



## Cuidados omitidos en pacientes con patología cardiovascular. Un primer acercamiento.

EU Ana Zapata P.<sup>1a</sup>, EU Claudia Alcayaga R.<sup>2b</sup>, EU Marcela González M.<sup>3c</sup>, Alfredo Águila R.<sup>4d</sup>

Institución: Hospital Clínico de la Universidad de Chile

1.- Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

2.- Pontificia Universidad Católica de Chile.

3.- Pontificia Universidad Católica de Chile.

4.- Hospital Clínico Universidad de Chile.

a.- Alumna Magíster en Enfermería UC.

b.- Magíster en Psicología UC, PhD @ Sociología. <https://orcid.org/0000-0003-0364-2116>

c.- Especialista en Enfermería del Adulto con Problemas Cardíacos UC. Magíster en Enfermería UC. <https://orcid.org/0000-0002-1138-1537>

d.- Médico Jefe Unidad GRE y FCE.

Este estudio tuvo financiamiento personal y no presenta conflicto de interés de ninguna de las partes involucradas en su desarrollo.

Recibido el 11 de julio 2024 / Aceptado el 24 de octubre 2024

Rev Chil Cardiol 2024; 43: 222-231

**Introducción:** En enfermería, la priorización de cuidados es crucial. La investigación acerca de los cuidados omitidos, actividades que se dejan de realizar por déficit de recursos y sobrecarga del personal, ha surgido por preocupaciones sobre el deterioro en la calidad de atención al paciente, generando frustración en el personal.

**Objetivo:** Describir el cuidado de enfermería omitido en pacientes con patología cardiovascular de un hospital de la Región Metropolitana y sus características asociadas.

**Metodología:** Estudio de casos aplicando el instrumento OMICE ("Omitted or missed interventions and care elements") derivado del MISSCARE ("Missed nursing care"), en tres unidades cardiovasculares de un hospital en Santiago de Chile, a enfermeras y técnicos en enfermería que brindan cuidados directos. Se realizó un análisis descriptivo y se establecieron correlaciones entre variables clave.

**Resultados:** Los principales cuidados omitidos fueron el apoyo emocional a los familiares y la asistencia a reuniones interdisciplinarias, seguidos por la deambulacion y la entrega de educación e información al paciente. Cuidados omitidos con menor frecuencia fueron la evaluación del paciente en cada turno, la evaluación de constantes vitales según indicación, el control de glucemia capilar y la reevaluación del estado de los pacientes, así como el lavado de manos y el cuidado de accesos venosos.

**Conclusiones:** Este paso inicial marca el comienzo de estudios de los cuidados omitidos en enfermería en Chile. Es crucial generar instancias de divulgación de este conocimiento para expandir su estudio, incorporando diversas metodologías y aumentando el número de participantes.

**Palabras clave:** cuidado omitido; enfermería; hospitalización; cuidados de enfermería; enfermedad cardiovascular.

**Correspondencia:**

EU Ana Zapata

Email: [aczapata@uc.cl](mailto:aczapata@uc.cl)

EU Claudia Alcayaga

Email: [caalcaya@uc.cl](mailto:caalcaya@uc.cl)



## Missed care in patients with cardiovascular disease. Preliminary approach

**Background:** In nursing, prioritization of care is crucial. Investigations into omitted care, activities that are stopped due to resource deficits and staff overload, have arisen due to concern about the deterioration in the quality of patient care, generating frustration among hospital staff.

**Aim:** To describe nursing care omitted in patients with cardiovascular disease in a hospital in the metropolitan region of Chile and its associated characteristics. The OMICE instrument, derived from MISSCARE, was applied in three cardiovascular units of a hospital in Santiago de Chile to nurses and nursing technicians who provide direct care. A descriptive analysis was performed and correlations were established between key variables.

**Results:** The most frequently omitted care was emo-

tional support for family members and attendance at interdisciplinary meetings, followed by ambulation and the provision of patient education and information. On the other hand, the least frequently omitted care was the evaluation of the patient in each shift, the evaluation of vital signs as indicated, the control of capillary blood glucose and the reassessment of the patient's condition, as well as hand washing and care of venous accesses.

**Conclusions:** This initial step marks the beginning of the study of omitted care in nursing in Chile. It is crucial to generate instances of dissemination of this knowledge to expand its study, incorporating various methodologies and increasing the number of participants.

**Keywords:** omitted nursing care; hospitalization, nursing care; cardiovascular disease.



## Introducción:

En el ámbito de la enfermería, el cuidado continuo de pacientes es esencial para la protección, promoción y optimización de la salud. Los esfuerzos del equipo multidisciplinario y el proceso enfermero aumentan la calidad de atención y la percepción de satisfacción en los usuarios y sus familias. En algunas circunstancias, estos procesos presentan grietas al momento de la entrega de cuidados, dando lugar a cuidados omitidos, considerados como todas las actividades propias de enfermería que no se logran realizar o son pospuestas por falta de recursos materiales, humanos y/o estructurales, generando sobrecarga en el personal (Figura N°1), proceso analizado a través de la teoría de rango medio de cuidados omitidos creada por Kalisch en 2009. Previa a la conceptualización de este término, múltiples autores analizaron estas actividades proponiendo explicaciones para su aparición y manejo dentro de los procesos de atención en salud, pero fue Kalisch quien propuso una teoría en enfermería que sustenta el proceso de forma clara y basada en el método científico (Bolado, et al., 2021).

