

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



UANL

CUIDADO DE ENFERMERÍA PERDIDO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS
Y FATIGA DE DECISIÓN EN ENFERMERÍA

Por

LIC. GABRIELA ALEMÁN MARTÍNEZ

Como requisito para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

SEPTIEMBRE, 2025

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



UANL

CUIDADO DE ENFERMERÍA PERDIDO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS
Y FATIGA DE DECISIÓN EN ENFERMERÍA

Por

LIC. GABRIELA ALEMÁN MARTÍNEZ

Director de Tesis

DCSS. JONATHAN HERMAYN HÉRNANDEZ VALLES

Como requisito para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

SEPTIEMBRE, 2025

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



UANL

CUIDADO DE ENFERMERÍA PERDIDO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS
Y FATIGA DE DECISIÓN EN ENFERMERÍA

Por

LIC. GABRIELA ALEMÁN MARTÍNEZ

Co-Director de Tesis

DRA. MARIA GUADALUPE MORENO MONSIVÁIS

Como requisito para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

SEPTIEMBRE, 2025

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



UANL

CUIDADO DE ENFERMERÍA PERDIDO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS
Y FATIGA DE DECISIÓN EN ENFERMERÍA

Por

LIC. GABRIELA ALEMÁN MARTÍNEZ

Asesor Estadístico

DR. ESTEBAN PICAZZO PALENCIA

Como requisito para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

SEPTIEMBRE, 2025



UANL

CUIDADO DE ENFERMERÍA PERDIDO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS
Y FATIGA DE DECISIÓN EN ENFERMERÍA

Por
Lic. Gabriela Alemán Martínez

Aprobación de Tesis

DCSS. Jonathan Hermayn Hernández Valles
Director de Tesis

DRA. María Guadalupe Moreno Monsiváis
Co-Director de Tesis

DCSS. Jonathan Hermayn Hernández Valles
Presidente

MCE. María Guadalupe Interrial Guzmán
Secretario

DRA. María Guadalupe Moreno Monsiváis
Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirector de Posgrado e Investigación



UANL

CUIDADO DE ENFERMERÍA PERDIDO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS
Y FATIGA DE DECISIÓN EN ENFERMERÍA

Este trabajo fue realizado en la Subdirección de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, bajo la Dirección del DCSS. Jonathan Hermayn Hernández Valles y Co Dirección de la Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis.

Director

Co-Director

Agradecimientos

Agradezco profundamente a la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, y a su directora la Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis por permitir y respaldar el desarrollo de esta tesis, por ser parte del comité y por contribuir en un entorno académico comprometido con la formación de profesionales críticos y humanos.

A mi asesor y director de tesis, el DCSS. Jonathan Hermayn Hernández Valles, por su acompañamiento, su orientación, apoyo, paciencia y su compromiso constante, piezas fundamentales en la construcción, dirección y consolidación de esta investigación, dejando una huella en cada etapa del proceso.

Mi agradecimiento a la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, por permitirme realizar una estancia académica valiosa. A la Dra. Aracely Díaz Oviedo, por su apoyo constante y su orientación durante esa etapa clave para mi desarrollo académico.

Agradezco también a los directivos y docentes de la Subdirección de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería, UANL, así como a los profesionales de enfermería y a los pacientes del hospital donde se llevó a cabo este estudio, por su disposición, apertura y confianza. Su valiosa participación fue clave para la realización y el desarrollo exitoso de esta investigación.

A mis amigas y amigos, en especial a Gregorio y Jonathan gracias por su apoyo incondicional, su paciencia y por acompañarme con afecto genuino durante este recorrido.

Y a todas las personas que, de alguna manera, fueron parte de este trayecto, gracias. Cada gesto, cada palabra, cada momento compartido, ha contribuido a que este trabajo sea hoy una realidad.

Dedicatoria

Dedico este trabajo, con todo mi corazón, a Dios, por ser mi guía en cada decisión, mi consuelo en el cansancio y mi fuerza en los momentos de duda.

A mis padres, Marco Antonio y Fidela Martínez, por ser mi base, mi refugio y mi mayor fuente de inspiración. Su amor, sus sacrificios y su confianza inquebrantable me guiaron hasta este momento. Gracias por enseñarme, con su ejemplo, que la perseverancia y la fe mueven cualquier obstáculo.

A mis hermanos, Sthep, Marco y Perla, por acompañarme con comprensión y cariño durante cada etapa. Su presencia ha sido una motivación constante, incluso en los días en que las palabras faltaban.

A mis amigos y familia Caballero Melgoza por su apoyo, sus palabras de aliento y por estar presentes cuando más lo necesité. Gracias por creer en mí, incluso cuando yo misma dudaba.

A mis abuelos que ya no están físicamente, pero siguen vivos en mi memoria. Su recuerdo ha sido fuerza silenciosa en cada paso. Este logro también honra su legado.

Y a mí misma, por no rendirme, por creer aún en medio del cansancio y por entender que cada esfuerzo valió la pena.

Índice

Contenido	Página
Hoja de Aprobación de Tesis	i
Hoja de declaración de Lugar donde se realizó el Estudio	ii
Agradecimientos	iii
Dedicatoria	iv
Índice	v
Lista de Abreviaturas	vi
Lista de Tablas	vii
Lista de Figuras	x
Resumen	xi
Abstract	xii
Introducción	1
Antecedentes y Marco Teórico	3
Estudios Relacionaos	3
Marco Conceptual	9
Definición de Términos	12
Justificación	14
Objetivos	16
Materiales y Métodos	17
Diseño del Estudio	17
Población, Muestra y Muestreo	17
Instrumentos de Medición	17
Procedimiento de Recolección de Datos	20
Consideraciones Éticas	21

Contenido	Página
Análisis de Datos	23
Resultados	25
Discusión	45
Conclusiones	49
Recomendaciones	49
Limitaciones	50
Referencias Bibliográficas	52
Anexos	58
1. Consentimiento Informado para Profesionales de enfermería	59
2. Encuesta MISSCARE para Profesionales de Enfermería	62
3. Escala de Fatiga de Decisión para Profesionales de Enfermería	70
4. Consentimiento Informado para Pacientes	71
5. Encuesta MISSCARE para pacientes	74
6. Carta de Institución de Salud Participante	79
Resumen Autobiográfico	80

Lista de Abreviaturas

α	Alfa de Cronbach
ANOVA	Análisis de Varianza
B	Coefficiente no estandarizado de regresión
β	Coefficiente estandarizado de regresión
DE	Desviación Estándar
DFS	Escala de Fatiga de Decisión (Decision Fatigue Scale)
<i>f</i>	Frecuencia
gl	Grados de Libertad
H	Estadístico de Kruskal-Wallis
IC	Intervalo de confianza al 95%
Lím. Sup.	Límite superior
Lím. Inf.	Límite inferior
M	Media
Mín	Mínimo
Máx	Máximo
Mdn	Mediana
MISSCARE	Encuesta de Cuidado de Enfermería Perdido (Missed Nursing Care Survey)
%	Porcentaje
OMS	Organización Mundial de la Salud
OR	Razón de momios (Odds Ratio)
<i>p</i>	Valor de significancia estadística
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
U	Estadístico de Mann-Whitney
Z	Valor estandarizado en pruebas U

Lista de Tablas

Número	Título	Página
1	Características sociodemográficas del profesional de enfermería	26
2	Datos sociolaborales del profesional de enfermería	27
3	Promedio de pacientes asignados, ingresos y egresos durante un turno	28
4	Fiabilidad de los instrumentos utilizados en la investigación	28
5	Intervenciones básicas orientadas a necesidades individuales	29
6	Cuidados relacionados con la planificación del alta y educación del paciente	29
7	Cuidados correspondientes a intervenciones de cuidado básico	30
8	Cuidados con evaluaciones continuas	30
9	Índice global de cuidado por dimensiones	31
10	Razones del cuidado de enfermería perdido: factores del recurso humano	31
11	Razones del cuidado de enfermería perdido: recursos materiales	32
12	Razones del cuidado de enfermería perdido: comunicación	33
13	Índices globales de razones del cuidado de enfermería perdido	34
14	Distribución de respuestas en la Escala de Fatiga de Decisión	34
15	Características de los pacientes hospitalizados	35
16	Respuesta de satisfacción durante la hospitalización	36
17	Cuidados relacionados a necesidades individuales desde la percepción del paciente	37
18	Cuidados relacionados a la planificación del alta desde la percepción del paciente	37
19	Intervenciones de cuidado básico desde la percepción del paciente	38
20.	Cuidados con evaluaciones continuas desde la percepción del paciente	38

Lista de Tablas

Número	Título	Página
21.	Índices globales del cuidado de enfermería perdido por pacientes hospitalizados	39
22.	Categorías y respuestas de pacientes hospitalizados sobre razones percibidas	40
23.	Cuidado de enfermería perdido de enfermería según servicio asignado	40
24.	Prueba U de Mann-Whitney según servicio asignado	41
25.	Cuidado de enfermería perdido de enfermería según categoría profesional	41
26.	Prueba U de Mann-Whitney según categoría profesional	42
27.	Fatiga de decisión por servicio asignado	42
28.	Prueba U de Mann-Whitney según servicio asignado	43
29.	Correlación entre cuidado de enfermería perdido y factores asociados	43
30.	Correlación entre fatiga de decisión y cuidado de enfermería perdido	44
31.	Correlación entre fatiga de decisión y cuidado desde la percepción de los pacientes	44

Lista de Figuras

Número	Título	Página
1	Modelo de cuidado de enfermería perdido – fatiga de decisión	9

Resumen

Gabriela Alemán Martínez

Título del Estudio: CUIDADO DE ENFERMERÍA PERDIDO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS Y FATIGA DE DECISIÓN EN ENFERMERÍA

Introducción: La calidad del cuidado de enfermería y la toma de decisiones clínicas efectivas son fundamentales para garantizar la seguridad del paciente. La Organización Mundial de la Salud (2020) advierte que los eventos adversos derivados de una atención deficiente representan una causa significativa de morbilidad y mortalidad, especialmente en países de ingresos medios y bajos. Entre estos eventos, el cuidado de enfermería perdido y la fatiga de decisión destacan como fenómenos críticos, aunque escasamente explorados de manera conjunta en el contexto mexicano.

Objetivo: Determinar la relación entre el cuidado de enfermería perdido en pacientes hospitalizados y la fatiga de decisión en profesionales de enfermería en una institución pública de tercer nivel en Monterrey, Nuevo León. **Materiales y**

Métodos: Estudio descriptivo correlacional, de corte transversal. Participaron 111 profesionales de enfermería mediante muestreo aleatorio estratificado y 222 pacientes hospitalizados seleccionados por muestreo aleatorio simple. Se emplearon los instrumentos MISSCARE para profesionales y pacientes, así como la Escala de Fatiga de Decisión (DFS). **Resultados:** El índice global de cuidado perdido reportado por el personal fue de 44.36 ($DE = 14.36$), siendo la dimensión más afectada las intervenciones de cuidado básico ($M = 50.04$, $DE = 13.90$) seguida de planificación del alta y educación al paciente ($M = 46.22$, $DE = 19.21$). Las principales razones identificadas fueron el aumento en el volumen de pacientes ($M = 3.21$, $DE = 1.01$) y la escasez de personal ($M = 3.10$, $DE = 1.05$). Desde la percepción de los pacientes, el índice global de cuidado perdido fue de 49.30 ($DE = 12.47$), con mayor omisión en planificación del alta y educación al paciente ($M = 50.04$, $DE = 23.46$) y en intervenciones de necesidades individuales ($M = 49.50$, $DE = 14.00$). La fatiga de decisión presentó una media de 11.20 ($DE = 5.18$), con niveles más elevados en el servicio de cirugía. Se encontró una correlación positiva y significativa entre la fatiga de decisión y el cuidado de enfermería perdido, tanto en el personal ($\rho = .456$, $p < .001$) como desde la perspectiva de los pacientes ($\rho = .240$, $p < .05$).

Conclusiones: La fatiga de decisión influye de manera significativa en la omisión de cuidados esenciales. Los hallazgos evidencian la necesidad de intervenciones organizacionales que reduzcan la carga cognitiva del personal y mejoren la calidad del cuidado.

Abstract

Gabriela Alemán Martínez

Study Title: MISSED NURSING CARE IN HOSPITALIZED PATIENTS AND DECISION FATIGUE IN NURSING

Introduction: The quality of nursing care and effective clinical decision-making are essential to ensure patient safety. The World Health Organization (2020) warns that adverse events resulting from poor-quality care are a significant cause of morbidity and mortality, particularly in low- and middle-income countries. Among these events, missed nursing care and decision fatigue stand out as critical phenomena, although they have been scarcely explored together within the Mexican context. **Objective:** To determine the relationship between missed nursing care in hospitalized patients and decision fatigue among nursing professionals in a public tertiary-level institution in Monterrey, Nuevo León. **Materials and Methods:** A descriptive, correlational, cross-sectional study was conducted. Participants included $n = 111$ nursing professionals selected through stratified random sampling and $n = 222$ hospitalized patients selected through simple random sampling. The MISSCARE instruments for professionals and patients were used, as well as the Decision Fatigue Scale (DFS). **Results:** The overall missed care index reported by nursing staff was 44.36 ($SD = 14.36$), with the most affected dimension being basic care interventions ($M = 50.04$, $SD = 13.90$), followed by discharge planning and patient education ($M = 46.22$, $SD = 19.21$). The main reasons identified were increased patient volume ($M = 3.21$, $SD = 1.01$) and staff shortages ($M = 3.10$, $SD = 1.05$). From the patients' perspective, the overall missed care index was 49.30 ($SD = 12.47$), with the highest omissions in discharge planning and patient education ($M = 50.04$, $SD = 23.46$) and in interventions addressing individual needs ($M = 49.50$, $SD = 14.00$). Decision fatigue had a mean score of 11.20 ($SD = 5.18$), with higher levels in the surgical unit. A positive and significant correlation was found between decision fatigue and missed nursing care, both from the nursing staff's perspective ($\rho = .456$, $p < .001$) and from the patients' perspective ($\rho = .240$, $p < .05$). **Conclusions:** Decision fatigue significantly influences the omission of essential nursing care. These findings highlight the need for organizational interventions aimed at reducing the cognitive load on nursing staff and improving the quality of care.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2020) refiere que cada año millones de pacientes resultan afectados a causa de una atención médica deficiente y poco segura, lo que ha ocasionado entre 5.7 y 8.4 millones de muertes anuales en países de ingresos bajos y medios. Estos daños generan pérdidas personales, sociales y económicas que ascienden a billones de dólares en todo el mundo, por lo que es inaceptable que los pacientes experimenten daños en el proceso de atención médica.

Es de vital importancia comprender que la calidad y la seguridad del paciente deben abordarse como un proceso continuo que permita la medición de resultados y, a su vez, conduzca a mejoras significativas. Uno de los desafíos del siglo XXI radica en comprender la función actual de la enfermería y su evolución, con el objetivo de incorporar la calidad como un elemento central en los procesos de atención de enfermería (Febré et al., 2018).

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible resaltan la importancia de la calidad como elemento clave en la búsqueda de cobertura universal. En el Programa Nacional de Salud, uno de los desafíos de la política pública es mejorar la calidad de la atención médica, brindar un trato digno y mejorar la salud de la población (Secretaría de Salud, 2020). Se reconoce que los servicios de salud de alta calidad deben garantizar la seguridad de los usuarios. La baja calidad, las prácticas deficientes y los eventos adversos en salud representan altos costos para el sistema, erosionando la confianza y satisfacción del usuario.

Los eventos adversos incluyen errores de omisión (cuidados no realizados) y errores de comisión (acciones incorrectas), como omitir cambios posturales o administrar un medicamento inadecuado (Silva et al., 2021). Kalisch (2009) señala que los cuidados más comúnmente omitidos incluyen la movilización, el apoyo emocional, la comunicación, la documentación, cuidado bucal, la educación al paciente y familia. Factores como la escasez de recursos, la sobrecarga laboral y la falta de trabajo en equipo contribuyen a esta omisión (Paiva-Santos et al., 2022; Lima et al., 2020).

Se estima que un adulto toma unas 35,000 decisiones diarias (Sollisch, 2016), lo cual destaca la carga mental del personal de salud. La toma constante de decisiones

agota los recursos mentales, afectando el juicio y la calidad del cuidado, esta fatiga de decisión puede llevar a decisiones apresuradas y compromisos irracionales (Pignatiello et al., 2020). Hasta ahora no existen estudios que midan la relación entre el cuidado de enfermería perdido y la fatiga de decisión. Esta investigación tiene como objetivo determinar dicha relación en una institución pública de tercer nivel.

En este sentido, el presente estudio descriptivo correlacional tiene como objetivo determinar la relación entre el cuidado de enfermería perdido en pacientes hospitalizados y la fatiga de decisión de los profesionales de enfermería de una institución pública de tercer nivel.

Antecedentes y Marco Teórico

En la atención hospitalaria, la seguridad del paciente puede verse comprometida por la omisión de cuidados esenciales o la realización de acciones inapropiadas, ambos considerados eventos adversos con impacto en la calidad asistencial (Silva et al., 2021). Entre las causas de estos se encuentran la asignación inadecuada de pacientes, la escasez de recursos y la comunicación deficiente (Paiva-Santos et al., 2022; Lima et al., 2020). La teoría del “depósito global de energía” explica que la capacidad mental y emocional disminuye con decisiones consecutivas, lo que puede derivar en fatiga de decisión y afectar el juicio clínico (Baumeister et al., 1998; Pignatiello et al., 2020). Factores sociodemográficos como la edad influyen en la interacción y pueden favorecer la aparición de cuidados de enfermería perdidos (Donabedian, 1966; Silva et al., 2021).

