital policies					
19) Call button response within a maximum of 5 minutes					
20) Patient requests for medication are responded to within a maximum of 15 minutes					
21) Effectiveness of medication is evaluated					
22) Attendance at conferences regarding interdisciplinary attention					
23) Patient needs are attended to within a maximum of 5 minutes from the request					
24) Skin and wound care is provided					

Section B: Reasons for not providing nursing attention

Think of situations in which your unit's team failed to provide necessary nursing attention (as indicated in Section 1 of this questionnaire) and indicate the **REASONS**. *Select only one box for each option.*

	Important reason	Moderately important reason	Unimportant reason	There is No reason for failing to provide attention
1) Unsuitable quantity of personnel				
2) Urgent patient situations (e.g.: worsening patient condition)				
3) Unexpected increase in number of patients or urgent situations in the unit				
4) Unsuitable quantity of auxiliary or administrative personnel (e.g.: nursing assistants, unit administrators, etc.)				
5) Unbalanced patient assignment				

Continue to page 6 →

	Important reason	Moderately important reason	Unimportant reason	There is No reason for failing to provide attention
6) Medication not available when required				
7) Unsuitable transfer from the previous shift or original unit				
8) Required attention not provided by other departments (e.g.: patient not made to walk during physical therapy)				
9) Supplies/equipment not available when required				
10) Supplies/equipment not in working condition when required				
11) Lack of backup by team members				
12) Tension or communication problems with other support/auxiliary departments				
13) Tension or communication problems within the nursing team				
14) Tension or communication problems with the medical team				
15) Nursing technician failed to inform about lack of attention				
16) The caregiver is not available or not located in the unit				
17) Increased workload from hospital admissions and discharges				

THANK YOU FOR YOUR PARTICIPATION

8. ANEXO VIII: Versión consensuada MC_ESP_ENG_A

1 of 6

MISSED NURSING CARE (MISSCARE NURSING survey)
Beatrice J. Kalisch

1. Name of the unit where you work: _____

2. I spend most of my working day in this unit: _____ yes _____ no

3. Highest education level:

- 1) _____ Primary school
- 2) _____ Secondary education (or General Educational Development [GED])
- 3) _____ Associate degree
- 4) _____ Bachelor's degree (3-year course)
- 5) _____ Bachelor's degree (3 to 6-year course)

4. If you are a nurse, what is your highest nursing qualification?

- 1) _____ Licensed Practical Nurse (LPN) Diploma
- 2) _____ Registered Nurse (RN) Diploma
- 3) _____ Associate Degree in Nursing (ADN)
- 4) _____ Bachelor of Science in Nursing (BSN)
- 5) _____ Bachelor's degree in another subject other than nursing
- 6) _____ Master of Science in Nursing (MSN) or post-graduate degree in Nursing
- 7) _____ Master's degree or post-graduate degree in another subject other than nursing

5. Sex: _____ Female _____ Male

6. Age:

- 1) _____ Below 25 years (<25)
- 2) _____ 25 to 34 years (25-34)
- 3) _____ 35 to 44 years (35-44)
- 4) _____ 45 to 54 years (45-54)
- 5) _____ 55 to 64 years (55-64)
- 6) _____ Over 65 years (>65)

7. Name of your role/position:

- 1) _____ Nursing personnel (RN)
- 2) _____ Nursing personnel (LPN)
- 3) _____ Nursing auxiliary (for example, nurse's aide/nursing technician)
- 4) _____ Nursing manager, nursing deputy manager (for example, unit administrators)
- 5) _____ Other [Please state your role: _____]

Go to page 2 →

©All rights protected Beatrice Kalisch
This document must not be reproduced without authorisation from the author. 08 January 2009

8. How many hours do you usually work per week? (only tick one option)

- 1) less than 30 hours a week
- 2) 30 hours or more a week

9. Working hours (tick the option that best describes your working hours)

- 1) Days (8- or 12-hour shifts)
- 2) Afternoons (8- or 12-hour shifts)
- 3) Nights (8- or 12-hour shifts)
- 4) Rotating shifts (days, afternoons, nights)

10. Experience in your role:

- 1) Up to 6 months
- 2) Between 6 months and 2 years
- 3) Between 2 and 5 years
- 4) Between 5 and 10 years
- 5) Over 10 years

11. Experience on your current patient care unit:

- 1) Up to 6 months
- 2) Between 6 months and 2 years
- 3) Between 2 and 5 years
- 4) Between 5 and 10 years
- 5) Over 10 years

12. What shift do you usually work?

- 1) 8-hour shift
- 2) 10-hour shift
- 3) 12-hour shift
- 4) Rotating shifts of 8 to 12 hours
- 5) Other [Please state your shift: _____]

13. In the past three months, how many overtime hours have you worked?

- 1) None
- 2) 1-12 hours
- 3) More than 12 hours

14. In the past three months, how many days or shifts have you missed due to illness, accident, extra rest, etc. (without including any free days that you may have been given)?

- 1) None
- 2) 1 day or shift
- 3) 2-3 days or shifts
- 4) 4-6 days or shifts
- 5) More than 6 days or shifts

Go to page 3 →

15. Are you planning on leaving your current position?

- 1) _____ Yes, in the coming 6 months
- 2) _____ Yes, in the coming year
- 3) _____ No, I am not planning on leaving

16. ¿How often do you feel that the unit personnel is adequate?

- 1) _____ 100% of the time
- 2) _____ 75% of the time
- 3) _____ 50% of the time
- 4) _____ 25% of the time
- 5) _____ 0% of the time

17. What have you done during your current shift or did you do during your last shift?
How many patients have you looked after?

17-a. How many patients were admitted? (including unit transfers)

17-a. How many patients were discharged? (including unit transfers)

Tick one answer for each of the questions.

