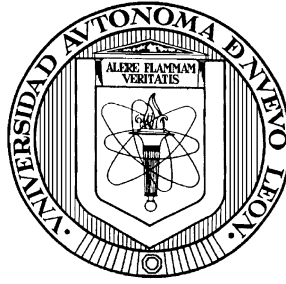


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



CUIDADO DE ENFERMERÍA PERDIDO EN PACIENTES CON RIESGO
O CON ÚLCERAS POR PRESIÓN

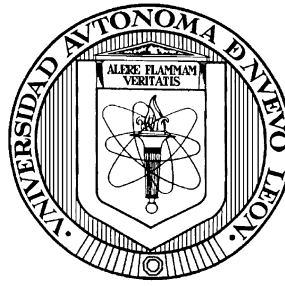
Por

LIC. JONATHAN HERMAYN HERNÁNDEZ VALLES

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

JUNIO, 2015

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



CUIDADO DE ENFERMERÍA PERDIDO EN PACIENTES CON RIESGO
O CON ÚLCERAS POR PRESIÓN

Por

LIC. JONATHAN HERMAYN HERNÁNDEZ VALLES

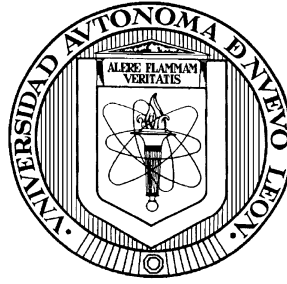
Director de Tesis

DRA. MARÍA GUADALUPE MORENO MONSIVÁIS

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

JUNIO, 2015

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



CUIDADO DE ENFERMERÍA PERDIDO EN PACIENTES CON RIESGO
O CON ÚLCERAS POR PRESIÓN

Por

LIC. JONATHAN HERMAYN HERNÁNDEZ VALLES

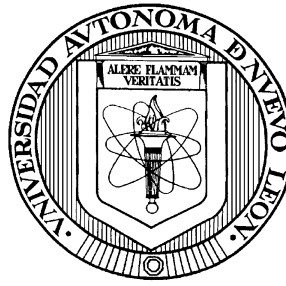
Co-Director de Tesis

MCE. MA. GUADALUPE INTERIAL GUZMÁN

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

JUNIO, 2015

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



CUIDADO DE ENFERMERÍA PERDIDO EN PACIENTES CON RIESGO
O CON ÚLCERAS POR PRESIÓN

Por

LIC. JONATHAN HERMAYN HERNÁNDEZ VALLES

Asesor Estadístico

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA PhD.

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

JUNIO, 2015

Aprobación de Tesis

Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis
Director de Tesis

Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis
Presidente

MCE. Ma. Guadalupe Interrial Guzmán
Secretario

Dra. Leticia Vázquez Arreola
Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirector de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

Gracias a Dios por permitirme la oportunidad de culminar una de mis metas profesionales.

A mi Familia por darme todo el apoyo que siempre me ha brindado.

A todo el personal directivo, administrativo y de enfermería del Hospital “Dr. José Eleuterio González”, por todo su apoyo para continuar mi superación profesional.

A la Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis, quien fue una gran guía para mi aprendizaje y le agradezco toda la disponibilidad y paciencia que ha tenido en mi persona para culminar este proyecto.

A la MCE. Ma. Guadalupe Interrial Guzmán, parte importante en el cumplimiento de esta meta.

A la Dra. Leticia Vázquez Arreola, por su apoyo en el desarrollo de este proyecto.

A todo el personal docente, administrativo y de investigación de la Facultad de Enfermería.

Dedicatoria

A mi amada familia, especialmente a mis padres Jaime y Nelly, y a mis hermanos Jaime, Carlos y Daniel por todo su confianza, entusiasmo y apoyo incondicional que me han brindado en cada uno de los sueños que he podido cumplir, gracias a ellos.

A mi pequeño sobrino Damián, que siempre me entusiasma para ser mejor cada día y lograr ser un gran ejemplo para él.

A mi queridísima tía Lilia, esposo e hijas, por todo el apoyo y cariño que me han brindado cada uno de ellos.

A todos y cada uno de mis compañeros de la maestría, por su apoyo y confianza que me brindaron.

A todos y cada uno de mis amigos, en especial a Ahydee y Victoria, por su paciencia, apoyo, por sus palabras de aliento y su determinación a no dejarme vencer.

Tabla de contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco conceptual	5
Estudios relacionados	8
Definición de términos	14
Objetivo general	15
Objetivos específicos	16
Capítulo II	
Metodología	17
Diseño del estudio	17
Población, muestreo y muestra	17
Instrumento	18
Procedimiento de recolección de datos	20
Consideraciones éticas	22
Estrategia para el análisis de datos	23
Capítulo III	
Resultados	25
Características del personal de enfermería	25
Elementos del cuidado percibidos por el personal de enfermería	28
Cuidado de enfermería perdido de acuerdo a las características sociolaborales del personal de enfermería	35
Factores relacionados con el cuidado de enfermería perdido percibido por el personal de enfermería	36

Contenido	Página
Valoraciones de los elementos del cuidado perdido por parte del personal de enfermería a pacientes con riesgo o con UPP	39
Características sociodemográficas de los pacientes valorados en el primer mes	39
Cuidado de enfermería en pacientes con riesgo o UPP valorados en el primer mes	41
Características sociodemográficas de los pacientes valorados en el segundo mes	43
Cuidado de enfermería en pacientes con riesgo o UPP valorados en el segundo mes	45
Características sociodemográficas de los pacientes valorados en el tercer mes	47
Cuidado de enfermería en pacientes con riesgo o UPP valorados en el tercer mes	49
Cuidado de enfermería perdido percibido por el personal de enfermería y su relación con los factores asociados	52
 Capítulo IV	
Discusión	54
Conclusiones	59
Recomendaciones	60
Referencias	61
Apéndices	65
A Carta de institución de salud participante	66
B Consentimiento informado del personal de enfermería	67
C Encuesta MISSCARE para el personal de enfermería	69
D Consentimiento informado del paciente	77

Contenido	Página
E Consentimiento informado del cuidador principal o tutor	79
F Cédula de datos de identificación del paciente	81
G Cédula de valoración de cuidados de enfermería en pacientes con riesgo o con UPP	82

Lista de tablas

Tabla	Página
1. Características sociodemográficas del personal de enfermería	26
2. Datos sociolaborales del personal de enfermería	27
3. Promedio de pacientes asignados al personal de enfermería	28
4. Cuidados de enfermería correspondientes a intervenciones de necesidades individuales	29
5. Cuidados de enfermería correspondientes a intervenciones de planificación del alta y educación del paciente	30
6. Cuidados de enfermería correspondientes a intervenciones de cuidado básico	31
7. Cuidados de enfermería correspondientes a intervenciones con evaluaciones continuas	32
8. Cuidados de enfermería correspondientes a la prevención de UPP en pacientes hospitalizados	33
9. Índice global y por dimensiones de cuidado de enfermería perdido	34
10. Cuidado de enfermería perdido de acuerdo al servicio asignado	35
11. Factores del recurso humano que influyen en el cuidado de enfermería perdido	36
12. Factores de recursos materiales que influyen en el cuidado de enfermería perdido	37

Tabla	Página
13. Factores de comunicación que influyen en el cuidado de enfermería perdido	38
14. Índices de factores que contribuyen al cuidado de enfermería perdido	39
15. Características sociodemográficas de los pacientes valorados en el primer mes	40
16. Cuidados de enfermería para la prevención de UPP en pacientes hospitalizados valorados en el primer mes	42
17. Características sociodemográficas de los pacientes valorados en el segundo mes	44
18. Cuidados de enfermería para la prevención de UPP en pacientes hospitalizados valorados en el segundo mes	46
19. Características sociodemográficas de los pacientes valorados en el tercer mes	48
20. Cuidados de enfermería para la prevención de UPP en pacientes hospitalizados valorados en el tercer mes	50
21. Índice global y de cuidado de enfermería perdido para la prevención de UPP en sus diferentes valoraciones	51
22. Relación de las dimensiones de cuidado y los factores por los que se omite el cuidado	52

Lista de figuras

Figura	Página
1. Modelo del cuidado de enfermería perdido	5

Resumen

Lic. Jonathan Hermayn Hernández Valles
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Julio, 2015

Título del Estudio: CUIDADO DE ENFERMERIA PERDIDO EN PACIENTES CON RIESGO O CON ULCERAS POR PRESIÓN

Número de Páginas: 83

Candidato para obtener el grado de
Maestría en Ciencias de Enfermería

LGAC: Gestión de Calidad en Salud

Propósito y Método del Estudio: El cuidado de enfermería perdido es todo aspecto de la atención que requiera el paciente que se omite o se retrasa significativamente, cuando este cuidado no se brinda conlleva a diferentes resultados negativos en el paciente como lo son las úlceras por presión (UPP). El propósito del presente estudio descriptivo correlacional fue el determinar el cuidado de enfermería perdido u omitido percibido por el personal de enfermería y su relación con el cuidado perdido identificado en la valoración de pacientes con riesgo o con presencia de UPP en una institución pública del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León. Se utilizó la encuesta MISSCARE para Personal de Enfermería, con un Alpha de Cronbach de .89 y una Cédula de Valoración de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Riesgo o con UPP. La población de estudio se conformó por 161 enfermeras y 483 pacientes de los servicios de Cirugía General, Neurocirugía, Traumatología, Medicina Interna, Neurología y en las Unidades de Cuidados Intensivos Adultos y Postquirúrgicos. Para el análisis estadístico se utilizó estadística descriptiva como frecuencias y porcentajes, se generaron índices y se analizaron a través de medias, medianas, desviación estándar e intervalos de confianza al 95%. Se utilizó la prueba de correlación de Spearman, Kruskal Wallis y U de Mann-Whitney para el análisis inferencial.

Contribución y Conclusiones: Los resultados permitieron identificar que existen cuidados durante la estancia hospitalaria del paciente que son omitidos o retrasados. El personal de enfermería señaló que existe menor omisión del cuidado en las intervenciones de cuidado con evaluaciones continuas $M=26.61$ ($DE=21.03$) mientras que la mayor omisión correspondió a la planificación del alta y educación al paciente $M=31.67$ ($DE=31.96$). Los factores que contribuyen al cuidado de enfermería perdido de acuerdo al personal, correspondieron en primer orden al recurso humano $M=85.61$ ($DE=10.33$), seguido de los recursos materiales $M=82.40$ ($DE=15.64$) y por último los de comunicación $M=81.22$ ($DE=11.61$). Los cuidados de enfermería perdidos que predominaron en pacientes con riesgo o con UPP de acuerdo a las valoraciones fueron el uso de liberador de presión en prominencias óseas (60.2%), uso de colchones neumáticos e higiene diaria del paciente (ambos con 59.6%). Si bien, se encontró un alto porcentaje de cuidado de enfermería perdido de acuerdo a la percepción del personal y lo valorado en los pacientes, no se encontró una relación significativa.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

Capítulo I

Introducción

La calidad y seguridad del paciente a nivel mundial es un aspecto relevante para los sistemas hospitalarios debido a su impacto ético y financiero (Bartolomé et al., 2005). La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2008), estima que uno de cada 10 pacientes que vive en países industrializados sufre de eventos adversos mientras reciben cuidados de salud; esta inadecuada atención al paciente genera gastos médicos, de hospitalización, infecciones nosocomiales y discapacidad; lo que en algunos países cuesta entre 6,000 millones y 29,000 millones de dólares por año.

Esto ha generado que distintos organismos nacionales e internacionales participen en la formulación de estrategias para mantener altos estándares de calidad. En México, a partir de 1999 se desarrolló el modelo de calidad para la seguridad del paciente, el cual está conformado por metas internacionales, estándares centrados en el paciente y estándares centrados en la gestión. La creación y desarrollo de este modelo tiene como finalidad mejorar la calidad de los servicios de atención y de la seguridad que se brinda a los pacientes, sobretodo, durante su estancia hospitalaria (Consejo de Salubridad General, 2012).

La seguridad del paciente se define como la evitación y prevención de fallas en la atención que se proporciona en los servicios sanitarios, con la finalidad de evitar eventos adversos que pongan en riesgo la vida de los usuarios. Además, es un componente prioritario de la calidad asistencial, donde el personal de enfermería juega un papel importante por ser uno de los principales proveedores de cuidados (Zarza, Alba & Salcedo, 2008).

Durante la estancia hospitalaria de un paciente existe el riesgo de que se presenten eventos adversos como resultado de la atención, estos eventos son daños causados al paciente por un procedimiento cuyo resultado no es atribuible a la

enfermedad o condición de salud que originó la búsqueda de atención (Zarza et al., 2008). Estos errores producto de la atención que se proporciona, por ejemplo administrar una dosis incorrecta al paciente, se denominan error de comisión; sin embargo, durante la práctica existen también procedimientos que no se realizan de acuerdo a las demandas del paciente, por ejemplo, ayudar en la deambulaci3n, estos se denominan error de omisi3n. Seg3n la Agency for Healthcare Research and Quality un error de omisi3n es m3s dif3cil de reconocer que un error de comisi3n, por lo que representa un problema mayor en el paciente (Kalisch, Landstrom & Williams, 2009).

Kalisch (2009) menciona que el cuidado de enfermer3a perdido es considerado un error de omisi3n y 3ste se define como cualquier aspecto de la atenci3n que requiera el paciente que se omite o retrasa significativamente. Algunos estudios realizados con el fin de determinar los cuidados de enfermer3a perdidos, demostraron que regularmente se omit3an la deambulaci3n tres veces al d3a, la educaci3n al paciente, higiene de boca, cambios de posici3n del paciente cada dos horas, ba3o en cama, cuidado de la piel, la vigilancia adecuada y el desarrollo o actualizaci3n de los planes de cuidados de enfermer3a (Ausserhofer et al., 2013; Ball, Murrells, Rafferty, Morrow & Griffiths, 2013; Kalisch et al., 2009; Kalish, Tschannen, Lee & Friese, 2011; Phoenix & Gravlin, 2009).

El d3ficit de personal, tiempo requerido para los cuidados, trabajo en equipo deficiente, el s3ndrome “ese no es mi trabajo”, delegaci3n inefectiva, h3bitos, negaci3n y dotaci3n de personal son algunos de los factores por los cuales regularmente los cuidados de enfermer3a no son realizados en su totalidad (Ausserhofer et al., 2013; Ball et al., 2013; Kalisch, 2006; Kalisch et al., 2009; Kalish et al., 2011; Kalisch, Tschannen & Lee, 2011; Phoenix et al., 2009).

Kalisch (2006) asegura que la omisi3n de cuidados durante la atenci3n conlleva a diferentes resultados negativos en el paciente como el incremento de las tasas de mortalidad (Person, Allison & Kiefe, 2004), infecciones (Needleman, Buerhaus,

Mattke, Steewart & Zelevinsky, 2002), úlceras por presión (Lichtig, Knauf & Milholland, 1999), caídas de pacientes (Sovie & Jawad, 2001), estancias prolongadas (Needleman et al., 2002), eventos adversos (Mark, Harless, McCue & Xu, 2004), complicaciones después de la cirugía (Kovner, Jones, Zhan, Gergen & Basu, 2002) y la insatisfacción del paciente (Potter, Barr, Mcsweeney & Sledge, 2003). Si bien, todos los resultados del cuidado son relevantes, el presente estudio se centra en las úlceras por presión.

