

El camino de los cuidados perdidos

The way of the missed care

José Manuel Meijome Sánchez

Hospital del Bierzo (Ponferrada)

Manuscrito recibido: 06-03-2016

Manuscrito aceptado: 13-03-2016

Cómo citar este documento

Meijome Sánchez JM. El camino de los cuidados perdidos. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2016; 4 (2): 6-12

Resumen

El hecho de que algunos cuidados no son realizados o son diferidos ha irrumpido con fuerza en la bibliografía científica enfermera en la última década, varias herramientas y múltiples estudios señalan su importancia clave en el entorno hospitalario, pero queda un importante recorrido que realizar en la atención primaria de salud.

Palabras Clave

Seguridad del paciente, gestión de riesgos, auditoría de enfermería, cuidados de enfermería.

Abstract

The fact that some nursing care are not made or are deferred has burst into in the nursing scientific literature in the last decade, several tools and multiple studies point its key importance in the hospital environment, but remains an important path to be carried out in primary health care.

Keywords

Patient safety, Risk Management, Nursing audit, Nursing care

Durante los últimos 20 años múltiples estudios han señalado que, tanto las plantillas de enfermería como el ambiente en el que trabajamos y las demandas de cuidados de los pacientes, tienen un importante impacto en los resultados en salud.

Y es que las elecciones que cotidianamente realizamos las enfermeras cuando los tres elementos arriba descritos entran en conflicto¹ conducen a que ciertos cuidados se proporcionen más tarde, de forma incompleta o no sean proporcionados. Esto, sin lugar a dudas, influye en la seguridad del paciente pero no ha recibido tanta atención como los errores de acción.

Aunque se tratase de algo conocido desde el mismo origen de la profesión de enfermería, la concreción y conceptualización de los cuidados omitidos o diferidos, es algo que ha irrumpido en la literatura científica hace relativamente poco tiempo, sirva como ejemplo que de las 46 referencias que Pubmed da a la búsqueda "*Nursing missed care*" 38 han sido publicadas en los últimos 5 años.

Beatrice J. Kalisch profesora emérita de la escuela de enfermería de la universidad de Michigan es la autora de referencia en referencia a los "*missed care*" desde 2006 cuando publicó un estudio cualitativo² basado en 25 grupos focales de profesionales de enfermería (enfermeras y auxiliares) de 2 hospitales en el cual se delinearon tanto los elementos de cuidados afectados por este problema como las razones esgrimidas por las enfermeras para "abandonar" esos cuidados.

Anteriormente en otros estudios centrados en la calidad de los cuidados se describía cómo cierto volumen de cuidados quedaba "*sin finalizar*"³, pero ha sido la propia Kalisch la que realizó en 2009 el análisis del concepto "*missed care*"⁴ que debería fundamentar la exploración de su aplicación en otros entornos.

Como definición un cuidado "*perdido*" es aquel aspecto del cuidado que siendo necesario es omitido -de forma total o parcial- o diferido en el tiempo, pero para delimitar exactamente a qué nos referimos acude en nuestra ayuda la Dra Kalisch que paralelamente a su trabajo de definición del concepto desarrolló y validó la herramienta Encuesta MISSCARE⁵ para la valoración de estos "*cuidados perdidos*".

La encuesta MISSCARE es un cuestionario autocumplimentado dividido en dos secciones; en la primera se pregunta a los profesionales por 24 elementos del cuidado en relación con la frecuencia en la que son perdidos sobre una escala (Siempre, frecuentemente, ocasionalmente o raramente). En la segunda parte se les pregunta a los profesionales por las razones para ese abandono y su importancia sobre una serie de afirmaciones organizadas en tres campos: Recursos laborales, Recursos materiales y Comunicación.

En su estudio de validación en 2009, Kalisch identificó que ciertas intervenciones enfermeras, los cuidados básicos y la planificación de cuidados constituían el 70% de los cuidados perdidos y posteriormente en 2011⁶, sobre una muestra de más de 4000 profesionales de 10 hospitales se delimita una "epidemiología" de este error de omisión.

De los resultados de este estudio sorprende que la distribución de los elementos del cuidado más y menos omitidos en los 10 hospitales no difieren mucho. Por un lado la asistencia para la deambulaci3n, la asistencia a sesiones interprofesionales y los cuidados orales fueron señalados como los elementos más omitidos mientras que la valoraci3n del paciente en cada turno, la monitorizaci3n de la glucemia capilar y la monitorizaci3n de las constantes vitales se significaron como los elementos menos omitidos.