En este contexto, resulta necesario analizar cómo interactúan el cuidado de enfermería perdido y la fatiga de decisión en entornos hospitalarios, a fin de generar evidencia que permita diseñar estrategias para mejorar la calidad y seguridad de la atención.

Estudios Relacionados

A continuación, se muestran los estudios relacionados con las variables de la presente investigación, primero se describen los relacionados a cuidado de enfermería perdido, seguido de los de fatiga de decisión.

Chegini et al. (2020) realizaron un estudio transversal con 215 enfermeras que trabajaban en las salas de medicina y cirugía de ocho hospitales públicos y privados en Tabriz, Irán. El objetivo fue investigar la relación entre el número de personal, el cuidado de enfermería perdido, la priorización de actividades, la calidad del cuidado, la seguridad del paciente, la satisfacción laboral y la intención de dejar el trabajo. Los hallazgos mostraron que las principales razones identificadas para la omisión del cuidado fueron los recursos humanos ($M = 3.11$, IC 95 % [3.03, 3.19]), los recursos materiales ($M = 2.70$, IC 95 % [2.60, 2.80]) y la comunicación ($M = 2.40$, IC 95 % [2.30, 2.50]). En promedio, se reportaron 2.57 cuidados omitidos por turno. Además,

se encontró que la omisión de cuidados fue significativamente mayor en enfermeros hombres ($OR = 2.83$, $IC\ 95\ % [1.01, 7.89]$), y estuvo asociada con la edad ($OR = 1.16$, $IC\ 95\ % [1.01, 1.33]$) y el número de pacientes atendidos ($OR = 1.11$, $IC\ 95\ % [1.01, 1.22]$).

Entre los cuidados mayormente omitidos, destacaron aquellos relacionados con la educación, el apoyo emocional y la colaboración interdisciplinaria. El cuidado más frecuentemente omitido fue la enseñanza del paciente y la planificación del alta, reportado por el 83.3% del personal, con una media de 3.3 ($IC\ 95\ % = 3.1-3.5$). Le siguió el apoyo emocional al paciente y/o su familia (68.4%, $M = 3.2$, $IC\ 95\ % = 3.0-3.3$) y la asistencia a conferencias interdisciplinarias cuando se realizan (64.2%, $M = 3.1$, $IC\ 95\ % = 3.0-3.3$). También se reportaron omisiones relevantes en la enseñanza sobre enfermedades, pruebas y estudios diagnósticos (62.8%, $M = 3.0$, $IC\ 95\ % = 2.8-3.2$), así como en la respuesta oportuna a solicitudes del paciente dentro de los primeros cinco minutos (58.6%, $M = 3.0$, $IC\ 95\ % = 2.8-3.2$).

López-Cocotle et al. (2021) realizaron un estudio cuantitativo, descriptivo y correlacional en un hospital de tercer nivel público en Villahermosa, Tabasco, México, con una muestra de 50 enfermeras y enfermeros de diferentes turnos. El objetivo fue determinar el cuidado de enfermería perdido y los factores contribuyentes en dicho contexto hospitalario. Los hallazgos revelaron que el mayor cuidado de enfermería perdido se observó en las intervenciones de cuidado básico, con una media de 22.6 ($DE = 14.2$), mientras que las intervenciones con evaluaciones continuas presentaron el menor nivel de omisión, con una media de 9.6 ($DE = 7.9$). Los principales factores que contribuyeron a esta omisión fueron los recursos humanos ($M = 75.8$, $DE = 18.3$) y los recursos materiales ($M = 68.2$, $DE = 22.1$). Se encontró una asociación negativa y significativa entre los recursos materiales e intervenciones con evaluaciones continuas ($r = -.318$, $p = .025$), lo que indica que, a menor disponibilidad de insumos, mayor es la omisión de cuidados en esta dimensión.

Cho et al. (2019) realizaron un estudio transversal en Corea del Sur con el objetivo de analizar la relación entre el número de profesional de enfermería, la priorización de actividades, el cuidado de enfermería perdido, la calidad del cuidado

y los resultados laborales del personal. La muestra estuvo compuesta por 2,114 enfermeras de 156 unidades médico-quirúrgicas pertenecientes a 49 hospitales generales. Se utilizó el instrumento MISSCARE para evaluar la frecuencia del cuidado omitido y se aplicaron modelos de regresión multinivel para identificar asociaciones entre variables.

En promedio, las enfermeras reportaron haber omitido 8.9 de 24 actividades de cuidado por turno ($DE = 5.0$). Las intervenciones más comúnmente omitidas fueron aquellas relacionadas con el cuidado básico, como el cambio de posición del paciente cada dos horas (83.9%), el baño o higiene corporal (81.5%) y la deambulaci3n (78.7%). En cuanto a los hallazgos más relevantes relacionados se reportaron las siguientes asociaciones significativas; las enfermeras que atendían a más de 12 pacientes por turno reportaron 1.26 actividades más omitidas en promedio que aquellas que atendían a 8 pacientes o menos ($IC\ 95\%: 0.32-2.19, p = .009$). La percepci3n del número de personal muy insuficiente se asoció con un incremento de 2.53 actividades omitidas en comparaci3n con quienes percibían una dotaci3n suficiente ($IC\ 95\%: 1.72-3.35, p < .001$).

Khrais et al. (2023) realizaron un estudio transversal en Jordania durante la pandemia de COVID-19, en el que participaron 536 enfermeras provenientes de tres hospitales pú blicos, tres privados y dos hospitales universitarios. El objetivo fue examinar cómo el apoyo organizacional percibido, la responsabilidad profesional y las características individuales de las enfermeras influyen en el cuidado de enfermería perdido. Entre los factores determinantes, se identificó que las razones de comunicaci3n tuvieron el mayor impacto, con una media de 2.8 ($DE = 0.3$), seguidas por las razones relacionadas con recursos humanos ($M = 2.7, DE = 0.5$) y recursos materiales ($M = 2.6, DE = 0.6$). Dentro de las razones específicas de comunicaci3n, se destacaron la falta de apoyo del equipo ($M = 3.1, DE = 0.7$) y las tensiones o fallas en la comunicaci3n dentro del equipo de enfermería ($M = 3.1, DE = 0.6$) como las de mayor puntuaci3n. En cuanto a las actividades más frecuentemente omitidas, se reportaron: la documentaci3n completa de todos los datos necesarios ($M = 2.8, DE = 1.1$) y la respuesta a los llamados del paciente en menos de cinco minutos ($M = 2.4, DE = 0.8$).

Al Muharraq et al. (2022) realizaron un estudio transversal en Arabia Saudita que incluyó a 604 enfermeras que laboraban en áreas de hospitalización en dos hospitales terciarios y ocho generales de la región de Jazan. El objetivo del estudio fue explorar las dimensiones del cuidado de enfermería perdido y sus predictores dentro del sistema de salud saudí. Los resultados revelaron que el promedio general del cuidado de enfermería omitido fue de 1.37 ($DE = 0.45$), lo cual representa un nivel relativamente bajo en comparación con estudios internacionales. Las actividades más frecuentemente omitidas fueron asistir a conferencias de cuidado interdisciplinario ($M = 1.66, DE = 0.96$) y la deambulaci3n del paciente tres veces al día ($M = 1.63, DE = 0.97$). En cuanto a las razones del cuidado de enfermería perdido, la más significativa fue la escasez de personal, con una media de 3.53 ($DE = 0.88$), seguida por la falta de personal asistencial o administrativo ($M = 3.36, DE = 0.94$) y el aumento inesperado del volumen y/o gravedad de los pacientes ($M = 3.29, DE = 1.01$). Además, se encontró que la intenci3n de rotaci3n laboral ($B = 2.380, p < .001$) y la insatisfacci3n laboral ($B = -0.864, p < .001$) fueron predictores significativos del cuidado omitido entre las enfermeras participantes.

Pignatiello et al. (2021) realizaron un estudio descriptivo transversal con el objetivo de examinar las propiedades psicométricas de la Escala de Fatiga de Decisi3n en una muestra de 160 enfermeras clínicas de Estados Unidos que trabajaban al menos 20 horas por semana durante la pandemia de COVID-19. El estudio se centró en validar la Escala de Fatiga de Decisi3n (*Decision Fatigue Scale*, DFS) como una herramienta para medir la fatiga relacionada con la toma de decisiones en contextos clínicos exigentes.

Mediante un análisis factorial exploratorio, se identificó una estructura unidimensional con cargas factoriales elevadas, lo que confirma la validez estructural de la escala. Los tres ítems con mayores cargas factoriales fueron: "Se necesita demasiado esfuerzo para tomar decisiones", con una media de 1.1 ($DE = 0.80$) y una carga factorial de .91. "Ha sido difícil incorporar nueva informaci3n para tomar decisiones", con una media de 1.2 ($DE = 0.85$) y carga de .90 y "No puedo tomar decisiones porque estoy demasiado cansado o estresado", con una media de 1.2

($DE = 0.86$) y carga de 0.87. También se destaca el ítem "Mi estado de ánimo me ha dificultado tomar decisiones", con una media de 1.2 ($DE = 0.90$) y una carga de 0.85, subrayando el papel relevante de las fluctuaciones emocionales en la fatiga decisional durante contextos de alta presión como la pandemia.

Fernández et al. (2023) realizaron un estudio transversal con el propósito de investigar el impacto de la pandemia de COVID-19 en los niveles de compasión y fatiga de decisión entre trabajadores de la salud en Bogotá, Colombia. La muestra estuvo compuesta por un total de 856 profesionales de la salud, entre ellos médicos, enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales, que se encontraban activos durante la pandemia. Se encontró que, antes del pico pandémico (pre), la media de la fatiga de decisión fue de 0.80 ($DE = 0.73$), en una escala de 0 (totalmente en desacuerdo) a 3 (totalmente de acuerdo). Durante el pico de la pandemia, la media aumentó a 0.87 ($DE = 0.77$), y posteriormente, en el periodo post-pico, disminuyó a 0.64 ($DE = 0.69$). La media global de fatiga de decisión fue de 0.76 ($DE = 0.73$). Adicionalmente, se observaron diferencias en los niveles de fatiga de decisión según el área de servicio: los trabajadores en unidades de cuidados intensivos reportaron niveles significativamente más bajos ($\beta = -.08, p < .001$), mientras que aquellos en práctica privada presentaron un aumento significativo en la fatiga de decisión ($\beta = 0.37, p < .001$).

Hur y Hickman (2024) realizaron un estudio transversal con el objetivo de evaluar las propiedades psicométricas de la versión coreana de la Escala de Fatiga de Decisión (K-DFS) en una muestra de 211 enfermeros registrados que trabajaban en entornos clínicos y brindaban atención directa a pacientes hospitalizados en Corea del Sur. Los resultados mostraron que la puntuación media de fatiga de decisión fue de 11.98 ($DE = 5.31$) en una escala de 0 a 27 puntos, lo que representa un nivel moderado de fatiga de decisión. En cuanto a la validez convergente y discriminante, se observó una correlación significativa y fuerte entre la fatiga de decisión y la fatiga por compasión ($r = 0.646, p < .001$), mientras que la relación entre la fatiga de decisión y el entorno de práctica de enfermería fue más débil ($r = -0.388, p < .001$). Estos hallazgos respaldan la presencia de fatiga de decisión entre los enfermeros coreanos y su asociación con factores psicológicos y laborales.

En síntesis, el cuidado de enfermería perdido es un fenómeno global que compromete la calidad del servicio de salud y la seguridad del paciente, siendo influenciado por la escasez de recursos humanos, materiales y fallos en la comunicación. Estudios como el de Chegini et al. (2020) en Irán identificaron que los principales factores asociados al cuidado de enfermería perdido fueron la insuficiencia de recursos humanos, materiales y problemas de comunicación, lo que resalta la necesidad de fortalecer la disponibilidad de estos elementos. Al Muharraq et al. (2022) en Arabia Saudita encontraron que la principal causa de la omisión del cuidado de enfermería fue la escasez de personal, lo que refuerza la importancia de mejorar las condiciones laborales y optimizar la distribución de recursos para reducir este problema.

La fatiga de decisión ha sido identificada como un factor crítico que afecta la capacidad del personal de salud para la toma de decisiones efectivas en situaciones de alta presión como la pandemia de COVID-19 (Pignatiello et al., 2021; Fernández et al., 2023; Hur & Hickman, 2024). Investigaciones realizadas en Corea del Sur, Estados Unidos y Colombia han evidenciado que esta fatiga se manifiesta a través de dificultades para incorporar nueva información, disminución del control emocional y tendencia a evitar decisiones complejas. Además, se ha observado que influye negativamente en la calidad del cuidado, el funcionamiento clínico y el bienestar psicológico del personal (Pignatiello et al., 2021). Estos hallazgos no solo validan el constructo de fatiga de decisión como una dimensión medible en contextos clínicos, sino que también refuerzan la necesidad de intervenir sobre los factores organizacionales y emocionales que la provocan.

Aunque hay estudios sobre estos fenómenos en distintas regiones, como Irán, Arabia Saudita, Corea del Sur, Jordania y Colombia, hay poca evidencia en la población mexicana. En México, aunque se ha investigado el cuidado de enfermería perdido (López-Cocotle et al., 2021), no se ha relacionado directamente con la fatiga de decisión, a pesar de su relevancia en la calidad de la atención de enfermería. Los hallazgos internacionales subrayan la necesidad de explorar este fenómeno en contextos locales, dado su impacto potencial en los resultados del cuidado de los pacientes.

Marco Conceptual

Este estudio se fundamenta en la propuesta teórica del modelo de cuidado de enfermería perdido propuesto por Kalisch (2009), el cual, a su vez, se sustenta en el modelo de calidad de Donabedian (1966) que destaca la relevancia de tres componentes esenciales en la atención de enfermería: estructura, proceso y resultados.

La estructura se refiere a las características físicas, organizativas y otros aspectos del sistema de atención médica y su entorno. Como recursos físicos, medicamentos, suministros de materiales y la disponibilidad y funcionamiento eficaz de los dispositivos necesarios para proporcionar atención de enfermería; recursos humanos que incluye la dotación y tipo de profesional de enfermería, tomando en cuenta la preparación, formación académica y trayectoria profesional del personal, en función de las necesidades asistenciales de los pacientes y la estructura organizativa que son aspectos como reglamentos, normas y sistemas de comunicación e información (Donabedian, 1988; McGlynn, 2003).

Para el presente estudio, se consideran como elementos de la estructura las características profesionales del equipo de enfermería, tales como la formación académica, los años laborando, el servicio en que se encuentra, la edad y el sexo (ver Figura 1). De acuerdo con el modelo de calidad propuesto por Donabedian (1966), la estructura comprende los recursos físicos, humanos y organizativos que influyen al brindar el cuidado. En este contexto, las características de la estructura pueden afectar la manera en que los profesionales de enfermería llevan a cabo los procesos de atención y, en última instancia, impactar los resultados en la calidad del cuidado proporcionado.

El proceso representa las acciones que se llevan a cabo para brindar atención; en este estudio, el proceso se compone de cuatro dimensiones de cuidado fundamentales, la primera de ellas corresponde a las intervenciones de necesidades individuales, las cuales se enfocan en atender las respuestas humanas antes que los problemas de salud, priorizando la comprensión y atención de las necesidades emocionales, sociales y físicas del paciente. Estas acciones contribuyen de manera significativa al bienestar integral y a la recuperación del paciente (Griffiths et al.,

2018). La planificación del alta y la educación, segunda dimensión, que resalta la importancia de que el paciente y su familia participe en el proceso de atención. Preparar a los pacientes para el alta desde el inicio de su tratamiento asegura una mejor toma de decisiones y facilita la transición desde el hospital hasta el hogar (Disch, 2012).

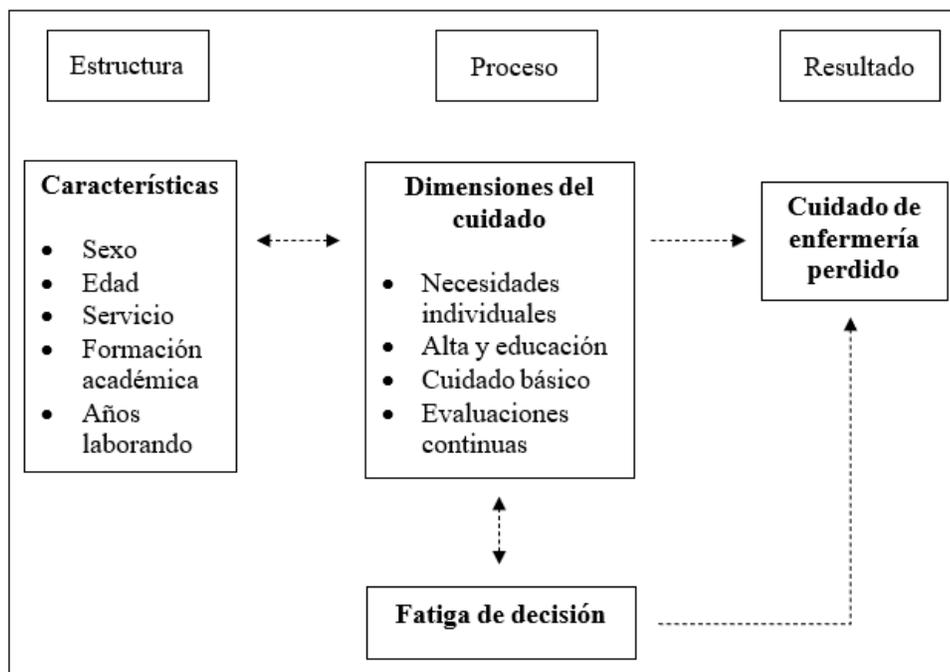
La tercera dimensión, las intervenciones de cuidado básico, se centran en satisfacer las necesidades fundamentales de los pacientes, como nutrición, higiene y confort. Estos cuidados son especialmente cruciales cuando el paciente no tiene la capacidad de cuidarse por sí mismo (Ball et al., 2016). Por último, las intervenciones de cuidados con evaluaciones continuas implican un monitoreo constante y la adaptación de los cuidados según las necesidades cambiantes del paciente. Esta evaluación permanente permite ajustar los tratamientos y las intervenciones para responder de manera efectiva a cualquier cambio en el estado de salud del paciente (Kalisch, 2012).