	Very satisfied	Satisfied	Neutral	Dissatisfied	Very dissatisfied
18. How satisfied are you with your current position?					
19. Regardless of your current job, how satisfied are you with being a nurse or nursing auxiliary?					
20. How satisfied are you with regard to the level of team work in this unit?					

Go to page 4 →

Section A: Missed nursing care

Nursing personnel often have to face several demands simultaneously, which means they have to reorganise their priorities and are not able to fully care for their patients. In your opinion, how often do nursing personnel **MISS CARE** the following aspects in your unit? (including yourself) *Only tick one box for each item.*

	Always missed care	Often missed care	Sometimes missed care	Almost never missed care	Never missed care
1) Making patients walk three times a day or as stated					
2) Turning patient every 2 hours					
3) Feeding patients when their food is still hot					
4) Organising meals for those patients that can feed themselves					
5) Administering medicine within the 30-minute interval before or after the programmed time					
6) Examining vitals as stated					
7) Supervising ingestion/excretion					
8) Filling out documentation with the necessary data					
9) Explaining illnesses, test results and diagnostic studies to patients					
10) Providing emotional support for patients and/or their families					
11) Bathing/providing skin care					
12) Providing mouth care					
13) Washing hands					
14) Planning and explaining patient discharge					
15) Bedside glucose monitoring as stated					
16) Patient assessments performed each shift					

Go to page 5 →

	Always missed care	Often missed care	Sometimes missed care	Almost never missed care	Never missed care
17) Conducting reassessment based on patients' condition					
18) Conducting care centre and central line/intravenous assessments in agreement with hospital guidelines					
19) Responding to nurse call light within 5 minutes of it being pressed					
20) Attending to SOS medication requests within 15 minutes					
21) Assessing medication effectiveness					
22) Attending conferences on multi-disciplinary care when held					
23) Attending patients' bathing routines within 5 minutes of being requested					
24) Providing skin/wound care					

Section B: Reasons for missed nursing care

Taking into account the missed care in your unit (as you have stated in the first part of this survey), please state the **REASONS** for **MISSED CARE** in your unit. *Only tick one box for each item.*

	Significant reason	Moderate reason	Not very important reason	Not a reason for missed care
1) Inadequate number of staff				
2) Emergency situations that arise with patients (when a patient's condition worsens)				
3) Unexpected increase in patient volume and/or unit's agility				
4) Shortage of auxiliary and/or administrative personnel (e.g., nursing auxiliary, technicians, unit secretaries, etc.).				
5) Unequal number of beds assigned to each staff member				

Go to page 6 →

	Significant reason	Moderate reason	Not very important reason	Not a reason for missed care
6) Medication not available when needed				
7) Inadequate handover from previous shift or transferring unit				
8) Other departments do not provide the care needed (e.g., physiotherapy technicians didn't carry out their walking shift)				
9) Supplies/teams not available when needed				
10) Supplies/teams do not work properly when needed				
11) Lack of support or reinforcement for team members				
12) Tension or lack of communication with other complementary/supporting departments				
13) Tension or lack of communication in the nursing staff				
14) Tension or lack of communication in the healthcare staff				
15) The nursing auxiliary doesn't communicate that he/she has not provided care				
16) Caregiver off unit or unavailable				
17) High admission/discharge volume				

MANY THANKS FOR YOUR COLLABORATION!



9. ANEXO IX: Carta de Consentimiento informado

N° DE FOLIO:



**UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
FACULTAD DE ENFERMERÍA - PROGRAMA DE MAGÍSTER**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

Estimado(a) Sr(a).,

Junto con saludarlo(a), se invita a usted a participar de un estudio titulado **“VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO MISSCARE PARA VALORACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA PERDIDO”**, propuesto por la **SRTA. LORENA SALDÍA ARTEAGA** (Enfermera), como Investigadora Responsable en el marco del proyecto de tesis para optar al grado de Magister en Enfermería.

Este estudio se realiza con el objetivo de es adaptar y validar el instrumento de cuidados perdido de enfermería (MISSCARE), el interés de realizarlo principalmente radica en que actualmente no existe un instrumento validado que mida los cuidados de enfermería perdidos u omitidos.

OBJETIVO DEL ESTUDIO.

Validar el instrumento de cuidado perdido de enfermería (MISSCARE), para ser utilizado en profesionales de enfermería.

BENEFICIO/ RIESGO.

El beneficio de este estudio es aportar con un instrumento validado que permita su uso para evaluación del cuidado perdido a futuro, y así implementar intervenciones efectivas para la práctica clínica que consideren estrategias orientadas a disminuir la pérdida u omisión del cuidado, así como los efectos que producen las omisiones del cuidado enfermero. Los resultados que se puedan obtener en investigaciones

posteriores nos entregarán evidencia suficiente para comprender mejor esta temática, y así contribuir a mejorar la calidad y seguridad de la atención que se proporciona a los usuarios.

Si decide participar, es importante tener en cuenta que este estudio no reviste ningún riesgo (ni físico, ni psicológico) asociado a las actividades antes mencionadas. No obstante, si el contenido de la encuesta hiciera resurgir algún recuerdo no deseado, se le brindará la atención requerida, por parte de la investigadora responsable, quien cuenta con las competencias necesarias para realizar una intervención que aporte la ayuda necesaria y/o derivación a las instancias pertinentes, en caso de que se requiera.

PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO.

Para llevar a cabo este estudio se entrevistará a profesionales de enfermería que trabajen en Hospital Guillermo Grant Benavente de la ciudad de Concepción, razón por la cual usted fue considerado/a.