Las úlceras por presión (UPP) son un importante reto al que se enfrentan los profesionales en su práctica asistencial. Sobre todo porque éstas pueden ser prevenibles. Uno de los primeros pasos para la prevención es el uso de una escala para detectar el tipo de riesgo, el cual puede ser bajo, medio y alto, de acuerdo a los resultados de la valoración se debe elaborar un plan de cuidados pertinente para evitar o disminuir el desarrollo de la úlcera.

Generalmente la inmovilidad se considera el factor predisponente principal para el desarrollo de una UPP, también se asume a menudo que existe una relación con la nutrición (Cova, García & Sánchez, 2010). Se estima que un 95% de las UPP pueden ser prevenidas con un manejo adecuado de los factores de riesgo predisponentes al desarrollo de estas (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas, 2007).

La prevalencia de UPP reportada a nivel mundial de acuerdo a la OMS se encuentra entre el 5 y 12%, en América es del 7% y en México no se cuenta con datos exactos; sin embargo, en instituciones de salud oscila entre el 4.5 - 13% (Cantún, 2005). La aparición de UPP es un proceso que se halla íntimamente relacionado con los cuidados de enfermería proporcionados al paciente. No hay duda de que cuanto mayor sea la calidad y continuidad de los cuidados preventivos en pacientes con riesgo a desarrollar una UPP, se reflejará en una reducción en la incidencia (Cova et al., 2010).

Tomás et al. (2005) demostraron que los pacientes postrados en cama presentaron al menos una úlcera por presión, en su mayoría su presencia se relacionó con el déficit de movimiento ya que eran pacientes internados en unidades de cuidado intensivo y médico quirúrgicas, también se demostró que fueron causadas por una deficiente alimentación, así como por el manejo inadecuado de la humedad a causa de la incontinencia.

Hasta el momento existen pocos estudios orientados a medir el cuidado de enfermería perdido y estos se han centrado en la percepción del personal de enfermería, lo cual es relevante por el impacto negativo que genera en los resultados en el paciente. Si bien la literatura recomienda la necesidad de vincular el cuidado perdido con los resultados de la atención, esto ha sido poco abordado, razón por lo que para el presente estudio se considera relevante identificar el cuidado de enfermería perdido de acuerdo a la percepción del personal de enfermería y su relación con el cuidado perdido identificado en la valoración de pacientes con riesgo o con presencia de UPP.

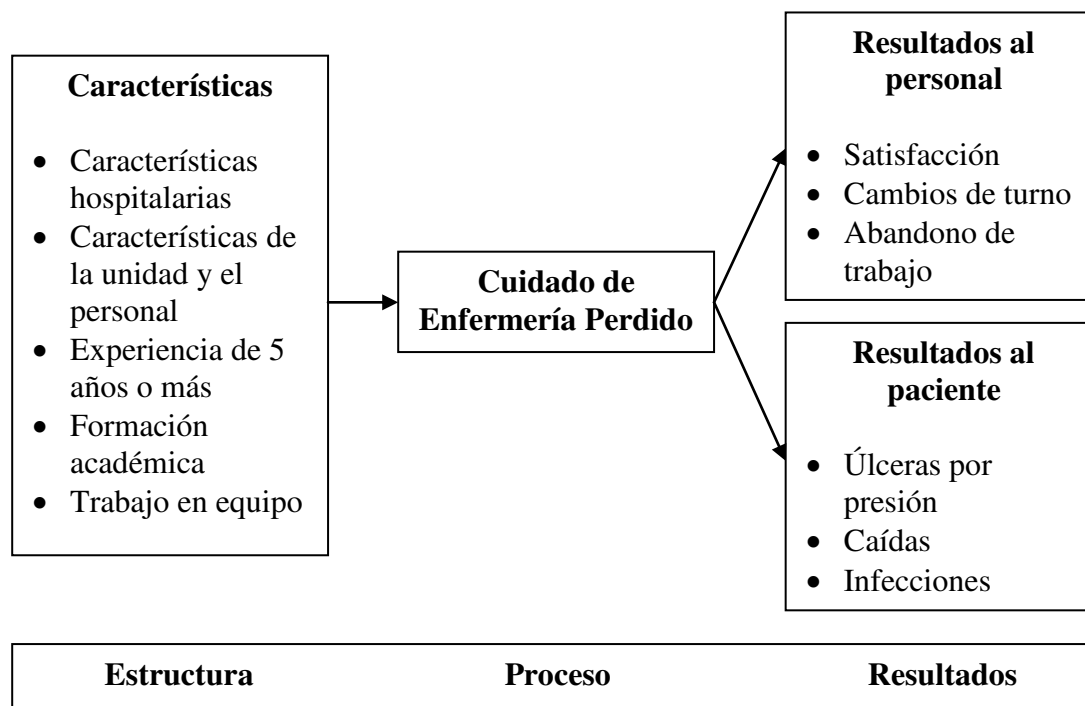
La identificación de los cuidados realizados así como los omitidos relacionados a UPP, es de utilidad para el administrador de enfermería debido a que le permitirá contar con información precisa para la gestión de protocolos o planes de atención específicos para la prevención de UPP. Esto es relevante sobre todo, por el carácter prevenible de las UPP.

En consideración a lo anterior, el propósito del presente estudio descriptivo correlacional es determinar el cuidado de enfermería perdido u omitido percibido por el personal de enfermería y su relación con el cuidado perdido identificado en la valoración de pacientes con riesgo o con presencia de úlceras por presión en una institución pública del área metropolitana de Monterrey, N.L.

Marco conceptual

El sustento teórico del estudio se basa en el modelo del cuidado de enfermería perdido de Kalisch (2009) (Figura 1), este se deriva del modelo de calidad de Donabedian (1966) el cual incluye tres componentes: estructura, proceso y resultados. La estructura se refiere a esas características únicas con las que cuenta el hospital y el personal de atención, el proceso es el cuidado de enfermería que se otorga al paciente y los resultados son el producto del cuidado proporcionado a los pacientes durante su estancia hospitalaria.

Figura 1. Modelo del cuidado de enfermería perdido



La estructura incluye los recursos laborales, materiales y de comunicación. Los recursos laborales abordan la dotación y tipo de personal de enfermería (el nivel de competencia, la educación y la experiencia del personal) disponible en relación con las demandas de atención de los pacientes. Los medicamentos, suministros y funcionamiento de los equipos necesarios para la atención de enfermería corresponden

a los recursos materiales, su disponibilidad influye en la capacidad de las enfermeras para proporcionar cuidados. Los recursos de la comunicación se refieren a la transferencia de información entre los miembros de la unidad de pacientes. Cuando estos aspectos no están disponibles o no apoyan la continuidad de la atención se constituyen en los principales factores de riesgo relacionados con el cuidado perdido.

El proceso se refiere al cuidado otorgado por el personal de enfermería, cuando éste no se realiza, se denomina cuidado de enfermería perdido, el cual se refiere a cualquier aspecto de la atención que requiera el paciente que se omita o retrase significativamente. El proceso de cuidado se divide en: intervenciones de necesidades individuales, planificación del alta y educación del paciente, intervenciones de cuidado básico y cuidados con evaluaciones continuas.

Las intervenciones de necesidades individuales, son aquellas que se realizan al valorar las necesidades del paciente con la finalidad de identificar y priorizar la atención de enfermería; en las cuales se valora la efectividad de los medicamentos, el apoyo emocional al paciente y/o de la familia. La planificación del alta y educación del paciente, se emplean para desarrollar un plan acorde a las necesidades y requerimientos del paciente necesario al alta. Dentro de esta intervención se derivan los elementos de cuidado como enseñanza al paciente sobre los procedimientos y educación al paciente acerca de los planes para su cuidado.

En las intervenciones de cuidado básico, son incluidos los cuidados de la vida diaria, en los cuales el paciente durante la hospitalización necesita de apoyo para llevarlos a cabo. Para ello es importante la asistencia en la deambulación tres veces al día o según lo indicado, cambio de posición al paciente cada dos horas o de acuerdo a las necesidades. En las intervenciones de cuidado con evaluaciones continuas, se analizan los resultados de los cuidados realizados para realizar modificaciones en el plan de atención, esto con la finalidad de cubrir las necesidades de atención que requiere el paciente; por lo que es de suma importancia la valoración de los cuidados

de enfermería como lo son los signos vitales, control de ingresos y egresos (balance de líquidos) y la documentación completa de todos los datos. Al existir omisiones en el cuidado de acuerdo a las demandas del paciente se pueden generar resultados negativos en el paciente.

Las consecuencias del cuidado de enfermería perdido son de largo alcance en términos de resultados de los pacientes. Por ejemplo, el no movilizar a un paciente puede generar como resultado la presencia de úlceras por presión, la ausencia de enseñanza al paciente puede dar lugar a complicaciones y reingresos, el déficit en la higiene de la boca en los pacientes con asistencia respiratoria puede conducir a la neumonía asociada a la ventilación, no bañar a un paciente podría conducir a no detectar una ruptura de la piel en una etapa temprana.

Como se mencionó anteriormente existen cuidados específicos para prevenir ciertos resultados negativos, como es el caso de los cuidados que están directamente vinculados con la prevención de UPP, como los cambios de posición, higiene, alimentación adecuada, entre otros. Por tal motivo es importante la valoración del riesgo para determinar los cuidados adecuados según los resultados.

De acuerdo a las escalas de valoración existen tres tipos de riesgo: bajo, medio y alto. Cuando el paciente es independiente, es capaz de deambular, alimentarse y bañarse; tendrá un riesgo bajo de desarrollar UPP para esto es importante tener en cuenta la hidratación de la piel y el fomentar la participación del paciente en su higiene diaria. Cuando la valoración muestra riesgo medio, el paciente tiene un déficit en ciertas actividades independientes, por ejemplo en la deambulación, en donde puede necesitar apoyo total o parcial, pérdida involuntaria de orina, entre otros, para ello los cuidados para este tipo de riesgo son el vigilar las zonas en contacto con dispositivos terapéuticos, proporcionar dispositivos para la deambulación, entre otros.

Cuando el paciente es totalmente dependiente, aumentará el riesgo de desarrollar UPP, por tal motivo es importante tener en cuenta distintos tipos de

cuidados, entre ellos el vigilar las zonas expuestas a humedad (por incontinencia, transpiración, estomas, secreciones, drenajes, entre otros), el uso de colchones neumáticos para reducir la presión, cambios de posición cada dos horas siguiendo una rotación programada, entre otros.

Si el paciente cuenta con una UPP, es importante tener cuidados específicos, como por ejemplo realizar curación de la úlcera al menos una vez por turno, mantener el área limpia y seca, entre otros. Estos cuidados podrán ayudar a que la lesión se mantenga o disminuya hasta lograr su total curación.

Estudios relacionados

A continuación se presentan los estudios relacionados con la temática, primeramente se incluyen los referentes al cuidado perdido, posteriormente los vinculados a las UPP.

Kalisch (2006) realizó un estudio cualitativo para determinar cuáles son los cuidados que regularmente se omiten en unidades quirúrgicas médicas, así como sus razones. La muestra estuvo integrada por 107 enfermeros registrados y 51 auxiliares de enfermería divididos en 25 grupos, en dos hospitales de la región norte de USA. Se encontraron nueve elementos del cuidado de enfermería perdidos entre los cuales se encuentran la deambulaci3n, cambios de posici3n, alimentaci3n retrasada u olvidada, educaci3n al paciente, plan del alta, apoyo emocional, higiene, documentaci3n de ingresos y egresos y la vigilancia. De acuerdo a las razones por las que se omite el cuidado se encontraron siete: d3ficit de personal, tiempo requerido para los cuidados, trabajo en equipo deficiente, el s3ndrome “ese no es mi trabajo”, delegaci3n inefectiva, h3bitos y negaci3n.

Phoenix y Gravlin (2009) realizaron un estudio cualitativo con el objetivo de conocer como enfermer3a usa el pensamiento cr3tico para delegar el cuidado de enfermer3a. La muestra estuvo formada por 27 enfermeros de un hospital universitario

del Noreste de USA, divididos en cuatro grupos. Encontraron que antes de delegar alguna actividad o cuidado, enfermería valora la condición del paciente, competencia, experiencia, y la carga de trabajo de los auxiliares; también se demostró que la delegación efectiva entre enfermería y auxiliares depende de la relación entre ellos, de la comunicación, apoyo del sistema y el liderazgo de enfermería; los cuidados de enfermería perdidos encontrados fueron la higiene, alimentación, cambios de posición, cuidado de la piel, deambulación y cuidado de la boca. Se concluye que una delegación inefectiva en los cuidados básicos de enfermería pueden resultar en pobres resultados en los pacientes, con potencial impacto en las medidas de calidad y la satisfacción.

Hesselink et al. (2012) diseñaron un estudio cualitativo con el objetivo de explorar las barreras y facilitadores para la atención centrada en el paciente en el proceso de alta del hospital. Se realizó mediante un muestreo intencional de 192 entrevistas individuales y 26 grupos focales, los cuales incluyeron tanto a pacientes, familiares, médicos y personal de enfermería. De acuerdo al análisis resultaron 15 categorías, de las cuales destacan, falta de tiempo, dar prioridad a la prestación de atención médica o de enfermería, apoyo emocional, preparación del paciente para el alta, cambio de turno de los proveedores del cuidado y problemas con el alta en fin de semana. Se concluye que en una medida considerable la atención centrada en el paciente se ve influida por el comportamiento de los profesionales de la salud y de aspectos organizativos más allá de la influencia directa de estos profesionales.

Schubert et al. (2008) realizaron un estudio para explorar la asociación entre la disminución de la atención de enfermería y algunos resultados seleccionados en hospitales suizos. Se utilizó un muestreo por conveniencia, tanto de enfermeras como pacientes en los ocho hospitales de cuidado crítico que participaron, se demostró que la media de reportes de cuidados de enfermería perdidos fue de 0.82 (\pm 0.26), lo que indica que les era posible realizar tareas específicas de enfermería. Se encontró que la mayoría de las enfermeras reportaron que todos los eventos adversos se habían

presentado al menos alguna vez en el año, tales como las infecciones nosocomiales con un 93%, caídas 89% y con un 82% úlceras por presión.

Kalisch (2009) realizó un estudio de métodos mixtos para comparar la percepción del personal de enfermeras registradas y enfermeras asistentes de los cuidados de enfermería perdidos y las razones por las que se pierde este cuidado. El estudio estuvo conformado por dos grupos, en el grupo uno se recolectó datos mediante una encuesta, y en el grupo dos se formaron grupos de enfermeras registradas y enfermeras asistentes para entrevistarlos de acuerdo a los resultados obtenidos. Se encontró una media de 1.71 (\pm .34) de reportes de cuidados de enfermería perdidos en el grupo profesional y una media 1.49 (\pm .37) en el grupo no profesional. Las percepciones del cuidado perdido fueron similares entre ambos grupos: medicamentos administrados 30 minutos antes o después de la hora, valoración del efecto de la medicación PRN después de 15 minutos, evaluaciones de los pacientes por turno, evaluaciones de acuerdo al estado del paciente y educación a los pacientes sobre el cuidado después del alta. Entre las razones por las que se pierde el cuidado se encontró que los recursos humanos fueron similares entre los dos grupos ($p < .001$).