Esta teoría de rango medio en enfermería explica el fenómeno de los cuidados omitidos, por medio del "Modelo de Atención de Enfermería Omitida" (Figura 2). Este modelo, basado en los pilares de estructura, proceso y resultado, destaca la influencia de características internas y externas en la generación de cuidados omitidos (Kalisch, Landstrom, Hinshaw, 2009). La estructura está referida a las características del hospital, de la unidad de atención del usuario y del personal de enfermería, incluyendo las características relacionadas con recursos humanos y materiales disponibles para la atención y comunicación del equipo multidisciplinario. El proceso está referido al cuidado otorgado por el personal de enfermería en donde pueden surgir los cuidados omitidos y el resultado se refiere a los efectos directos en los pacientes que ante la aparición de cuidados omitidos generan resultados negativos con efectos en la calidad y seguridad de la atención (Kalisch, Landstrom, Hinshaw, 2009).

Como resultado del estudio de los cuidados omitidos, Kalisch creó el instrumento MISSCARE, utilizado en el desarrollo de múltiples estudios que han sido validados para la generación de conocimiento en el área, implementación de medidas de gestión óptimas y manejo de recursos pertinentes para mejorar los procesos de atención en salud. No sólo se tiene la posibilidad utilizar el instrumento MISSCARE en sus diferentes traducciones y validaciones culturales, sino que existen otros que han sido utilizados para responder a contextos e interrogantes

específicas en relación de este tipo de situaciones (Kalisch & Williams, 2009).

El conocimiento de los cuidados omitidos específicamente en el área cardiológica es escaso, a pesar de que las patologías cardiovasculares son la principal causa de muerte a nivel internacional (16%) y nacional (26,5%) (INE, 2024). El foco de la atención debe estar en la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la promoción de la salud abarcando todos los niveles de atención. Este estudio se realizó en un departamento del área cardioquirúrgica de un hospital clínico universitario de alta complejidad de la ciudad de Santiago de Chile, en sus tres niveles de hospitalización (básica, media y crítica), contando con la participación de enfermeras/os y técnicos en enfermería. En relación al contexto de gestión en salud, la inclusión del modelo GRD (Grupos relacionados al diagnóstico) ha introducido una perspectiva clínica y financiera en la metodología de control estadístico de los procesos (Águila et al., 2019). Con ello se puede disponer de información relevante acerca de la organización y disposición de recursos de los centros de salud.

Los cuidados omitidos son evaluables mediante las características internas y externas de las situaciones en donde aparecen. Es posible analizar estos procesos por medio de diversas fuentes de información (Meijome, 2016). En este estudio se utilizó para la evaluación interna el instrumento OMICE, validado al español, derivado del MISSCARE creado por Kalisch en su versión original, y para la evaluación externa se utilizó información obtenida de los registros GRD del centro.

La implementación de cuidados pertinentes y basados en la evidencia científica es esencial para garantizar la seguridad y la satisfacción de los usuarios (Kalisch, 2011). La optimización de los procesos a través de la identificación de posibles mejoras con diversas herramientas, propicia ambientes con alta calidad y seguridad a los usuarios. Por otro lado, la falta de recursos puede afectar la adherencia a los protocolos y la asignación adecuada de responsabilidades, contribuyendo así a la aparición de cuidados omitidos (Simonetti et al., 2021). Esto hace necesaria la generación de conocimiento acerca del tema, debido a la importancia que tiene conocer a cabalidad las actividades realizadas y su impacto en los profesionales y usuarios. Este estudio intenta responder al vacío en el conocimiento de los cuidados omitidos en este tipo de pacientes y a sus características asociadas.

## Material y método:

Estudio de caso de tipo evaluativo transversal. El estu-



dio de caso es una investigación empírica útil para el propósito de este estudio, ya que examina un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto real, especialmente cuando los límites entre el fenómeno y su entorno no son claros. Este proceso se ve fortalecido por la formulación previa de proposiciones que orientan la recolección y análisis de datos (Monje, 2019).

El estudio de caso trasciende lo observacional, logra integrar la información y las experiencias que se desean estudiar. Este no pretende producir generalizaciones estadísticas; por el contrario, su objetivo es conocer de manera exhaustiva por qué y cómo se produce un fenómeno, formulando generalizaciones analíticas (Enrique, A. Barrio, E., 2018). Para la obtención de información en este tipo de estudios es necesario utilizar una combinación de técnicas de recolección de datos, todo esto a través de procesos de triangulación (Enrique, A. Barrio, E., 2018). El estudio consideró los principios éticos de Ezekiel Emanuel (Suarez, F., 2015). Por medio de la búsqueda de nuevo conocimiento, a través del reclutamiento de participantes conscientes de los pasos a seguir y de los objetivos del proyecto, siempre informados a cabalidad acerca de lo que se pretende realizar y el manejo de la información que puedan entregar, respetando e incentivando la autonomía y voluntariedad de sus decisiones. El anonimato fue resguardado diligentemente para proteger a los participantes y dar la libertad necesaria para responder con total sinceridad. El protocolo de investigación incluyó el consentimiento informado de los/las participantes y la posterior firma de este documento junto al participante quien lo realizó personalmente.