Su participación en este estudio es totalmente libre y voluntaria, y consistirá en responder un instrumento tipo cuestionario, que buscará recoger información sobre antecedentes personales (sociodemográfica), y de su trabajo, asociado en su primera parte a los cuidados que se realizan o no (omitidos) y en un segundo apartado a los factores a los que se asocia el cuidado perdido. Se estima que el tiempo destinado para responder es de aproximadamente 20-25 minutos. La aplicación del instrumento se llevará a cabo en un lugar cómodo acordado mutuamente con la Investigadora Responsable y en un tiempo que no interfiera su trabajo.

La información que usted otorgue será anónima y confidencial y no se usará para ningún otro propósito que no sean los de este estudio. Estos datos serán custodiados por la Investigadora Responsable. También, se garantiza la privacidad de las opiniones y juicios emitidos por usted.

No hay costos ni incentivos económicos por participar en éste estudio. Cualquier costo asociado a investigación serán financiados por investigador responsable.

Usted tiene el derecho a no aceptar participar o a retirar su consentimiento y retirarse del estudio en el momento que lo estime conveniente. Al hacerlo, usted no

pierde ningún derecho que le asiste.

Si usted retira su consentimiento, sus datos serán eliminados y la información obtenida no será utilizada en este estudio.

RESULTADOS

Los resultados de este estudio se mantendrán en el medio académico y universitario, los cuales de ser publicados, se realizarán en forma anónima.

Usted tiene derecho a ser informado(a) del progreso del estudio y de sus resultados finales, para ello el contacto será con la investigadora responsable.

PREGUNTAS

En caso de dudas relacionadas con el estudio podrá dirigirse con el investigador responsable: Enf. Lorena Saldía Arteaga, Cel. 988186504, email: losaldia@udec.cl

Si Ud. acepta participar del estudio **“VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO MISSCARE PARA VALORACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA PERDIDO”**, solicitamos firmar el acta de consentimiento a continuación.

Muchas gracias.

Concepción, ____ / ____ / ____

ACTA DE CONSENTIMIENTO

Declaro que he sido informado(a) acerca del estudio **“VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO MISSCARE PARA VALORACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA PERDIDO”**, y acepto participar de manera libre y voluntaria en él, sobre la base de que he entendido que:

- a) Mi participación es libre y voluntaria.
- b) No hay riesgos en éste estudio para mí.
- c) No hay costos ni incentivos económicos para mí al participar en esta investigación.
- d) Me podré retirar de este estudio en cualquier momento sin ser obligado(a) a dar razones y sin que ello me perjudique de ninguna forma.
- e) La información que entrego será confidencial y estará resguardada por la investigadora responsable.
- f) Los resultados de este estudio pueden ser publicados, pero mi identidad no será revelada y mis datos personales permanecerán en forma confidencial.
- g) Puedo hacer las preguntas necesarias para estar informado(a) acerca de mi participación en este estudio.

Este documento se firmará en 2 ejemplares, siendo una copia para usted y otra para la investigadora responsable.

Nombre Participante

Firma Participante

Nombre Investigadora responsable

Firma Investigadora

Nombre Director
centro y/o su delegado/
Ministro de fe

Firma Director
centro y/o su delegado/
Ministro de fe

10. ANEXO X: Versión tentativa MC_V1

Cuidados de Enfermería perdidos

Versión validada al Español del
instrumento MISSCARE Survey
(Cuidados Perdidos)
de Beatrice J. Kallsch2009

Versión: 1

Año: 2020

1. Nombre del hospital en el que trabaja: _____
2. Carácter administrativo:
 Público
 Privado
3. Nombre de la unidad en la que trabaja: _____
4. Tipo de unidad (según tipo de usuarios atendidos):
 Unidades básicas médicas
 Unidades básicas quirúrgicas
 Unidades cuidados especiales médicos y/o quirúrgicos
 Unidad de paciente crítico (UCI/UTI)
 Unidades indiferenciadas
 Unidades de urgencias
 Otros (Indíquelo)
5. La mayor parte de mi jornada, me mantengo trabajando en esta unidad: SI _____ NO _____
6. Nivel de educación más alto alcanzado:
A. Educación básica
B. Educación media
C. Título técnico
D. Título universitario
E. Título postgrado (Especialidad en carreras área de la salud)
F. Título postgrado Magíster
G. Título postgrado Doctorado
7. Si es Enfermera/o, cuál es el grado más alto obtenido
A. Licenciatura en Enfermería
B. Diplomado en Enfermería
C. Postgrado en Enfermería
D. Magister en enfermería

**Cuidados de
Enfermería omitidos**

Versión validada al Español del
instrumento MISSCARE Survey
(Cuidados Perdidos)
de Beatrice J. Kalisch 2009

Versión: 1

Año: 2020

- E. Magister en área fuera de la enfermería.
- F. Doctorado en enfermería
- G. Doctorado en área fuera de la enfermería.

8. **Género:** femenino Masculino

9. **Edad:** _____ años

10. Puesto o cargo que desempeña en el trabajo

- A. Técnico en Enfermería
- B. Enfermera/o clínica/o
- C. Enfermera/o administrativa/o
- D. Coordinador/a unidad
- E. Supervisor/a Enfermería
- F. Otro (especifique): _____

11. Número de horas que habitualmente trabaja por semana en la unidad (elija una)

- A. Menos de 22 horas semanal
- B. Entre 22 a 33 horas por semana
- C. Entre 33 a 40 horas semanales
- D. Más de 40 horas semanales

12. Horario de trabajo (marque la que describa mejor su jornada de trabajo)

- A. Diurno (turno 8 a 17 horas)
- B. Cuarto turno (turno 8 a 20 horas y 20 a 08 horas)
- C. Turnos modificados (Especifique) _____
- D. Rotativo entre diurno y cuarto turno.

13. ¿Cuántas horas trabaja por turno en forma habitual?