Kalish, Tschanen, Lee y Friese (2011) realizaron un estudio descriptivo con el propósito de conocer los cuidados de enfermería perdidos y las razones por las que se omiten. La muestra estuvo constituida por 4,086 enfermeros con cuidados directos al paciente, en 10 diferentes hospitales en el medio oeste. Se encontró que la deambulación tres veces al día fue el elemento citado más frecuente del cuidado de enfermería perdido (32.7%); la educación al paciente (31.8%) y seguidas de la higiene de boca. Dentro de los factores para la omisión del cuidado se demostró que la insuficiencia de recursos humanos fue la razón más citada para el cuidado perdido con un 93.1%, seguido de un 89.6% por los recursos materiales y 81.7% por aspectos relacionados con la comunicación. Las tendencias en la frecuencia y el tipo de cuidado de enfermería perdido fueron similares en todos los hospitales.

Kalisch, Landstrom y Williams (2009) realizaron un estudio descriptivo con el objetivo de demostrar cuáles y porqué se pierden los cuidados de enfermería. La muestra estuvo constituida por 1,189 enfermeros en tres hospitales de Michigan. Los resultados demostraron que la valoración del paciente se pierde en un 44%, pero se reporta que las intervenciones individuales básicas y de planeación se pierden en un porcentaje mayor al 70%. En cuanto a las razones del cuidado perdido se encuentran los recursos humanos con un 85%, seguido de los recursos materiales con un 56% y la comunicación con un 38%. Se concluyó que una gran proporción de todos los pacientes hospitalizados están en riesgo de presentar alguna complicación como úlceras por presión, debido a los cuidados de enfermería perdidos o errores de omisión. Este estudio demuestra que las enfermeras frecuentemente omiten los cambios de posición del paciente cada 2 horas, baño en cama y el cuidado de la piel, los cuales pueden tener implicaciones para favorecer el desarrollo de úlceras por presión durante la hospitalización.

Ausserhofer et al. (2013) realizaron un estudio transversal con el objetivo de describir la prevalencia y los factores por los cuales se omiten los cuidados de enfermería en hospitales europeos y explorar sus asociaciones con los factores de la organización. La muestra estuvo formada por 33, 659 enfermeras en 488 hospitales de 12 países europeos. Encontraron que el número de pacientes por enfermera profesional fue 8.4 (5.2 ± 12.7). Los cuidados que no se realizan con frecuencia fueron el confort o hablar con los pacientes (53%), el desarrollo o actualización de los planes de cuidados de enfermería (42%), la educación al paciente y su familia (41%), cuidado de la boca (35%) y la vigilancia adecuada (28%). También se demostró que un menor cuidado omitido se relaciona con los hospitales con ambientes de trabajo favorables ($\beta = -2,19$, $p < 0,0001$), así como con un menor número de pacientes por enfermera ($\beta = 0,09$, $p < 0,0001$). Además se encontró que a menor número de personal de enfermería que proporciona cuidado directo mayor cuidado omitido ($\beta = 2,18$, $p < 0,0001$).

Ball, Murrells, Rafferty, Morrow y Griffiths (2013) realizaron un estudio transversal para examinar la naturaleza y la prevalencia de la atención omitida por las enfermeras en hospitales nacionales, y para evaluar si el número de los episodios de atención omitidos se asocia con los niveles de dotación de personal de enfermería y valoraciones de la calidad de cuidados de enfermería. La muestra estuvo conformada de 2,917 enfermeras registradas en 46 hospitales agudos de Salud Nacional en Inglaterra. Demostraron que la mayoría de las enfermeras (86%) informaron que una o más actividades asistenciales se dejaron de hacer debido a la falta de tiempo en su último turno. Los cuidados que se dejaron de hacer con frecuencia fueron: consolar o hablar con los pacientes (66%), la educación de los pacientes (52%), el desarrollo o actualización de los planes de cuidados de enfermería (47%) y vigilancia adecuada (35%). El número de pacientes por enfermera fue significativamente asociado con la incidencia de la atención perdida ($p < 0.001$). Se identificó el cuidado omitido de acuerdo al tipo de servicio y su clasificación, se encontró que en los servicios clasificados como de baja calidad en seguridad de los pacientes, la media de cuidado omitido (actividades que se dejan de hacer por turno) se ubicó en 7.8 (6.82 ± 8.74), respecto a una media de 2.4 (2.15 ± 2.59) en los servicios clasificados como excelentes ($p < 0.001$).

Kalisch, Tschannen y Lee (2011) realizaron un estudio transversal, descriptivo con el propósito de examinar si el equipo de enfermería óptimo predice los cuidados de enfermería perdidos. La muestra estuvo constituida de 4288 enfermeros con cuidados directos al paciente en 10 hospitales de la región medio oeste de USA. Encontraron que la media de los cuidados de enfermería perdidos para las unidades participantes fue de 1.55 (± 0.19), la media de las horas por paciente por día fue de 11.16 (± 4.55), se demostró que las horas por paciente por día es un factor que influye en el cuidados de enfermería perdido ($p < 0.002$), al igual que el ausentismo ($p < 0.34$) y la experiencia mayor a 5 años ($p < 0.58$). Los resultados del estudio sugieren que los cuidados de

enfermería perdidos pueden explicar, al menos en parte, la relación entre la dotación de personal y resultados de los pacientes.

Cantún y Uc (2005) realizaron un estudio con el objetivo de describir la incidencia, características demográficas, clínicas y factores relacionados con el desarrollo de úlceras por presión. La muestra estuvo formada por 92 pacientes adultos susceptibles de presentar úlceras por presión, en un hospital de tercer nivel de atención en el IMSS. Encontraron que del total de ingresos registrados en censo, 24 pacientes desarrollaron UPP, con una incidencia de 4.5%. Se localizaron en talón derecho 70%, talón izquierdo 9% y sacro 9%, en 11 pacientes se presentó una segunda úlcera, en talón izquierdo 54%, sacro 18% y talón derecho 18%, por análisis bivariado se encontró correlación con movilidad disminuida, humedad y cizallamiento.

Tomás et al. (2005) realizaron un estudio transversal descriptivo para identificar la prevalencia de úlceras por presión, e identificar la presencia o no, de factores de riesgo. La muestra estuvo formada de 161 pacientes ingresados en el Hospital Son Dureta de Palma de Mallorca. Encontraron que el 52.2% pasaban el día acostados o sentados y el 47.8% estaban siempre en cama, el 47.7% presentaron úlcera y las úlceras, en su mayoría, se localizaron en extremidades inferiores con 45% y tronco un 47%. Dentro de los factores de riesgo se encontró que el 86.3% de pacientes presentaban déficit de autonomía para movilizar la zona afectada, déficit nutricional 64.6%, incontinencia 54.6% y en el 73.3% déficit de cuidados preventivos.

Gálvez et al. (2002) realizaron un estudio transversal, observacional para identificar la prevalencia UPP en pacientes incapacitados de una Zona Básica de Salud y caracterizar los factores de riesgo asociados a su aparición. La muestra estuvo conformada por 178 pacientes residentes en su domicilio o en una residencia geriátrica. Encontraron que la prevalencia de pacientes ulcerados fue de 12.9%, un 52.2% presentó una sola lesión; un 26.1%, dos lesiones; un 8.7%, tres y un 13%, cuatro o más. La presencia de úlceras se asoció significativamente con una disminución del estado de

alerta ($p < 0.001$), inmovilidad ($p < 0.001$), déficit cognitivo ($p < 0.001$), e incontinencia ($p < 0.005$).

En resumen, los estudios relacionados muestran que los cuidados de enfermería que regularmente se omitían eran la deambulaci3n tres veces al d3a, higiene de boca, alimentaci3n retardada u olvidada, cambios de posici3n del paciente cada dos horas, ba3o en cama y cuidado de la piel. En cuanto a los factores por los cuales se omiten estos cuidados fueron el d3ficit de personal, tiempo requerido para los cuidados, trabajo en equipo deficiente, delegaci3n inefectiva, mala comunicaci3n y la negaci3n. De acuerdo a los factores asociados al desarrollo de 3lceras por presi3n fueron la movilidad disminuida, humedad, cizallamiento, d3ficit nutricional y la incontinencia.

Definici3n de t3rminos

El cuidado de enfermer3a perdido es aquel cuidado que requiere el paciente, el cual se omite o se retrasa significativamente. Como por ejemplo no valorar las necesidades del paciente, no movilizar al paciente de acuerdo a sus necesidades, entre otras. El cuidado perdido se midi3 a trav3s de las omisiones en el cuidado relacionadas con las intervenciones de necesidades individuales, planificaci3n del alta y educaci3n del paciente, cuidado b3sico, de evaluaciones continuas y cuidado para la prevenci3n de UPP, de acuerdo a la percepci3n del personal de enfermer3a.

Los factores que influyen en el cuidado de enfermer3a perdido son aspectos que afectan la realizaci3n de los cuidados que requiere el paciente, lo que genera que se omita o se retrase. 3stos corresponden a recursos laborales (dotaci3n y caracter3sticas del personal de enfermer3a), recursos materiales (medicamentos, suministros y funcionamiento de los equipos necesarios para la atenci3n de enfermer3a) y de comunicaci3n (transferencia de informaci3n entre los miembros del equipo).

Cuidado de enfermer3a perdido en pacientes con riesgo o con UPP se refiere a la omisi3n o retraso de las intervenciones de enfermer3a que son dirigidas a prevenir o

ayudar a sanar las UPP, éstas pueden ser los cambios de posición, uso de liberadores de presión, higiene, curaciones de la UPP, entre otras.

Características laborales del personal de enfermería: se refiere a las características del personal de enfermería relacionadas con turno, nivel de formación, categoría, experiencia laboral, antigüedad en el servicio y servicio asignado al personal de enfermería.

El turno se refiere a la jornada laboral que puede ser matutino, vespertino, nocturno y plan piloto.

Nivel de formación corresponde a la educación formal en enfermería del personal participante.

La categoría es la clasificación que ocupa una persona en el hospital según su nivel de formación, estos pueden ser técnicos en enfermería, enfermería general y licenciatura en enfermería.

La experiencia laboral se refiere a los años totales en los cuales se ha ejercido la enfermería.

La antigüedad en el servicio se refiere al tiempo asignado en un área específica.

El servicio asignado se refiere al área donde se prestan los servicios de enfermería, estos pueden ser Medicina Interna, Neurología, Cirugía General, Traumatología y en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos y Postquirúrgicos

Objetivo general

Determinar la relación que existe entre el cuidado de enfermería perdido percibido por el personal de enfermería y el cuidado de enfermería perdido identificado en la valoración de pacientes hospitalizados con riesgo o con UPP.

Objetivos específicos

1. Identificar el cuidado de enfermería perdido en pacientes hospitalizados de acuerdo a la percepción del personal de enfermería.
2. Identificar el cuidado de enfermería perdido en pacientes hospitalizados de acuerdo a las características laborales del personal de enfermería.
3. Identificar los factores por los cuales se pierde el cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados de acuerdo a la percepción del personal de enfermería.
4. Identificar el cuidado perdido a través de la valoración de pacientes hospitalizados con riesgo o con UPP.
5. Determinar la relación que existe entre el cuidado de enfermería perdido percibido por el personal de enfermería y los factores asociados.

Capítulo II

Metodología

El presente capítulo aborda el diseño del estudio, población, muestreo y muestra, así como los instrumentos, procedimiento para la recolección de los datos, consideraciones éticas y las estrategias para el análisis de datos.

Diseño del estudio

El diseño del estudio fue descriptivo correlacional (Burns & Grove, 2012); este diseño permite observar, describir y documentar los cuidados que se otorgan al paciente durante su hospitalización e identificar su relación con el cuidado de enfermería en pacientes con riesgo o presencia de UPP.

Población, muestreo y muestra

La población de estudio correspondió al personal de enfermería con más de tres meses de antigüedad y pacientes adultos hospitalizados con riesgo medio o alto a desarrollar UPP o con presencia de UPP en los servicios de Medicina Interna, Neurología, Cirugía General, Traumatología y en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos y Postquirúrgicos de un hospital público de tercer nivel de atención del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León. Para el personal de enfermería se utilizó el censo. El muestreo de pacientes fue aleatorio simple, en los tres momentos en los que se hizo la recolección de datos. Se seleccionaron en forma aleatoria tres pacientes de cada enfermera ($n= 483$), con un intervalo de un mes entre cada una de las valoraciones. Para el cálculo de la muestra se utilizó el paquete estadístico nQuery Advisor versión 4.0 (Elashoff, Dixon, Crede & Fotheringham, 2000), se calculó a través de un parámetro de correlación bilateral con una potencia del 91%, un efecto

medio de .26 (Cohen, 1988) y una significancia de .05, dando como resultado una muestra estimada de 161 enfermeras.

Instrumento

Para medir el cuidado de enfermería perdido se utilizó la encuesta MISSCARE (Cuidado de Enfermería Perdido) para el personal de enfermería diseñado por Kalisch y Williams (2009). La encuesta está compuesta por 54 reactivos divididos en 3 secciones. La primera sección está conformada por 13 reactivos, esta constituida por datos demográficos y laborales del personal de enfermería, como nombre del servicio asignado, años de educación formal, edad, sexo, categoría asignada en la institución, experiencia laboral; las preguntas 1, 3, 4, 6 y 7 son de respuestas de opción múltiple y las preguntas 2, 5, 8, 9, 10, 11, 12 y 13 son de respuestas abiertas.

La segunda sección, “Sección A, Cuidado de Enfermería Perdido“, esta conformada por los elementos del cuidado de enfermería que se proporciona al paciente, cuenta con un total de 29 reactivos, los cuales se dividen en 4 dimensiones. Las preguntas 5, 11, 24, 25, 26, 27 y 28 corresponden a las intervenciones de necesidades individuales, las preguntas 10 y 15 corresponden a la planificación del alta y educación al paciente, las preguntas 1, 2, 3, 4, 12, 13, 14 y 29 corresponden a las intervenciones de cuidado básico, y por último las preguntas 6, 7, 8, 17, 21, 22 y 23 corresponden a las intervenciones de cuidados con evaluaciones continuas. La escala ha reportado un $\alpha=.89$ (Kalisch & Williams, 2009) y para el presente estudio se reportó un $\alpha=.75$. Adicionalmente se agregaron cinco preguntas 9, 16, 18, 19 y 20 correspondientes al cuidado de enfermería para la prevención de UPP en pacientes hospitalizados.

La escala de medición es de tipo Likert con un rango de respuesta que va de menor a mayor: 1 nunca, 2 rara vez, 3 de vez en cuando, 4 frecuentemente, 5 siempre y 0 no aplica. La opción “no aplica” se incluyó para todas aquellas preguntas de cuidados

de enfermería que no se realizan en turnos de noche, tales como la deambulaci3n o que no requieran todos los pacientes como el cambio de pañal. Para el an3lisis de los datos las opciones de respuesta se modificaron a una escala dicot3mica, las opciones 5 y 4 se consideraron cuidado realizado y se les asign3 un valor de "0" en relaci3n al cuidado perdido, mientras que las opciones 3, 2 y 1 se consideran cuidado perdido y se les asign3 un valor de "1". El puntaje m3ximo para esta secci3n es de 29 y el m3nimo de cero. Para el an3lisis de los datos se realizaron 3ndices con valores de 0 a 100 a mayor puntaje mayor cuidado perdido.