Este proyecto de investigación, ID 230905004, fue evaluado por el Comité Ético Científico de Ciencias de la Salud UC durante septiembre de 2023 y aprobado en diciembre del mismo año.

Para explicar la existencia de cuidados omitidos y superar la brecha de conocimiento existente en relación a este tema se emplearon diversos instrumentos: para el análisis interno se utilizó la encuesta Omisión de Cuidados Enfermeros (OMICÉ), versión validada al español (España) del instrumento MISSCARE Survey de Beatrice J. Kalisch por O. Rey e IENFERCAN, instrumento que conserva sus propiedades psicométricas de sencillez, facilidad de uso, validez de contenido, constructo, criterio, consistencia, fiabilidad y sensibilidad. Dividido en dos bloques, el instrumento utilizado surgió como resultado de estudios en el área y el modelo teórico de rango medio en cuidados omitidos. Se divide en tres partes (información demográfica, cuidados percibidos de omisión y cau-

sas percibidas de omisión de los mismos), compuestas por siete dimensiones (Evaluación, Intervenciones individuales, Cuidados básicos, Planificación y Comunicación, Recursos materiales y recursos laborales). Para el análisis externo se utilizó información estadística entregada por el departamento GRD del centro participante, relacionada con estadísticas generales del departamento y procedimientos realizados que competen a cada uno de los integrantes del equipo multidisciplinario.

Los criterios de elegibilidad fueron la inclusión de integrantes del personal de enfermería (enfermeros/as y técnicos de enfermería) que entregaban atención clínica directa a pacientes de tres unidades de hospitalizados del departamento cardiovascular de un hospital clínico en Santiago de Chile, en sus diferentes niveles de complejidad.

La invitación a participar en el estudio fue realizada de forma directa, en momentos de menor carga laboral previamente avisando a la jefatura de enfermería. En las diferentes unidades se explicó personalmente en qué consiste el estudio, la modalidad de respuesta de la misma, su carácter voluntario y la posibilidad de desistir en su participación en cualquier punto del proceso, sin consecuencias negativas para los participantes.

La recolección de los documentos se realizó de forma presencial, con el tiempo necesario para la lectura del consentimiento informado. Lo mismo se efectuó con el instrumento en su formato digital (por medio de un link enviado al número telefónico o vía email) o papel. Este fue entregado en un sobre no identificado y el consentimiento en otro sobre, especial para este tipo de documentación. Se efectuaron dos recordatorios para la recolección de la mayor cantidad de documentos. Los datos de las encuestas, tanto en formato impreso como digital, fueron ingresados a una planilla de cálculo para su análisis. Se utilizó estadística descriptiva para caracterizar la muestra y el software Jamovi para el procesamiento de los datos.

La revisión de información estadística del departamento cardiovascular fue facilitada por el departamento GRD del centro hospitalario, previa autorización de las jefaturas pertinentes. Consistió en tablas con información del periodo 2019 a 2023 sobre los procedimientos que se realizaron en el departamento cardiovascular y el resumen dentro de este mismo plazo de usuarios atendidos en base a grupo etario, sexo, número de casos, peso medio GRD, estancia media, fallecidos, % de mortalidad intrahospitalaria, cantidad de diagnósticos codificados promedio y procedimientos codificados promedio.



**Tabla 1. Distribución general de los participantes**

E2.Unidad de trabajo	E9.Sexo	E11.Nombre del puesto/cargo:	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Intermedio de cardiología	Hombre	Enfermero/a	0	0.0%	0.0%
		Técnico en enfermería	0	0.0%	0.0%
	Mujer	Enfermero/a	6	17.1%	17.1%
		Técnico en enfermería	1	2.9%	20.0%
Sala básica de cardiología	Hombre	Enfermero/a	0	0.0%	20.0%
		Técnico en enfermería	1	2.9%	22.9%
	Mujer	Enfermero/a	2	5.7%	28.6%
		Técnico en enfermería	4	11.4%	40.0%
Unidad intensivo coronario	Hombre	Enfermero/a	1	2.9%	42.9%
		Técnico en enfermería	0	0.0%	42.9%
	Mujer	Enfermero/a	13	37.1%	80.0%
		Técnico en enfermería	7	20.0%	100.0%

### Resultados:

El departamento cardiovascular del centro atendió un total de 5.724 usuarios durante el período 2019-2023, con un aumento considerable en 2022, tras el período crítico de la pandemia por COVID-19. Un 36,5% del total de usuarios presentaba un rango etario de 45 a 64 años, con una estadía promedio de 8,44 días y una mortalidad intrahospitalaria promedio del 3,86%. Se llevaron a cabo un total de 71.705 procedimientos en 2023, donde el equipo de enfermería tuvo una importante participación, realizando el 59,4% del total, seguido por los médicos con el

25,5%. Es relevante mencionar que estos procedimientos fueron realizados por diversos profesionales, no limitados al área cardiológica, debido a las diversas necesidades de los usuarios admitidos en el departamento.