- A. 8 horas de turno
- B. 12 horas de turno

**Cuidados de
Enfermería omitidos**

Versión validada al Español del
instrumento MISSCARE Survey
(Cuidados Perdidos)
de Beatrice J. Kalisch 2009

Versión: 1

Año: 2020

- C. Rotativo entre 8 y 12 horas de turno
- D. Otro (especifique): _____

14. Situación laboral:

- A. Titular o planta (Contrato indefinido)
- B. Contrato plazo fijo
- C. Contrato honorarios
- D. Otro (especifique): _____

15. Experiencia laboral (Enfermera/o y/o Técnico en Enfermería):

- A. 6 meses o menos
- B. Entre 6 meses y 2 años
- C. Entre 2 años hasta 5 años
- D. Entre 5 años a 10 años
- E. Mayor a 10 años

16. Experiencia en su actual puesto de trabajo:

- A. 6 meses o menos
- B. Entre 6 meses y 2 años
- C. Entre 2 años hasta 5 años
- D. Entre 5 años a 10 años
- E. Mayor a 10 años

17. En estos últimos 3 meses, ¿cuántas horas extras realizado?

- A. Ninguna
- B. 1 a 12 horas
- C. 12 a 24 horas
- D. Más de 24 horas

18. En estos últimos 3 meses, ¿cuántos días o turnos faltó al trabajo por enfermedad, accidente y/o accidente?

- A. Ninguno
- B. 1 día o turno
- C. 2 – 3 días o turnos
- D. 4 - 6 días o turnos
- E. Más de 6 días o turnos

**Cuidados de
Enfermería omitidos**

Versión validada al Español del
instrumento MISSCARE Survey
(Cuidados Perdidos)
de Beatrice J. Kalisch 2009

Versión: 1

Año: 2020

19. ¿Ha evaluado dejar su actual puesto de trabajo?

- A. En los próximos 6 meses
- B. En el próximo año
- C. No planea hacerlo
- D. Depende de mi calidad contractual (tipo contrato)

20. ¿Con qué frecuencia siente que la cantidad de personal de su unidad es suficiente?

- A. El 100% del tiempo
- B. El 75 % del tiempo
- C. El 50 % del tiempo
- D. El 25 % del tiempo
- E. El 0% del tiempo

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

- A. El 100% del tiempo
- B. El 75% del tiempo
- C. El 50% del tiempo
- D. El 25% del tiempo
- E. El 0% del tiempo

22. En el turno actual o el último que trabajó , ¿cuántos pacientes estaban a su cuidado?

- _____
- A. ¿Cuántos ingresos realizó (incluido traslados desde otras unidades)? _____
 - B. ¿Cuántas altas realizó (incluidas los traslados a otras unidades)? _____

**Cuidados de
Enfermería omitidos**

Versión validada al Español del
Instrumento MISSCARE Survey
(Cuidados Perdidos)
de Beatrice J. Kalisch2009

Versión: 1

Año: 2020

En las siguientes preguntas, marque una respuesta para cada una de ellas:

	Muy satisfecha/o	Satisfecha/o	Neutral	Insatisfecha/o	Muy insatisfecha/o
18. ¿Cuán satisfecha/o está en su puesto actual?					
19. Independiente de su actual trabajo, ¿Cuán satisfecha se encuentra siendo Enfermera o asistente de enfermera?					
20. ¿Cuán satisfecho se encuentra con el equipo de trabajo?					

**Cuidados de
Enfermería omitidos**
Versión validada al Español del
Instrumento MISSCARE Survey
(Cuidados Perdidos)
de Beatrice J. Kalisch 2009

Versión: 1

Año: 2020

SECCIÓN A: Cuidado Omitidos

Dada la alta demanda de atención requerida tanto asistencial como administrativa, es habitual que el Personal de Enfermería deba en muchas oportunidades deba priorizar las actividades a realizar, ello puede generar que no todos los cuidados y/o solicitudes de los usuarios puedan ser realizadas. Dada su experiencia, ¿con qué frecuencia las siguientes actividades son omitidas o no realizadas por el personal de la unidad (incluido usted)?

Marque solo una respuesta para cada enunciado.

	Siempre omitidos	Frecuentemente omitidos	Ocasionalmente omitidos	Rara vez omitidos	Nunca omitidos
1) Deambulación 3 veces al día o según indicación					
2) Cambio de posición a usuarios cada 2 horas o según indicación					
3) Alimentar a usuarios cuando la comida está aún caliente					
4) Ofrecer y acercar los alimentos cuando el usuario puede alimentarse solo					
5) Medicamentos administrados dentro de los 30 minutos del horario indicado (antes o después).					
6) Control de signos vitales según indicación.					

**Cuidados de
Enfermería omitidos**

Versión validada al Español del
instrumento MISSCARE Survey
(Cuidados Perdidos)
de Beatrice J. Kalisch2009

Versión: 1

Año: 2020

7) Control de ingresos/egresos de usuarios.					
8) Documentación completa con todos los datos necesarios.					
9) Educación al paciente sobre su enfermedad.					
10) Apoyo emocional al paciente y familia.					
11) Baño/ cuidado de la piel de usuarios.					
12) Cuidado bucal de usuarios.					
13) Higiene de manos (funcionario)					
14) Entrega de documentos y educación al alta.					
15) Control de glicemia (hemoglucoest), según indicación.					
16) Valoración de usuarios en cada turno.					
17) Reevaluación según el estado de usuarios.					