Tabla 1 Elementos de cuidados de la encuesta MISSCARE

Asistencia para la deambulaci3n 3 veces al d3a o seg3n 3rdenes
Cambios posturales cada 2 horas
Alimentar a los pacientes mientras la comida est3e a3n caliente
Preparar los alimentos a los pacientes que a3n pueden comer por s3 mismos
Administrar la medicaci3n en los 30' siguientes al horario programado
Valoraci3n de constantes seg3n 3rdenes
Monitorizaci3n de balance de p3rdidas y ganancias
Documentaci3n completa de los datos necesarios
Ense3anza al paciente sobre procedimientos, test y otras pruebas diagn3sticas
Apoyo emocional al paciente y familia
Ba3o y cuidado de la piel del paciente
Cuidados de la boca
Realizaci3n de la higiene de manos
Planificaci3n y educaci3n al alta
Monitorizaci3n de la glucemia capilar seg3n 3rdenes
Valoraci3n del paciente en cada turno
Reevaluaci3n focalizada seg3n la situaci3n del paciente
Evaluaci3n y cuidados de la v3a central seg3n la pol3tica del centro
Responder a las llamadas de las habitaciones en 5 minutos
Responder a las solicitudes de medicaci3n "si precisa" en 15'.
Evaluar la eficacia de la medicaci3n
Asistir a las reuniones interdisciplinarias cuando se convoquen
Ayudar al paciente que necesita ir al ba3o a los 5 minutos de pedirlo
Cuidados de la piel y heridas.

Con referencia a las razones para haber omitido esos cuidados predominaron las relativas a los recursos laborales, en concreto ante un incremento inesperado del número o problemas de los pacientes. El segundo motivo para las omisiones se relacionaba con los recursos materiales, en concreto con la falta de algún medicamento cuando era necesario.

Pero por detrás de esta descripción de los resultados resalta el “retrato robot” de las enfermeras que manifiestan haber “perdido” más cuidados: Profesional con larga experiencia, trabajadora de turno diurno que presenta un absentismo laboral moderado 2 o más turnos perdidos en los últimos 3 meses y que cree que su unidad tiene menos dotación de plantilla de la que debería.

Las claras consecuencias que estos hallazgos tienen en relación con la calidad de los cuidados y su gestión han contribuido a la rápida expansión del concepto y de la herramienta ya validada para varios idiomas (portugués⁷, turco⁸, islandés⁹...); pero además, han surgido con fuerza toda una serie de estudios que ponen en relación la omisión de cuidados con la obtención de resultados no deseados en la atención al usuario como pueden ser caídas¹⁰ o infección urinaria¹¹.

Claro que no es la encuesta MISSCARE la única herramienta que valora los errores de omisión y en el entorno europeo tuvimos un buen ejemplo de ello con el estudio RN4CAST que mostró la prevalencia, los patrones y elementos predictivos de los errores de omisión en 488 hospitales de 12 países¹². En este estudio se preguntaba a las enfermeras por la omisión de 13 elementos de cuidado **Tabla 2** y se ponían en relación con factores como las características estructurales de los hospitales, las características demográficas y académicas de las enfermeras y el contexto organizacional del trabajo.

Tabla 2 Elementos de cuidados de la encuesta RN4CAST

Hablar con los pacientes, proporcionales confort
Desarrollar y actualizar planes de cuidados y vías clínicas
Educar a pacientes y familiares
Cuidados de la boca
Documentar los cuidados de enfermería
Vigilar adecuadamente a los pacientes
Planificar cuidados
Proporcionar cambios posturales
Cuidados de la piel
Preparar al paciente y familia para el alta
Administración de tratamientos farmacológicos a tiempo
Manejo del dolor
Tratamientos y procedimientos

En paralelo al desarrollo teórico de la omisión de cuidados han ido surgiendo estudios que los relacionaban con la adecuación de las plantillas¹³ y a la forma en la que están organizados los centros, en especial aquellos con cierto marchamo "magnético"¹⁴, sin embargo, en este caso lo niveles de plantilla no mostraron diferencias significativas en la omisión de cuidados.

De recientes estudios parece deducirse que un buen número de omisiones de cuidados pueden evitarse incrementado las plantillas¹⁵, pero también con una buena organización¹⁶ lo que a su vez repercute en los resultados en los usuarios.