No obstante, la ejecución efectiva de estas dimensiones del cuidado puede verse afectada por factores individuales del profesional, entre ellos la fatiga de decisión, entendida como la capacidad para tomar decisiones efectivas a lo largo de la jornada laboral. La fatiga de decisión es un término psicológico que describe la disminución progresiva en la calidad de las decisiones tras un período prolongado de toma de decisiones. La acumulación de decisiones estresantes sin el descanso adecuado reduce la eficacia del juicio, afectando negativamente el desempeño y bienestar del individuo (Pignatiello et al., 2020).

La fatiga de decisión comprende tres elementos esenciales; fatiga por decisiones repetidas, que ocurre cuando la toma constante de decisiones agota la capacidad mental (Kahneman, 2011); autorregulación constante, lo cual implica el desgaste de recursos cognitivos al intentar controlar comportamientos y emociones de manera continua (Muraven & Baumeister, 2000) y situaciones estresantes que añaden presión y dificultan la toma de decisiones al comprometer los procesos de pensamiento (Tiffin & Paton, 2020). Comprender estos elementos es vital en contextos donde la toma de decisiones es crítica, ya que pueden conducir a resultados negativos en los profesionales de enfermería, influyendo en que los cuidados se omitan o se retrasen

significativamente, afectando la calidad de atención (Dall’Ora et al., 2016; Westbrook et al., 2011).

Figura 1. Modelo de cuidado de enfermería perdido - fatiga de decisión



Fuente: elaboración propia

Finalmente, en el modelo se encuentran los resultados, que, representan las consecuencias de las intervenciones realizadas en el proceso de atención. En este estudio, los resultados se vinculan con las acciones concretas destinadas a tratar al paciente, tales como los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, la comunicación efectiva entre el profesional y el paciente, y la continuidad del cuidado. Cuando estas acciones no se ejecutan de manera oportuna o adecuada, se manifiesta el cuidado de enfermería perdido (ver Figura 1), entendido como cualquier componente del cuidado que el paciente requiere y que es omitido o retrasado significativamente (Kalisch et al., 2009).

Este resultado no solo refleja fallas en la ejecución del cuidado, sino que también puede ser consecuencia de la fatiga de decisión acumulada durante el proceso. La combinación de una carga excesiva de decisiones clínicas y la disminución en la capacidad de priorización del profesional de enfermería puede

llevar a omitir o postergar cuidados esenciales (Pignatiello et al., 2020; Dall’Ora et al., 2016). Además, en esta etapa influyen también las características individuales del paciente, como la edad, el estado de salud, el diagnóstico y el nivel de dependencia, factores que pueden condicionar tanto la demanda de cuidados como la percepción del profesional sobre la atención brindada (Kalisch et al., 2009; Ausserhofer et al., 2014).

Definición de Términos

Cuidado de enfermería perdido se refiere a cualquier cuidado que requiera el paciente y que este sea omitido y/o retrasado considerablemente. Se midió a través de las omisiones en el cuidado desde la perspectiva del profesional y del paciente relacionadas con las intervenciones de necesidades individuales, planificación del alta y educación del paciente, cuidado básico y de evaluaciones continuas. La medición se llevó a cabo mediante el instrumento MISSCARE Sección B, se utilizaron dos versiones una para pacientes y otra para profesionales de enfermería.

Los factores asociados al cuidado de enfermería perdido son circunstancias que afectan al profesional de enfermería y generan que los cuidados se omitan o se retrasen. Estos factores abarcan recursos laborales, materiales y de comunicación. La medición se llevó a cabo mediante el instrumento MISSCARE Sección C.

Fatiga de Decisión es el cansancio mental que surge después de tomar una serie de decisiones a lo largo de la jornada laboral. Se compone de tres elementos esenciales como son la fatiga por decisiones repetidas, autorregulación constante y situaciones estresantes, se midió utilizando el instrumento fatiga de decisión.

Las características laborales del profesional de enfermería: hace referencia a los aspectos relacionados con el personal de enfermera como el turno de trabajo, nivel de formación, categoría asignada en la institución, experiencia laboral, antigüedad en el servicio y servicio asignado, medido por el instrumento MISSCARE Sección A.

Turno de trabajo se refiere al horario asignado dentro de la jornada laboral ya sea matutino, vespertino, nocturno o piloto. Nivel de formación se refiere al grado académico más alto obtenido por el profesional de enfermería, clasificado como técnico, enfermera general, licenciado, o posgrado. Categoría asignada en la institución corresponde a la clasificación del personal dentro del hospital,

determinada por su nivel de formación académica. Experiencia laboral se refiere al total de años en los que el profesional ha ejercido funciones en el ámbito de la enfermería. Antigüedad en el servicio indica el tiempo total que el profesional de enfermería ha trabajado en el área actual, medido en años. Servicio asignado se refiere a las áreas específicas donde labora el profesional de enfermería dentro del hospital público de tercer nivel participante. Estas áreas incluyen los servicios de urgencias, medicina interna y cirugía general.

Las características sociodemográficas de los pacientes hacen referencia a los atributos que describen y clasifican a una población en función de diversos aspectos sociales y demográficos como sexo, edad y grado de estudios; medidos a través de una cédula de datos de identificación del paciente hospitalizado. Edad es el tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento. Sexo hace alusión a las características biológicas y fisiológicas que diferencian al hombre y a la mujer. Grado de estudios hace referencia al último grado académico obtenido. La medición se llevó a cabo mediante el instrumento MISSCARE Sección A.

Justificación

Garantizar la calidad del cuidado de enfermería es una prioridad en los sistemas de salud, especialmente en instituciones de tercer nivel donde la demanda asistencial es alta y los pacientes presentan condiciones clínicas complejas. En este contexto, resulta fundamental comprender los factores que afectan la prestación oportuna y segura del cuidado, entre ellos la omisión de intervenciones esenciales y la fatiga derivada de la toma continua de decisiones. La identificación de estos fenómenos permite establecer medidas correctivas que contribuyan a mejorar la seguridad del paciente, la eficiencia en los procesos clínicos y el bienestar del personal de salud (Organización Mundial de la Salud, 2020).

El estudio del cuidado de enfermería perdido muestra acciones necesarias que no se realizan, revela fallas importantes en la calidad de los servicios. A pesar de que este fenómeno ha sido abordado en diferentes contextos internacionales, su análisis sigue siendo limitado en instituciones mexicanas, donde las condiciones laborales, la carga de trabajo y la distribución del personal influyen significativamente en la atención brindada (Kalisch, 2009; Paiva-Santos et al., 2022). Evaluar la percepción de los pacientes sobre el cuidado recibido permite visibilizar estas omisiones y su impacto directo en los resultados de salud.

Por otro lado, la fatiga de decisión en el profesional de enfermería representa un riesgo silencioso que puede afectar de forma directa la calidad del juicio clínico, aumentando la probabilidad de errores u omisiones durante la atención. En servicios hospitalarios con alta presión asistencial, como urgencias o cuidados intensivos, el agotamiento cognitivo puede influir en la capacidad para priorizar intervenciones, comunicar eficazmente y tomar decisiones acertadas (Sollisch, 2016; Hickman et al., 2019). A pesar de su relevancia, la fatiga de decisión no ha sido abordada ampliamente en estudios del contexto hospitalario mexicano.

Esta investigación busca contribuir al cuerpo de conocimiento en enfermería mediante el análisis de la relación entre el cuidado de enfermería perdido y la fatiga de decisión, lo cual permitirá generar evidencia empírica útil para el diseño de intervenciones orientadas a mejorar la calidad del cuidado y prevenir errores asociados a la toma de decisiones en condiciones laborales exigentes. La utilidad de

los hallazgos no solo se limita al plano académico, sino que tiene un alto valor para la gestión institucional y la mejora de las condiciones laborales del personal.

Además, los resultados de este estudio podrán servir como base para establecer estrategias de capacitación y rediseño organizacional, enfocadas en la prevención de omisiones y la reducción de la carga mental del personal. Conocer los factores asociados a la fatiga de decisión y al cuidado de enfermería perdido puede fortalecer la toma de decisiones administrativas en materia de dotación de personal, protocolos de atención y distribución de la carga de trabajo. En consecuencia, esta investigación tiene el potencial de generar un impacto positivo en la seguridad del paciente, el desempeño profesional y la calidad de los servicios hospitalarios.

Por ello, esta investigación tiene como propósito determinar la relación entre el cuidado de enfermería perdido en pacientes hospitalizados y la fatiga de decisión de los profesionales de enfermería de un hospital público de tercer nivel.

Objetivos

Objetivo General

Determinar la relación entre el cuidado de enfermería perdido en pacientes hospitalizados y la fatiga de decisión de los profesionales de enfermería.

Objetivos Específicos

1. Describir el cuidado de enfermería perdido de acuerdo con la percepción de los pacientes hospitalizados y de los profesionales de enfermería.
2. Explorar la diferencia en el cuidado de enfermería perdido de acuerdo con las características sociodemográficas de pacientes hospitalizados y laborales de los profesionales de enfermería.
3. Identificar los factores que contribuyen al cuidado de enfermería perdido de acuerdo con la percepción de los pacientes hospitalizados y de los profesionales de enfermería.
4. Identificar la fatiga de decisión de acuerdo con la percepción de profesionales de enfermería.
5. Explorar la diferencia en la fatiga de decisión de acuerdo con las características laborales de los profesionales de enfermería.
6. Determinar la relación entre el cuidado de enfermería perdido y los factores asociados de acuerdo con la percepción de los profesionales de enfermería.

Materiales y Métodos

En este capítulo se describe la metodología para responder a los objetivos. Contiene el diseño del estudio, población, muestra y muestreo, instrumentos de medición, procedimiento de recolección de datos, consideraciones éticas.

Diseño del Estudio

El estudio adoptó un diseño descriptivo correlacional (Grove et al., 2019), que permitió describir el cuidado de enfermería perdido y la fatiga de decisión en profesionales de enfermería; así mismo, establecer la relación entre las variables. Fue de corte transversal porque la recolección de datos se realizó en un único momento.

Población, Muestra y Muestreo

De acuerdo con los criterios de inclusión, la población de interés para esta investigación se integró por profesionales de enfermería con al menos un año de antigüedad laboral y a pacientes adultos hospitalizados por un mínimo de 48 horas en los servicios de cirugía general, urgencias y medicina interna de una institución pública de tercer nivel en Monterrey, Nuevo León. La población total se conformó por 350 enfermeros, distribuidos en los diferentes servicios mencionados. Se empleó un muestreo aleatorio estratificado para la selección de una muestra representativa de 111 enfermeros, asegurando una adecuada representación de cada uno de los servicios. La muestra se calculó utilizando el paquete computacional G*Power versión 3.1, considerando un análisis de correlación bilateral con un nivel de significancia del .05, una potencia del 90% y un efecto mediano de 0.3 (Cohen, 1988). El muestreo de pacientes fue de tipo aleatorio simple, seleccionando dos pacientes de manera aleatoria de cada profesional de enfermería participante (n=222).

Instrumentos de Medición

Para medir el cuidado de enfermería perdido se empleó la encuesta MISSCARE, desarrollada originalmente por Kalisch y Williams (2009), esta encuesta ha sido adaptada y traducida al español, adecuándose al contexto mexicano. Este instrumento consta de 54 ítems los cuales están divididos en tres secciones. La primera sección que consta de 13 ítems donde se recopila información demográfica y laboral del profesional de enfermería, incluyendo variables como sexo, edad, grado

académico, área de servicio, turno y experiencia laboral, así como el número de pacientes asignados por turno y el total de ingresos y egresos diarios.

La segunda sección, titulada "Cuidado de Enfermería Perdido", está conformada por 24 ítems y estructurada en cuatro dimensiones. Intervenciones para necesidades individuales (ítems 5, 9, 11, 16, 18, 19 y 24), planificación del alta y educación del paciente (ítems 10 y 15), intervenciones de cuidado básico (ítems 1, 2, 3, 4, 12, 13, 14 y 20) y cuidados con evaluaciones continuas (ítems 6, 7, 8, 17, 21, 22 y 23). El instrumento reportó un Alfa de Cronbach de .81 (Kalisch & Williams, 2009).

La escala de medición es de tipo Likert con rangos que van de menor a mayor: 0 = no aplica, 1 = nunca, 2 = rara vez, 3 = de vez en cuando, 4 = frecuentemente, 5 = siempre. El puntaje máximo para esta sección es de 120 y mínimo de 24. Para el análisis de los datos las opciones de respuesta se modificaron a escala dicotómica; las opciones 5 y 4 se consideraron cuidado realizado y se asignó un valor de "0", las opciones 3, 2 y 1 se consideraron cuidado perdido y les asignó el valor "1". Adicionalmente se realizaron índices con valores de 0 a 100; a mayor puntaje, mayor cuidado perdido, este procedimiento implicó la inversión de los valores originales de los reactivos, a fin de que un mayor puntaje representara un mayor nivel de omisión en el cuidado.

La tercera sección, "Razones para el Cuidado de Enfermería Perdido", exploró los factores que contribuyen a la omisión del cuidado, cuenta con un total de 17 ítems. Esta parte se divide en tres dimensiones: factores del recurso humano (ítems 1, 2, 3 y 4), recursos materiales (ítems 6, 9 y 10) y comunicación (ítems 5, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16 y 17). La escala ha reportado un Alfa de Cronbach de .86 (Kalisch & Williams, 2009).

El rango de respuestas está compuesto por una escala tipo Likert de cuatro puntos que va de mayor a menor, 4 = razón significativa, 3 = razón moderada, 2 = razón menor y 1 = no es una razón. El puntaje máximo para esta sección es de 68 y mínimo de 17. Para el análisis de esta sección se obtuvieron índices con valores de 0 a 100, donde a mayor puntaje, mayores son las razones para que se omita el cuidado.

Adicionalmente, se utilizó la Escala de Fatiga por Decisión (DFS) para medir la fatiga asociada con la toma de decisiones del profesional de enfermería. Esta herramienta es un instrumento que incluye 9 ítems, los cuales evalúan el cansancio mental y emocional experimentado en la última semana. La escala de medición es de tipo Likert de cuatro puntos que va de 0 = totalmente en desacuerdo, 1 = en desacuerdo, 2 = de acuerdo y 3 = totalmente de acuerdo. El puntaje máximo es de 27 y el mínimo de 0. Las puntuaciones más altas reflejan niveles más elevados de fatiga por decisión. La confiabilidad de consistencia interna indicó un coeficiente Alfa de Cronbach de .95 (Hickman et al., 2018; Pignatiello et al., 2019).

Finalmente, para evaluar la percepción de los pacientes acerca del cuidado de enfermería recibido durante la hospitalización, se utiliza la encuesta MISSCARE para pacientes, este instrumento consta de 34 ítems, divididos en dos secciones para abordar distintos aspectos de la atención recibida y la percepción del cuidado de enfermería perdido.

La primera sección de la encuesta recopila información demográfica y contextual del paciente, con un total de 6 ítems. Estos ítems incluyen el servicio de atención (1), ¿ha pasado más de 24 hrs. hospitalizado en esta unidad? (2), los años de escolaridad formal (3), el grado de estudios (4), el sexo (5) y la edad (6). Además, se incluyen las preguntas sobre la satisfacción general con la atención recibida durante la hospitalización, y específicamente con la atención de enfermería, se miden utilizando una escala de Likert de cinco puntos. El puntaje mínimo en esta escala es 1, que indica "Muy Satisfecho", y el puntaje máximo es 5, que indica "Muy Insatisfecho". El puntaje máximo para esta sección es de 10 puntos y mínimo de 2. Para el análisis de esta sección se obtuvieron índices con valores de 0 a 100, donde a mayor puntaje, refleja una menor satisfacción con la atención recibida, mientras que un puntaje más bajo indica una mayor satisfacción. Específicamente, el coeficiente Alfa de Cronbach para esta sección es de .94 (Dabney, Kalisch, & Clark, 2019).