**Cuidados de
Enfermería omitidos**

Versión validada al Español del
instrumento MISSCARE Survey
(Cuidados Perdidos)
de Beatrice J. Kalisch 2009

Versión: 1

Año: 2020

18) Valoración y cuidados de accesos venosos periféricos y centrales según protocolo vigente de centro de salud.					
19) Respuesta al llamado de los usuarios o timbre dentro de los primeros 5 minutos					
20) Administrar medicamentos SOS requeridos por usuarios, dentro de los primeros 15 minutos de ser solicitado.					
21) Evaluar la efectividad del tratamiento administrado.					
22) Asiste a reuniones clínicas y/o interdisciplinarias cuando se realizan					
23) Asiste a usuario en requerimiento de eliminación dentro de los primeros 5 minutos o cuando se requiera.					
24) Cuidados de la piel y manejo avanzado de heridas.					

**Cuidados de
Enfermería omitidos**

Versión validada al Español del
Instrumento MISSCARE Survey
(Cuidados Perdidos)
de Beatrice J. Kalisch 2009

Versión: 1

Año: 2020

Sección B: Razones por la que se omite el cuidado de enfermería

En base a lo que ha mencionado en la primera parte de este cuestionario en torno a la omisión de los cuidados de enfermería en su unidad por el equipo en su unidad. Indique las **RAZONES** por la cual se **OMITIERON** dichos cuidados y/o intervenciones en su unidad, según **GRADO DE IMPORTANCIA**. Marque sólo una alternativa en cada pregunta

	Significativa razón	Moderada razón	Menor razón	No es una razón para omitir el cuidado
1) Cantidad de personal inadecuado				
2) Empeoramiento de las condiciones de los usuarios (situaciones de urgencia).				
3) Inesperado aumento de la cantidad de pacientes y/o complejidad en la unidad				

**Cuidados de
Enfermería omitidos**

Versión validada al Español del
instrumento MISSCARE Survey
(Cuidados Perdidos)
de Beatrice J. Kalisch2009

Versión: 1

Año: 2020

4) Número inadecuado de personal auxiliar y/o administrativo (auxiliares de enfermería, técnicos o secretarías de la unidad, etc)				
5) Asignación de usuarios descompensados				
6) Insuficiente stock de medicamentos o falta de ellos cuando se requiere.				
7) Entrega inadecuada del turno saliente o de la unidad que lo traslada.				
8) Falta de intervenciones requeridas de otros profesionales (por ejemplo, Kinesiología no apoya en terapia física, etc.)				
9) Suministros/ equipos no disponibles cuando se requieren.				
10) Suministros/ equipos no funcionan correctamente cuando se necesitan.				
11) Falta de apoyo o respaldo entre miembros del equipo				
12) Tensión o falta de comunicación con otras unidades y/o servicios.				

**Cuidados de
Enfermería omitidos**

Versión validada al Español del
instrumento MISSCARE Survey
(Cuidados Perdidos)
de Beatrice J. Kalisch2009

Versión: 1

Año: 2020

13) Tensión o falta de comunicación en el equipo de enfermería.				
14) Tensión o falta de comunicación con el estamento médico				
15) El Técnico en enfermería no comunica que el cuidado no se ha proporcionado.				
16) Personal responsable de otorgar el cuidado y/o intervención no se encuentra en la unidad o no disponible				
17) Alta carga laboral por ingresos y altas de usuarios.				

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

11. ANEXO XI: Versión tentativa MC_V2

Cuidados de Enfermería perdidos

Versión validada al Español del
instrumento MISSCARE Survey
(Cuidados Perdidos)
de Beatrice J. Kalisch 2009

Versión: 2

Año: 2021

1. Nombre del hospital en el que trabaja: _____
2. Carácter administrativo:
 Público
 Privado
3. Nombre de la unidad en la que trabaja: _____
4. Tipo de unidad (según tipo de usuarios atendidos):
 Unidades básicas médicas
 Unidades básicas quirúrgicas
 Unidades cuidados especiales médicos y/o quirúrgicos
 Unidad de paciente crítico (UCI/UTI)
 Unidades indiferenciadas
 Unidades de urgencias
 Otros (Indíquelo)
5. La mayor parte de mi jornada, me mantengo trabajando en esta unidad: SI _____ NO _____
6. Nivel de educación más alto alcanzado:
A. Educación básica
B. Educación media
C. Título técnico
D. Título universitario
E. Título postgrado (Especialidad en carreras área de la salud)
F. Título postgrado Magíster
G. Título postgrado Doctorado
7. Si es Enfermera/o, cuál es el grado más alto obtenido
A. Licenciatura en Enfermería
B. Diplomado en Enfermería
C. Postgrado en Enfermería
D. Magister en enfermería

**Cuidados de
Enfermería omitidos**

Versión validada al Español del
instrumento MISSCARE Survey
(Cuidados Perdidos)
de Beatrice J. Kalisch2009

Versión: 2

Año: 2021

- E. Magister en área fuera de la enfermería.
F. Doctorado en enfermería
G. Doctorado en área fuera de la enfermería.
8. **Si usted es enfermera/o, ¿tiene alguna especialidad de enfermería?** SI NO
Mencionel: _____
9. **Género:** femenino Masculino
10. **Edad:** _____ años
- 11. Puesto o cargo que desempeña en el trabajo**
- A. Técnico en Enfermería
B. Enfermera/o clínica/o
C. Enfermera/o administrativa/o
D. Coordinador/a unidad
E. Supervisor/a Enfermería
F. Otro (especifique): _____
- 12. Número de horas que habitualmente trabaja por semana en la unidad (elija una)**
- A. Menos de 22 horas semanal
B. Entre 22 a 33 horas por semana
C. Entre 33 a 40 horas semanales
D. Más de 40 horas semanales
- 13. Horario de trabajo** (marque la que describa mejor su jornada de trabajo)
- A. Diurno (turno 8 a 17 horas)
B. Cuarto turno (turno 8 a 20 horas y 20 a 08 horas)
C. Turnos modificados (Especifique) _____
D. Rotativo entre diurno y cuarto turno.
- 14. ¿Cuántas horas trabaja por turno en forma habitual?**
- A. 8 horas de turno
B. 12 horas de turno