Para el estudio de cuidados omitidos se contó con la participación de 36 individuos en el departamento cardiovascular del centro de sus distintas unidades de hospitalizados. Los individuos se seleccionaron mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Esta cifra representó un logro significativo, alcanzando una tasa de participación del 52,2% del total de un universo de 69 posibles participantes, entre enfermeras y técnicos en enfermería que cumplían con los requisitos.

La Tabla 1 muestra una participación de un 40% en las unidades de complejidad básica e intermedia, mientras que el 60% correspondió a la unidad intensiva. La participación femenina alcanza más de un 90% del total. La mayor cantidad de participantes se concentra en el rango etario entre 30-35 años, como lo muestra la Tabla 2, con outliers de 21 y 60 años, una media de 33,6 y una desviación estándar de 8,19. La participación por estamentos mostró a 22 enfermeras (61,1%) y 14 técnicos en enfermería (38,9%). Respecto a la experiencia laboral observada en la Tabla 3, la mayoría de los participantes tenía entre 5 y 10 años de experiencia (44,4%); y en términos de satisfacción laboral, 72,1% reportó estar satisfecho, mientras que solo el 2,7% expresó insatisfacción y un 25% se mantuvo neutral (Tabla 4). Un 72,2% de los participantes no tenía previsto dejar su puesto de trabajo actual y sólo un 27,8% había pensado en dejar su puesto dentro de un año o menos, o en la eventualidad de encontrar mejoras contractuales (Tabla 5).

Las principales áreas de cuidados omitidos fueron el apo-

**Tabla 2. Distribución de los "enfermeros" según edad**

E10.Edad	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
21	1	2.9%	2.9%
24	2	5.7%	8.6%
26	1	2.9%	11.4%
28	3	8.6%	20.0%
29	2	5.7%	25.7%
30	3	8.6%	34.3%
31	3	8.6%	42.9%
32	5	14.3%	57.1%
33	4	11.4%	68.6%
34	2	5.7%	74.3%
35	2	5.7%	80.0%
36	1	2.9%	82.9%
37	1	2.9%	85.7%
39	1	2.9%	88.6%
49	1	2.9%	91.4%
50	1	2.9%	94.3%
54	1	2.9%	97.1%
60	1	2.9%	100.0%



Tabla 3. Distribución de los “enfermeros” según experiencia laboral.

E16.Experiencia laboral como enfermero/a y/o técnico.	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
6 meses o menos	1	2.8 %	2.8%
Entre 2 y 5 años	8	22.2 %	25.0%
Entre 5 y 10 años	16	44.4 %	69.4%
Entre 6 meses y 2 años	3	8.3 %	77.8%
Más de 10 años	8	22.2 %	100.0%

Tabla 4. Distribución según satisfacción en el puesto laboral

Grado de satisfacción	Frecuencias	% del total
Insatisfecho	1	2,8
Ni satisfecho ni insatisfecho	9	25,0
Satisfecho	16	44,4
Muy satisfecho	10	27,8
Satisfecho + Muy satisfecho	26	72,2

yo emocional a los familiares y la asistencia a reuniones interdisciplinarias (36%), la deambulaci3n (22,1%) y la entrega de educaci3n e informaci3n al paciente (19,3%) cuidados que pertenecen a la dimensi3n de planificaci3n del instrumento (Figura 3). Por otro lado, los cuidados omitidos con menor frecuencia fueron la evaluaci3n del paciente en cada turno (100%), la evaluaci3n de constantes vitales seg3n indicaci3n, el control de glucemia capilar y la reevaluaci3n del estado de los pacientes (94,3% cada uno), el lavado de manos y el cuidado de accesos venosos (91,5% cada uno) pertenecientes a la dimensi3n de evaluaci3n (Figura 4).

En relaci3n a la segunda parte de la evaluaci3n, un 80% de los participantes consideraron como un motivo principal de omisi3n de cuidados a situaciones de urgencia con pacientes espec3ficos, escasez de medicamentos y suministros, y una carga de trabajo elevada debido a ingresos

Tabla 6. Matriz correlacional secci3n “A”

	EA13.	EA2.	EA14.	EA16.	EA21.	EA22.	EA23.	EA25.	EA26.	EA27.	EA28.
EA13.	R de Pearson valor p	— —									
EA2.	R de Pearson valor p	0.701 <.001	— —								
EA14.	R de Pearson valor p	0.638 <.001	0.718 <.001	— —							
EA16.	R de Pearson valor p	0.714 <.001	0.662 <.001	0.416 0.012	— —						
EA21.	R de Pearson valor p	0.770 <.001	0.741 <.001	0.625 <.001	0.706 <.001	— —					
EA22.	R de Pearson valor p	0.680 <.001	0.671 <.001	0.622 <.001	0.454 0.005	0.669 <.001	— —				
EA23.	R de Pearson valor p	0.527 0.001	0.312 0.068	0.292 0.089	0.639 <.001	0.376 0.026	0.219 0.207	— —			
EA25.	R de Pearson valor p	0.692 <.001	0.608 <.001	0.535 <.001	0.562 <.001	0.742 <.001	0.677 0.180	0.232 —			
EA26.	R de Pearson valor p	0.713 <.001	0.685 <.001	0.642 <.001	0.549 <.001	0.614 <.001	0.724 <.001	0.398 0.018	0.736 <.001	— —	
EA27.	R de Pearson valor p	0.717 <.001	0.760 <.001	0.698 <.001	0.666 <.001	0.585 <.001	0.789 <.001	0.468 0.005	0.604 <.001	0.745 <.001	— —
EA28.	R de Pearson valor p	0.619 <.001	0.542 <.001	0.592 <.001	0.579 <.001	0.628 <.001	0.628 <.001	0.290 0.091	0.814 <.001	0.754 <.001	0.660 <.001