La Sección B de la encuesta, enfocada en investigar el cuidado de enfermería perdido de los pacientes, consta de 24 ítems para identificar aspectos del cuidado de enfermería que no se están cumpliendo de manera efectiva, dividida en cuatro dimensiones. Intervenciones para necesidades individuales (ítems 5, 10, 19, 20, 21,

22 y 23), planificación del alta y educación (ítems 9 y 14), intervenciones de cuidado básico (ítems 1, 2, 3, 4, 11, 12, 13 y 24) y cuidados con evaluaciones continuas (ítems 6, 7, 8, 15, 16, 17 y 18). Aquí se emplea una escala de Likert de cinco puntos para evaluar la frecuencia con la que se realizaron actividades específicas de cuidado. Las opciones de respuesta en esta escala son: 1 = nunca, 2 = rara vez, 3 = ocasionalmente, 4 = frecuentemente y 5 = siempre. Para el análisis de los datos las opciones de respuesta se modificaron a escala dicotómica; las opciones 5 y 4 se consideraron cuidado realizado y se asignó un valor de "0", las opciones 3, 2 y 1 se consideraron cuidado perdido y les asignó el valor "1". Un puntaje más alto en esta escala indica que el cuidado se proporciona de manera más consistente, mientras que un puntaje más bajo sugiere que el cuidado se omite o se retrasa con mayor frecuencia.

El rango de puntaje para esta sección es de 24 a 120 puntos. Para el análisis, los índices se convirtieron a valores del 0 a 100, donde un puntaje más alto refleja una mayor percepción del cuidado, y un puntaje más bajo, una menor percepción del cuidado, este procedimiento implicó la inversión de los valores originales de los reactivos, a fin de que un mayor puntaje representara un mayor nivel de omisión en el cuidado. La confiabilidad de esta sección ha sido confirmada con un coeficiente Alfa de Cronbach de .90, indicando una excelente consistencia interna de los ítems (Dabney, Kalisch, & Clark, 2019). Para explorar las razones del cuidado de enfermería perdido desde la perspectiva del paciente, se incluyó una pregunta abierta: "¿A qué atribuye usted que algunos cuidados no se realicen 'siempre' por parte del profesional de enfermería?". Las respuestas se analizaron cualitativamente, identificando y categorizando temas comunes.

Procedimiento de Recolección de Datos

Inicialmente se gestionó la autorización de los Comités de Investigación y Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, así como de los directivos de la institución donde se llevó a cabo el estudio.

Para la recolección de información del profesional de enfermería, se obtuvo autorización por parte de la coordinación de enfermería y de las jefaturas responsables de las áreas participantes. Una vez concedido el permiso, se invitó a

participar voluntariamente al personal que cumplía con los criterios de inclusión. A cada participante se le explicó el objetivo del estudio y, a quienes aceptaron participar, se solicitó la firma del consentimiento informado (Anexo 1). Posterior se aplicó la encuesta MISSCARE para profesionales de enfermería (Anexo 2) y la Escala de Fatiga de Decisión (Anexo 3).

Estas actividades se realizaron en un área privada designada por la institución, seleccionada cuidadosamente para no interferir con la atención clínica. Para garantizar la confidencialidad y privacidad, los cuestionarios se completaron en una habitación aislada, alejada de las zonas comunes, lo que permitió evitar interrupciones o exposición de la información. Este entorno controlado aseguró una experiencia cómoda y respetuosa para los participantes.

En cuanto a los pacientes, se visitaron los servicios correspondientes, y se seleccionaron aleatoriamente dos pacientes por cada enfermera participante. A cada paciente se le informó el objetivo del estudio utilizando un lenguaje claro y comprensible. Se les aclaró que su participación era voluntaria, confidencial y que su decisión no afectaría la calidad de la atención recibida. Este proceso se llevó a cabo en momentos que no interfirieron con la atención de enfermería. Quienes aceptaron participar firmaron el consentimiento informado (Anexo 4), y se les aplicó la encuesta MISSCARE para pacientes (Anexo 5). Al concluir la aplicación, se agradeció su colaboración.

Los cuestionarios para pacientes se llenaron en su habitación, utilizando biombos o cortinas para mantener su privacidad. Este entorno controlado garantizó la confidencialidad de la información y permitió que su participación fuera cómoda y respetuosa.

Consideraciones Éticas

La investigación se ajustó a las normativas establecidas en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, según la última modificación publicada en el Diario Oficial de la Federación por la Secretaría de Salud en 2014, centrándose en los siguientes aspectos éticos contemplados en el Título Segundo:

En conformidad con el Artículo 13, se garantizó el respeto de los derechos tanto del profesional de enfermería como de los pacientes, preservando su dignidad y brindándoles un trato apropiado durante el estudio. Se les informó claramente sobre su derecho a retirarse en cualquier momento sin que esto afectara sus derechos en la institución.

Referente al Artículo 14, fracciones V, VI, VII y VIII, se obtuvo el Consentimiento Informado para la investigación, previamente aprobado por el Comité de Ética en Investigación. Se proporcionó a los participantes una explicación detallada del objetivo de la investigación y se solicitó su consentimiento por escrito. La ejecución del estudio estuvo a cargo de personal profesional de enfermería debidamente capacitado para llevar a cabo la investigación.

En relación con el Artículo 16, se protegió en todo momento la privacidad y confidencialidad tanto del profesional de enfermería como de los pacientes, absteniéndose de identificarlos por sus nombres. Los instrumentos se completaron de manera individual en áreas designadas por las autoridades, y los datos obtenidos no se compartieron con personas ajenas al estudio.

Con respecto al Artículo 17, fracción I, se consideró que la investigación no implicó riesgo tanto para el profesional de enfermería como para los pacientes, ya que no se realizaron intervenciones ni modificaciones intencionadas, sino que simplemente respondieron cuestionarios sobre su trabajo y atención recibida, respectivamente. En caso de incomodidad con alguna de las preguntas, pudieron retirarse del estudio sin que esto les afectara de ninguna manera.

En virtud del Artículo 20, se garantizó que tanto el profesional de enfermería como los pacientes hospitalizados tuvieron la libertad de dar o no su consentimiento informado, previamente informados de que el estudio no implicaba riesgo para su integridad.

En cumplimiento del Artículo 21, fracción I, se proporcionó información detallada sobre la justificación de los objetivos del estudio, los beneficios y riesgos involucrados, y se garantizó a los participantes la oportunidad de hacer preguntas y aclaraciones relacionadas con la investigación. Asimismo, se les aseguró el derecho de retirar su consentimiento en cualquier momento sin consecuencias adversas para

su situación laboral o su tratamiento en el caso de los pacientes, y se garantizó la confidencialidad de su identidad.

Según el Artículo 22, fracción I, el presente estudio fue elaborado por los investigadores responsables y se sometió, revisó y aprobó por el comité de ética en investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y la autorización de la institución correspondiente. Se solicitó la firma de los participantes y de los testigos, y se les entregó una copia del consentimiento informado.

En cuanto a los Artículos 57 y 58, fracciones I y II del Capítulo V, se aseguró que la participación fue voluntaria y no influenciada por ninguna autoridad. Se comunicó claramente al profesional de enfermería que la información proporcionada no tendría repercusiones negativas en su situación laboral.

Análisis de Datos

Para el análisis y captura de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 20.0 para Windows. Para el análisis de las características personales de los profesionales de enfermería y pacientes se empleó estadística descriptiva mediante el cálculo de frecuencias y porcentajes para aquellas variables que son categóricas, mientras que para las variables continuas se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión. Para identificar la normalidad de la distribución de las variables del estudio, se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors y, de acuerdo con los resultados, se decidió el uso de estadística no paramétrica.

Para dar respuesta al objetivo general, determinar la relación entre el cuidado de enfermería perdido en pacientes hospitalizados y la fatiga de decisión de los profesionales de enfermería, y al objetivo específico seis, determinar la relación entre el cuidado de enfermería perdido y los factores asociados de acuerdo con la percepción de los profesionales de enfermería, se aplicó el Coeficiente de Correlación de Spearman.

Para los objetivos específicos uno, describir el cuidado de enfermería perdido de acuerdo con la percepción de los pacientes hospitalizados y de los profesionales de enfermería; tres, identificar los factores que contribuyen al cuidado de enfermería

perdido de acuerdo con la percepción de los profesionales de enfermería y de los pacientes hospitalizados; y cuatro, identificar la fatiga de decisión de acuerdo con la percepción de los profesionales de enfermería, se emplearon frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y medidas de tendencia central y dispersión para las variables continuas.

Finalmente, el objetivo específico dos, explorar la diferencia entre el cuidado de enfermería perdido de acuerdo con las características sociodemográficas de pacientes hospitalizados y laborales de los profesionales de enfermería, y el objetivo cinco, explorar la diferencia entre la fatiga de decisión de acuerdo con las características laborales de los profesionales de enfermería. Se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para dos grupos y la prueba H de Kruskal-Wallis para más de dos grupos.

Resultados

En este capítulo se presentan los hallazgos obtenidos a partir del análisis de la información recabada con la finalidad de cumplir con los objetivos de este estudio. El análisis comienza con la descripción de las características sociodemográficas y laborales del profesional de enfermería, seguido por el abordaje del cuidado de enfermería perdido, estructurado en cuatro dimensiones. Posterior se examinan los factores que contribuyen a la omisión del cuidado desde la perspectiva del profesional de enfermería, agrupados por categorías. Se incluyen los hallazgos relacionados con la fatiga de decisión experimentada por los profesionales de enfermería.

Después se describen las características generales de los pacientes hospitalizados y se analiza el cuidado de enfermería desde su perspectiva. También se presentan las razones expresadas de manera abierta por las cuales los pacientes consideran que no se proporcionó el cuidado necesario. Por último, se exponen los análisis de correlación entre las dimensiones del cuidado de enfermería perdido y los factores asociados, así como la relación entre la fatiga de decisión y el cuidado de enfermería perdido, tanto desde la perspectiva del personal como desde la percepción de los pacientes. Además, se exploran las diferencias en los niveles de cuidado de enfermería perdido y fatiga de decisión en función de variables sociolaborales del profesional de enfermería.

Características sociodemográficas y laborales del profesional de enfermería

En la tabla 1 se muestran las características sociodemográficas del profesional de enfermería participante. Se observa una mayor proporción de mujeres, que representa el 75.7%. En cuanto al nivel de formación, la mayoría del personal cuenta con licenciatura en enfermería (72.1%), seguido por técnicos en enfermería (16.2%). Respecto a la edad se observó una de media de 28.64 años ($DE = 7.17$).

Tabla 1.
Características sociodemográficas del profesional de enfermería

Características sociodemográficas	<i>f</i>	%			
Sexo					
Masculino	27	24.3			
Femenino	84	75.7			
Nivel de formación					
Técnico en Enfermería	18	16.2			
Enfermera General	11	9.9			
Licenciado en Enfermería	80	72.1			
Posgrado en Enfermería	2	1.8			
	<i>M</i>	<i>dn</i>	<i>E</i>	Mín	Máx
Edad	8.64	7.0	.17	8	57
Nota: <i>f</i> = frecuencia; % = porcentaje; <i>M</i> = media; <i>Mdn</i> = mediana; <i>DE</i> = desviación estándar; <i>Mín</i> = mínimo; <i>Máx</i> = máximo					<i>n</i> =111

La Tabla 2 muestra las características sociolaborales del profesional de enfermería, en cuanto a la categoría profesional el 45% cuenta con el grado de Licenciado en Enfermería, el 29.7% corresponde a Enfermero(a) General. Respecto al servicio asignado, el 36% del personal labora en urgencias y el 33.3% en cirugía; el 26.1% corresponde al turno piloto y el 25.2% al nocturno. En cuanto a las características del profesional de enfermería, la edad presentó una media de 28.64 años (*DE* = 7.17) y el número de años de educación formal fue de 16.24 (*DE* = 3.19). La antigüedad en la institución reportó una media de 4.97 años (*DE* = 5.71), antigüedad en el servicio actual de 4.32 años (*DE* = 5.30) y la experiencia laboral mostró una media de 6.28 años (*DE* = 6.60).

Tabla 2.***Datos sociolaborales del profesional de enfermería***

Datos sociolaborales	<i>f</i>	%			
Categoría asignada					
Técnico en Enfermería	28	25.2			
Enfermero/a General	33	29.7			
Licenciado en Enfermería	50	45.0			
Servicio asignado					
Cirugía	37	33.3			
Urgencias	40	36.0			
Medicina Interna	34	30.6			
Turno de trabajo					
Matutino	27	24.3			
Vespertino	27	24.3			
Nocturno	28	25.2			
Piloto	29	26.1			
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>
Años de educación formal	16.24	16.00	3.19	15	24
Antigüedad en la institución	4.97	3.00	5.71	1	25
Antigüedad en el servicio actual	4.32	3.00	5.30	1	25
Experiencia laboral	6.28	5.00	6.60	1	34
Nota: <i>f</i> = frecuencia; % = porcentaje; <i>M</i> = media; <i>Mdn</i> = mediana; <i>DE</i> = desviación estándar; <i>Mín</i> = mínimo; <i>Máx</i> = máximo					
<i>n</i> = 111					

En la Tabla 3 se presenta el número de pacientes asignados al profesional de enfermería, con una media de 8.27 pacientes por turno ($DE = 2.49$), en cuanto a los ingresos se registró una media de 5.92 pacientes ($DE = 5.79$) y egresos de 2.26 pacientes por turno ($DE = 1.08$).

Tabla 3.***Promedio de pacientes asignados, ingresos y egresos durante un turno***

Características	M	Mdn	DE	IC 95%	
				Lím. Inf.	Lím. Sup.
Pacientes asignados	8.27	8.00	2.49	7.80	8.73
Ingresos durante el turno	5.92	4.00	5.79	4.83	7.01
Egresos durante el turno	2.26	2.00	1.08	2.06	2.47

Nota: M=media; Mdn=mediana; DE=desviación estándar; IC=intervalo de confianza n=111

En la tabla 4 se muestran los tres instrumentos aplicados que mostraron niveles adecuados de consistencia interna. El más confiable fue el instrumento MISSCARE para profesional de enfermería ($\alpha = .913$), seguido por la Escala de Fatiga de Decisión ($\alpha = .735$).

Tabla 4.***Fiabilidad de los instrumentos utilizados en la investigación***

Instrumento	α	Nº de ítems
MISSCARE – Profesional de enfermería	.913	24
Escala de Fatiga de Decisión (DFS)	.735	9
MISSCARE – Pacientes hospitalizados	.665	24

Nota: α = Alfa de Cronbach

Elementos del cuidado de enfermería perdido desde la perspectiva del profesional de enfermería

Los resultados de la tabla 5 muestran los cuidados orientados a las necesidades individuales, el mayor porcentaje de cuidado de enfermería perdido fue en la respuesta menor a 5 minutos al llamado del paciente, con un 43.2%, seguida del apoyo emocional al paciente y/o familia, con un 42.3%, y la asistir a las visitas de evaluación interdisciplinario con un 34.2%.

Tabla 5.***Intervenciones básicas orientadas a necesidades individuales***

Componente del cuidado	Cuidado otorgado		Cuidado perdido	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Administración en <15 min a solicitudes PRN	83	74.8	28	25.2
Apoyo emocional al paciente y/o familia	64	57.7	47	42.3
Evaluación de eficacia de medicamentos	78	70.3	33	29.7
Medicamentos administrados dentro de los 30 minutos	75	67.6	36	32.4
Ayuda para ir al baño en tiempo <5 minutos	80	72.1	31	27.9
Asistir a las visitas de evaluación interdisciplinario	73	65.8	38	34.2
Respuesta <5 min. al llamado de un paciente	63	56.8	48	43.2
Nota: <i>f</i> = frecuencia; % = porcentaje				<i>n</i> = 111

La tabla 6 presenta los resultados de los cuidados relacionados con la planificación del alta y la educación del paciente, el mayor porcentaje se presentó en la educación al paciente acerca de la enfermedad y las pruebas, con un 36%.

Tabla 6.***Cuidados relacionados con la planificación del alta y la educación del paciente***

Componente del cuidado	Cuidado otorgado		Cuidado perdido	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Educación al paciente acerca de la enfermedad y las pruebas	71	64.0	40	36.0
Plan del alta del paciente y de educación	74	66.7	37	33.3
Nota: <i>f</i> = frecuencia; % = porcentaje				<i>n</i> = 111

Los resultados de la tabla 7 muestra que los mayores porcentajes de cuidado de enfermería perdido dentro de las intervenciones de cuidado básico fueron el cuidado de la boca, con un 58.6%, seguido de la asistencia al paciente en la deambulacion, con un 53.2% y la alimentación del paciente, con un 52.3%.

Tabla 7.***Cuidados correspondientes a intervenciones de cuidado básico***

Componente del cuidado	Cuidado otorgado		Cuidado perdido	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Asistencia al paciente en la deambulaci3n	52	46.8	59	53.2
Cambio de posici3n al paciente c/ 2 hrs.	54	48.6	57	51.4
Alimentaci3n del paciente	53	47.7	58	52.3
Verificar la dieta y acercar la comida	72	64.9	39	35.1
Ba3o de paciente	65	58.6	46	41.4
Cuidado de la boca	46	41.4	65	58.6
Lavado de manos	85	76.6	26	23.4
Cuidado de la piel/ Cuidado de heridas	83	74.8	28	25.2
Nota: <i>f</i> = frecuencia; % = porcentaje				<i>n</i>=111

La Tabla 8 muestra que las principales omisiones en cuidados con evaluaciones continuas fueron la reevaluaci3n del paciente (29.7%), el control de ingresos y egresos (26.1%) y la monitorizaci3n de glucosa (24.3%).