**Cuidados de
Enfermería omitidos**

Versión validada al Español del
instrumento MISSCARE Survey
(Cuidados Perdidos)
de Beatrice J. Kalisch 2009

Versión: 2

Año: 2021

- C. Rotativo entre 8 y 12 horas de turno
- D. Otro (especifique): _____

15. Situación laboral:

- A. Titular o planta (Contrato indefinido)
- B. Contrato plazo fijo
- C. Contrato honorarios
- D. Otro (especifique): _____

16. Experiencia laboral (Enfermera/o y/o Técnico en Enfermería):

- A. 6 meses o menos
- B. Entre 6 meses y 2 años
- C. Entre 2 años hasta 5 años
- D. Entre 5 años a 10 años
- E. Mayor a 10 años

17. Experiencia en su actual puesto de trabajo:

- A. 6 meses o menos
- B. Entre 6 meses y 2 años
- C. Entre 2 años hasta 5 años
- D. Entre 5 años a 10 años
- E. Mayor a 10 años

18. En estos últimos 3 meses, ¿cuántas horas extras realizado?

- A. Ninguna
- B. 1 a 12 horas
- C. 12 a 24 horas
- D. Más de 24 horas

19. En estos últimos 3 meses, ¿cuántos días o turnos faltó al trabajo por enfermedad, accidente y/o accidente?

- A. Ninguno
- B. 1 día o turno
- C. 2 - 3 días o turnos
- D. 4 - 6 días o turnos
- E. Más de 6 días o turnos

**Cuidados de
Enfermería omitidos**

Versión validada al Español del
instrumento MISSCARE Survey
(Cuidados Perdidos)
de Beatrice J. Kalisch2009

Versión: 2

Año: 2021

20. ¿Ha evaluado dejar su actual puesto de trabajo?

- A. En los próximos 6 meses
- B. En el próximo año
- C. No planea hacerlo
- D. Depende de mi calidad contractual (tipo contrato)

21. ¿Con qué frecuencia siente que la cantidad de personal de su unidad es suficiente?

- A. El 100% del tiempo
- B. El 75 % del tiempo
- C. El 50 % del tiempo
- D. El 25 % del tiempo
- E. El 0% del tiempo

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

- A. El 100% del tiempo
- B. El 75% del tiempo
- C. El 50% del tiempo
- D. El 25% del tiempo
- E. El 0% del tiempo

23. En el turno actual o el último que trabajó , ¿cuantos pacientes estaban a su cuidado?

-
- A. ¿Cuántos ingresos realizó (incluido traslados desde otras unidades)? _____
 - B. ¿Cuántas altas realizó (incluidas los traslados a otras unidades)? _____

**Cuidados de
Enfermería omitidos**

Versión validada al Español del
Instrumento MISSCARE Survey
(Cuidados Perdidos)
de Beatrice J. Kallsch2009

Versión: 2

Año: 2021

En las siguientes preguntas, marque una respuesta para cada una de ellas:

	Muy satisfecha/o	Satisfecha/o	Neutral	Insatisfecha/o	Muy insatisfecha/o
18. ¿Cuán satisfecha/o está en su puesto actual?					
19. Independiente de su actual trabajo, ¿Cuán satisfecha se encuentra siendo Enfermera o asistente de enfermera?					
20. ¿Cuán satisfecho se encuentra con el equipo de trabajo?					

Cuidados de Enfermería omitidos

Versión validada al Español del
instrumento MISSCARE Survey
(Cuidados Perdidos)
de Beatrice J. Kalisch2009

Versión: 2

Año: 2021

SECCIÓN A: Cuidado Omitidos

Dada la alta demanda de atención requerida tanto asistencial como administrativa, es habitual que el Personal de Enfermería deba en muchas oportunidades deba priorizar las actividades a realizar, ello puede generar que no todos los cuidados y/o solicitudes de los usuarios puedan ser realizadas. Dada su experiencia, ¿con qué frecuencia las siguientes actividades son omitidas o no realizadas por el personal de la unidad (incluido usted)?

Marque solo una respuesta para cada enunciado.

	Siempre omitidos	Frecuentemente omitidos	Ocasionalmente omitidos	Rara vez omitidos	Nunca omitidos
1) Deambulaci3n 3 veces al d3a o seg3n indicaci3n					
2) Cambio de posici3n a usuarios cada 2 horas o seg3n indicaci3n					
3) Alimentar a usuarios cuando la comida est3 a3n caliente					
4) Ofrecer y acercar los alimentos cuando el usuario puede alimentarse solo					
5) Medicamentos administrados dentro de los 30 minutos del horario indicado (antes o despu3s).					
6) Control de signos vitales seg3n indicaci3n.					