La tercera secci3n, "Secci3n B, Razones para que se d3 Cuidado de Enfermer3a Perdido", muestra todos aquellos factores por los que se omiten los cuidados de enfermer3a, cuenta con un total de 17 preguntas divididas en tres clasificaciones. Las preguntas 1, 2, 3 y 4 corresponden a recurso humano, las preguntas 6, 9 y 10 corresponden a recursos materiales, por 3ltimo las preguntas 5, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16 y 17 corresponden a aspectos de comunicaci3n. La escala ha reportado un $\alpha=.86$ (Kalisch & Williams, 2009) y para el presente estudio se report3 un $\alpha=.77$.

La escala de medici3n es de tipo Likert de cuatro puntos que va de mayor a menor: 4 raz3n significativa, 3 raz3n moderada, 2 raz3n menor y 1 no es una raz3n. El puntaje m3ximo para esta secci3n es de 68 y el m3nimo de 17. Para el an3lisis de esta secci3n se obtuvieron 3ndices con valores de 0 a 100, a mayor puntaje mayor raz3n significativa de cuidado de enfermer3a perdido. La versi3n original del instrumento es en ingl3s; sin embargo, el instrumento ya hab3a sido aplicado previamente en poblaci3n mexicana, y sometido a un proceso de traducci3n y retraducci3n, por lo que para el presente estudio, 3nicamente se realiz3 una prueba piloto previa para verificar la claridad de los reactivos.

Para perfilar a los pacientes participantes se utiliz3 una C3dula de Datos de Identificaci3n del Paciente, la cual incluye variables como edad del paciente en a3os

cumplidos, sexo, días estancia, servicio hospitalario, especialidad médica, tipo de riesgo para desarrollar UPP y presencia de UPP.

Para valorar los cuidados de enfermería en pacientes con riesgo o con UPP, se utilizó una cédula diseñada específicamente para el presente estudio donde se incluyeron los cuidados de enfermería necesarios en pacientes hospitalizados con riesgo a desarrollar UPP de acuerdo a guías de buenas prácticas clínicas y protocolos de cuidado para la prevención y manejo de UPP (Cuello et al., 2009; Joanna Briggs Institute, 1997; Joanna Briggs Institute, 2003; Rodríguez, Almozara, Gracia & Ribera, 2003; Torra & Rueda, 2000; Torra, Rueda & Cañames, 2002).

La Cédula de Valoración de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Riesgo o con UPP (CVCEPUPP) está compuesta por 15 reactivos. Las preguntas 1 - 11 y 14 se valoraron a través de observación al paciente, las preguntas 12, 13 y 15 se obtuvieron del expediente clínico del mismo. Las opciones de respuesta corresponden a sí, no y no aplica; “sí” cuando se observó el cuidado realizado, para lo cual se le otorgó un valor de un punto, “no” para el cuidado no realizado, otorgándole un valor de 0 y “no aplica” en caso de que el paciente no requiera un cuidado en específico de los valorados (en caso de utilizar pañal, se encuentra limpio y seco y en caso de presencia de UPP, se realiza curación de úlcera con uso de algún antiséptico). El puntaje máximo fue de 13 puntos en caso de cumplir con los primeros 13 reactivos, si aplica uno de los dos últimos reactivos el puntaje máximo fue de 14 y si aplican los dos fue de 15 puntos.

Procedimiento de recolección de datos

Primeramente se solicitó la autorización a los Comités de Investigación y Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, así como a los directivos de la Institución donde se realizó el estudio (Apéndice A).

Para recolectar la información en el personal de enfermería primeramente se solicitó la autorización por parte de la coordinación de enfermería y de las jefaturas de enfermería responsables de las áreas correspondientes al estudio, ya otorgada la autorización se procedió a solicitar la participación voluntaria al personal de enfermería. Se les explicó el objetivo del estudio y en caso de aceptar se les solicitó la firma del consentimiento informado (Apéndice B) y posteriormente se procedió a la aplicación del instrumento (Apéndice C), en el área específica privada otorgada por la institución, cuidando en todo momento que no se interfiriera en los cuidados de enfermería. A cada uno de los instrumentos se les asignó un código.

En el caso de los pacientes, primeramente se acudió con las encargadas de los servicios, seleccionando de las hojas de enfermería los pacientes con riesgo medio y alto de UPP, una vez identificados se eligió aleatoriamente un paciente por enfermera y se acudió al área donde estaba asignado, se le solicitó la participación voluntaria y se le explicó el objetivo de la investigación, en caso de aceptar se entregó a firmar el consentimiento informado (Apéndice D), si el paciente estaba inconsciente se le solicitó la autorización al cuidador principal o tutor para la valoración (Apéndice E). Al contar con el consentimiento por escrito, se procedió a llenar la cédula de datos de identificación del paciente (Apéndice F) y posteriormente se valoraron los cuidados de enfermería en pacientes con riesgo o con UPP (Apéndice G), se realizó en el momento que no interfiriera con los cuidados de enfermería, en su alimentación o en su hora de descanso. En caso de que el paciente tuviera riesgos importantes para el desarrollo de UPP, se le informó al personal encargado del paciente para que realizara los cuidados pertinentes.

El procedimiento de selección de los pacientes participantes y recolección de datos fue similar en los tres momentos en los que se realizó las mediciones en los pacientes. Para identificar a cada enfermera con sus respectivos pacientes se cuidó que el código asignado al personal de enfermería se colocara en los instrumentos de los

pacientes, seguido del número uno, dos y tres, de acuerdo a la medición correspondiente. Este código fue manejado exclusivamente por el investigador cuidando en todo momento la privacidad del personal de enfermería y pacientes participantes.

Consideraciones éticas

La investigación se apegó a las disposiciones establecidas en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1987) en los siguientes artículos. Título segundo:

En relación a lo establecido en el Artículo 13, se respetaron los derechos y se cuidó el bienestar del personal de enfermería y de los pacientes, así como su dignidad, por lo que se les brindó un trato serio durante el estudio, también se les explicó que tenían el derecho de retirarse del estudio en el momento que así lo decidieran sin que esto afectara sus derechos en la institución.

En cuanto al Artículo 14, fracción V, VI, VII, VIII, se contó con el Consentimiento Informado para el estudio, se les informó el objetivo de la investigación y se les solicitó su consentimiento de manera escrita. La investigación fue realizada por personal profesional de enfermería con conocimiento para la realización del estudio. Además se contó con el dictamen favorable del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León; y se llevó a cabo con la autorización de la institución.

Respecto a lo que establece el Artículo 16, se protegió en todo momento la privacidad y confidencialidad del personal de enfermería y de los pacientes, al no identificarles por su nombre. Los instrumentos se respondieron de forma individual, en el área asignada por las autoridades; además los datos que se obtuvieron no fueron proporcionados a personas ajenas al estudio.

En base al Artículo 17, fracción I, en el que se manifiesta el tipo de riesgo implicado, para el personal de enfermería se consideró una investigación sin riesgo, debido a que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada, en cuanto al paciente se consideró una investigación de riesgo mínimo, ya que se realizó una exploración general.

Referente al Artículo 18, se determinó al detectar algún riesgo para la salud del personal de enfermería o de los pacientes, o en caso de que los participantes así lo determinaran, se suspendería la investigación.

De acuerdo al Artículo 21, fracción VI, VII y VIII, a los participantes del estudio se les proporcionó respuesta a cualquier pregunta y/o aclaración de dudas. Además se les explicó que tendrían la libertad de retirar su consentimiento del estudio en el momento que lo desearan. Así como, la seguridad de que no se identificaría su nombre o dirección.

En relación al Artículo 22, fracción I, II, IV, se realizó el consentimiento informado por escrito, el cual incluye la firma de dos testigos y del participante, éste fue revisado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Respecto al Artículo 57 y 58, Fracciones I, II del Capítulo V, la participación fue voluntaria y no influenciada por ninguna autoridad, al personal de enfermería se les dejó en claro que la información proporcionada no perjudicaría su situación laboral.

Estrategia para el análisis de datos

Los resultados se analizaron en el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 20.0 para Windows. Para determinar las características generales de la población de estudio, se utilizaron frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión.

Para los objetivos uno, tres y cuatro se utilizó estadística descriptiva como frecuencias y porcentajes, así mismo se generaron índices con valores de 0 al 100 y se analizaron a través de medias, medianas, desviación estándar e intervalos de confianza al 95%.

Para responder al objetivo dos se utilizó la prueba de Kruskal Wallis y U de Mann-Whitney.

Para responder al objetivo general y cinco se utilizó la prueba de correlación de Spearman.

Capítulo III

Resultados

En el presente capítulo se incluyen los resultados del estudio. Primeramente se muestran los resultados de los elementos del cuidado que proporciona el personal de enfermería, los cuales se clasifican en intervenciones de necesidades individuales, planificación del alta y educación al paciente, intervenciones de cuidado básico, intervenciones de cuidado con evaluaciones continuas y cuidados para la prevención de UPP en pacientes hospitalizados. Posteriormente se muestran los factores que influyen para que el cuidado de enfermería se pierda, los cuales se clasifican en recursos humanos, recursos materiales y de comunicación.

Después se muestran los resultados obtenidos de las valoraciones realizadas en pacientes hospitalizados con riesgo o con presencia de UPP en los tres momentos. Finalmente se comparan las percepciones del personal de enfermería y de las valoraciones obtenidas.

Características del personal de enfermería

La tabla 1 muestra las características sociodemográficas del personal de enfermería que participó en el estudio. Predominó el género femenino con 64.6%, la edad predominante se ubicó entre los 26 a 30 años, seguido de 20 a 25 años, en cuanto al nivel de formación el 41.6% refiere ser Licenciados en Enfermería, seguido de Técnicos en Enfermería con 35.4%.

Tabla 1

Características sociodemográficas del personal de enfermería

Características sociodemográficas	f	%
Género		
Masculino	57	35.4
Femenino	104	64.6
Edad		
20 a 25 años	44	27.3
26 a 30 años	53	32.9
31 a 40 años	26	16.2
41 a 50 años	34	21.1
51 años a más	4	2.5
Nivel de formación		
Técnico en Enfermería	57	35.4
Enfermero General	36	22.4
Licenciado en Enfermería	67	41.6
Posgrado en Enfermería	1	0.6

Fuente: Encuesta MISSCARE para el personal de Enfermería n=161

La tabla 2 presenta los datos sociolaborales del personal de enfermería, un 39.1% cuenta con categoría de Licenciado en Enfermería, seguido de Técnico en Enfermería con un 36.6%, la mayor proporción del personal está asignado en el servicio de Medicina Interna (23.6%), seguido de las Terapias Intensivas Postquirúrgicas y Adultos (18 % y 17.4%, respectivamente). En cuanto a la antigüedad en la institución, en el servicio y experiencia laboral la mayor proporción se ubicó de 1 a 5 años. El turno nocturno predominó con un 41%, seguido del matutino y plan piloto, ambos con un 19.9%.

Tabla 2

Datos sociolaborales del personal de enfermería

Datos sociolaborales	<i>f</i>	%
Categoría		
Técnico en Enfermería	59	36.6
Enfermero General	39	24.2
Licenciado en Enfermería	63	39.1
Servicio asignado		
Cirugía AB	20	12.4
Cirugía AC	18	11.2
Traumatología	20	12.4
Medicina Interna	37	23.6
Neurología	9	5.6
UCIA	28	17.4
UCIPQX	29	18.0
Antigüedad en la institución		
1 a 5 años	77	47.8
6 a 10 años	27	16.8
11 a 20 años	25	15.5
21 años a más	32	19.9
Antigüedad en el servicio		
1 a 5 años	77	47.8
6 a 10 años	27	16.8
11 a 20 años	25	15.5
21 años a más	32	19.9
Experiencia laboral		
1 a 5 años	75	46.6
6 a 10 años	29	18.0
11 a 20 años	25	15.5
21 años a más	32	19.9
Turno de trabajo		
Matutino	32	19.9
Vespertino	31	19.3
Nocturno	66	41.0
Plan piloto	32	19.9

Fuente: Encuesta MISSCARE para el personal de Enfermería

n=161

En la tabla 3 se observa que el promedio de pacientes asignados se ubicó en 6.12 ($DE=2.91$), los ingresos durante el turno en 2.30 ($DE=1.13$) y los egresos en 2.24 ($DE=1.22$).

Tabla 3

Promedio de pacientes asignados al personal de enfermería

Características	Media	Mediana	DE	Intervalo de confianza 95%	
				Límite Inferior	Límite Superior
Pacientes asignados	6.12	8.00	2.91	5.67	6.58
Ingresos durante el turno	2.30	2.00	1.13	2.13	2.48
Egresos durante el turno	2.24	2.00	1.22	2.05	2.43

Fuente: Encuesta MISSCARE para el personal de Enfermería

$n=161$

Elementos del cuidado percibidos por el personal de enfermería

En la tabla 4 se muestran los elementos del cuidado de enfermería con intervenciones de necesidades individuales. Los cuidados que el personal de enfermería refirió que realiza en una mayor proporción fueron: ayudar con las necesidades de ir al baño en un tiempo no mayor de 5 minutos de solicitud (73.9%), medicamentos administrados 30 minutos antes o después de la hora programada (73.3%) y administración en menos de 15 minutos a solicitudes de medicamentos PRN (72.7%). En cuanto a los cuidados que refieren en una mayor proporción como perdidos señalaron: el apoyo emocional al paciente y/o familia (39.1%), evaluar eficacia de los medicamentos (32.2%) y respuesta menor a 5 minutos al llamado de un paciente (30.4%).

Tabla 4

Cuidados de enfermería correspondientes a intervenciones de necesidades individuales

Elementos de cuidado	Cuidado Otorgado		Cuidado Perdido	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Medicamentos administrados 30 minutos antes o después de la hora programada	118	(73.3)	43	(26.7)
Apoyo emocional al paciente y/o familia	98	(60.9)	63	(39.1)
Respuesta menor a 5 minutos al llamado de un paciente	112	(69.6)	49	(30.4)
Administración en menos de 15 minutos a solicitudes de medicamentos PRN	117	(72.7)	44	(27.3)
Evaluar eficacia de los medicamentos	109	(67.7)	52	(32.2)
Asistir a las visitas de evaluación del cuidado interdisciplinario	113	(70.7)	48	(29.8)
Ayudar con las necesidades de ir al baño en un tiempo no mayor de 5 minutos de solicitud	119	(73.9)	42	(26.1)

Fuente: Encuesta MISSCARE para el personal de Enfermería

n=161

En la tabla 5 se observan los elementos del cuidado de enfermería con intervenciones de planificación del alta y educación al paciente. El cuidado perdido respecto a la educación al paciente acerca de la enfermedad, pruebas y estudios de diagnóstico, así como en cuanto al plan de alta del paciente y educación, fueron similares con 32.3% y 31.1% respectivamente.