¿Y los pacientes? ¿Son conscientes de esas omisiones? Podríamos decir que se ha producido una confluencia entre la necesidad de una atención centrada en los usuarios¹⁷, la evaluación de los servicios sobre la base de resultados informados por los usuarios¹⁸ y el concepto de "missed care".

Desde esta confluencia se han de entender los estudios que relacionan de forma directa la omisión de cuidados con la satisfacción de los usuarios¹⁹ o el que relaciona claramente eventos adversos informados por los usuarios -UPP, Infección nosocomial, errores de medicación...- con un mayor número de cuidados perdidos medidos realizando la encuesta MISSCARE a los propios usuarios²⁰. En este caso los elementos del cuidado más omitidos fueron: los cuidados orales o la ayuda a la deambulación coincidiendo con lo que las propias enfermeras informaban en el estudio ya referido.

Llegados a este punto y ya sobrepasados por el peso de tanta referencia bibliográfica de corte hospitalario cabe preguntarse con qué forma y en qué proporción se presenta el problema de la omisión de cuidados en el entorno de la enfermería de familia y comunitaria.

La atención primaria no es ajena a los problemas de seguridad del paciente como demostró el estudio APEAS²¹; en el cual los eventos adversos (EA) muestran una distribución y características algo diferentes a los de la atención hospitalaria. Los EA relacionados con los cuidados representaron un 6,5% de los notificados pero este estudio no abordó los errores de omisión de cuidados. La propia OMS reconoció la importancia de los EAs en atención primaria haciéndola centro de sus actividades de seguridad en 2013, pero ni la OMS ni este autor fuimos capaces de incluir los errores de omisión en nuestra perspectiva de seguridad del paciente en atención primaria²².

Si miramos las **Tablas 1 y 2** veremos algunos elementos del cuidado que se corresponden con necesidades de cuidados a los que la atención primaria se está empezando a enfrentar, debido a la evolución demográfica y a las circunstancias socioeconómicas que provocan que los ingresos económicos de los ancianos dependientes sean los únicos de algunas unidades de convivencia.

Está claro que esas necesidades de cuidados no pueden ser resueltas directamente por la enfermería de atención primaria, pero tampoco cabe duda del papel de planificación y evaluación de resultados que se puede ejercer en este medio y que estas actuaciones repercuten en los resultados en los pacientes, y para el sistema en su conjunto, por ende hemos de conocer en qué medida y por qué motivos se "pierden".

"La propia OMS reconoció la importancia de los EAs en atención primaria haciéndola centro de sus actividades de seguridad en 2013, pero ni la OMS ni este autor fuimos capaces de incluir los errores de omisión en nuestra perspectiva de seguridad del paciente en atención primaria"

Un aspecto por el que las herramientas descritas pasan de puntillas es la continuidad asistencial, pero dado el papel pivotal de la atención primaria como nexo y coordinación en la atención sanitaria sería conveniente que se evaluaran y abordasen las omisiones y dilaciones en cuidados referidos a la continuidad asistencial en todos los niveles, por lo que se va delineando la necesidad de una herramienta específica que valore los cuidados perdidos en atención primaria.

Sin embargo si tratamos de fundamentar un listado de omisiones y dilaciones en cuidados que afectan a los resultados en los usuarios, para crear una herramienta específica desde la perspectiva de la atención primaria no podemos olvidar que en este medio se atiende a unidades de convivencia y a la comunidad: actividades de prevención o de detección de grupos en riesgo, acciones de promoción de la salud en grupos de pacientes concretos por edad, patología o tratamiento, conexión de recursos en salud..., seguramente los lectores de esta revista podrían aportar más detalle a esas actividades, acciones y conexiones, y podrían priorizar aquellas cuya omisión o dilación tienen un potencial mayor para implicar malos resultados para los usuarios.

Conclusiones

Un camino se abre ante nosotros, el de descubrir las cosas que deberían ser hechas y no lo son y el precio que ello significa para los usuarios y la comunidad, que confían en nosotros como profesionales del sistema sanitario. Como tales debemos recorrerlo echando mano de las herramientas que la investigación proporciona, dado que estamos preparados para ello.