**Cuidados de
Enfermería omitidos**

Versión validada al Español del
instrumento MISSCARE Survey
(Cuidados Perdidos)
de Beatrice J. Kalisch2009

Versión: 2

Año: 2021

7) Control de ingresos/egresos de usuarios.					
8) Documentación completa con todos los datos necesarios.					
9) Educación al usuario sobre estado actual de salud.					
10) Apoyo emocional al usuario.					
11) Apoyo emocional y/o educación a la familia.					
12) Baño/ cuidado de la piel de usuarios.					
13) Cuidado bucal de usuarios.					
14) Higiene de manos (funcionario)					
15) Entrega de documentos y educación al alta.					
16) Control de glicemia (hemoglucotest), según indicación.					
17) Valoración de usuarios en cada turno.					
18) Reevaluación según el estado de usuarios.					
19) Valoración y cuidados de accesos venosos periféricos, según					

**Cuidados de
Enfermería omitidos**

Versión validada al Español del
Instrumento MISSCARE Survey
(Cuidados Perdidos)
de Beatrice J. Kalisch2009

Versión: 2

Año: 2021

protocolo vigente de centro de salud.					
20) Valoración y cuidados de accesos venosos centrales, según protocolo vigente de centro de salud.					
21) Respuesta al llamado de los usuarios o timbre dentro de los primeros 5 minutos					
22) Administrar medicamentos SOS requeridos por usuarios, dentro de los primeros 15 minutos de ser solicitado.					
23) Evaluar la efectividad del tratamiento administrado.					
24) Asiste a reuniones clínicas y/o interdisciplinarias cuando se realizan					
25) Asiste a usuario en requerimiento de eliminación dentro de los primeros 5 minutos o cuando se requiera.					

**Cuidados de
Enfermería omitidos**

Versión validada al Español del
instrumento MISSCARE Survey
(Cuidados Perdidos)
de Beatrice J. Kallsch2009

Versión: 2

Año: 2021

26) Cuidados de la piel y manejo avanzado de heridas.					
27) Cuidados relacionados a asistencia ventilatoria (aspiración de secreciones, inhaloterapia).					

Sección B: Razones por la que se omite el cuidado de enfermería

En base a lo que ha mencionado en la primera parte de este cuestionario en torno a la omisión de los cuidados de enfermería en su unidad por el equipo en su unidad. Indique las **RAZONES** por la cual se **OMITIERON** dichos cuidados y/o intervenciones en su unidad, según **GRADO DE IMPORTANCIA**. Marque sólo una alternativa en cada pregunta

	Significativa razón	Moderada razón	Menor razón	No es una razón para omitir el cuidado
1) Cantidad de personal inadecuado				
2) Empeoramiento de las condiciones de los usuarios (situaciones de urgencia).				
3) Inesperado aumento de la cantidad de pacientes y/o complejidad en la unidad				

**Cuidados de
Enfermería omitidos**

Versión validada al Español del
instrumento MISSCARE Survey
(Cuidados Perdidos)
de Beatrice J. Kalisch2009

Versión: 2

Año: 2021

4) Número inadecuado de personal auxiliar y/o administrativo (auxiliares de enfermería, técnicos o secretarías de la unidad, etc)				
5) Asignación de usuarios descompensados				
6) Insuficiente stock de medicamentos o falta de ellos cuando se requiere.				
7) Entrega inadecuada del turno saliente o de la unidad que lo traslada.				
8) Falta de intervenciones requeridas de otros profesionales (por ejemplo, Kinesiólogía no apoya en terapia física, etc.)				
9) Suministros/ equipos no disponibles cuando se requieren.				
10) Suministros/ equipos no funcionan correctamente cuando se necesitan.				
11) Falta de apoyo o respaldo entre miembros del equipo				
12) Tensión o falta de comunicación con otras unidades y/o servicios.				

**Cuidados de
Enfermería omitidos**

Versión validada al Español del
Instrumento MISSCARE Survey
(Cuidados Perdidos)
de Beatrice J. Kalisch 2009

Versión: 2

Año: 2021

13) Tensión o falta de comunicación en el equipo de enfermería.				
14) Tensión o falta de comunicación con el estamento médico				
15) El Técnico en enfermería no comunica que el cuidado no se ha proporcionado.				
16) Personal responsable de otorgar el cuidado y/o intervención no se encuentra en la unidad o no disponible				
17) Alta carga laboral por ingresos y altas de usuarios.				
18) Excesiva carga laboral administrativa.				

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

12. ANEXO XII: Aprobación VRID UdeC CEBB 724-2020



Universidad de Concepción
Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo
Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad

CEBB 724-2020.

Concepción, agosto de 2020.

CERTIFICADO

El Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción ha revisado el protocolo del **PROYECTO DE TESIS** titulado “**VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO MISSCARE PARA VALORACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA PERDIDO**” presentado por la Enfermera **SRTA. LORENA MARIOLI SALDÍA ARTEAGA**, en calidad de candidata al grado de Magíster en Enfermería de la Universidad de Concepción, junto a su Profesora Guía, **DRA. PATRICIA JARA CONCHA**, docente del Departamento Adulto y Adulto Mayor de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, y ha comprobado que cumple con las normas y procedimientos éticos y bioéticos establecidos nacional e internacionalmente para estudios que involucran personas.

El objetivo general propuesto en el presente Proyecto de Tesis es validar el instrumento de cuidado perdido de enfermería MISSCARE (Beatrice J. Kalisch), para ser utilizado en profesionales de enfermería, durante el año 2020 en el Hospital Clínico Regional “Guillermo Grant Benavente”, Concepción. Para ello contempla desarrollar 03 (tres) objetivos específicos, cuyas actividades buscarán inicialmente, realizar adaptación transcultural y validez de contenido de instrumento MISSCARE al contexto chileno para medir cuidado de enfermería perdido. Después, propone determinar validez de constructo del instrumento MISSCARE al contexto chileno para medir cuidado de enfermería perdido. Con estos datos pretende evaluar la confiabilidad por consistencia interna del instrumento MISSCARE al contexto chileno el mismo propósito, medir cuidado de enfermería perdido.

En este estudio descriptivo, transversal, con enfoque cuantitativo y un diseño que corresponde a un estudio de validación desarrollado en dos fases (adaptación cultural y validación del instrumento), la participación de cada sujeto -profesionales de enfermería que trabajen en centros dependientes de la comuna de Concepción (Hospital Clínico Regional “Guillermo Grant Benavente”)- estará basada en el proceso de consentimiento informado, el cual será debidamente aplicado y documentado.