Tabla 5

Cuidados de enfermería correspondientes a intervenciones de planificación del alta y educación del paciente

Elementos de cuidado	Cuidado Otorgado		Cuidado Perdido	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Educación al paciente acerca de la enfermedad, pruebas y estudios de diagnóstico	109	(67.7)	52	(32.3)
Plan de alta del paciente y educación	111	(68.9)	50	(31.1)

Fuente: Encuesta MISSCARE para el personal de Enfermería

n=161

En la tabla 6 se registran los elementos del cuidado de enfermería con intervenciones de cuidado básico. Los cuidados otorgados que señalaron en mayor proporción fueron la asistencia en la alimentación del paciente cuando la comida está caliente y verificar dieta y acercar la comida a los pacientes, ambos con 77.6%, seguido de la deambulación tres veces al día (76.0% de una *ni*=104). El cuidado perdido predominó en el cuidado de la piel/cuidado de heridas (38.5%), asistencia en el cuidado de la boca (33.5%) y en el cambio de posición al paciente cada 2 horas o PRN (31.1%).

Tabla 6

Cuidados de enfermería correspondientes a intervenciones de cuidado básico

Elementos de cuidado	Cuidado Otorgado		Cuidado Perdido	
	f	%	f	%
Asistencia en la deambulaci3n tres veces al d3a (ni=104)	79	(76.0)	25	(24.0)
Cambio de posici3n al paciente cada 2 horas o PRN	111	(68.9)	50	(31.1)
Alimentaci3n del paciente cuando la comida esta caliente	125	(77.6)	36	(22.4)
Verificar dieta y acercar la comida a los pacientes	125	(77.6)	36	(22.4)
Ba3o de paciente/Cuidado de la piel	121	(75.2)	40	(24.8)
Cuidado de la boca	107	(66.5)	54	(33.5)
Lavado de manos	113	(70.2)	48	(29.8)
Cuidado de la piel/Cuidado de heridas	99	(61.5)	62	(38.5)

Fuente: Encuesta MISSCARE para el personal de Enfermer3a

n=161

En la tabla 7 se muestran los elementos del cuidado de enfermer3a en intervenciones con evaluaciones continuas. El personal de enfermer3a percibe una mayor proporci3n de cuidado otorgado en la evaluaci3n de signos vitales (79.5%), el control de ingresos y egresos (77%) y el cuidado del sitio IV/v3a central de acuerdo a pol3ticas de calidad del hospital (75.2%). El cuidado perdido predomin3 en la monitorizaci3n de glucosa (32.3%), la documentaci3n completa de los datos necesarios (30.4%) y las reevaluaciones al paciente de acuerdo a su condici3n de salud (28.6%).

Tabla 7

Cuidados de enfermería correspondientes a intervenciones con evaluaciones continuas

Elementos de cuidado	Cuidado Otorgado		Cuidado Perdido	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Evaluación de signos vitales	128	(79.5)	33	(20.5)
Control de ingresos y egresos	124	(77.0)	37	(23.0)
Documentación completa de los datos necesarios	112	(69.6)	49	(30.4)
Monitorización de glucosa	109	(67.7)	52	(32.3)
Realiza evaluaciones de los pacientes por turno	118	(73.3)	43	(26.7)
Reevaluaciones al paciente de acuerdo a condición de salud	115	(71.4)	46	(28.6)
Cuidado del sitio IV/Vía central de acuerdo a políticas de hospital	121	(75.2)	40	(24.8)

Fuente: Encuesta MISSCARE para el personal de Enfermería

n=161

En la tabla 8 se registran los elementos del cuidado de enfermería para la prevención de UPP en pacientes hospitalizados. Los cuidados que predominaron como otorgados fueron el baño de paciente/cuidado de la piel (75.2%), ayudar con las necesidades de ir al baño en un tiempo no mayor de 5 minutos de solicitud (73.9%) y realizar evaluaciones de los pacientes por turno (73.3%). La mayor proporción de cuidado perdido se encontró en el cuidado de la piel/cuidado de heridas (38.5%), seguido de registra los factores que predisponen a la aparición de UPP (33.5%) y en el cambio de posición al paciente cada 2 horas o PRN y en el plan de alta del paciente y educación (ambos con 31.1%).

Tabla 8
Cuidados de enfermería correspondientes a la prevención de UPP en pacientes hospitalizados

Elementos de cuidado	Cuidado Otorgado		Cuidado Perdido	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Cambio de posición al paciente cada 2 horas o PRN	111	(68.9)	50	(31.1)
Documentación completa de los datos necesarios	112	(69.6)	49	(30.4)
Registra factores que predisponen a la aparición de UPP	107	(66.5)	54	(33.5)
Baño de paciente/Cuidado de la piel	121	(75.2)	40	(24.8)
Plan de alta del paciente y educación	111	(68.9)	50	(31.1)
Orienta al paciente y familia las formas de prevenir las UPP	113	(70.2)	48	(29.8)
Valora los factores de riesgo que predisponen la aparición de UPP	112	(69.6)	49	(30.4)
Establece el plan de cuidados y lo ejecuta de acuerdo al riesgo de UPP	116	(72.0)	45	(28.0)
Uso de los recursos disponibles y necesarios para prevenir UPP	112	(69.6)	49	(30.4)
Realiza evaluaciones de los pacientes por turno	118	(73.3)	43	(26.7)
Reevaluaciones al paciente de acuerdo a condición de salud	115	(71.4)	46	(28.6)
Ayudar con las necesidades de ir al baño en un tiempo no mayor de 5 minutos de solicitud	119	(73.9)	42	(26.1)
Cuidado de la piel/Cuidado de heridas	99	(61.5)	62	(38.5)

Fuente: Encuesta MISSCARE para el personal de Enfermería

n=161

En la tabla 9 se observa el índice global y por clasificación de cuidado de enfermería perdido, se encontró que las intervenciones con mayor proporción de cuidado perdido correspondieron a las de planificación del alta y educación al paciente con una media de 31.67 ($DE=31.96$) y una mediana de 50. La menor omisión fue para las intervenciones de cuidados con evaluaciones continuas con una media de 26.61 ($DE=21.03$) y al analizar la mediana, la menor omisión fue para intervenciones de cuidado básico (27.54).

Tabla 9

Índice global y por dimensiones de cuidado de enfermería perdido

Índices	Media	Mediana	DE	Intervalo de confianza 95%	
				Límite Inferior	Límite Superior
Global de cuidado de enfermería perdido	29.40	26.64	15.96	26.92	31.89
Intervenciones de necesidades individuales	30.25	28.57	22.09	26.81	33.69
Planificación del alta y educación al paciente	31.67	50.00	31.96	26.70	36.65
Intervenciones de cuidado básico	28.53	27.54	20.12	25.40	31.67
Intervenciones de cuidados con evaluaciones continuas	26.61	28.57	21.03	23.34	29.89
Cuidado de enfermería para la prevención de UPP	29.95	30.76	18.31	27.10	32.80

Fuente: Encuesta MISSCARE para el personal de Enfermería

n=161

Cuidado de enfermería perdido de acuerdo a las características sociolaborales del personal de enfermería

Para identificar el cuidado de enfermería perdido en pacientes hospitalizados de acuerdo a las características del personal de enfermería primeramente se obtuvo la prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar la normabilidad de las variables, donde los resultados no reportaron normabilidad por lo que se procedió a aplicar la prueba de Kruskal Wallis y U de Mann-Whitney para determinar la diferencia de medianas entre los grupos. No se encontró diferencia significativa en el cuidado de enfermería perdido de acuerdo a la categoría, nivel de formación, antigüedad en el servicio, experiencia laboral y turno; con excepción del servicio asignado (Tabla 10), donde se encontró diferencia significativa entre los diferentes servicios (Kruskal Wallis=41.44, $p < 0.001$), al analizar por grupos se encontró que en donde se omite en mayor proporción el cuidado es en Cirugía AC y AB y en donde se omite en menor proporción el cuidado fue en Medicina Interna ($U=52.50$, $p < 0.001$, $U=84.50$, $p < 0.001$, respectivamente).

Tabla 10

Cuidado de enfermería perdido de acuerdo al servicio asignado

Servicio asignado	Media	Mediana	DE
Cirugía AB	41.49	41.97	16.72
Cirugía AC	40.91	45.24	12.22
Traumatología	25.58	27.21	9.35
Medicina Interna	18.71	18.18	7.61
Neurología	25.50	25.10	8.63
UCIA	29.44	30.43	13.70
UCIPQX	31.47	27.58	21.88

Fuente: Encuesta MISSCARE para el personal de Enfermería

$n=161$

Factores relacionados con el cuidado de enfermería perdido percibido por el personal de enfermería

La tabla 11 presenta los factores del recurso humano que influyen en el cuidado de enfermería perdido. El personal refiere como factores, de razón significativa a moderada, el número insuficiente de personal (98.8%) y las situaciones de urgencia del paciente (97.5%).

Tabla 11

Factores del recurso humano que influyen en el cuidado de enfermería perdido

Factores de recurso humano	Razón Significativa		Razón Moderada		Razón Menor		No es una Razón	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Número insuficiente de personal	117	(72.7)	42	(26.1)	2	(1.2)	0	
Situaciones de urgencia del paciente	98	(60.9)	59	(36.6)	3	(1.9)	1	(0.6)
Aumento inesperado en el volumen de pacientes	94	(58.4)	61	(37.9)	6	(3.7)	0	
Número insuficiente de personal auxiliar	79	(49.1)	75	(46.6)	4	(2.5)	3	(1.9)

Fuente: Encuesta MISSCARE para el personal de Enfermería

n=161

En la tabla 12 se observan los factores de recursos materiales que influyen en el cuidado de enfermería perdido. El personal percibe como factores de razón significativa a moderada para el cuidado de enfermería perdido que los medicamentos no están disponibles cuando se necesitan y los suministros/equipos no disponibles cuando se necesitan con un 96.2% y 89.4%, respectivamente.

Tabla 12

Factores de recursos materiales que influyen en el cuidado de enfermería perdido

Factores de recurso material	Razón Significativa		Razón Moderada		Razón Menor		No es una razón	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Medicamentos no están disponibles cuando se necesitan	92	(57.1)	63	(39.1)	6	(3.7)	0	
Suministros/equipos no disponibles cuando se necesitan	91	(56.5)	53	(32.9)	17	(10.6)	0	
Suministros/equipos no funcionan correctamente cuando se necesitan	85	(52.8)	59	(36.6)	17	(10.6)	0	

Fuente: Encuesta MISSCARE para el personal de Enfermería

n=161

En la tabla 13 se registran los factores de comunicación que influyen en el cuidado de enfermería perdido. El personal de enfermería mencionó que la asignación de pacientes desequilibrada (96.9), demasiados pacientes que ingresan y egresan (96.3) y la inadecuada entrega-recepción de pacientes (94.4) son factores con una razón significativa a moderada para el cuidado de enfermería perdido.

Tabla 13

Factores de comunicación que influyen en el cuidado de enfermería perdido

Factores de recurso humano	Razón Significativa		Razón Moderada		Razón Menor		No es una razón	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Asignación de pacientes desequilibrada	95	(59.0)	61	(37.9)	5	(3.1)	0	
Inadecuada entrega-recepción de pacientes	85	(52.8)	67	(41.6)	8	(5.0)	1	(0.6)
Otros departamentos no proporcionaron los cuidados necesarios	72	(44.7)	73	(45.3)	13	(8.1)	3	(1.9)
Falta de apoyo entre los miembros del equipo	70	(43.5)	80	(49.7)	10	(6.2)	1	(0.6)
Tensión o fallas en la comunicación con otros departamentos de apoyo	89	(55.3)	57	(35.4)	14	(8.7)	1	(0.6)
Tensión o fallas en la comunicación dentro del equipo de enfermería	69	(42.9)	81	(50.3)	11	(6.8)	0	
Tensión o fallas en la comunicación con el personal médico	95	(59.0)	52	(32.3)	14	(8.7)	0	
El auxiliar de enfermería no comunicó que el cuidado no se proporcionó	78	(48.4)	76	(47.2)	5	(3.1)	2	(1.2)
La enfermera responsable del paciente no está disponible	91	(56.5)	55	(34.2)	13	(8.1)	2	(1.2)
Demasiados cuidados a pacientes que ingresan y egresan	80	(49.7)	75	(46.6)	4	(2.5)	2	(1.2)

Fuente: Encuesta MISSCARE para el personal de Enfermería

n=161

La tabla 14 muestra que los factores por los cuales se pierde el cuidado, de acuerdo a la percepción de enfermería se atribuyen principalmente al recurso humano con una media de 85.61 (DE=10.33), seguido de los recursos materiales y de comunicación.

Tabla 14

Índices de factores que contribuyen al cuidado de enfermería perdido

Índices	Media	Mediana	DE	Intervalo de confianza 95%	
				Límite Inferior	Límite Superior
Recursos Humanos	85.61	91.66	10.33	84.00	87.21
Recursos Materiales	82.40	88.88	15.64	79.96	84.83
Comunicación	81.22	83.33	11.61	79.41	83.02

Fuente: Encuesta MISSCARE para el personal de Enfermería

n=161

Valoraciones de los elementos del cuidado por parte del personal de enfermería a pacientes con riesgo o con UPP

Características sociodemográficas de los pacientes valorados en el primero mes.

La tabla 15 presenta las características sociodemográficas de los pacientes en la valoración del primer mes predominó el género masculino con un 65.8%, la edad que se mantuvo en mayor proporción fue entre los 41 a 50 años, seguido de 31 a 40 años; en cuanto a los días estancia predominó de 6 a 10 días y el 50.3% correspondió al riesgo medio para desarrollar UPP. El 28.6% de los pacientes presentó UPP durante la valoración.

Tabla 15

Características sociodemográficas de los pacientes valorados en el primer mes

Características sociodemográficas	<i>f</i>	%
Género		
Masculino	106	65.8
Femenino	55	34.2
Edad		
22 a 30 años	44	27.3
31 a 40 años	47	29.2
41 a 50 años	49	30.5
51 años a más	21	13.0
Días de estancia hospitalaria		
1 a 5 días	40	24.8
6 a 10 días	108	67.1
11 días a más	13	8.1
Especialidad médica		
Medicina Interna	48	29.8
Neurología	16	9.9
Neumología	12	7.5
Cardiología	3	1.9
Cirugía General	31	19.3
Neurocirugía	26	16.1
Traumatología	23	14.3
Ginecología	2	1.2
Tipo de riesgo a desarrollar UPP		
Medio	81	50.3
Alto	80	49.7
Presencia de UPP		
Si	46	28.6
No	115	71.4

Fuente: Cédula de datos de identificación del paciente

n=161

Cuidado de enfermería en pacientes con riesgo o UPP valorados en el primer mes.

La tabla 16 muestra el cuidado de enfermería otorgado y perdido en pacientes con riesgo o UPP valorados durante el primer mes. Los cuidados otorgados que se observaron en mayor proporción fueron en caso de utilizar pañal, se encuentra limpio y seco (68.8%), en caso de presencia de UPP, se realiza curación (60.9%) y la ausencia de humedad en áreas como axilas, debajo de las mamas o en pliegues (59.6%). El cuidado de enfermería perdido que predominó fue el uso de colchones neumáticos (59.6%), presencia de sequedad en la piel (58.4%) y tubos de drenaje fijos sin interferir en los movimientos del paciente (57.0%).