Tabla 8.***Cuidados con evaluaciones continuas***

Componente del cuidado	Cuidado otorgado		Cuidado perdido	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Monitorizaci3n de la glucosa (seg3n indicaci3n)	84	75.7	27	24.3
Control de ingresos y egresos	82	73.9	29	26.1
Signos vitales	89	80.2	22	19.8
Documentaci3n completa	85	76.6	26	23.4
Evaluaciones de los pacientes por turno	88	79.3	23	20.7
Reevaluaciones al paciente	78	70.3	33	29.7
Cuidado del sitio y de las soluciones IV / Vía	85	76.6	26	23.4
Nota: <i>f</i> = frecuencia; % = porcentaje				<i>n</i>=111

En la tabla 9 se presentan los resultados del índice global de cuidado de enfermería perdido por el profesional de enfermería, donde la media global fue de 44.36 (*DE* = 14.36), y las dimensiones que presentaron mayor cuidado de enfermería perdido fueron, intervenciones de cuidado básico (*M* = 48.04, *DE* = 13.90),

planificación del alta y educación al paciente ($M = 46.22$, $DE = 19.21$) e intervenciones de necesidades individuales ($M = 45.46$, $DE = 16.70$).

Tabla 9.

Índice global de cuidado por dimensiones

Índices	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>
Cuidado de enfermería perdido global	44.36	40.83	14.36	21.67	71.67
Intervenciones de necesidades individuales	45.46	42.86	16.70	17.14	80.00
Planificación del alta y educación	46.22	40.00	19.21	20.00	100.0
Intervenciones de cuidado básico	48.04	47.50	13.90	17.50	82.50
Cuidados con evaluaciones continuas	38.53	31.43	17.33	20.00	80.00

Nota: *f* = frecuencia; % = porcentaje; *M* = media; *Mdn* = mediana; *DE* = desviación estándar; *Mín* = mínimo; *Máx* = máximo *n* = 111

Razones del cuidado de enfermería perdido según el profesional de enfermería

Los resultados de la tabla 10 muestran que los principales factores del recurso humano que contribuyen al cuidado de enfermería perdido son el aumento inesperado del volumen de pacientes y/o carga laboral, considerada como razón significativa por el 52.3% del personal, le siguieron el número insuficiente de personal y el número insuficiente de personal auxiliar ambos con un 44.1%.

Tabla 10.

Razones del cuidado de enfermería perdido: factores del recurso humano

Razón	No es una razón		Razón menor		Razón moderada		Razón significativa	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Número insuficiente de personal	0	.0	8	6.2	4	0.6	9	4.1
Situaciones de urgencia del paciente	7	5.3	6	4.4	7	3.3	1	6.9
Aumento inesperado en volumen de pacientes/carga laboral	0	.0	5	3.5	8	5.2	8	2.3

Número insuficiente de personal auxiliar	3	1.7	3	1.7	6	2.4	9	4.1
Nota: f = frecuencia; % = porcentaje								n=111

Los resultados de la tabla 11 muestran las razones relacionadas con los recursos materiales, donde el 50.5% del personal identificó la falta de suministros o equipos disponibles como una razón significativa para el cuidado de enfermería perdido, seguido de la falta de medicamentos con un 45.9%.

Tabla 11.

Razones del cuidado de enfermería perdido: recursos materiales

Razón	No es una razón		Razón menor		Razón moderada		Razón significativa	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Medicamentos no estaban disponibles cuando se necesitaron	4	2.6	6	4.4	0	7.0	1	5.9
Suministros/ equipos no disponibles cuando se necesitan	2	0.8	2	0.8	1	7.9	6	0.5
Suministros/ equipos no funcionan correctamente cuando se necesitan	9	7.1	1	8.9	1	7.9	0	6.0
Nota: f = frecuencia; % = porcentaje								n=111

La tabla 12 muestra la dimensión de comunicación, los ítems con mayores porcentajes en la categoría de razón significativa fueron: asignación desequilibrada de pacientes con un 29.7%, fallas en la comunicación con departamentos auxiliares con 28.8 % y fallas en la comunicación dentro del equipo de enfermería con el 27%.

Tabla 12.***Razones del cuidado de enfermería perdido: comunicación***

Razón	No es razón		Razón menor		Razón moderada		Razón significativa	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
La asignación de pacientes es desequilibrada	20	18.0	24	21.6	34	30.6	33	29.7
Entrega inadecuada del turno o falta de claridad	20	18.0	26	23.4	40	36.0	25	22.5
Otros departamentos no brindaron los cuidados necesarios	21	18.9	32	28.8	33	29.7	25	22.5
Falta de apoyo por parte de miembros del equipo	15	13.5	40	36.0	31	27.9	25	22.5
Fallas de comunicación con departamentos auxiliares	14	12.6	24	21.6	41	36.9	32	28.8
Fallas de comunicación dentro del equipo de enfermería	19	17.1	30	27.0	32	28.8	30	27.0
Fallas de comunicación con el personal médico	17	15.3	36	32.4	36	32.4	22	19.8
El auxiliar no comunicó que el cuidado no se proporcionó	24	21.6	33	29.7	30	27.0	24	21.6
La enfermera responsable no está disponible	33	29.7	43	38.7	26	23.4	9	8.1
Exceso de cuidados a pacientes que ingresan y egresan	17	15.3	27	24.3	44	39.6	23	20.7
Nota: <i>f</i> = frecuencia; % = porcentaje							<i>n</i>=111	

La Tabla 13 muestra el índice global de razones del cuidado perdido con una media de 60.69 ($DE = 19.67$). Las puntuaciones más altas en las dimensiones se registraron en recursos materiales con 69.46 ($DE = 27.40$) y recurso humano con 69.14 ($DE = 25.09$).

Tabla 13.***Índices globales de razones del cuidado de enfermería perdido***

Índice	M	Mdn	DE	Mín	Máx
Global de razones	60.69	60.78	19.67	0.00	100.00
Recurso humano	69.14	75.00	25.09	0.00	100.00
Recursos materiales	69.46	77.77	27.40	0.00	100.00
Comunicación	54.68	53.33	20.60	0.00	100.00

Nota: M = media; Mdn = mediana; DE = desviación estándar; Mín = mínimo; Máx = máximo

n=111

Niveles de fatiga de decisión en el profesional de enfermería

La Tabla 14 muestra que los ítems con mayores proporciones en las categorías “de acuerdo” y “totalmente de acuerdo” fueron “he tomado una decisión rápidamente para seguir adelante” (35.1% y 22.5%, respectivamente) y “he tomado decisiones sin pensarlas detenidamente” (18.9% y 24.3%). El índice global de fatiga de decisión presentó una media de 11.19 ($DE = 5.18$).

Tabla 14.***Distribución de respuestas en la Escala de Fatiga de Decisión***

Razón	Totalmente desacuerdo		En desacuerdo		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	f	%	f	%	f	%	f	%
No puedo tomar una decisión porque estoy demasiado cansado y estresado	23	20.7	34	30.6	38	34.2	16	14.4
Tomar decisiones es difícil porque no puedo concentrarme	28	25.2	33	29.7	28	25.2	22	19.8
Es difícil para mí tomar información y utilizarla para tomar decisiones	31	27.9	49	44.1	16	14.4	15	13.5
No tengo suficiente confianza en mí mismo para tomar una buena decisión	36	32.4	38	34.2	24	21.6	13	11.7

Se necesitan muchos esfuerzos para tomar una decisión	33	29.7	45	40.5	20	18.0	13	11.7
Alguien más debería tomar la decisión por mí	55	49.5	31	27.9	12	10.8	13	11.7
No puedo decidirme sobre cuál es la mejor opción	28	25.2	55	49.5	17	15.3	11	9.9
He tomado decisiones sin pensarlas detenidamente	28	25.2	35	31.5	21	18.9	27	24.3
He tomado una decisión rápidamente para seguir adelante	21	18.9	26	23.4	39	35.1	25	22.5
Índice global		M	Mdn	DE	Mín		Máx	
Fatiga de decisión		11.19	12.00	5.18	0.0		22.0	
Nota: <i>f</i> = frecuencia; % = porcentaje; <i>M</i> = media; <i>Mdn</i> = mediana; <i>DE</i> = desviación estándar; <i>Mín</i> = valor mínimo; <i>Máx</i> = valor máximo.								<i>n</i> = 111

Características de los pacientes hospitalizados

La tabla 15 muestra que el 50.9% de los pacientes hospitalizados estuvo conformada por hombres. En relación con el nivel académico, 28.8% contaba con estudios de secundaria, 22.5% con preparatoria y los servicios de atención se distribuyeron en 36% para urgencias, 33.3% para cirugía y 30.6% para medicina interna. En cuanto a la edad, la media fue de 46.55 años ($DE = 20.11$).

Tabla 15.

Características de los pacientes hospitalizados

Característica	Categoría	<i>f</i>	%
Sexo	Masculino	113	50.9
	Femenino	109	49.1
Grado de estudios	Ninguno	33	14.9
	Primaria	31	14.0
	Secundaria	64	28.8
	Preparatoria	50	22.5
	Licenciatura	34	15.3
	Posgrado	10	4.5
Servicio	Cirugía	74	33.3

	Urgencias	80	36.0		
	Medicina Interna	68	30.6		
	M	Mdn	DE	Mín	Máx
Edad	46.55	42.00	20.11	18	85
Nota: f = frecuencia; % = porcentaje; M = media; Mdn = mediana; DE = desviación estándar; Mín = mínimo; Máx = máximo					n=222

La tabla 16 muestra los niveles de satisfacción: en la atención de enfermería, las respuestas más frecuentes fueron “satisfecho” (26.1%) y “muy satisfecho” (24.8%), con una media de 43.36 (DE = 35.81). En la atención general, las respuestas predominantes fueron “satisfecho” (24.9%) y “muy satisfecho” (24.2%), con una media de 44.71 (DE = 35.95).

Tabla 16.

Respuesta de satisfacción durante la hospitalización

Tipo de atención	Muy satisfecho		Satisfecho		Neutral		Insatisfecho		Muy insatisfecho	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Atención de enfermería	55	24.8	58	26.1	41	18.5	27	12.2	41	18.5
Atención general (equipo salud)	53	24.2	56	24.9	37	16.7	36	16.2	40	18.0
Índice satisfacción	M		Mdn		DE		Mín		Máx	
Atención Enfermería	43.36		25.00		35.81		0.00		100.00	
Atención general	44.71		25.00		35.95		0.00		100.00	
Nota: f = frecuencia; % = porcentaje; M = media; Mdn = mediana; DE = desviación estándar; Mín = mínimo; Máx = máximo										n=222

Elementos del cuidado desde la perspectiva de los pacientes

La tabla 17 muestra la percepción de los pacientes respecto a las intervenciones orientadas a necesidades individuales, con mayor porcentaje de cuidados de enfermería perdidos fueron la respuesta al llamado del paciente en un

tiempo menor o igual a cinco minutos (52.7%), la administración de medicamentos dentro de los 30 minutos programados (48.2%) y el apoyo emocional brindado al paciente y/o a su familia (47.3%).

Tabla 17.

Cuidados relacionados a necesidades individuales desde la percepción del paciente

Componente del cuidado	Cuidado otorgado		Cuidado perdido	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Medicamentos administrados dentro de los 30 minutos	115	51.8	107	48.2
Apoyo emocional a usted y/o su familia	117	52.7	105	47.3
Respondieron a su llamado en un tiempo ≤ 5 minutos	105	47.3	117	52.7
Medicamentos administrados en ≤ 15 minutos cuando los solicitó	124	55.9	98	44.1
Evaluaron eficacia de los medicamentos	132	59.5	90	40.5
Asistieron a visitas de valoración interdisciplinaria	119	53.6	103	46.4
Le ayudaron para ir al baño en tiempo no ≥ 5 minutos	125	56.3	97	43.7
Nota: <i>f</i> = frecuencia; % = porcentaje				<i>n</i> = 222

En la Tabla 18 se muestra que, entre las intervenciones relacionadas con la orientación y la planificación del alta, el componente con mayor porcentaje de cuidado de enfermería perdido según la percepción de los pacientes fue la orientación útil para el alta hospitalaria, con un 49.5% de omisión.

Tabla 18.

Cuidados relacionados a la planificación del alta desde la percepción del paciente

Componente del cuidado	Cuidado otorgado		Cuidado perdido	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Orientación acerca de enfermedad, pruebas y estudios	120	54.1	102	45.9
Orientación útil para el alta hospitalaria	112	50.5	110	49.5
Nota: <i>f</i> = frecuencia; % = porcentaje				<i>n</i> = 222

Los resultados de la Tabla 19 evidencian que, dentro de las intervenciones de cuidado básico, los pacientes identificaron mayores omisiones en acciones como el lavado de manos con un 51.8%, el cuidado de la boca con 51.4% y la deambulaci3n con 49.5%.

Tabla 19.

Intervenciones de cuidado b3sico desde la percepci3n del paciente

Componente del cuidado	Cuidado otorgado		Cuidado perdido	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Apoyaron en la deambulaci3n	112	50.5	110	49.5
Apoyaron para realizar cambio de posici3n	118	53.2	104	46.8
Apoyaron en alimentaci3n	122	55.0	100	45.0
Verificaron la dieta y apoyaron con alimentaci3n	125	56.3	97	43.7
Le dieron apoyo para ba1arse	113	50.9	109	49.1
Apoyaron para realizar el cuidado de la boca	108	48.6	114	51.4
Le apoyaron para realizar lavado de manos	107	48.2	115	51.8
Le apoyaron en los cuidados de su piel/heridas	118	53.2	104	46.8

Nota: *f* = frecuencia; % = porcentaje *n*=222

Los datos presentados en la tabla 20 muestran que, en el 3mbito de las evaluaciones continuas, los pacientes perciben con mayor porcentaje de cuidado de enfermer3a perdido el registro en la hoja de enfermer3a con 48.2%, la reevaluaci3n en caso necesario con 47.7%, y la valoraci3n del estado cl3nico en cada turno con 46.4%.

Tabla 20.

Cuidados con evaluaciones continuas desde la percepci3n del paciente

Componente del cuidado	Cuidado otorgado		Cuidado perdido	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Le tomaron los signos vitales por turno	135	60.8	87	39.2
Reevaluaron su condici3n actual en caso necesario	116	52.3	106	47.7

Observaron que registraran los datos en la hoja de enfermería	115	51.8	107	48.2
Chequeo de glucosa en caso de tenerlo indicado	129	58.1	93	41.9
Preguntaron qué comió y cuántas veces orinó	128	57.7	94	42.3
Valoraron su condición actual en cada turno	119	53.6	103	46.4
Le revisaron los sitios IV/Vía central	127	57.2	95	42.8
Nota: f= frecuencia; %= porcentaje	n=222			

En la tabla 21 se muestra que el índice global de cuidado de enfermería perdido percibido por los pacientes tuvo una media de 49.30 (DE = 12.47), entre las dimensiones, la media más alta se observó en planificación de alta y educación con un valor de 50.04 (DE = 23.46) intervenciones de cuidado básico, con un valor 49.71 (DE=15.35), le sigue la dimensión de intervenciones de necesidades individuales, con una media de 49.58 (DE = 14.00).

Tabla 21.

Índices globales del cuidado de enfermería perdido por pacientes hospitalizados

Índice	M	Mdn	DE	Mín	Máx
Cuidado de enfermería perdido global	49.30	52.50	12.47	12.50	70.00
Intervenciones de necesidades individuales	49.58	51.42	14.00	14.29	88.57
Planificación del alta y educación del paciente	50.04	50.00	23.46	0.00	100.00
Intervenciones de cuidado básico	49.71	52.50	15.35	2.50	75.00
Cuidados con evaluaciones continuas	48.35	51.42	15.70	17.14	82.86
Nota: M= media; Mdn= mediana; DE= desviación estándar; Mín= mínimo; Máx= máximo	n=222				

De acuerdo con la tabla 22 las razones del cuidado de enfermería perdido percibidas por los pacientes hospitalizados, se identificaron diversas categorías: la sobrecarga de trabajo y poco personal, falta de recursos materiales y que las enfermeras se distraen con algo diferente al trabajo.

Tabla 22.**Categorías y respuestas de pacientes hospitalizados sobre razones percibidas**

Categoría	Respuesta del paciente
Sobrecarga de trabajo y poco personal	“poco personal” (F19) “porque están ocupados con otros pacientes” (F44)
Falta de organización	“no saben organizarse” (F33)
Falta de recursos materiales	“no hay material” (M28) “falta material” (F80)
Distracción del personal	“por platicar” (F62) “platican y no hacen caso” (F83)

Correlaciones y diferencias entre variables clave

En la Tabla 23 se observaron diferencias en los niveles de cuidado de enfermería perdido global según el servicio en el que el profesional de enfermería está asignado. El grupo con mayor cuidado de enfermería perdido fue Cirugía (Mdn = 63.33), seguido de Medicina Interna (Mdn = 35.83) y Urgencias (Mdn = 34.16). La prueba de Kruskal-Wallis mostró diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos ($H = 71.508$, $gl = 2$, $p = .001$).

Tabla 23.***Cuidado de enfermería perdido según servicio asignado***

Servicio	N	M	Mdn	DE	Rango	H	gl	p
Urgencias	40	35.06	34.16	8.29	35.83			
Medicina Interna	34	36.47	35.83	8.13	30.83	71.508	2	.001
Cirugía	37	61.66	63.33	5.66	22.50			

Nota: N = número total de casos; M = media; Mdn = mediana; DE = desviación estándar; gl = grados de libertad; p = significancia; H = estadístico de Kruskal-Wallis

En la Tabla 24 se muestran diferencias significativas en el cuidado de enfermería perdido global entre los tres servicios comparados. Se encontraron diferencias entre Cirugía y Urgencias ($p = .001$) y entre Cirugía y Medicina Interna ($p = .001$). También se identifica que el servicio con mayor cuidado de enfermería

perdido es Cirugía, presentando medias de rango significativamente superiores frente a Urgencias y Medicina Interna.