Bibliografía

1. Schubert M, Glass TR, Clarke SP, et al. Validation of the Basel Extend of Rationing of Nursing Care instrument. *Nurs Res* 2007 56:416-24
2. Kalisch BJ. Missed nursing care: a qualitative study. *J Nurs Care Qual.* diciembre de 2006;21 (4):306-13; quiz 314-5.
3. Sochalski J. Is more better?: the relationship between nurse staffing and the quality of nursing care in hospitals. *Med Care.* febrero de 2004;42 (2 Suppl):II67-73.
4. Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* [Internet]. 1 de julio de 2009 [citado 29 de febrero de 2016]; 65(7):1509-17. Recuperado a partir de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x/abstract>
5. Kalisch BJ, Williams RA. Development and Psychometric Testing of a Tool to Measure Missed Nursing Care: *JONA: The Journal of Nursing Administration*;39(5):211-9.
6. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee H, Friese CR. HOSPITAL VARIATION IN MISSED NURSING CARE. *Am J Med Qual* 2011; 26(4):291-9.
7. Siqueira LDC, Caliri MHL, Kalisch B, Dantas RAS. Cultural adaptation and internal consistency analysis of the MISSCARE Survey for use in Brazil. *Rev Lat Am Enfermagem.* abril de 2013;21(2):610-7.
8. Kalisch BJ, Terzioglu F, Duygulu S. The MISSCARE Survey-Turkish: psychometric properties and findings. *Nurs Econ.* febrero de 2012;30(1):29-37.
9. Bragadóttir H, Kalisch BJ, Smáradóttir SB, Jónsdóttir HH. Translation and psychometric testing of the Icelandic version of the MISSCARE Survey. *Scand J Caring Sci.* septiembre de 2015;29(3):563-72.

10. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee KH. Missed nursing care, staffing, and patient falls. *J Nurs Care Qual.* marzo de 2012;27(1):6-12.
11. Nelson ST, Flynn L. Relationship between missed care and urinary tract infections in nursing homes. *Geriatr Nurs.* abril de 2015;36(2):126-30.
12. Ausserhofer D, Zander B, Busse R, et al. Prevalence, patterns and predictors of nursing care Leith undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study *BMJ Qual Saf* 2014;23:126-135.
13. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee KH. Do staffing levels predict missed nursing care? *Int J Qual Health Care.* junio de 2011;23(3):302-8.
14. Kalisch BJ, Lee KH. Missed nursing care: Magnet versus non-Magnet hospitals. *Nurs Outlook.* octubre de 2012;60(5):e32-9.
15. Cho S-H, Kim Y-S, Yeon KN, You S-J, Lee ID. Effects of increasing nurse staffing on missed nursing care. *Int Nurs Rev.* junio de 2015;62(2):267-74.
16. Carthon JMB, Lasater KB, Sloane DM, Kutney-Lee A. The quality of hospital work environments and missed nursing care is linked to heart failure readmissions: a cross-sectional study of US hospitals. *BMJ Qual Saf.* abril de 2015;24(4):255-63.
17. Scholl I, Zill JM, Härter M, Dirmaier J. An Integrative Model of Patient-Centeredness – A Systematic Review and Concept Analysis. *PLOS ONE* [Internet]. 17 de septiembre de 2014 [citado 29 de febrero de 2016];9(9):e107828. Recuperado a partir de: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0107828>
18. Tucker CA, Cieza A, Riley AW, Stucki G, Lai JS, Bedirhan Ustun T, et al. Concept analysis of the patient reported outcomes measurement information system (PROMIS(®)) and the international classification of functioning, disability and health (ICF). *Qual Life Res.* agosto de 2014;23 (6):1677-86.
19. Lake ET, Germack HD, Viscardi MK. Missed nursing care is linked to patient satisfaction: a cross-sectional study of US hospitals. *BMJ Quality & Safety* [Internet]. 16 de septiembre de 2015; Recuperado a partir de: <http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2015/09/16/bmjqs-2015-003961.abstract>
20. Kalisch BJ, Xie B, Dabney BW. Patient-Reported Missed Nursing Care Correlated With Adverse Events. *American Journal of Medical Quality* [Internet]. 1 de septiembre de 2014 [citado 29 de febrero de 2016];29 (5):415-22. Recuperado a partir de: <http://ajm.sagepub.com/content/29/5/415>
21. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008 [Citado 29 de febrero de 2016] disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/castellano/2008/APEAS.pdf>
22. Meijome Sánchez XM. Atención primaria más segura; nuevos retos y oportunidades para la enfermería. *ENE, Revista de Enfermería* [Internet]. 8 de diciembre de 2012 [citado 29 de febrero de 2014];6(3). Recuperado a partir de: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/200>