Tabla 16

Cuidados de enfermería para la prevención de UPP en pacientes hospitalizados valorados en el primer mes

Elementos de cuidado	Cuidado Otorgado		Cuidado Perdido	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Ausencia de zonas expuestas a humedad por incontinencia	91	(56.5)	70	(43.5)
Ausencia de sequedad en la piel	67	(41.6)	94	(58.4)
Ausencia de eritema en la piel	79	(49.1)	82	(50.9)
Ausencia de maceración en la piel	75	(46.6)	86	(53.4)
Ausencia de humedad en áreas, como axilas, debajo de las mamas o en pliegues	96	(59.6)	65	(40.4)
Uso de medidas preventivas en zonas en contacto con dispositivos terapéuticos	89	(55.3)	72	(44.7)
Ropa de cama se mantiene seca	75	(46.6)	86	(53.4)
Tubos de drenaje fijos sin interferir en los movimientos del paciente	66	(41.0)	95	(57.0)
Posición del paciente con buena alineación corporal	71	(44.1)	90	(55.9)
Uso de colchones neumáticos	65	(40.4)	96	(59.6)
Uso de algún tipo de liberador de presión en prominencias óseas	70	(43.5)	91	(56.5)
Se mantiene la higiene diaria del paciente	78	(48.4)	83	(51.6)
Movilización del paciente con horario al menos cada 2 horas	70	(43.5)	91	(56.5)
En caso de utilizar pañal, se encuentra limpio y seco (<i>ni</i> =80)	55	(68.8)	25	(31.2)
En caso de presencia de UPP, se realiza curación de UPP (<i>ni</i> =46)	28	(60.9)	18	(39.1)

Fuente: CVCEPUPP

n=161

Características sociodemográficas de los pacientes valorados en el segundo mes.

En la tabla 17 se observan las características sociodemográficas de los pacientes en la valoración del segundo mes. Predomino el género masculino con un 57.1%, la edad con mayor proporción se mantuvo entre los 21 a 30 años, seguido de 31 a 40 años; en cuanto a los días estancia predominó de 6 a 10 días y el 52.8% se identificó como riesgo medio a desarrollar UPP. Un 24.8% presentó UPP durante la valoración.

Tabla 17

Características sociodemográficas de los pacientes valorados en el segundo mes

Características sociodemográficas	<i>f</i>	%
Género		
Masculino	92	57.1
Femenino	69	42.9
Edad		
21 a 30 años	53	32.9
31 a 40 años	45	28.0
41 a 50 años	40	24.8
51 años a más	23	13.3
Días de estancia hospitalaria		
1 a 5 días	55	34.2
6 a 10 días	101	62.7
11 días a más	5	3.1
Especialidades medicas		
Medicina Interna	50	31.1
Neurología	16	9.9
Neumología	12	7.5
Cardiología	4	2.5
Cirugía General	30	18.6
Neurocirugía	24	14.9
Traumatología	24	14.9
Ginecología	1	0.6
Tipo de riesgo a desarrollar UPP		
Medio	85	52.8
Alto	76	47.2
Presencia de UPP		
Si	40	24.8
No	121	75.2

Fuente: Cédula de datos de identificación del paciente

n=161

Cuidado de enfermería en pacientes con riesgo o UPP valorados en el segundo mes.

La tabla 18 muestra el cuidado de cuidados de enfermería otorgado y perdido en pacientes con riesgo o UPP valorados durante el segundo mes. Los cuidados otorgados que predominaron fueron en caso de utilizar pañal, se encuentra limpio y seco (78.9%), la ausencia de zonas expuestas a humedad por incontinencia (55.3%) y ausencia de humedad en aéreas, como axilas, debajo de las mamas o en pliegues y uso de medidas preventivas en zonas en contacto con dispositivos terapéuticos (ambos con 53.4%). Los cuidados perdidos que se observaron en mayor proporción fueron la higiene diaria del paciente (59.6%), posición del paciente con buena alineación corporal y el uso de algún tipo de liberador de presión en prominencias óseas (ambos con 59.0%).

Tabla 18

Cuidados de enfermería para la prevención de UPP en pacientes hospitalizados valorados en el segundo mes

Elementos de cuidado	Cuidado Otorgado		Cuidado Perdido	
	f	%	f	%
Ausencia de zonas expuestas a humedad por incontinencia	89	(55.3)	72	(44.7)
Ausencia de sequedad en la piel	77	(47.8)	84	(52.2)
Ausencia de eritema en la piel	74	(46.0)	87	(54.0)
Ausencia de maceración en la piel	69	(42.9)	92	(57.1)
Ausencia de humedad en áreas, como axilas, debajo de las mamas o en pliegues	86	(53.4)	75	(46.6)
Uso de medidas preventivas en zonas en contacto con dispositivos terapéuticos	86	(53.4)	75	(46.6)
Ropa de cama se mantiene seca	85	(52.8)	76	(47.2)
Tubos de drenaje fijos sin interferir en los movimientos del paciente	69	(42.9)	92	(57.1)
Posición del paciente con buena alineación corporal	66	(41.0)	95	(59.0)
Uso de colchones neumáticos	75	(45.3)	88	(54.7)
Uso de algún tipo de liberador de presión en prominencias óseas	66	(41.0)	95	(59.0)
Se mantiene la higiene diaria del paciente	65	(40.4)	96	(59.6)
Movilización del paciente con horario al menos cada 2 horas	72	(44.7)	89	(55.3)
En caso de utilizar pañal, se encuentra limpio y seco (<i>ni</i> =76)	60	(78.9)	16	(21.1)
En caso de presencia de UPP, se realiza curación de UPP (<i>ni</i> =40)	18	(45.0)	22	(55.0)

Fuente: CVCEPUPP

n=161

Características sociodemográficas de los pacientes valorados en el tercer mes.

La tabla 19 registra las características sociodemográficas de los pacientes en la valoración del tercer mes. Predominó el género masculino con un 64.6%, la edad predominante se mantuvo entre los 31 a 40 años, seguido de 20 a 30 años; los días estancia con mayor proporción fueron de 6 a 10 días, en cuanto al tipo de riesgo a desarrollar UPP el 51.6% correspondió a riesgo medio y el 48.4% a riesgo alto. Un 24.8% presentó UPP durante la valoración.

Tabla 19

Características sociodemográficas de los pacientes valorados en el tercer mes

Características sociodemográficas	<i>f</i>	%
Género		
Masculino	104	64.6
Femenino	57	35.4
Edad		
20 a 30 años	46	28.6
31 a 40 años	48	29.8
41 a 50 años	42	26.1
51 años a más	25	15.5
Días de estancia hospitalaria		
1 a 5 días	55	34.2
6 a 10 días	94	58.3
11 días a más	12	7.5
Especialidad medica		
Medicina Interna	49	30.4
Neurología	19	11.8
Neumología	11	6.8
Cardiología	2	1.2
Cirugía General	27	16.8
Neurocirugía	29	18.0
Traumatología	23	14.3
Ginecología	1	0.6
Tipo de riesgo a desarrollar UPP		
Medio	83	51.6
Alto	78	48.4
Presencia de UPP		
Si	40	24.8
No	121	75.2

Fuente: Cédula de datos de identificación del paciente

n=161

Cuidado de enfermería en pacientes con riesgo o UPP valorados en el tercer mes.

La tabla 20 muestra el cuidado de cuidados de enfermería otorgado y perdido en pacientes con riesgo o UPP valorados durante el tercer mes. Los cuidados otorgados que se observaron en mayor proporción fueron en caso de utilizar pañal, se encuentra limpio y seco (71.8%), en caso de presencia de UPP, se realiza curación (65.0%) y ausencia de zonas expuestas a humedad por incontinencia (59.0%). Los cuidados de enfermería perdidos que predominaron fueron el uso de algún tipo de liberador de presión en prominencias óseas (60.2%), tubos de drenaje fijos sin interferir en los movimientos del paciente, posición del paciente con buena alineación corporal e higiene diaria del paciente (todas con un 59.6%).

Tabla 20

Cuidados de enfermería para la prevención de UPP en pacientes hospitalizados valorados en el tercer mes

Elementos de cuidado	Cuidado Otorgado		Cuidado Perdido	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Ausencia de zonas expuestas a humedad por incontinencia	95	(59.0)	66	(41.0)
Ausencia de sequedad en la piel	70	(43.5)	91	(56.5)
Ausencia de eritema en la piel	73	(45.3)	88	(54.7)
Ausencia de maceración en la piel	72	(44.7)	89	(55.3)
Ausencia de humedad en áreas, como axilas, debajo de las mamas o en pliegues	90	(55.9)	71	(44.1)
Uso de medidas preventivas en zonas en contacto con dispositivos terapéuticos	87	(54.0)	74	(46.0)
Ropa de cama se mantiene seca	89	(55.3)	72	(44.7)
Tubos de drenaje fijos sin interferir en los movimientos del paciente	65	(40.4)	96	(59.6)
Posición del paciente con buena alineación corporal	65	(40.4)	96	(59.6)
Uso de colchones neumáticos	67	(41.6)	94	(58.4)
Uso de algún tipo de liberador de presión en prominencias óseas	64	(39.8)	97	(60.2)
Se mantiene la higiene diaria del paciente	65	(40.4)	96	(59.6)
Movilización del paciente con horario al menos cada 2 horas	78	(48.4)	83	(51.6)
En caso de utilizar pañal, se encuentra limpio y seco (<i>ni</i> =78)	56	(71.8)	22	(28.2)
En caso de presencia de UPP, se realiza curación de UPP (<i>ni</i> =40)	26	(65.0)	14	(35.0)

Fuente: CVCEPUPP

n=161

La tabla 21 muestra el índice global de cuidado perdido y los índices de acuerdo a las valoraciones del cuidado para la prevención de UPP en pacientes hospitalizados en el primer, segundo y tercer mes de la recolección de información. Se encontraron medianas muy similares de cuidado perdido en las valoraciones realizadas en el primero, segundo y tercer mes, con valores que oscilan entre 52.38 a 53.84. Al aplicar la prueba de comparación de medianas de Kruskal Wallis, no se encontró diferencia significativa en el cuidado perdido en las tres valoraciones.

Tabla 21

Índice global y de cuidado de enfermería perdido para la prevención de UPP en sus diferentes valoraciones

Índices	Media	Mediana	DE	Intervalo de confianza 95%	
				Límite Inferior	Límite Superior
Cuidado Global para la prevención de UPP	52.01	52.38	5.71	51.12	52.89
Cuidados para la prevención de UPP en la valoración del primer mes	51.63	53.33	7.25	50.50	52.76
Cuidados para la prevención de UPP en la valoración del segundo mes	52.31	53.84	7.98	51.07	53.56
Cuidados para la prevención de UPP en la valoración del tercer mes	52.07	53.84	8.09	50.81	53.33

Cuidado de enfermería perdido percibido por el personal de enfermería y su relación con los factores asociados

En la tabla 22 se observa la relación que existe entre las dimensiones de cuidado de enfermería perdido y los factores por los que se omite el cuidado, donde al aplicar la prueba de Spearman, se muestra que todos los factores tuvieron asociación significativa con las intervenciones de cuidado de enfermería.

Tabla 22

Relación de las dimensiones de cuidado de enfermería perdido y los factores por los que se omite el cuidado

Dimensiones de cuidado	Factores para el cuidado de enfermería perdido		
	Recursos humanos	Recursos materiales	Comunicación
Global de cuidado de enfermería perdido	-0.430***	-0.337***	-0.357***
Intervenciones de necesidades individuales	-0.224*	-.0152***	-0.245***
Planificación del alta y educación al paciente	-0.280***	-0.219***	-0.233***
Intervenciones de cuidado básico	-0.409***	-0.247***	-0.248***
Intervenciones de cuidados con evaluaciones continuas	-0.191***	-0.255***	-0.226***
Cuidado de enfermería para la prevención de UPP	-0.293***	-0.363***	-0.311***

*** .001 Altamente significativo

** .01 Considerablemente significativo

*.05 Significativo

Para determinar la relación entre el cuidado de enfermería perdido percibido por el personal y el cuidado de enfermería identificado en la valoración de pacientes con riesgo o con UPP se aplicó la prueba de correlación Spearman, donde los resultados no reportaron asociación significativa.

Capítulo IV

Discusión

Los resultados del presente estudio permitieron conocer los elementos del cuidado de enfermería que son perdidos u omitidos durante la estancia hospitalaria de los pacientes, según la percepción del personal de enfermería. Así mismo, se identificó el cuidado otorgado y omitido en los pacientes con riesgo o con UPP durante su estancia hospitalaria.

Las dimensiones de enfermería en las cuales existe un mayor cuidado perdido de acuerdo a la percepción del personal de enfermería corresponden a la planificación del alta y educación al paciente, seguido de intervenciones de necesidades individuales. Este hallazgo concuerda con Kalisch et al. (2009) respecto a las intervenciones de planificación del alta y educación al paciente; sin embargo, difiere respecto a las intervenciones de necesidades individuales, los autores reportan una mayor pérdida en las intervenciones de cuidado básico. La mayor omisión en las intervenciones de necesidades individuales pudiera atribuirse a la carga de trabajo y falta de tiempo del personal, debido a que estas intervenciones requieren de un cuidado individualizado lo que implica la demanda de mayor tiempo.

En las intervenciones de planeación del alta y educación al paciente, aproximadamente una tercera parte del personal de enfermería no proporciona estos cuidados a los pacientes durante su hospitalización. Estos resultados coinciden con lo reportado en estudios realizados por Ausserhofer et al. (2013), Ball et al. (2013), Hesselink et al. (2012), Kalisch (2006), Kalisch (2009), Kalisch et al. (2011) y Phoenix y Gravlin (2009).

Este tipo de intervenciones se considera relevante en la atención al paciente durante su hospitalización por ser de apoyo al involucramiento del paciente en su autocuidado, así como para fortalecer la continuidad del cuidado en el hogar. Al

respecto, Kalisch (2006) señala que la falta educación al paciente está relacionada con los reingresos hospitalarios. La evidencia pone en manifiesto la escasa participación de enfermería en este tipo de intervenciones, por lo que es relevante que el administrador de enfermería desarrolle estrategias que permitan empoderar a enfermería para un mayor involucramiento en la educación al paciente.

La mayor omisión en los elementos del cuidado de enfermería respecto a las intervenciones de necesidades individuales fueron los relacionados con el apoyo emocional al paciente y/o familia, evaluar la eficacia de los medicamentos y la respuesta menor a 5 minutos al llamado de un paciente. Estos resultados concuerdan con lo reportado por Ausserhofer et al. (2013), Ball et al. (2013), Hesselink et al. (2012) y Kalisch (2006), quienes atribuyen estas omisiones a la falta de recurso humano.