Tabla 24.

Prueba U de Mann-Whitney según servicio asignado

Servicio comparado	N	Media del rango	U	Z	p
Cirugía	37	58.51	18.000	-7.366	.001
Urgencias	40	20.95			
Cirugía	37	52.92	3.000	-7.210	.001
Medicina Interna	34	17.59			
Urgencias	40	35.29	591.500	-.961	.337
Medicina Interna	34	40.10			

Nota: U = estadístico de Mann-Whitney; Z = valor estandarizado; p=significancia bilateral.
**p < .001

En la tabla 25 se presentan los estadísticos descriptivos del cuidado de enfermería perdido global según la categoría profesional del profesional de enfermería. Los resultados muestran que el promedio más alto de cuidado de enfermería perdido fue reportado por los licenciados en enfermería ($M = 48.78$), seguido por las enfermeras/os generales ($M = 44.57$). La prueba de Kruskal-Wallis evidenció diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($H = 11.037$, $gl = 2$, $p = .004$), lo que indica que el nivel de estudios se asocia con variaciones en la percepción del cuidado de enfermería perdido.

Tabla 25.

Cuidado de enfermería perdido según categoría profesional

Categoría profesional	N	M	Mdn	DE	Rango	H	gl	p
Técnico en Enfermería	28	36.25	35.83	7.80	38.33	11.037	2	.004
Enfermera/o General	33	44.57	44.16	14.86	44.17			
Licenciado/a en Enfermería	50	48.76	49.58	15.08	49.17			

Nota: N = número total de casos; M = media; Mdn = mediana; DE = desviación estándar; gl = grados de libertad; p = significancia; H = estadístico de Kruskal-Wallis

La Tabla 26 presenta los resultados de la prueba U de Mann-Whitney para analizar las diferencias por pares entre categorías profesionales en relación con el cuidado de enfermería perdido. Se observó una diferencia significativa entre técnicos en enfermería y licenciados/as ($U = 369.000$, $p = .001$), siendo los licenciados/as quienes reportaron mayores niveles de cuidado de enfermería perdido.

Tabla 26.

Prueba U de Mann-Whitney según categoría profesional

Comparación	N	Media del rango	U	Z	p
Técnico en Enfermería	28	26.73	342.500	-1.730	.084
Enfermero/a General	33	34.62			
Técnico en Enfermería	28	27.68	369.00	-3.449	.001
Licenciado/a	50	46.12			
Enfermero/a General	33	38.18	699.000	-1.173	.241
Licenciado/a	50	44.52			

Nota: U = estadístico de Mann-Whitney; Z = valor estandarizado; p = significancia bilateral.
****p < .001**

En la tabla 27 se muestra que los niveles de fatiga de decisión variaron según el servicio donde se encontraba asignado el personal, el servicio de cirugía presentó la media más alta con un valor de 14.84 ($DE = 3.27$), seguido de urgencias con una media de 9.70 ($DE = 5.22$).

Tabla 27.

Fatiga de decisión por servicio asignado

Servicio	N	M	Mdn	DE	Rango	H	gl	p
Cirugía	37	14.84	15.00	3.27	15.00			
Urgencias	40	9.70	10.50	5.22	20.00	30.574	2	.0001
Medicina Interna	34	9.00	9.00	4.80	21.00			

Nota: N = número total de casos; M = media; Mdn = mediana; DE = desviación estándar; gl = grados de libertad; p = significancia; H = estadístico de Kruskal-Wallis

En la tabla 28 se identificaron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de fatiga de decisión entre los servicios evaluados. La comparación entre cirugía y urgencias fue significativa ($p = .001$), con un rango promedio mayor en

cirugía (50.57) que en urgencias (28.30). De igual forma, la diferencia entre cirugía y medicina interna también fue significativa ($p = .0001$).

Tabla 28.

Prueba U de Mann-Whitney según servicio asignado

Comparación	N	Media del rango	U	Z	p
Cirugía	37	50.57			
Urgencias	40	28.30	312.000	-4.375	.000***
Cirugía	37	47.97			
Medicina Interna	34	22.97	186.000	-5.113	.000***
Urgencias	40	39.44			
Medicina Interna	34	35.22	602.500	-0.843	.399

Nota: U = estadístico de Mann-Whitney; Z = valor estandarizado; p=significancia bilateral. ** $p < .001$

En la tabla 29 se observa la relación que existe entre las dimensiones de cuidado de enfermería perdido y los factores por los que se omite el cuidado.

Tabla 29.

Correlación entre cuidado de enfermería perdido y factores asociados

Dimensión del cuidado	Razones globales	Recurso humano	Recursos materiales	Comunicación
Cuidado global	.391**	.558**	.351**	.175
Necesidades individuales	.377**	.522**	.316**	.193*
Planificación del alta y educación	.296**	.421**	.264**	.157
Intervenciones de cuidado básico	.271**	.442**	.274**	.057
Cuidados con evaluaciones continuas	.390**	.552**	.364**	.178

Nota: ρ = Coeficiente de correlación de Spearman
Significación: $p < .05$, $p < .01$, ** $p < .001$

Los resultados de la Tabla 30 muestran que existe una correlación entre la fatiga de decisión del personal de enfermería y el cuidado de enfermería perdido en todas las dimensiones. La relación más fuerte se observó en la dimensión de cuidados con evaluaciones continuas .500 ($p < .001$), seguida de cuidado global .491

($p < .001$), necesidades individuales .456 ($p < .001$) e intervenciones de cuidado básico .388 ($p < .001$). Estos resultados indican que, a mayor nivel de fatiga de decisión, se incrementa la frecuencia de omisión en las intervenciones de cuidado de enfermería, particularmente en aquellas relacionadas con la evaluación continua del paciente y la atención a sus necesidades individuales.

Tabla 30.

Correlación entre la fatiga de decisión y cuidado de enfermería perdido

Dimensión del cuidado	Fatiga de decisión (ρ)
Cuidado global	.491***
Necesidades individuales	.456***
Planificación del alta y educación	.318**
Intervenciones de cuidado básico	.388***
Cuidados con evaluaciones continuas	.500***

Nota: ρ = Coeficiente de correlación de Spearman; Significación: $p < .05$, $p < .01$, $**p < .001$

Desde la perspectiva de los pacientes, la tabla 31 muestra las correlaciones entre la fatiga de decisión del personal de enfermería y el cuidado perdido de enfermería. Las dimensiones con mayor fuerza de asociación fueron los cuidados con evaluaciones continuas .448 ($p < .01$), el cuidado global .327 ($p < .01$) y las necesidades individuales .238 ($p < .05$).

Tabla 31.

Correlación entre la fatiga de decisión y el cuidado de enfermería perdido desde la percepción de los pacientes

Dimensión del cuidado	Fatiga de decisión
Cuidado global	.327**
Necesidades individuales	.238*
Planificación del alta y educación	.170
Intervenciones de cuidado básico	.223*
Cuidados con evaluaciones continuas	.448**

Nota: ρ = Coeficiente de correlación de Spearman
Significación: $p < .05$, $p < .01$, $**p < .001$

Discusión

En el presente estudio identificó el cuidado de enfermería perdido desde la perspectiva del personal, en donde se destaca una mayor omisión en las dimensiones de cuidado básico y planificación educativa (Chegini et al., 2020; López-Cocotle et al., 2021). Este hallazgo coincide con lo reportado en estudios previos realizados en México e Irán, los cuales han documentado que las prácticas más afectadas suelen estar relacionadas con acciones rutinarias y de alta demanda física, como la higiene, la movilidad y la alimentación del paciente, lo cual concuerda con los resultados del presente trabajo (Khrais et al., 2023).

Al analizar los elementos específicos del cuidado de enfermería perdido por dimensión, en las intervenciones orientadas a necesidades individuales, los cuidados que mayormente se omitieron fueron la respuesta oportuna al llamado del paciente y el apoyo emocional, este patrón ha sido documentado en diversos estudios como uno de los primeros cuidados en ser desplazados ante la alta demanda de pacientes (Pignatiello et al., 2021; Cho et al., 2019). Se infiere que este fenómeno se relaciona con la priorización de tareas clínicas urgentes o técnicas, dejando de lado aquellas de índole relacional o psicoemocional, especialmente en turnos con alta rotación de pacientes.

En la dimensión de planificación del alta y educación al paciente, se evidenció una omisión frecuente en la orientación para el egreso hospitalario y en la enseñanza sobre enfermedades y estudios, lo cual refleja una tendencia ya identificada por autores que han señalado que estos cuidados suelen considerarse secundarios frente a otras prioridades clínicas como la administración de medicamentos, el monitoreo de signos vitales o la atención de procedimientos invasivos (Al Muharraq et al., 2022; Chegini et al., 2020). Esta omisión puede ocurrir no solo por falta de tiempo, sino también por la escasa percepción de su impacto a corto plazo, así como la ausencia de protocolos formales o instrumentos institucionales que promuevan su sistematización.

En las intervenciones de cuidado básico, el cuidado bucal, la deambulación y la alimentación fueron los elementos más afectados, lo que es coherente con estudios que destacan la vulnerabilidad de estos cuidados en entornos con limitaciones de personal y tiempo (López-Cocotle et al., 2021; Khrais et al., 2023). Estas

intervenciones, si no fueran omitidas, podrían contribuir de manera significativa a una recuperación más rápida y segura del paciente, ya que no solo previenen complicaciones asociadas a la inmovilidad, la desnutrición o las infecciones orales, sino que también favorecen el bienestar integral y preservan la dignidad del paciente hospitalizado, lo que a su vez impacta positivamente en los resultados clínicos y en la calidad global de la atención.

En cuanto a los cuidados con evaluaciones continuas, las principales omisiones estuvieron relacionadas con la reevaluación clínica del paciente y el registro del control de líquidos, acciones que requieren tiempo, atención y continuidad, condiciones que muchas veces no se cumplen (Cho et al., 2019). Su omisión puede explicarse por la fragmentación del cuidado entre turnos, la falta de comunicación efectiva y la carga documental, que reduce el tiempo disponible para la observación directa.

Respecto a las razones del cuidado de enfermería perdido, la sobrecarga de trabajo, el número insuficiente de personal y la falta de personal auxiliar fueron las razones más frecuentemente señaladas, lo cual es consistente con estudios realizados en distintos países (Al Muharraq et al., 2022; Fernández-Miranda et al., 2023; Cho et al., 2019). La insuficiencia estructural en la dotación del personal genera un desequilibrio entre la demanda asistencial y la capacidad de respuesta del equipo, aumentando así la probabilidad de omisiones.

La falta de insumos y medicamentos disponibles, dentro de la dimensión de recursos materiales, también fue identificada como una limitación crítica, especialmente en hospitales públicos o con escasa capacidad de respuesta (Chegini et al., 2020; Khrais et al., 2023). Este fenómeno puede atribuirse a fallos en la cadena de suministro, políticas restrictivas de almacenamiento o falta de previsión institucional, lo que genera demoras en la atención y desmotivación en el personal.

Finalmente, las fallas de comunicación, tanto dentro del equipo de enfermería como con el equipo multidisciplinario, fueron reconocidas como factores significativos que interfieren en la continuidad y calidad del cuidado (Khrais et al., 2023; Fernández-Miranda et al., 2023). Estos hallazgos refuerzan lo ya señalado en la

literatura sobre la necesidad de mejorar los flujos de comunicación, la distribución equitativa de pacientes y el respaldo institucional al personal.

En cuanto a la fatiga de decisión, se observó agotamiento cognitivo entre los profesionales de enfermería, con una tendencia a valores más elevados en servicios de alta complejidad como cirugía. Estos resultados coinciden con los obtenidos en estudios internacionales, los cuales han encontrado niveles similares o incluso más altos en entornos clínicos durante crisis sanitaria (Pignatiello et al., 2021; Hur & Hickman, 2024). El componente más frecuente fue pensar detenidamente las decisiones y una tendencia a resolver rápidamente las tareas, lo que puede derivar en la atención directa al paciente. La literatura respalda esta asociación, destacando que la fatiga de decisión puede afectar tanto la toma de decisiones clínicas como la ejecución técnica de cuidados prioritarios (Pignatiello et al., 2020; Fernández-Miranda et al., 2023). Una alta fatiga de decisión por la carga laboral puede aumentar los errores, disminuir la empatía e impactar negativamente en la ejecución técnica del cuidado. Por tanto, es esencial que los gestores implementen estrategias que favorezcan el descanso, la rotación inteligente del personal y el entrenamiento en priorización.

Desde la perspectiva de los pacientes hospitalizados, se identificó que las dimensiones con mayor cuidado de enfermería perdido fueron las de evaluaciones continuas y cuidado básico, lo cual coincide con los hallazgos del profesional de enfermería, sugiriendo una convergencia entre la experiencia del cuidado brindado y recibido. Los pacientes reportaron omisiones frecuentes en áreas como la administración no puntual de medicamentos, higiene bucal, el lavado de manos y el registro clínico, hallazgos que también han sido reportados durante situaciones de crisis sanitaria, donde la sobrecarga asistencial compromete el cuidado (Khrais et al., 2023; Fernández-Miranda et al., 2023).

Las respuestas abiertas de los pacientes confirmaron que la sobrecarga laboral y la falta de personal son percibidas como las principales razones del cuidado omitido. Además, mencionaron la desorganización, la falta de recursos y actitudes negativas como factores que impactan negativamente en la atención. Aunque estas razones fueron menos frecuentes, resaltan la importancia de la organización y del

trato interpersonal en la percepción del cuidado recibido (Chegini et al., 2020; Fernández-Miranda et al., 2023). Es relevante considerar que un número importante de pacientes no identificó claramente las razones por las cuales no se realizan ciertos cuidados, lo que sugiere una posible brecha en la comunicación enfermera-paciente y la necesidad de educación en derechos y expectativas de atención.

Las diferencias en el cuidado de enfermería perdido según el servicio asignado mostraron una mayor afectación en áreas como urgencias y cirugía. Este hallazgo coincide con estudios previos que señalan que los servicios de atención continua y alta rotación presentan mayor riesgo de omisión, debido a la presión asistencial, los ingresos y egresos constantes y la imprevisibilidad clínica (Cho et al., 2019; Khrais et al., 2023). También se encontró que los técnicos en enfermería reportaron mayores niveles de cuidado de enfermería perdido, lo cual puede estar relacionado con la carga asignada y el tipo de funciones que desempeñan, así como con diferencias en la formación académica. Diversos estudios han señalado que una mejor preparación puede favorecer la toma de decisiones clínicas más eficientes, reduciendo la posibilidad de omisión (Hur & Hickman, 2024).

En relación con los niveles de fatiga de decisión según el servicio, el personal asignado a cirugía mostró niveles significativamente más altos, lo que puede atribuirse a la toma de decisiones técnicas, la presión por resultados quirúrgicos y el trabajo bajo tiempos críticos. Este hallazgo coincide con lo reportado por Pignatiello et al. (2021) y Fernández-Miranda et al. (2023), quienes señalan que los entornos quirúrgicos y de alta complejidad clínica imponen demandas cognitivas intensas, asociadas a mayores niveles de fatiga decisional.

Finalmente, se observaron correlaciones significativas entre el cuidado de enfermería perdido y los factores que lo explican. Las razones relacionadas con el recurso humano mostraron una fuerte asociación con todas las dimensiones del cuidado omitido, seguidas por las relacionadas con los recursos materiales y la comunicación. Además, se identificó que, a mayor fatiga, menor fue la ejecución del cuidado, esta relación también fue percibida por los pacientes. Estos hallazgos son consistentes con lo reportado por Fernández-Miranda et al. (2023) y respaldan la necesidad de abordar integralmente los factores que afectan la calidad del cuidado.

Conclusiones

En la investigación se confirman que el cuidado de enfermería perdido continúa siendo una problemática significativa en instituciones hospitalarias de tercer nivel, con mayor prevalencia en las intervenciones de cuidado básico. Esta omisión fue reportada tanto por el profesional de enfermería como por los pacientes hospitalizados, reflejando una afección relevante en dimensiones esenciales del cuidado.

Se evidenció que la fatiga de decisión influye de manera negativa en la ejecución del cuidado, particularmente en intervenciones que requieren atención personalizada y monitoreo continuo. Este desgaste cognitivo se presenta como un factor transversal que afecta la calidad del juicio clínico y la priorización de tareas.

Entre los factores que influyen en el cuidado de enfermería perdido, la insuficiencia de recursos humanos y materiales destacó como la principal causa del cuidado omitido, mientras que los aspectos relacionados con la comunicación mostraron una asociación menos consistente. Además, se identificaron diferencias significativas en el nivel de cuidado de enfermería perdido según el servicio hospitalario, la formación del profesional de enfermería y el nivel educativo de los pacientes, lo cual evidencia la influencia de variables organizacionales y sociodemográficas.

En su conjunto, estos resultados subrayan la necesidad de revisar y fortalecer las condiciones laborales del profesional de enfermería, así como de implementar estrategias institucionales que aborden tanto los factores organizacionales como los individuales que condicionan la práctica clínica. Considerar simultáneamente la perspectiva del profesional y del paciente permitirá avanzar hacia modelos de cuidado más seguros, integrales y centrados en las necesidades reales de quienes participan en el proceso de atención.

Recomendaciones

Para la Práctica

Implementar protocolos institucionales que ayuden a reducir la fatiga de decisión en el profesional de enfermería, especialmente en áreas críticas como

urgencias, mediante estrategias de gestión del tiempo, rotación de tareas y pausas activas.