y altas hospitalarias. Destacaron, adem3s, en un 74,9% la selecci3n de problemas relacionados con recursos materiales y laborales, as3 como tensiones y dificultades de comunicaci3n con el personal m3dico. Estas caracter3sticas, especialmente en las dimensiones de recursos materiales y laborales, fueron consideradas significativas por los participantes al omitir cuidados (Figura 2)

Para su an3lisis correlacional las respuestas de la secci3n “A” y secci3n “B” fueron ingresadas en el software en forma de escala de Likert, al igual que en estudios ante-

Tabla 5. Distribuci3n seg3n cambio de puesto laboral

E20.¿Tiene previsto dejar su puesto actual?	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Dependera del tipo de contrato	4	11.1 %	11.1%
En el proximo a3o	5	13.9 %	25.0%
En los pr3ximos 6 meses	1	2.8 %	27.8%
No tengo previsto dejarlo	26	72.2 %	100.0%



**Tabla 7. Matriz correlacional sección "B"**

		EB1.	EB2.	EB3.	EB4.	EB17.
EB1.	R de Pearson	—				
	valor p	—				
EB2.	R de Pearson	0.451	—			
	valor p	0.008	—			
EB3.	R de Pearson	0.553	0.522	—		
	valor p	<.001	0.001	—		
EB4.	R de Pearson	0.696	0.453	0.616	—	
	valor p	<.001	0.007	<.001	—	
EB17.	R de Pearson	0.546	0.552	0.765	0.475	—
	valor p	0.001	<.001	<.001	0.005	—

riores, utilizando los filtros pertinentes para la obtención de información relevante para este estudio.

Tal como muestra la Tabla 6 en la dimensión de cuidados básicos de la sección "A" (el "aseo bucal" se correlaciona con 18 cuidados directos al usuario), se obtuvieron correlaciones estadísticamente significativas, así como

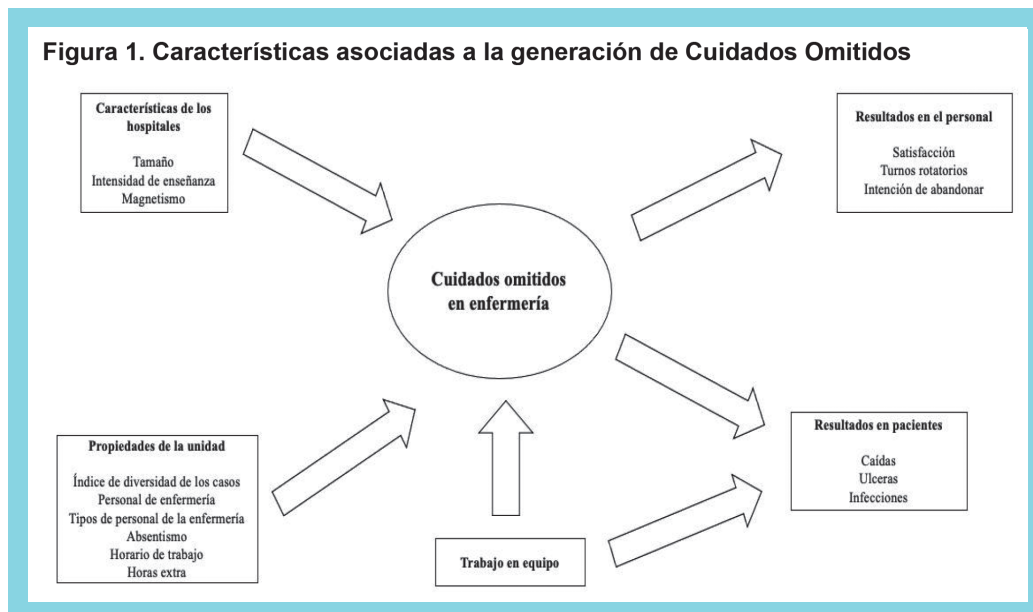
también se observa en la Tabla 7 que en la sección "B", se obtuvo la mayor cantidad de relaciones muy significativas en la dimensión de recursos laborales. Los motivos que presentan mayor cantidad de correlaciones fueron la dotación inadecuada de enfermeras y las situaciones de emergencia con usuarios, ambos correspondientes a recursos laborales y sólo uno a comunicación.