Barrio Universitario s/n,
Edificio Empreudec
Fono (56-41) 2204302
Casilla 160 C – Correo 3, secrevrid@udec.cl
Concepción, Chile



100 AÑOS
DE
DESARROLLO
LIBRE DEL
ESPIRITU



Universidad de Concepción
Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo
Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad

modelo presentado a este comité institucional. Todo lo anterior está rigurosa y detalladamente descrito en "6. METODOLOGIA" del Proyecto de Tesis.

La custodia de la información y de los resultados del estudio que se propone, será de cargo de la Investigadora Responsable, la Enfermera Srta. Lorena Marioli Saldía Arteaga.

La ejecución del Proyecto de Tesis en pauta asegura que no vulnera los derechos y la dignidad de los participantes en el estudio, garantizando la libertad, la voluntariedad y la privacidad de los mismos, presentando para ello los métodos de protección que aseguran la confidencialidad de los datos de investigación y de custodia estricta de la información obtenida, observando todas las características formales y necesarias para su validez.

Este Comité considera que el Proyecto de Tesis presentado observa los derechos asegurados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, los derechos y principios de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, y las Normas Éticas de la Organización Panamericana de la Salud para Investigaciones con Sujetos Humanos.

En atención a todo lo anterior y dado que el proyecto de tesis para optar al grado de Magister en Enfermería presentado por la **SRTA. LORENA MARIOLI SALDÍA ARTEAGA** titulado "**VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO MISSCARE PARA VALORACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA PERDIDO**", no muestra elementos que puedan transgredir las normas y principios éticos y bioéticos de la investigación en seres humanos, así como también los principios rectores de nuestra Institución Universitaria, los delineados en la Declaración de Singapur sobre la Integridad en la Investigación (2010) y las normas relativas adoptadas por la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica – CONICYT, y en consecuencia por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo – ANID del Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación, este Comité resuelve aprobarlo, confiriendo el presente Certificado.


DRA. M. ANDREA RODRÍGUEZ TASTETS
PRESIDENTA

COMITÉ DE ÉTICA, BIOÉTICA Y BIOSEGURIDAD
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN



Barrio Universitario s/n,
Edificio Empreudec
Fono (56-41) 2204302
Casilla 160 C – Correo 3, secrevrid@udec.cl
Concepción, Chile



Este documento ha sido firmado electrónicamente por:
María Andrea Rodríguez Tastets <andrea@udec.cl>
Certificado por E-Sign S.A. en conformidad a la Ley 19.799



100 AÑOS
DE
DESARROLLO
LIBRE DEL
ESPIRITU

13. ANEXO XIII: Aprobación CEC – SSC: 20-12-63



ACTA DE EVALUACIÓN COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

COMITÉ CONSTITUIDO EN CONFORMIDAD A LA R. EX N°2444 / 14.08.2012
RE ACREDITADO POR LA SEREMI SALUD DEL BIOBIO EN CONFORMIDAD A LA R. EX. N° 2963/ 06.10.20

Concepción, 09 de agosto de 2021

EU Lorena Saldía Arteaga
Investigadora Responsable
Presente.

Ref: Validación de instrumento MISSCARE para
valoración del cuidado de enfermería perdido
Código CEC-SSC: 20-12-63

Estimada investigadora

Junto con saludarle, nos permitimos informar a usted que el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción, en reunión mediante videollamada de fecha 27 de julio de 2021 tomó conocimiento y evaluó respuesta a las observaciones planteadas por el comité en reunión de fecha 07 de enero 2021, relativas al estudio de la referencia, presentado por usted.

Miembros del Comité Ético Científico que participaron en la **sesión videollamada** del 27 de julio de 2021:

Q: 07 / 09

Nombre y apellidos	Profesión/Institución	Cargo CEC
Sylvia Asenjo M.	Médico Pediatra Endocrinóloga/UdeC	Integrante permanente / externa
María A. Bidegain S.	Médico Pediatra Nefrólogo	Integrante permanente / externa
Claudio Bustos	Psicólogo	Integrante permanente / externo
María Cristina Fellay	Bióloga	Integrante permanente / Representante comunidad
Felipe León M.	Abogado / SSC	Integrante permanente / Abogado
Mónica Zúñiga	Matrona	Integrante permanente / externo
Nelson Pérez T	Médico Psiquiatra / HGGB	Integrante permanente / Presidente

Excusas: Salvador Cabrera, Ricardo Saldías

Este informe se refiere a la revisión que el comité hizo de los siguientes documentos recepcionados: (Obs. en **negrita**)

- Protocolo de estudio: Validación de instrumento MISSCARE para valoración del cuidado de enfermería perdido. 2020
 - Anexo: Instrumento MISSCARE (Original inglés)
- Resumen protocolo Versión 2 01-07-2021
- Consentimiento informado para los participantes. Versión 3.0_ 2021/06/10

El comité tomó conocimiento de los documentos, resolviendo observaciones planteadas en documento previo.



ACTA DE EVALUACIÓN COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

COMITÉ CONSTITUIDO EN CONFORMIDAD A LA R. EX N°2444/ 14.08.2012
REACREDITADO POR LA SEREMI SALUD DEL BÍO BÍO EN CONFORMIDAD A LA R. EX. N° 2963/ 06.10.20

CONCLUSIÓN: Este Comité ha resuelto **APROBACIÓN**.

En caso de surgirle alguna duda, quedamos atentos para su asesoría, con todas las posibilidades de asistir a una reunión con el Comité, si lo considera necesario.

Atentamente,


Ing. Ricardo Saldivia Cerda
Secretario CEC-SSC

- Archivo CEC




Dr. Nelson Pérez Terán
Presidente CEC-SSC