En cuanto a las intervenciones de cuidado básico, el personal de enfermería identificó una mayor proporción de cuidado perdido en el cambio de posición al paciente cada 2 horas o PRN, el cuidado de la piel/cuidado de heridas y el cuidado de la boca. Estos resultados concuerdan con lo reportado por Ausserhofer et al. (2013), Kalisch (2006), Kalisch et al. (2009), Kalisch et al. (2011) y Phoenix y Gravlin (2009) quienes mencionan que los cuidados que se omite en mayor proporción son los correspondientes al básico. La omisión de estas intervenciones puede atribuirse a que existen cuidados en los que se requiere apoyo de otros cuidadores, y no siempre están disponibles, por otra parte el personal de enfermería puede llegar a suponer que los familiares del paciente lo ayudan a realizar este tipo de actividades. Estos cuidados básicos son de suma importancia ya que la omisión de estos, aumenta el riesgo de presentar alguna complicación en el paciente.

En las intervenciones con evaluaciones continuas, el personal de enfermería percibe que esta clasificación se realiza en mayor proporción; sin embargo, existen algunos elementos del cuidado que algunas veces no se realizan, entre ellos la

monitorización de la glucosa, documentación completa de los datos necesarios y las reevaluaciones al paciente de acuerdo a su condición de salud. Estos resultados concuerdan con Kalisch (2009), quien señala que la omisión en estas actividades puede atribuirse a su delegación y falta de supervisión del cumplimiento.

La literatura señala que existen características sociolaborales de enfermería relacionados con el cuidado perdido (Kalisch et al., 2009); entre ellas se incluyen aspectos como la categoría, nivel de formación, antigüedad en el servicio, experiencia laboral y turno; sin embargo, en el presente estudio estos aspectos no fueron relevantes, únicamente se encontró que el cuidado perdido que percibe el personal es diferente de acuerdo al servicio laboral, la mayor omisión de cuidado se reportó en los servicios de Cirugía AB y Cirugía AC. Al analizar el perfil del personal de estos servicios, se encontró que son los que tienen una menor experiencia laboral, lo cual pudiera explicar el hallazgo. Sin embargo, también pudiera atribuirse a la mayor demanda de cuidado requerido por este tipo de pacientes.

Posterior a la identificación del cuidado perdido, se determinaron los factores que influyen en la omisión de los cuidados de enfermería de acuerdo a su percepción. Estos se atribuyen principalmente a los factores de recurso humano, seguido de recursos materiales y por último los de comunicación.

El recurso humano fue el factor más relevante considerado por el personal de enfermería, como el número insuficiente de personal y las situaciones de urgencia del paciente. Estos resultados concuerdan con Kalisch (2006) y Kalisch et al. (2011) quienes enfatizan que una plantilla completa y competente reduce la omisión de cuidados. Cuando el recurso humano es limitado, el personal de enfermería prioriza los cuidados y solamente interviene en lo necesario para el paciente, lo cual contribuye en el riesgo de desarrollar resultados negativos en el paciente.

Los recursos materiales fueron considerados como el segundo factor por el personal de enfermería. Cuando no se cuenta con los medicamentos necesarios y los

suministros/equipos no están disponibles o no funcionan cuando se necesitan, puede aumentarse el riesgo de desarrollar algún resultado negativo en el paciente, así como aumentar la mortalidad del paciente cuando no se cuenta con el equipo necesario para brindar las intervenciones de acuerdo a su estado de salud. Estos datos concuerdan con Kalisch (2009) y Kalisch et al. (2011).

Respecto a los factores de comunicación el personal de enfermería señaló como relevantes la asignación de pacientes desequilibrada, demasiados pacientes que ingresan y egresan y la inadecuada entrega-recepción de pacientes. Estos resultados concuerdan con Kalisch (2006) y Kalisch et al. (2011) quienes mencionan que es importante mejorar la comunicación efectiva entre los miembros de salud; la comunicación es crucial para dar continuidad a la atención del paciente ya que contribuye a disminuir la omisión del cuidado cuando el personal de enfermería realiza su entrega-recepción del paciente transfiriendo la información necesaria.

Además de las intervenciones de cuidado presentadas previamente de acuerdo a las dimensiones establecidas por Kalisch (2009), para el presente estudio fue relevante identificar el cuidado perdido percibido por el personal de enfermería y el otorgado a los pacientes con riesgo o con UPP debido a que la literatura señala que las omisiones en la atención repercuten en los resultados en el paciente. En cuanto a la percepción del personal, se identificó que los elementos del cuidado que se pierden en mayor proporción corresponden al cuidado de la piel/cuidado de heridas, registro de factores de riesgo que predisponen a la aparición de UPP y el cambio de posición al paciente cada 2 horas o PRN. Esto concuerda con lo reportado por Kalisch (2006), Kalisch et al. (2009) y Phoenix y Gravlin (2009) quienes mencionan que la omisión de estos cuidados, aumenta el riesgo para la aparición de UPP. Por lo que es relevante que el administrador de enfermería desarrolle protocolos para la prevención de las UPP y las competencias necesarias en el personal de enfermería para lograr que se realice el plan de cuidados pertinente de acuerdo al riesgo del paciente.

Respecto al cuidado en pacientes con riesgo o con UPP, se encontró a través de las valoraciones que los cuidados de enfermería que se omitieron en mayor proporción fueron el uso de liberador de presión en prominencias óseas, uso de colchones neumáticos e higiene diaria del paciente. Estos resultados concuerdan con Kalisch (2006), Kalisch et al (2009) y Phoenix y Gravlin (2009). De acuerdo a los hallazgos, durante las valoraciones se encontraron pacientes con UPP y que en su mayoría se desarrollaron durante su estancia hospitalaria, esto confirma la relación entre la omisión del cuidado y los resultados en el paciente. La omisión del cuidado para la prevención de UPP aumenta en gran parte el desarrollo de estas (Cantún & Uc, 2005; Gálvez et al., 2002; Tomás et al., 2005).

Si bien, se encontró un alto índice de cuidado perdido de acuerdo a la percepción del personal de enfermería y a lo identificado en la valoración de pacientes con riesgo o con UPP, no se encontró una asociación estadística entre ambos. Esto pudiera atribuirse a que el personal de enfermería realizó una valoración subjetiva de la atención que proporciona a sus pacientes; sin embargo, la valoración objetiva demostró una mayor omisión de cuidado en pacientes con riesgo o con presencia de UPP. Este hallazgo permite reflexionar acerca de la importancia de realizar valoraciones objetivas sobretodo en pacientes con riesgo a desarrollar algún tipo de complicación como en este caso la presencia de UPP, las cuales que pueden asociarse con mayor estancia hospitalaria, costos, reingresos, etc.

Los hallazgos del presente estudio, deben ser considerados por el personal administrador para dar seguimiento a los cuidados que realiza el personal de enfermería y mejorar la calidad de atención. Así mismo, se debe considerar el seguimiento del indicador de la prevención de úlceras por presión, para identificar las áreas de oportunidad y estandarizar las intervenciones que se deben realizar a los pacientes de acuerdo a su riesgo a desarrollar úlceras por presión.

Conclusiones

Los resultados del presente estudio permitieron identificar los cuidados de enfermería perdidos en pacientes hospitalizados de acuerdo a la percepción del personal de enfermería, así como los cuidados que se omiten en pacientes con riesgo o con presencia de UPP. De acuerdo al personal de enfermería, se encontró que la dimensión en la cual existe mayor cuidado de enfermería perdido fue la correspondiente a las intervenciones de planificación del alta y educación al paciente, seguido de las intervenciones de necesidades individuales y la dimensión en la que en menor proporción se omite el cuidado es la de intervenciones con evaluaciones continuas.

Al identificar el cuidado de enfermería perdido para cada una de las dimensiones del cuidado de enfermería, no se encontró diferencia en relación a las características sociolaborales del personal como categoría, nivel de formación, antigüedad en el servicio, experiencia laboral y turno; con excepción del servicio asignado, donde se encontró que el área en donde se omite en mayor proporción el cuidado es en Cirugía AB y AC.

Referente a los factores que se relacionan con el cuidado de enfermería perdido, el personal de enfermería identificó en primer orden los relacionados con los recursos humanos, seguido de los recursos materiales y por último los de comunicación.

De acuerdo a los cuidados de enfermería en pacientes con riesgo o con UPP, se encontró que los cuidados que el personal de enfermería omite en mayor proporción son el uso de algún tipo de liberador de presión en prominencias óseas, el uso de colchones neumáticos y la higiene diaria del paciente.

Se encontró un alto porcentaje de cuidado perdido de acuerdo a la percepción del personal de enfermería y a lo identificado en la valoración de pacientes con riesgo o con UPP, sin embargo, no se encontró una relación significativa entre ellos.

Recomendaciones

Para la Práctica

Implementar protocolos para la prevención de UPP en el paciente de acuerdo su riesgo a desarrollar úlceras por presión.

Desarrollar las competencias necesarias en el personal de enfermería para lograr que se realice el plan de cuidados pertinente de acuerdo al riesgo del paciente.

Para la Investigación

Desarrollar estudios de intervención para la prevención de UPP y medir su efecto preventivo.

Desarrollar estudios que permitan determinar el cuidado perdido y su relación con otras complicaciones como las infecciones nosocomiales, caídas y/o complicaciones posoperatorias después de la cirugía.

Referencias

- Ausserhofer, D., Zander, B., Busse, R., Schubert, M., De Geest, S., Rafferty, A. M., ... Schwendimann, R. (2013). Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Quality Safety*, 23,126–135.
- Ball, J. E., Murrells, T., Rafferty, A. M., Morrow, E. & Griffiths, P. (2013). “Care left undone” during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Quality Safety*, 23,116–125.
- Bartolomé, A., Gómez-Arnau, J., García, S., González-Arévalo, A., Santa-Úrsula, J. & Hidalgo, I. (2005). Seguridad del paciente y sistemas de comunicación de incidentes. *Revista de Calidad Asistencial*, 20 (4), 228-234.
- Burns, N. & Grove, S. (2012). *Investigación en Enfermería*, (5ª ed.). España, Elsevier.
- Cantún, U.F. & Uc, Ch.N. (2005). Perfil de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en pacientes adultos hospitalizados. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 3 (3), 147-52.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, (2ª ed.). Hillsdale, Lawrence Erlbaum.
- Consejo de Salubridad General, (2012). Estándares para la certificación de hospitales. Recuperado de <http://www.csg.gob.mx>
- Cova, A., Garcia, C., & Sanchez, Y. (2010). Cuidados de enfermería en la prevención de las úlceras por presión a los pacientes hospitalizados en la UCI. Recuperado de <http://saber.ucv.ve/jspui/handle/123456789/5722>
- Cuello, A. T., Girón, J. G., Laita, Z. M., Marco, N. M., Torres, A. & Sánchez, M. P. (2009). Protocolo de prevención de LPP subcomisión HCU Lozano Blesa – Zaragoza.

- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, 44 (3), 66-203.
- Elashoff, D., Dixon, J., Crede, M. & Fotheringham, N. (2000). n`Query Advisor Program, versión 4.0.
- Galvez, C., Mayorga, E., Gornemann, I., González, M., Corbacho, J. & Jiménez, M. (2002). Prevalencia y factores de riesgo de úlceras por presión. *Atención Primaria*, 30 (6), 357-362.
- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. (2007). Las úlceras por presión en gerontología. Recuperado de http://www.gneaupp.es/app/adm/publicaciones/archivos/39_pdf.pdf
- Hesselink, G., Flink, M., Olsson, M., Barach, P., Dudzik-Urbaniak, E., Orrego, C., ... Wollersheim, H. (2012). Are patients discharged with care? A qualitative study of perceptions and experiences of patients, family members and care providers. *BMJ Quality Safety*, 21, 39-49.
- Joanna Briggs Institute, (1997). Lesiones por presión-Primera parte: Prevención de lesiones por presión. *Best Practice*, 1 (1), 1-6.
- Joanna Briggs Institute, (2003). Úlceras por presión-Manejo de las lesiones por presión. *Best Practice*, 12 (3), 1-6.
- Kalisch, B. J. (2006). Missed nursing care, a qualitative study. *Journal of Nursing Care Quality*, 21 (4), 603-313.
- Kalisch, B. J. (2009). Nurse and nurse assistant perceptions of missed nursing care. *Journal of Nursing Administration*, 39 (11), 485-493.
- 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., Tschannen, D. & Lee, H. (2011). Do staffin levels predict missed nursing care?. *International Journal for Quality in Health Care*, 23 (3), 302-308.
- Kalisch, B. J., Tschannen, D., Lee, H. & Friese, Ch. R. (2011). Hospital variation in missed nursing care. *American Journal of Medical Quality*, 26 (4), 291-299.
- Kovner, C., Jones, C., Zhan, C., Gergen, P. & Basu, J. (2002). Nurse staffing and postquirurgical adverse events: an analysis of administrative data from a sample of U.S. hospitals. *Health Services Research*, 37 (3), 611-629.
- Lichtig, L. K., Knauf, R. A. & Milholland, D. K. (1999). Some impacts of nursing on acute care, hospital outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 29 (2), 25-33.
- Mark, B. A., Harless, D. W., McCue, M. & Xu, Y. (2004). A longitudinal examination of hospital registered nurse staffing and quality of care. *Health Services Research*, 39 (2), 279-300.
- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Steewart, M. & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346 (22), 1715-1722.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). Seguridad y calidad del paciente. Recuperado de: <http://www.who.int/patientsafety/research/en/>
- Person, S. D., Allison, J. J. & Kiefe, C. (2004). Nurse staffing and mortality for Medicare patients with acute myocardial infarction. *Medical Care*, 42 (1), 4-12.
- Phoenix, N. & Gravlin, G. (2009). Critical thinking, delegation, and missed care in nursing practice. *Journal of Nursing Administration*, 39 (3), 142-146.
- Potter, P., Barr, N., Mcsweeney, M. & Sledge, J. (2003). Identifying nurse staffing and patient outcome relationships: a guide for change in care delivery. *Nursing Economics*, 21 (4), 158-166.
- Rodríguez, M., Almozara, R., Gracia, F. & Ribera, J. (2003). Cuidados de enfermería al paciente con úlceras por presión. *Guía de prevención y tratamiento*.

- Secretaría de Salud. (1987). Ley General de Salud y Códigos de México (16ª ed.)
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la
Salud. México: Porrúa. 422-429.
- Schubert, M., Glass, T. R., Clarke, S. P., Aiken, L. H., Schaffert-Witvliet, B., Sloane,
D. M. & De Geest, S. (2008). El racionamiento de la atención de enfermería y su
relación con los resultados de los pacientes. *International Journal for Quality in
Health*, 20 (4), 227–237.
- Sovie, M. & Jawad, A. (2001). Hospital restructuring and its impact on outcomes:
nursing staff regulations are premature. *Journal of Nursing Administration*, 31
(12), 588-600.
- Tomás, V. A., Llull, C. P., Pérez, A. A., Oliver, V. T., Bauzá, N. M. & Baena, P. T.
(2005). Prevalencia y factores de riesgo de úlceras por presión. Recuperado de
www.isciii.es/investen/
- Torra B. J. & Rueda L. J. (2000). Apósito hidrocelular especial para talones.
Enfermagem, 23 (3), 211-218.
- Torra B. J., Rueda L. J. & Cañames G. (2002). Úlceras por presión en los talones.
Estudio comparativo entre el vendaje protector y un apósito hidrocelular con
forma especial para talones. *Enfermagem.*, 25 (5), 371-376.
- Zarza, M., Alba, A. & Salcedo, R. (2008). El curriculum de enfermería y la seguridad
del paciente. *CONAMED*, 13 (3), 33-37.