Se observó la inexistencia de relaciones muy significativas entre la sección "A" y la sección "B". Además, no se encontró relación entre los ítems sobre la intención de dejar el trabajo y la carga de trabajo en relación al tipo de paciente y la dotación del personal. Sin embargo, se encontró una correlación relevante entre la asistencia a la deambulación y la cantidad de pacientes atendidos por turno.

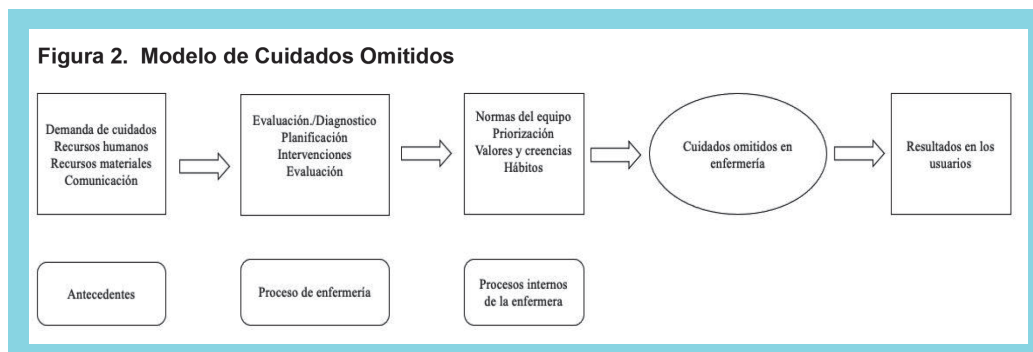
### Discusión:

Los cuidados son parte fundamental del quehacer enfermero en un continuo acompañamiento a los usuarios y sus familias. La forma en la que se entregan los cuidados y sus resultados son la base del proceso que todo pro-

**Figura 1. Características asociadas a la generación de Cuidados Omitidos**



**Figura 2. Modelo de Cuidados Omitidos**

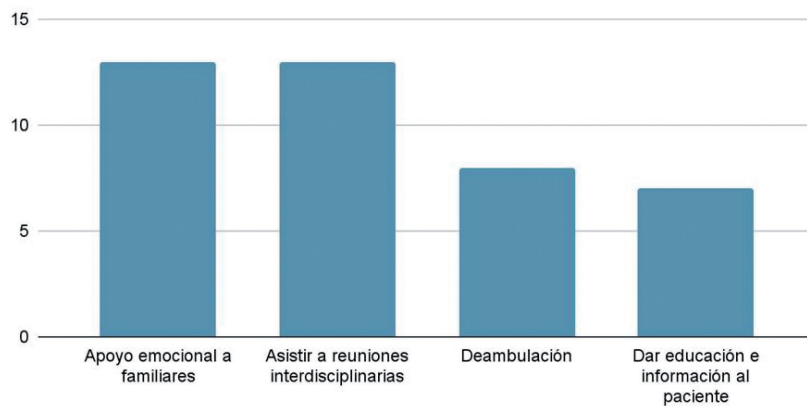




**Figura 3. Sección "A"**

### Omisión de cuidados enfermeros

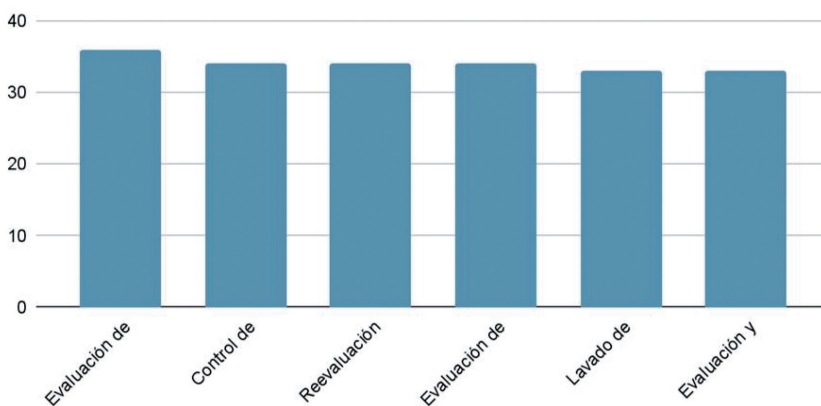
Cuidados mayormente omitidos



**Figura 4. Secci3n "B".**

### Omisión de cuidados enfermeros

Cuidados menormente omitidos



fesional del área realiza diariamente y que puede verse afectado o potenciado por diversas razones, existiendo características externas e internas que influyen en la calidad de la atención.

Una de estas razones son los cuidados omitidos dentro los cuales, según la literatura, se omiten mayoritariamente actividades del ámbito social y emocional por sobre las actividades que reflejan la atención física y el control del estado del usuario, por medio de una priorización consciente e inconsciente de las necesidades pesquisadas (Oliveira et al., 2022). Ello se puede observar igualmente en los resultados de este estudio, apoyando las conclusiones obtenidas en otros estudios de similares caracte-

rísticas. Esta racionalización de los cuidados sociales y emocionales ha resultado en un deterioro en la calidad de la atención percibida por los usuarios y por los equipos, traduciéndose en dilemas éticos, conflictos valóricos personales y de equipos de trabajo, estrés e insatisfacción laboral aumentando la probabilidad de presentar agotamiento (De Lima et al., 2020).