Reforzar la capacitación continua del profesional de enfermería en la identificación, planificación y cumplimiento de cuidados básicos, particularmente en intervenciones relacionadas con higiene, alimentación y movilización, que fueron las más omitidas según los hallazgos.

Fortalecer la estructura organizacional hospitalaria mediante una mejor asignación de recursos humanos y materiales, garantizando una dotación adecuada y acceso oportuno a insumos para evitar omisiones en la atención.

Fomentar la participación del paciente en el proceso de atención y planificación del alta, mediante herramientas educativas que promuevan su comprensión, adherencia y retroalimentación sobre el cuidado recibido.

Para la Investigación

Desarrollar estudios de intervención que evalúen el efecto de programas de mitigación de la fatiga de decisión en la calidad del cuidado de enfermería perdido y en la reducción de eventos adversos relacionados con omisiones.

Desarrollar estudios que permitan determinar el cuidado de enfermería perdido y su relación con otras complicaciones como infecciones nosocomiales, caídas y complicaciones posoperatorias.

Limitaciones

Una de las principales limitaciones de este estudio radica en su diseño transversal, el cual permite establecer asociaciones, pero no inferencias causales entre las variables analizadas, como el cuidado de enfermería perdido y la fatiga de decisión. La recolección de datos se realizó en un único hospital público de tercer nivel, lo cual restringe la generalización de los hallazgos a otros contextos del sistema de salud, como instituciones privadas, de primer o segundo nivel, o con diferentes características organizativas y poblacionales.

En cuanto a las sugerencias se recomienda ampliar la muestra a distintos niveles del sistema de salud (primario, secundario y privado) para mejorar la validez externa y fortalecer la comparabilidad entre instituciones. También desarrollar

estudios longitudinales que permitan observar la evolución del cuidado de enfermería perdido y su relación con variables como la carga laboral, la rotación del personal y la fatiga de decisión en diferentes momentos del tiempo.

Referencias Bibliográficas

- Al Muharraq, E. H., Alallah, S. M., Alkhayrat, S. A., & Jahlan, A. G. (2022). An overview of missed nursing care and its predictors in Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Nursing Research and Practice*, 2022, 4971890. <https://doi.org/10.1155/2022/4971890>
- Ausserhofer, D., Zander, B., Busse, R., Schubert, M., De Geest, S., Rafferty, A. M., ... & Schwendimann, R. (2014). Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Quality & Safety*, 23(2), 126–135. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002318>
- Baumeister, R. F., Bratslavsky, E., Muraven, M., & Tice, D. M. (1998). Ego depletion: Is the active self a limited resource? *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5), 1252-1265. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.5.1252>
- Baumeister, R. F., Vohs, K. D., & Tice, D. M. (2007). The strength model of self-control. *Current Directions in Psychological Science*, 16(6), 351–355. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2007.00534.x>
- Chaboyer, W., Harbeck, E., Lee, BO y Grealish, L. (2021). Atención de enfermería omitida: Una revisión general de revisiones. *Revista Kaohsiung de Ciencias Médicas*, 37 (2), 82-91.
- Chegini, Z., Jafari-Koshki, T., Kheiri, M., Behforoz, A., Aliyari, S., Mitra, U., & Islam, S. M. S. (2020). Missed nursing care and related factors in Iranian hospitals: A cross-sectional survey. *Journal of Nursing Management*, 28(8), 2205–2215. <https://doi.org/10.1111/jonm.12988>
- Cho, S. H., Kim, Y. S., Yeon, K. N., You, S. J., & Lee, I. D. (2019). Effects of increasing nurse staffing on missed nursing care. *International Nursing Review*, 66(2), 229–236. <https://doi.org/10.1111/inr.12506>
- Cho, S. H., Lee, J. Y., You, S. J., Song, K. J., & Hong, K. J. (2019). Nurse staffing, nurses prioritization, missed care, quality of nursing care, and nurse outcomes. *International Journal of Nursing Practice*, 25(1), e12803. <https://doi.org/10.1111/ijn.12803>

- Cohen, J., Cohen, P., West, S. G., & Aiken, L. S. (2003). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED 2017). *Manual para la mejora y enlace de turno*. Recuperado:
<http://www.conamed.gob.mx/gobmx/libros/pdf/inicio.pdf>
- Conover, W. J. (1999). *Practical nonparametric statistics* (3rd ed.). John Wiley & Sons.
- Cusme Torres, N., Cantuñi Carpio, V., Chasillacta Amores, F., Jiménez Hurtado, W., Egas Medina, F. P., & Chileno Camacho, L. F. (2023). Cuidado perdido de enfermería en pacientes hospitalizados servicio de medicina interna. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 4(2), 6245–6254. <https://doi.org/10.56712/latam.v4i2.1047>
- Dabney, B. W., Kalisch, B. J., & Clark, M. (2019). A revised MISSCARE survey: Results from pilot testing. *Applied Nursing Research*.
<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.151202>
- Dall’Ora, C., Griffiths, P., Ball, J., Simon, M., & Aiken, L. H. (2016). Association of 12 h shifts and nurses’ job satisfaction, burnout and intention to leave: findings from a cross-sectional study of 12 European countries. *BMJ Open*, 5(9), e008331. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008331>
- Dall’Ora, C., Ejebu, O. Z., & Griffiths, P. (2022). Because they're worth it? A discussion paper on the value of 12-h shifts for hospital nursing. *Human Resources for Health*, 20(1), 36. <https://doi.org/10.1186/s12960-022-00731-2>
- DeVellis, R. F. (2016). *Scale development: Theory and applications* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Febré, N., Mondaca-Gómez, K., Méndez-Celis, P., Badilla-Morales, V., Soto-Parada, P., Ivanovic, P., Reynaldos, K., & Canales, M. (2018). Calidad en enfermería: su gestión, implementación y medición. *Revista Mexicana de Ciencias de la Salud*, 2(1), 8-17. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2018.04.008>
- Fernández Miranda, G., Urriago-Rayó, J., Akle, V., Noguera, E., Mejía, N., Amaya, S., & Jimenez-Leal, W. (2023). Compassion and decision fatigue among

- healthcare workers during COVID-19 pandemic in a Colombian sample.
PLOS ONE, 18(3), e0282949. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0282949>
- Fernández Miranda, M. D., Jiménez-Rodríguez, D., & González-Gil, M. T. (2023).
Missed nursing care during the COVID-19 pandemic: A comparative analysis.
Journal of Nursing Care Quality, 38(1), 1–9.
- Fernández, D., Lopera, M. M., Macías, C. G., & Guerra, L. A. (2023). Impact of the
COVID-19 Pandemic on Compassion and Decision Fatigue among Healthcare
Workers in Bogotá, Colombia. Journal of Health Psychology. Advance online
publication. <https://doi.org/10.1177/13591053211015859>
- Field, A. (2013). Discovering statistics using IBM SPSS statistics. Sage Publications.
- Grove, S. K., Gray, J. R., & Burns, N. (2019). Investigación en enfermería:
Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia (7ª ed.). Madrid:
Elsevier.
- Hernández Cruz, R., Moreno-Monsiváis, M. G., Cheverría-Rivera, S., & Díaz-
Oviedo, A. (2017). Factores que influyen en el cuidado de enfermería perdido
en pacientes de un hospital privado. Revista Latino-Americana de
Enfermagem, 25, e2877. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1501.2877>
- Hickman, R. L., Pignatiello, G. A., & Tahir, S. (2018). Development and validation of
the Decision Fatigue Scale. Journal of Nursing Measurement, 26(3), 497-510.
- Howell, D. C. (2012). Statistical methods for psychology (8th ed.). Cengage
Learning.
- Hur, Y., & Hickman, R. L. (2024). Psychometric evaluation of the Decision Fatigue
Scale among Korean registered nurses. Healthcare, 12(10), 1524.
<https://doi.org/10.3390/healthcare12101524>
- Joinson, A. (1999). Social desirability, anonymity, and Internet-based questionnaires.
Behavior Research Methods, Instruments, & Computers, 31(3), 433-438.
<https://doi.org/10.3758/BF03200737>
- Kalisch, B. J., & Williams, R. A. (2009). Development and psychometric testing of a
tool to measure missed nursing care. Journal of Nursing Administration,
39(5), 211-219.

- Kalisch, B. J., Landstrom, G. & Williams, R. A. (2009). Missed nursing care: Errors of omission. *Nursing Outlook*, 57, 3-9
- Kalisch, B. J., Landstrom, G. L., & Hinshaw, A. S. (2009). Missed nursing care: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1509–1517. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x>
- Kalisch, B. J., Landstrom, G., & Hinshaw, A. S. (2009). Missed nursing care: A qualitative study. *Journal of Nursing Care Quality*, 24(3), 216-223.
- Khrais, H., Alsadi, M., Oweidat, I., & Ahmad, M. (2023). Determinants of missed nursing care in Jordanian hospitals during COVID-19 pandemic. *Nursing Open*, 10(3), 1565–1573. <https://doi.org/10.1002/nop2.1407>
- Khrais, H., Hijazi, M., & Qutishat, M. (2023). The effect of missed nursing care on patient satisfaction and safety outcomes: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 5, 100142.
- Krosnick, J. A. (1991). Response strategies for coping with the cognitive demands of attitude measures in surveys. *Applied Cognitive Psychology*, 5(3), 213-236. <https://doi.org/10.1002/acp.2350050305>
- 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>
- López-Cocotle, J. J., Silva-Ramos, M. F., Moreno-Monsiváis, M. G., González-Angulo, P., & Interrial-Guzmán, M. G. (2021). Omission of nursing care and contributing factors in a hospital of Tabasco, Mexico. *Horizonte Sanitario*, 20(2), 152–161. <https://doi.org/10.19136/hs.a20n2.4041>
- McDonald, R. P. (1999). *Test theory: A unified treatment*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Nantsupawat, A., Wichaikhum, O. A., Abhichartibutra, K., Sadarangani, T., & Poghosyan, L. (2023). The relationship between nurse burnout, missed nursing care, and care quality following COVID-19 pandemic. *Journal of Clinical Nursing*, 32(15-16), 5076–5083. <https://doi.org/10.1111/jocn.16761>
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric Theory* (3rd ed.). McGraw-Hill.

- Organización Mundial de la Salud. (2019). La OMS hace un llamamiento urgente para reducir los daños causados al paciente en la atención de salud. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news/item/13-09-2019-who-calls-for-urgent-action-to-reduce-patient-harm-in-healthcare> (Fecha de acceso: 24 de septiembre de 2023).
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). Manual para la elaboración de políticas y estrategias nacionales de calidad. Recuperado de: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49549/9789241565561_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Fecha de acceso: 24 de septiembre de 2023).
- Ovayolu, Ö., Ovayolu, N., & Taşan, E. (2016). Does Ramadan Fasting Affect Fatigue in Nurses? *Holistic Nursing Practice*, 30(4), 222–226. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000141>
- Paiva-Santos, F. M., Neves, T. M. A., Ventura, F. I. Q. S., Tavares, J. P. de A., & Amaral, A. F. S. (2022). A influência do ambiente de prática de enfermagem nos cuidados omissos e na individualização dos cuidados. *Revista De Enfermagem Referência*, 6(1), 1–7. <https://doi.org/10.12707/RVI22003>
- Paulhus, D. L. (1984). Two-component models of socially desirable responding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(3), 598.
- Pignatiello, G. A., Martin, R. J., & Hickman, R. L. (2020). Decision fatigue: A conceptual analysis. *Journal of Health Psychology*, 25(1), 123–135. <https://doi.org/10.1177/1359105318763510>
- Pignatiello, G. A., Martin, R. J., & Hickman, R. L. Jr. (2022). Decision Fatigue Among Clinical Nurses: A Descriptive Study. *Journal of Nursing Management*, 30(1), 62-70. <https://doi.org/10.1111/jonm.13214>
- Pignatiello, G. A., Tsivitse, E., O'Brien, J., Kraus, N., & Hickman, R. L. (2021). Decision fatigue among clinical nurses during the COVID-19 pandemic. *Journal of Clinical Nursing*, 31(5–6), 869–877. <https://doi.org/10.1111/jocn.15939>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (11th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

- Presser, S., Couper, M. P., Lessler, J. T., Martin, E., Martin, J., Rothgeb, J. M., & Singer, E. (2004). Methods for testing and evaluating survey questions. *Public Opinion Quarterly*, 68(1), 109-130. <https://doi.org/10.1093/poq/nfh008>
- Rabin, E. G., Silva, C. N., Souza, A. B., Lora, P. S., & Viegas, K. (2019). Application of the MISSCARE scale in an oncology service: A contribution to patient safety. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 53, e03513. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018025403513>
- Schwarz, N. (1999). Self-reports: How the questions shape the answers. *American Psychologist*, 54(2), 93-105.
- Schwarz, N., & Oyserman, D. (2001). Asking questions about behavior: Cognition, communication, and questionnaire construction. *American Journal of Evaluation*, 22(2), 127-160.
- Silva, M., López, J., Moreno, M., González, P., Interrial, M. (2021). Cuidado de enfermería perdido y factores contribuyentes en un hospital de Tabasco, México. *Horizonte Sanitario*, 20(2), e4041. <https://doi.org/10.19136/hs.a20n2.4041>
- Sudman, S., Bradburn, N. M., & Schwarz, N. (1996). Thinking about answers: The application of cognitive processes to survey methodology. Jossey-Bass.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). Using multivariate statistics (6th ed.). Pearson
- Vohs, K. D., Baumeister, R. F., & Schmeichel, B. J. (2012). Decision fatigue exhausts self-regulatory resources — but so does accommodating to unchosen alternatives. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(5), 1204-1215.
- Willis, G. B. (2005). Cognitive interviewing: A tool for improving questionnaire design. Sage Publications.
- Zárate, G., & Mejías, M. (2019). Cuidado perdido de enfermería. Estado del arte para la gestión de los servicios de salud. Recuperado el 18 de octubre de 2023, de <https://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v16n4/2395-8421-eu-16-04-436.pdf>

Anexos

Anexo 1

Consentimiento informado para profesionales de enfermería

 UANL <small>UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN</small>	 FAEN <small>FACULTAD DE ENFERMERÍA</small>
Título del estudio de investigación: Cuidado de enfermería perdido en pacientes hospitalizados y fatiga de decisión en enfermería	
Autor: L.E Gabriela Alemán Martínez	
Director de tesis: DCSS. Jonathan Hermayn Hernández Valles	

Introducción y propósito del estudio

Estimado participante estamos realizando un estudio sobre el cuidado de enfermería perdido en pacientes hospitalizados y fatiga de decisión en enfermería, por lo que se le hace la invitación a participar en este estudio. Antes de decidir participar en el estudio, usted debe de conocer y comprender cada apartado de este formato llamado consentimiento informado. Se le hace saber que usted tiene la libertad de preguntar cualquier situación que contribuya a aclarar sus dudas sobre su contribución en la investigación. Una vez que le hayamos aclarado sus dudas y la finalidad del estudio este comprendida, si usted desea participar, se le solicitará firmar este consentimiento informado.

Procedimiento

Su participación en este estudio consistirá en responder una cédula y dos cuestionarios, lo cual tomará aproximadamente 15 minutos. Nos comprometemos a garantizar la confidencialidad y privacidad de la información recogida, asegurando que se protegerán sus datos personales, como nombres y apellidos, para evitar cualquier exposición de su identidad. Asimismo, se respetará plenamente su dignidad como profesional de enfermería en todas las etapas del estudio. Usted tiene plena libertad de interrumpir el llenado de las encuestas y retirarse del estudio en cualquier momento que considere necesario, sin ninguna repercusión laboral o personal.

Riesgos

La aplicación de los cuestionarios no generará riesgo alguno.

Costos

La participación en el estudio no tiene costo alguno. El procesamiento de la información será cubierto por el responsable de la investigación.

Beneficios

El estudio no tiene beneficios para usted, no habrá remuneración económica por su participación; sin embargo, posteriormente los resultados de este estudio podrán ser utilizados para desarrollar estrategias para disminuir el cuidado de enfermería perdido y sus consecuencias.

Participación voluntaria o retiro

Usted es libre de rehusarse a participar; sin embargo, si decide participar y alguna pregunta despierta un sentimiento, usted tiene el derecho de detener la aplicación un momento o retirarse del estudio si lo considera necesario.

Confidencialidad

Se le asegura que se respetará su confidencialidad, la información que proporcione será anónima, su nombre o datos personales no serán identificados, los resultados obtenidos podrán ser publicados en forma general. Los cuestionarios serán conservados por el investigador por 12 meses y luego serán destruidos.

Personas para contactar:

Si usted tiene alguna otra pregunta o problema que considere que debe consultar por favor contactarse al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería (FAEN) de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL) al teléfono (81) 83478096 y correo investigación.faen@gmail.com ubicada en Av. Gonzalitos #1500, Colonia Mitras Centro, C.P. 64460, Monterrey, Nuevo León.

Consentimiento

La Lic. Enf. Gabriela Alemán Martínez me ha informado en qué consiste el estudio y todas mis preguntas han sido contestadas, entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, por lo que autorizo mi participación en este estudio para que se colecte la información de mi persona, aunque estoy aceptando mi participación no estoy renunciando a ningún derecho, por lo que puedo cancelar mi participación en cualquier momento que así lo desee.