Apéndices

Apéndice A

Carta de institución de salud participante



UANL





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN □ FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO / Jefatura de Enfermería

**A QUIEN CORRESPONDA
PRESENTE.-**


Por medio de la presente me permito informar que el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de la UANL, no tiene ningún inconveniente en que el Lic. Enf. Jonathan Hermayn Hernández Valles inicie con la recolección de datos para el estudio de investigación **“Cuidado de enfermería perdido en pacientes con riesgo o con úlceras por presión”**; en las áreas de Medicina Interna, neurología, cirugía general, traumatología y en las unidades de cuidados intensivos adultos y posquirúrgicos.

Extiendo la presente para fines y usos que los interesados convengan.

Atentamente
“Alere Flammam Veritatis”
Monterrey, N. L. a 23 de Febrero del 2015

MA. Ma. del Carmen González Nieto **JEFATURA DE ENFERMERÍA**
Jefe de Enfermería



“Educación de clase mundial,
un compromiso social”

Av. Francisco I. Madero Pte. s/n y Av. Gonzalitos, C.P. 64460
Col. Mitras Centro, Monterrey, N.L., México.
Tel. (81) 8389 1111 ext. 3126, 2126, 3337, Tel. (81) 8346 5642

Apéndice B

Consentimiento informado del personal de enfermería

Cuidado de enfermería perdido en pacientes con riesgo o con úlceras por presión.

Introducción y Propósito

El Lic. Jonathan H. Hernández Valles me ha preguntado si quiero participar en un estudio de investigación, con el propósito de determinar el cuidado de enfermería perdido u omitido en pacientes durante su estancia hospitalaria y los factores por los que se omiten. Esta investigación se realizará con el fin de recolectar información precisa para la gestión de proyectos de mejora en la prestación de servicios. También me explicó que la información que le proporcione al Lic. Hernández será utilizada para fines científicos y le permitirá avanzar en su trabajo de Tesis de Maestría en Ciencias de Enfermería.

Procedimientos

El Lic. Hernández me explicó que mi colaboración consistirá en responder una encuesta de aproximadamente 10 minutos. Se me ha explicado que al contar con alguna duda en el llenado correcto de la encuesta existe la oportunidad de aclarar mis dudas. También me informó que se seleccionarán tres de mis pacientes durante los próximos meses.

Riesgos/Beneficios

Se me informó que el estudio no implicará para mí ningún tipo de riesgo debido a que solamente responderé una encuesta, también que mi participación es de suma importancia ya que con los resultados de la investigación se podrán realizar mejoras en los protocolos de atención, además, se me aclaró que no obtendré ganancias económicas.

Participación Voluntaria / Abandono

Se me explicó que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en el momento que lo crea pertinente, además, me informó que esta decisión no me afectará en mi situación laboral.

Preguntas

En caso de dudas o aclaraciones de este estudio me podre comunicar a la Secretaría de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, al teléfono 83-48-18-47 en un horario de 8:00 am a 5:00 pm.

Confidencialidad

Me ha comunicado que la información que obtenga de mi participación será para fines de investigación, los investigadores serán las únicas personas autorizadas para el manejo de ésta. También se me informo que no se revelarán mis datos personales y los datos se darán a conocer de manera general.

Consentimiento para participar en el estudio

Se me ha explicado en que consiste el estudio, incluyendo posibles riesgos y beneficios de mi participación, así como de que puedo optar libremente por dejar de participar en cualquier momento que lo desee.

_____	_____/_____/_____
Firma del participante	Fecha
_____	_____/_____/_____
Nombre y Firma del Investigador	Fecha
_____	_____/_____/_____
Nombre y Firma del primer testigo	Fecha
_____	_____/_____/_____
Nombre y Firma del segundo testigo	Fecha

Apéndice C

Encuesta MISSCARE para el personal de enfermería

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

Instrucciones: a continuación 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 AB
- 2) _____ Cirugía AC
- 3) _____ Traumatología
- 4) _____ Medicina Interna
- 5) _____ Neurología
- 6) _____ UCIA
- 7) _____ UCIPQ

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 _____

5. Edad en años cumplidos: _____

6. Categoría asignada en la institución:

- 1) _____ Técnico en Enfermería
- 2) _____ Enfermera General
- 3) _____ Licenciado en Enfermería

7. Turno de trabajo:

- 1) _____ Matutino
- 2) _____ Vespertino
- 3) _____ Nocturno
- 4) _____ Plan Piloto

8. Antigüedad en la institución _____ años

9. Antigüedad en el servicio actual _____ años

10. Experiencia laboral _____ años

11. En el turno actual ¿Cuál es el promedio de pacientes que se le asignó? _____

12. ¿Cuántos ingresos de pacientes tiene generalmente en un turno _____

13. ¿Cuántos egresos de pacientes tiene generalmente en un turno _____

Sección A

Cuidado de Enfermería Perdido

Las enfermeras (os) se enfrentan con frecuencia a múltiples demandas sobre su tiempo, que les exige reorganizar las prioridades, y no cumplir con todos los cuidados que necesitan sus pacientes. Según su experiencia, ¿Con qué frecuencia se realizan los siguientes elementos del cuidado de enfermería por el personal de enfermería (incluido usted) en su servicio?

Marque sólo una casilla por cada pregunta

Elementos 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 a las necesidades del paciente						
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)						
8) La documentación completa de todos los datos necesarios						
9) Registra los factores de riesgo que predisponen al paciente para la aparición de úlceras por presión						
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 / Cuidado de la piel						
13) Cuidado de la boca						
14) Lavado de manos						
15) Plan del alta del paciente y de educación						
16) Orienta al paciente y familia sobre las formas de prevenir la aparición de úlceras por presión						

17) Monitorización de la glucosa según la indicación						
18) Valora los factores de riesgo que predisponen al paciente para la aparición de úlceras por presión						
19) Establece el plan de cuidados y ejecuta el cuidado de enfermería de acuerdo al riesgo de desarrollar úlceras por presión						
20) Uso de los recursos disponibles y necesarios para prevenir la aparición de úlceras por presión.						
21) Realizar evaluaciones de los pacientes por turno						
22) Reevaluaciones al paciente de acuerdo a su condición de salud						
23) Cuidado del sitio y de las soluciones IV / Vía						

central y las evaluaciones de acuerdo con la política del hospital						
24) Respuesta menor a 5 minutos al llamado de un paciente						
25) Administración en menos de 15 minutos a solicitudes de medicamentos PRN						
26) Evaluar la eficacia de los medicamentos						
27) Asistir a las visitas de evaluación del cuidado interdisciplinario						
28) Ayudar con las necesidades de ir al baño en un tiempo no mayor a 5 minutos de solicitud						
29) Cuidado de la Piel/Cuidado de heridas						

Sección B

Razones para que se dé Cuidado de Enfermería Perdido

Pensando en los cuidados de enfermería perdidos en su servicio por todo el personal (como se indica en la Parte 1 de este cuestionario), indique las RAZONES por las que los cuidados de enfermería se pierden o no se realizan en su servicio.

Marque solo una casilla por cada pregunta

Razones para el cuidado de enfermería perdido	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 es desequilibrada				
6) Los medicamentos no estaban disponibles cuando se necesitaron				
7) Inadecuada entrega de turno anterior o falta de claridad en la entrega-recepción de paciente de otro servicio o unidad				

8) Otros departamentos no proporcionaron los cuidados necesarios (por ejemplo, nutrición, laboratorio, etc.)				
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				

Apéndice D

Consentimiento informado del paciente

Cuidado de enfermería perdido en pacientes con riesgo o con úlceras por presión.

Introducción y Propósito

El Lic. Jonathan H. Hernández Valles me ha preguntado si quiero participar en un estudio de investigación, con el propósito de determinar el cuidado de enfermería en pacientes con riesgo o con úlceras por presión. Esta investigación se realizará con el fin de recolectar información para el desarrollo de guías para la atención del paciente. También me explicó que la información que recolecte el Lic. Hernández será utilizada para fines científicos y le permitirá avanzar en su trabajo de Tesis de Maestría en Ciencias de Enfermería.

Procedimientos

El Lic. Hernández me explicó que mi colaboración consistirá en que me realizará una valoración con el fin de valorar los cuidados de enfermería. Se me ha explicado que al contar con alguna duda durante la valoración existe la oportunidad de aclararla.

Riesgos/Beneficios

Se me informó que el estudio no implicará para mí ningún tipo de riesgo, también que mi participación es de suma importancia ya que con los resultados de la investigación se podrán realizar mejoras en los guías para la atención del paciente, además, se me aclaró que no obtendré ganancias económicas.

Participación Voluntaria / Abandono

Se me explicó que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en el momento que lo crea pertinente, además, me informó que esta decisión no me afectará en mi atención médica.

Preguntas

En caso de dudas o aclaraciones de este estudio me podre comunicar a la Secretaría de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, al teléfono 83-48-18-47 en un horario de 8:00 am a 5:00 pm.

Confidencialidad

Me ha comunicado que la información que obtenga de mi participación será para fines de investigación, los investigadores serán las únicas personas autorizadas para el manejo de ésta. También se me informó que no se revelarán mis datos personales y los datos se darán a conocer de manera general.

Consentimiento para participar en el estudio

Se me ha explicado en que consiste el estudio, incluyendo posibles riesgos y beneficios de mi participación, así como de que puedo optar libremente por dejar de participar en cualquier momento que lo desee.

_____	_____/_____/_____
Firma del participante	Fecha
_____	_____/_____/_____
Nombre y Firma del Investigador	Fecha
_____	_____/_____/_____
Nombre y Firma del primer testigo	Fecha
_____	_____/_____/_____
Nombre y Firma del segundo testigo	Fecha

Apéndice E

Consentimiento informado del cuidador principal o tutor

Cuidado de enfermería perdido en pacientes con riesgo o con úlceras por presión.

Introducción y Propósito

El Lic. Jonathan H. Hernández Valles me ha preguntado si deseo que mi paciente participe en un estudio de investigación, con el propósito de determinar el cuidado de enfermería en pacientes con riesgo o con úlceras por presión. Esta investigación se realizará con el fin de recolectar información para el desarrollo de guías para la atención del paciente. También me explicó que la información que se recolecte será utilizada para fines científicos y le permitirá avanzar en su trabajo de Tesis de Maestría en Ciencias de Enfermería.

Procedimientos

El Lic. Hernández me explicó que realizará una valoración a mi paciente con el fin de valorar los cuidados de enfermería. Se me ha explicado que al contar con alguna duda durante la valoración existe la oportunidad de aclararla.

Riesgos/Beneficios

Me informó que el estudio implicará un riesgo mínimo en mi paciente, ya que sé le realizará una exploración general, también que su participación es de suma importancia ya que con los resultados de la investigación se podrán realizar mejoras en los guías para la atención del paciente, además, se me aclaró que no se obtendrán ganancias económicas.

Participación Voluntaria / Abandono

Me explicó que la participación es voluntaria y que puedo retirar a mi paciente en el momento que lo crea pertinente, además, me informó que esta decisión no afectará en la atención médica que se brinda a mi paciente.

Preguntas

En caso de dudas o aclaraciones de este estudio me podre comunicar a la Secretaría de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, al teléfono 83-48-18-47 en un horario de 8:00 am a 5:00 pm.

Confidencialidad

Me ha comunicado que la información que obtenga de la participación de mi paciente será para fines de investigación, los investigadores serán las únicas personas autorizadas para el manejo de ésta. También se me informó que no se revelarán los datos personales y los datos se darán a conocer de manera general.

Consentimiento para participar en el estudio

Se me ha explicado en que consiste el estudio, incluyendo posibles riesgos y beneficios de la participación, así como de que puedo optar libremente por retirar a mi paciente en cualquier momento que lo desee.

_____	_____/_____/_____
Firma del participante	Fecha
_____	_____/_____/_____
Nombre y Firma del Investigador	Fecha
_____	_____/_____/_____
Nombre y Firma del primer testigo	Fecha
_____	_____/_____/_____
Nombre y Firma del segundo testigo	Fecha

Apéndice F

Cédula de datos de identificación del paciente

1. Edad _____ años
2. Sexo
 - 1) _____ Masculino
 - 2) _____ Femenino
3. Días estancia _____
4. Servicio hospitalario
 - 1) _____ Cirugía AB
 - 2) _____ Cirugía AC
 - 3) _____ Traumatología
 - 4) _____ Medicina Interna
 - 5) _____ Neurología
 - 6) _____ UCIA
 - 7) _____ UCIPQ
5. Especialidad médica _____
6. Tipo de riesgo para desarrollar UPP
 - 1) _____ Medio
 - 2) _____ Alto
7. Presencia de UPP
 - 1) _____ Si
 - 2) _____ No

Apéndice G

Cédula de valoración de cuidados de enfermería en pacientes con riesgo o con UPP

Cuidados de enfermería	Si	No	No aplica
Se observa (n):			
1) Zonas expuestas a humedad por incontinencia			
2) Presencia de sequedad en la piel			
3) Presencia de eritema en la piel			
4) Presencia de maceración en la piel			
5) Presencia de humedad en áreas, por ejemplo en axilas, debajo de las mamas y en pliegues			
6) El uso de medidas preventivas en zonas en contacto con dispositivos terapéuticos (sondas vesicales, nasogástricas, gafas de oxígeno). Por ejemplo: gasas, micropore, parches duoderm, etc.			
7) La ropa de cama se mantiene limpia y seca			
8) Los tubos de drenaje se encuentran fijos de modo que no interfieran en los movimientos del paciente			
9) La posición del paciente con una buena alineación corporal, distribución del			

peso y equilibrio			
10) Uso de colchones neumáticos para reducir la presión			
11) Uso de algún tipo de liberador de presión en prominencias óseas (talones, caderas, tobillos, codos etc.). por ejemplo: almohadas, sábanas, cobertores, etc.			
12) Se mantiene la higiene diaria del paciente (baño en cama)			
13) Se realiza movilización del paciente con horario y no permanece en la misma posición mas de 2 horas			
14) En caso de utilizar pañal, se encuentra limpio y seco			
15) En caso de presencia de UPP, se realiza curación de úlcera con uso de algún antiséptico (Microdacyn)			

Resumen autobiográfico

Lic. Jonathan Hermayn Hernández Valles

Candidato a obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

LGAC: Gestión de Calidad en Salud

Biografía: Nacido el 30 de Abril de 1990 en la ciudad de Monterrey, Nuevo León; hijo del Sr. Jaime Rubén Hernández Ortegón y Sra. Nelly Josefina Valles Castillo.

Educación: Egresado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL) con grado de Licenciatura en Enfermería (2011).

Experiencia Profesional: Enfermero General en Hospital San José, Monterrey, Nuevo León en el año 2010 - 2011; Enfermero General en Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, Monterrey, Nuevo León en el año 2011 – 2013 y Licenciado en Enfermería a partir del 2013 hasta la fecha.

Correo Electrónico: jonathanhdzval@hotmail.com