Algunas de las recomendaciones que se han propuesto para mejorar los resultados han sido la disminución de la carga de trabajo aumentando el número del personal e interviniendo en el ambiente laboral, mejorar la comunicación en todos los estratos de la organización, fortaleciendo el trabajo en equipo, y la evaluación y el seguimiento



constante de los cuidados omitidos. Todo esto con el foco de llevar a la práctica centrada en la atención del paciente (Rabadán-Silva et al., 2020). En el presente estudio, todas estas actividades se incluyen dentro de los motivos expuestos a la aparición de cuidados omitidos.

Una limitación de la presente investigación es que se trata de un estudio de casos, lo que puede ser una limitante para la generalización de sus resultados y para explorar las relaciones existentes entre las variables. Por tanto, no posee una visión completa del problema detectado y es conveniente ampliar la metodología de estudio para abarcar una mayor cantidad de información. Las limitaciones se deben principalmente a que se trata de un estudio con la finalidad de generar un diagnóstico o primer acercamiento relacionado con los cuidados omitidos.

Pese a sus limitaciones, la información presentada constituye un estímulo para generar otros estudios que utilicen nuevas y más complejas metodologías que permitan cruzar diversas variables, explicar su causalidad e incluir múltiples contextos clínicos. Así pudieran obtenerse resultados muy útiles que ayuden a la generación de mejores prácticas y directrices hacia políticas públicas que optimicen recursos en salud.

Entrelazar la información administrativa obtenida por medio del departamento GRD como factor de influencia externa, los resultados del instrumento como factor interno del desarrollo de los procesos y la visión administrativa relacionada a la cultura organizacional y al contexto

en que actúan los participantes da una visión general del problema de los cuidados omitidos.

Tener profesionales con este tipo de información los prepara para la entrega de cuidados acorde a las necesidades de cada usuario, velando por la calidad y seguridad en la atención de salud, generando buenas prácticas para así entregar cuidados integrales y llevar la práctica profesional a un mejor nivel.

### **Agradecimientos:**

A mis docentes guía por todo el tiempo invertido en el crecimiento y desarrollo de este proyecto. Sus consejos fueron más que teóricos y los llevaré presentes en el resto de mi camino como enfermera.

Al señor Águila por el apoyo con los datos necesarios acerca del contexto de nuestro centro, su trabajo como director GRD y experiencia. A mis padres, hermana y amigos que han sido el apoyo principal en tiempos difíciles y me han enseñado más de paciencia de lo que habría imaginado. A mis colegas y técnicos en enfermería del Departamento Cardiovascular del HCUCH, sin quienes nada de esto sería posible. Ha sido una instancia para conocerlos de otra forma y poder entender qué los motiva y desmotiva en su práctica diaria. Ustedes son el motor de la atención en salud y espero poder ser un canal para expresar la forma en la que trabajan, la calidad y cariño que entregan día a día al ejercer su labor. A Baltazar que me acompañó en cada paso y horas de estudio para poder llegar hasta acá.

## **Bibliografía**

1. ÁGUILA, A, MUÑOZ, M, SEPÚLVEDA, V. (2019). Experiencia en el desarrollo e implementación de la metodología de grupos relacionados por diagnóstico en un hospital universitario chileno. Evaluación a diez años de funcionamiento. Revista médica de Chile, 147;12: 1518-1526. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019001201518>
2. AIKEN L, CLARKE S, SLOANE D, SOCHALSKI J, SILBER J. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. JAMA. 2002 Oct 23-30;288(16):1987-93. doi: 10.1001/jama.288.16.1987. PMID: 12387650.
3. AIKEN, L. H., CLARKE, S. P., SLOANE, D. M., SOCHALSKI, J. A., BUSSE, R., CLARKE, H., et al. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. Health Affairs, 20;3: 43-53. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.20.3.43>
4. AIKEN, L, CERÓN, C, SIMONETTI, M, LAKE, E, GALIANO, A., GARBARINI, A., et al. (2018). Hospital Nurse Staffing and Patient Outcomes. Revista Médica Clínica Las Condes, 29;3: 322-327. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.04.011>.
5. AIKEN, L, SIMONETTI, M, SLOANE, D, CERÓN, C, SOTO, P, BRAVO, D, et al. (2021). Hospital nurse staffing and patient outcomes in Chile: a multilevel cross-sectional study. The Lancet Global Health, 9;8: e1145-e1153. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00209-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00209-6)
6. BOLADO, J, TUTORA, P, BLANCO FRAILE, C. (2021). Los Cuidados Perdidos de la Enfermería Missed Nursing Care. <http://hdl.handle.net/10902/22152>
7. BRAGADÓTTIR, H, KALISCH, B, TRYGGVADÓTTIR, G. (2017). Correlates and predictors of missed nursing care in



- hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 26;11–12: 1524–1534. <https://doi.org/10.1111/jocn.13449>
8. ENRIQUE, ANA M<sup>a</sup>; Barrio Fraile, Estrella. (2018). Guía para implementar el método de estudio de caso en proyectos de investigación. A: *Propuestas de investigación en áreas de vanguardia*. 2018, 159-168. Madrid: Forum XXI; Editorial Tecnos (grupo Anaya). <https://ddd.uab.cat/record/196118>
9. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS. (2024). <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/pEDCM2023.htm#:~:text=naturales%20por%20sexo-.Los%20tumores%20se%20situaron%20como%20primera%20causa%20de%20muerte%20en,bajaron%20un%205%2C3%25>.
10. KALISCH, B. J. (2006). Missed Nursing Care: A Qualitative Study. *Journal Nursing Care Qual* 21;4. DOI: 10.1097/00001786-200610000-00006
11. KALISCH, B. J., & WILLIAMS, R. A. (2009). Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. *The Journal of nursing administration*, 39;5: 211–219. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3181a23cf5>
12. KALISCH, B. J., LANDSTROM, G. L., HINSHAW, A. S. (2009). Missed nursing care: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65;7: 1509–1517. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x>
13. KALISCH, B. J., LANDSTROM, G., & WILLIAMS, R. A. (2009). Missed nursing care: Errors of omission. *Nursing Outlook*, 57;1: 3–9. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2008.05.007>
14. KALISCH, B. J., TSCHANNEN, D., & LEE, K. H. (2012). Missed nursing care, staffing, and patient falls. *Journal of Nursing Care Quality*, 27;1: 6–12. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0b013e318225aa23>
15. KALISCH, B., TSCHANNEN, D., LEE, H. (2011). Does missed nursing care predict job satisfaction?. *Journal of healthcare management / American College of Healthcare Executives*, 56;2: 117–133. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21495530/>
16. LIMA, J. C. DE, SILVA, A. E. B. DE C., & CALIRI, M. H. L. (2020). Omission of nursing care in hospitalization units. *Revista Latino-americana De Enfermagem*, 28: e3233. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3138.3233>.
17. MACIÁ SOLER, M., MONCHO VASALLO, J., LÓPEZ MONTESINOS, M. (2010). Variabilidad intra GRD relacionada con los servicios de enfermería. *Enfermería Global*, (18), de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412010000100013&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000100013&lng=es&tlng=es).
17. MEIJOME, J. (2016). El camino de los cuidados perdidos. *RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA)*. 2016; 4 :2: 6-12. <https://ria.asturias.es/RIA/handle/123456789/6407>
18. OLIVEIRA, M. C. N., LEITE, H. D. C. S., LOPES, V. C. A., CRUZ, J. V. O. M., VASCONCELOS, C. D. A., & NOGUEIRA, L. T. (2022). Reasons correlated with omission of nursing care . *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 56, e20220171. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0171en>
19. RABADÁN-SILVA, M., ZÁRATE-GRAJALES, R., BENÍTEZ-CHAVIRA, L. (2020). Cuidado perdido de enfermería y su relación con el síndrome de agotamiento profesional. *Enfermería universitaria*, 17;3: 340-353. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2020.3.720>
20. SIMONETTI, M., AIKEN, L. H., & LAKE, E. T. (2019). Nursing in Chilean Hospitals: A Research Agenda to Inform Health Policies and Improve Patient Outcomes. *Hispanic health care international : the official journal of the National Association of Hispanic Nurses*, 17;2: 79–88. <https://doi.org/10.1177/1540415318819475>
21. SIMONETTI, M., AIKEN, L. H., & LAKE, E. T. (2023). Association between the nurse work environment and patient experience in Chilean hospitals: A multi-hospital cross-sectional study. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 55;6: 1248–1257. <https://doi.org/10.1111/jnu.12898>
22. SIMONETTI, M., AQUEVEQUE, A. M. V., & GALIANO, M. A. (2021). Environment, workload, and nurse burnout in public hospitals in Chile. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 55: 1–9. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0521>
23. SIMONETTI, M., CERÓN, C., GALIANO, A., LAKE, E., AIKEN, L. (2022). Hospital work environment, nurse staffing and missed care in Chile: A cross-sectional observational study. *Journal of Clinical Nursing*, 31;17–18: 2518–2529. <https://doi.org/10.1111/jocn.16068>
24. SIMONETTI, MARTA, SOTO, PAZ, GALIANO, ALEJANDRA, CERÓN, MARÍA CONSUELO, LAKE, EILEEN T., AIKEN, LINDA H.. (2020). Dotaciones, skillmix e indicadores laborales de enfermería en Hospitales Públicos chilenos. *Revista Médica de Chile*, 148;10: 1444-1451. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020001001444>
25. SUÁREZ OBANDO, FERNANDO. (2015). Un Marco Ético Amplio Para La Investigación Científica En Seres Humanos: Más Allá De Los Códigos Y Las Declaraciones: La Propuesta De Ezekiel J. Emanuel. *Persona y Bioética*, 19;2: 182-197. <https://doi.org/10.5294/PEBI.2015.19.2.2>
26. ZAPATA M. (2018). Importancia del sistema GRD para alcanzar la eficiencia hospitalaria. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29;3: 347-352, ISSN 0716-8640