_____	_____
Firma del participante	Fecha
_____	_____
Firma y nombre del Investigador	Fecha
_____	_____
Firma y nombre del Primer Testigo	Fecha
_____	_____
Firma y nombre del Segundo Testigo	Fecha

Anexo 2

Encuesta MISSCARE para profesionales de enfermería

Sección A

Información demográfica y laboral del profesional de enfermería

La presente encuesta tiene por objetivo obtener información sobre algunos datos personales.

Instrucciones: En las preguntas de opción múltiples, elija el número y coloque una “X” dentro de la línea lateral a su respuesta, y donde tenga que completar frase realícelo con letra clara y legible.

1. Nombre del servicio asignado: 1) _____ Cirugía 2) _____ Medicina Interna 3) _____ Urgencias	2. Número de años de educación formal _____ (Incluye educación básica)
3. Nivel de formación 1) _____ Técnico en Enfermería 2) _____ Enfermera General 3) _____ Licenciado en Enfermería 4) _____ Posgrado en Enfermería	4. Sexo: Masculino _____ Femenino _____

<p>5. Edad en años cumplidos: _____</p>	<p>6. Categoría asignada en la institución:</p> <p>1) _____ Técnico en Enfermería</p> <p>2) _____ Enfermera General</p> <p>3) _____ Licenciado en Enfermería</p>
<p>7. Turno de trabajo:</p> <p>1) _____ Matutino</p> <p>2) _____ Vespertino</p> <p>3) _____ Nocturno</p> <p>4) _____ Jornada acumulada</p>	<p>8. Antigüedad en la institución</p> <p>_____ años</p>
<p>9. Antigüedad en el servicio actual</p> <p>_____ años</p>	<p>10. Experiencia laboral _____ años</p>
<p>11. En el turno actual ¿Cuál es el promedio de pacientes que se le asignó? _____</p>	<p>12. ¿Cuántos ingresos de pacientes tiene generalmente en el turno? _____</p>
<p>13. ¿Cuántos egresos de pacientes tiene generalmente en un turno</p> <p>_____</p>	

Anexo 2

Sección B

Cuidado de Enfermería Perdido

Frecuentemente, el profesional de enfermería se encuentra gestionando numerosas demandas de atención en poco tiempo lo que obliga al personal a priorizar tareas, a menudo a expensas de no poder atender todas las necesidades de cuidado de los pacientes. Desde su experiencia personal, ¿qué tan a menudo se llevan a cabo los siguientes aspectos del cuidado de enfermería por parte de usted y sus colegas en su área de trabajo?

Marque sólo una casilla por cada pregunta

Elemento del cuidado	Siempre	Frecuente-mente	De vez en cuando	Rara vez	Nunca	No aplica
1) Asistencia al paciente en la deambulación tres veces al día o según la indicación.						
2) Cambio de posición al paciente cada 2 horas o de acuerdo con las necesidades del paciente.						

Elemento del cuidado	Siempre	Frecuente-mente	De vez en cuando	Rara vez	Nunca	No aplica
3) La alimentación del paciente cuando la comida esté caliente.						
4) Verificar la dieta y acercar la comida a los pacientes que se alimentan por sí mismos.						
5) Los medicamentos administrados dentro de los 30 minutos antes o después de la hora programada.						
6) Los signos vitales (Evaluados según la indicación).						
7) Control de ingresos y egresos (balance de líquidos).						

Elemento del cuidado	Siempre	Frecuente-mente	De vez en cuando	Rara vez	Nunca	No aplica
8) La documentación completa de todos los datos necesarios.						
9) Administración en menos de 15 minutos a solicitudes de medicamentos PRN.						
10) Educación al paciente acerca de la enfermedad, las pruebas y los estudios de diagnóstico.						
11) El apoyo emocional al paciente y/o familia.						
12) Baño de Paciente.						
13) Cuidado de la boca.						
14) Lavado de manos.						
15) Plan del alta del paciente y de educación.						
16) Asistir a las visitas de evaluación del cuidado interdisciplinario.						

Elemento del cuidado	Siempre	Frecuente-mente	De vez en cuando	Rara vez	Nunca	No aplica
17) Monitorización de la glucosa según la indicación.						
18) Ayudar con las necesidades de ir al baño en un tiempo no mayor a 5 minutos de solicitud.						
19) Evaluar la eficacia de los medicamentos.						
20) Cuidado de la Piel/Cuidado de heridas.						
21) Realizar evaluaciones de los pacientes por turno.						
22) Reevaluaciones al paciente de acuerdo con su condición de salud.						
23) Cuidado del sitio y de las soluciones IV / Vía.						
24) Respuesta menor a 5 minutos al llamado de un paciente.						

Anexo 2

Sección C

Razones para el Cuidado de Enfermería Perdido

Considerando los incidentes de cuidados de enfermería perdidos en su área, especifique los motivos por los cuales estos cuidados pueden omitirse o no llevarse a cabo en su servicio.

Marque solo una casilla por cada pregunta

Razones	Razón Significativa	Razón Moderada	Razón Menor	No es una razón
1) El número insuficiente de personal.				
2) Las situaciones de urgencia del paciente (por ejemplo, el estado del paciente empeora).				
3) Aumento inesperado en el volumen de pacientes y/o carga de trabajo del servicio.				
4) El número insuficiente de personal auxiliar.				
5) La asignación de pacientes desequilibrada.				
6) Los medicamentos no estaban disponibles cuando se necesitaron.				
7) Inadecuada entrega de turno o falta de claridad en la entrega-recepción de paciente de otro servicio.				
8) Otros departamentos no proporcionaron los cuidados necesarios (nutrición, laboratorio, etc.).				

Razones para el cuidado de enfermería perdido	Razón Significativa	Razón Moderada	Razón Menor	No es una razón
9) Suministros/equipos no disponibles cuando se necesitan.				
10) Suministros/equipos no funcionan correctamente cuando se necesitan.				
11) La falta de apoyo de los miembros del equipo.				
12) Tensión o fallas en la comunicación con otros departamentos auxiliares de apoyo.				
13) Tensión o fallas en la comunicación dentro del equipo de enfermería.				
14) Tensión o fallas en la comunicación con el personal médico.				
15) El auxiliar de enfermería no comunicó que el cuidado no se proporcionó.				
16) La enfermera responsable del paciente no está disponible.				
17) Demasiados cuidados a pacientes que ingresan y egresan.				

Anexo 3

Escala de fatiga de decisión para profesionales de enfermería

La fatiga de decisión puede surgir debido a la constante toma de decisiones. Por favor, evalúe el nivel de fatiga asociado con la toma de decisiones que ha experimentado durante las últimas 24 horas

Marque solo una casilla por cada pregunta para indicar la intensidad de su fatiga.

Reactivo	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1) No puedo tomar una decisión porque estoy demasiado cansado y estresado.				
2) Tomar decisiones es difícil porque no puedo concentrarme.				
3) Es difícil para mí tomar información y utilizarla para tomar decisiones.				
4) No tengo suficiente confianza en mí mismo para tomar una buena decisión.				
5) Se necesita mucho esfuerzo para tomar una decisión.				
6) Alguien más debería tomar la decisión por mí.				
7) He tomado una decisión rápidamente para seguir adelante.				
8) No puedo decidirme sobre cuál es la mejor opción.				
9) He tomado decisiones sin pensarlas detenidamente.				

Anexo 4

Consentimiento informado para pacientes



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FAEN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Título del estudio de investigación: Cuidado de enfermería perdido en pacientes hospitalizados y fatiga de decisión en enfermería

Autor: L.E Gabriela Alemán Martínez

Director de tesis: DCSS. Jonathan Hermayn Hernández Valles

Introducción y propósito del estudio

Estimado participante, estamos llevando a cabo un estudio sobre el cuidado de enfermería a pacientes como usted, que se encuentran hospitalizados. El objetivo de este documento, que llamamos "consentimiento informado", es explicarle detalladamente en qué consiste el estudio. Queremos dar a conocer todo lo que implica y que se sienta libre de hacernos cualquier pregunta que le ayude a despejar dudas antes de decidir si desea participar. Si después de resolver sus preguntas decide unirse al estudio, le pediremos que firme este consentimiento.

Procedimiento

Si decide participar, su colaboración consistirá en responder un cuestionario que nos tomará alrededor de 10 minutos. Este cuestionario busca conocer su opinión sobre el cuidado que recibe del profesional de enfermería. Toda la información que proporcione será tratada de manera confidencial, y se tomarán medidas para proteger su privacidad, como no registrar su nombre ni otros datos que puedan identificarlo directamente. Además, puede dejar de responder el cuestionario en cualquier momento que desee, sin ninguna consecuencia.

Riesgos

Participar en este estudio no representa ningún riesgo para usted.

Costos

Participar en este estudio no tiene ningún costo para usted. Todos los gastos relacionados con el manejo de la información recogida serán cubiertos por los responsables del estudio.

Beneficios

Participar en este estudio no ofrece beneficios directos para usted, ni recibirá una compensación económica. Sin embargo, su contribución es valiosa, ya que los resultados nos ayudarán a desarrollar mejores estrategias para el cuidado de pacientes hospitalizados en nuestra institución.

Participación voluntaria o retiro

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ningún tipo de repercusión. Si en algún momento se siente incómodo con las preguntas, puede pausar o detener su participación.

Confidencialidad

Garantizamos la confidencialidad de su información. Los datos que nos proporcione serán anónimos y solo se utilizarán para fines de investigación. Los resultados se publicarán sin mencionar información personal que pueda identificarlo. Los cuestionarios se guardarán de forma segura por 12 meses y luego serán destruidos.

Personas para contactar:

Si usted tiene alguna otra pregunta o problema que considere debe consultar por favor contactarse al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería (FAEN) de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL) al teléfono (81) 83478096 y correo investigación.faen@gmail.com ubicada en Av. Gonzalitos #1500, Colonia Mitras Centro, C.P. 64460, Monterrey, Nuevo León.

Consentimiento

La Lic. Enf. Gabriela Alemán Martínez me ha informado en qué consiste el estudio y todas mis preguntas han sido contestadas, entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, por lo que autorizo mi participación en este estudio para que se colecte la información de mi persona, aunque estoy aceptando mi participación no estoy renunciando a ningún derecho, por lo que puedo cancelar mi participación en cualquier momento que así lo desee.

_____	_____
Firma del participante	Fecha
_____	_____
Firma y nombre del Investigador	Fecha
_____	_____
Firma y nombre del Primer Testigo	Fecha
_____	_____
Firma y nombre del Segundo Testigo	Fecha

Anexo 5

Encuesta MISSCARE para pacientes

Sección A

Información demográfica y contextual del paciente

La presente encuesta tiene por objetivo recabar información sobre algunos datos personales.

1. Servicio donde se le atiende: 1) _____ Cirugía
2) _____ Medicina Interna 3) _____ Urgencias
2. ¿Ha pasado más de 24 hrs hospitalizado en esta unidad?: Sí ___ No _
3. Número de años de escolaridad formal _____ (Incluye educación básica)
4. Grado de estudios: 1) _____ Primaria 2) _____ Secundaria
3) _____ Preparatoria 4) _____ Licenciatura 5) _____ Posgrado
5. Sexo: Masculino ___ Femenino ___ 6. Edad en años cumplidos: _____

Por favor, marque una respuesta para cada pregunta

	Muy Satisfecho	Satisfecho	Neutral	Insatisfecho	Muy Insatisfecho
7. ¿Qué tan satisfecho (a) se encuentra con la atención en general recibida durante su hospitalización actual (por todo el equipo de salud)?					
8. ¿Qué tan satisfecho (a) se encuentra con la atención de enfermería recibida durante su hospitalización actual?					

Anexo 5

Sección B

Cuidado de enfermería perdido

El profesional de enfermería se enfrenta a una variedad de responsabilidades durante su turno, lo que a menudo requiere la reorganización de prioridades. Esta situación puede impactar su capacidad para proporcionar y cumplir con todos los cuidados necesarios para los pacientes. Según su experiencia, ¿con qué frecuencia observó que se realizaron las siguientes actividades de cuidado por parte del profesional de enfermería durante su hospitalización?

Marque solo una casilla por cada pregunta

Elementos del cuidado	Siempre	Frecuente-mente	De vez en cuando	Rara vez	Nunca	No aplica
1) Le apoyaron en la deambulaci3n tres veces al d3a o seg3n la indicaci3n.						
2) Le apoyaron para realizar cambio de posici3n cada 2 horas o de acuerdo con sus necesidades.						
3) Le apoyaron en su alimentaci3n cuando la comida estaba caliente.						
4) Verificaron la dieta indicada y se la acercaron si es que usted se puede alimentar por s3 mismo.						
5) Le administraron los medicamentos dentro de los 30 min. antes o despu3s de la hora programada.						

Elementos del cuidado	Siempre	Frecuente-mente	De vez en cuando	Rara vez	Nunca	No aplica
6) Le tomaron los signos vitales por turno.						
7) Le preguntaron que comió y cuántas veces orinó (cuantificación egresos e ingresos).						
8) Observó que hicieran registro de datos en la hoja de enfermería cada que acudían a valorarlo.						
9) Le orientaron o informaron acerca de su enfermedad, las pruebas y los estudios de diagnóstico.						
10) Le brindaron apoyo emocional a usted y/o a su familia.						
11) Le dieron apoyo para bañarse.						
12) Le apoyaron para realizar el cuidado de la boca.						
13) Le apoyaron para realizar lavado de manos.						
14) Le han proporcionado orientación que es de utilidad para el alta hospitalaria.						

Elementos del cuidado	Siempre	Frecuente-mente	De vez en cuando	Rara vez	Nunca	No aplica
15) Le realizaron continuamente chequeo de glucosa en caso de tenerlo indicado.						
16) Valoraron su condición actual en cada turno.						
17) Reevaluaron su condición actual en caso necesario.						
18) Le revisaron los sitios IV/Vía central.						
19) Respondieron a su llamado en un tiempo menor a 5 minutos.						
20) En caso de solicitar medicamentos, se lo han administrado en un tiempo menor a 15 minutos.						
21) Evaluaron la eficacia de los medicamentos (por ejemplo, en caso de dolor, verificaron si éste disminuyó).						
22) Asistieron a las visitas de evaluación realizadas por otros profesionales: médico, nutriólogo, etc.						

Elementos del cuidado	Siempre	Frecuente-mente	De vez en cuando	Rara vez	Nunca	No aplica
23) Le ayudaron para ir al baño en un tiempo no mayor a los 5 minutos de su solicitud.						
24) Le apoyaron en los cuidados de su Piel/Cuidado de heridas (en caso necesario).						

¿A qué atribuye Usted que algunos cuidados no se realicen “Siempre” por parte del profesional de enfermería?

Anexo 6

Carta de institución de salud participante



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO

Dra. KARLA SELENE LÓPEZ GARCIA
Secretaria de Investigación
Facultad de Enfermería de la UANL
Presente. –

Estimada Dra. López García

En respuesta a su solicitud con fecha del **09 de septiembre del 2024**, recibida en las oficinas de la Subdirección de Investigación, se informa que **estamos enterados y no tenemos inconveniente** de la realización del estudio de investigación: **“CUIDADO DE ENFERMERÍA PERDIDO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS Y FATIGA DE DECISIÓN EN ENFERMERÍA”** un estudio piloto realizado por la Lic. **Gabriela Alemán Martínez** como parte del Programa de Maestría en Ciencias de Enfermería, registrado con la clave **FAEN-M-2022**

Sin más por el momento, me despido de usted.

Atentamente,

“Alere Flammam Veritatis”

Monterrey, Nuevo León, 10 de septiembre de 2024

DRA. PERLA ROCÍO COLUNGA
Secretaria de Investigación Clínica UANL

SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

Edificio de la Biblioteca Central de la Facultad de Medicina de la U.A.N.L. planta baja.
Av. Francisco I. Madero y Dr. Eduardo Aguirre Pequeño Col. Milras Centro, 64460 Monterrey, N.L. México
Teléfonos: (+52) 818329 4050 Ext. 2871 al 2874. Correo Electrónico: sinvestigacion@meduanl.com

Resumen Autobiográfico

Lic. Gabriela Alemán Martínez

Candidato para Obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

Tesis: CUIDADO DE ENFERMERÍA PERDIDO EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS Y FATIGA DE DECISIÓN EN PROFESIONALES DE
ENFERMERÍA

LGAC: Gestión de Calidad en Salud

Biografía: Nacida en San Luis Potosí, S.L.P., el 12 de abril de 1994, segunda de cuatro hermanos, hija de Marco Antonio Alemán y Fidela Martínez.

Educación: Egresada de la Licenciatura en Enfermería por la Universidad Autónoma de San Luis Potosí en 2017. En 2023 inició la Maestría en Ciencias de Enfermería en la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Experiencia profesional: La trayectoria profesional comenzó en 2015 con atención domiciliar a pacientes. De 2017 a 2019 se desempeñó en el sector industrial en San Luis Potosí, enfocándose en salud ocupacional y seguridad. En 2019 se trasladó a Monterrey, integrándose a una agencia de enfermería, y de 2020 a 2021 colaboró en el Hospital de Ginecología y Obstetricia en áreas clínicas. Entre 2022 y 2023 fue docente por hora en la Universidad UNIDEP, campus Saltillo, impartiendo las asignaturas de Ginecología y Calidad de los Servicios de Enfermería. Desde 2021 ocupa el cargo de enfermera ejecutiva en Laboratorios Pisa, dentro del programa de diálisis peritoneal, participando en el seguimiento de pacientes y en la capacitación de personal de salud.

Correo: gaalemz@hotmail.com