Rev. Latino-Am. Enfermagem
2017;25:e2975
DOI: 10.1590/1518-8345.2354.2975
www.eerp.usp.br/rlae

RLAE Revista Latino-Americana de Enfermagem

Artículo Original

Validación del cuestionario MISSCARE-BRASIL– Un instrumento para evaluar la omisión de cuidados de enfermería[1]

Lillian Dias Castilho Siqueira[2]
Maria Helena Larcher Caliri[3]
Vanderlei José Haas[4]
Beatrice Kalisch[5]
Rosana Aparecida Spadoti Dantas[6]

Objetivo: analizar las propiedades métricas de validez y fiabilidad del cuestionario MISSCARE-BRASIL. Método: investigación metodológica llevada a cabo mediante la evaluación de la validez del constructo y la fiabilidad por medio de análisis factorial confirmatorio, validación de grupos conocidos, validación de constructo convergente, análisis de consistencia interna y fiabilidad de test-retest. La muestra consistió en 330 profesionales de enfermería, de los cuales 86 participaron en la fase retest. Resultados: de los 330 participantes, 39,7% eran auxiliares, 33% técnicos, 20,9% enfermeros, y 6,4% enfermeros con funciones administrativas. El análisis factorial confirmatorio demostró que la versión portuguesa brasileña del instrumento está ajustada adecuadamente a la estructura dimensional que propusieron originariamente los autores de la escala. La correlación entre "satisfacción con el cargo/función" y "satisfacción con el trabajo en equipo" y las variables de omisión de los cuidados incluidos en el cuestionario fue moderada (coeficiente de correlación de Spearman =0,35; p<0,001). Los resultados de la prueba t de Student indicaron la validez de grupos conocidos. Profesionales procedentes de unidades cerradas declararon niveles más bajos de omisión de los cuidados en comparación con otras unidades. La fiabilidad demostró una correlación fuerte, con la excepción de "estilo de gestión/liderazgo institucional" (coeficiente de correlación intraclase (ICC)=0,15; p=0,04). La consistencia interna fue adecuada (alfa de Cronbach mayor de 0,70). Conclusión: el MISSCARE-BRASIL fue válido y fiable en el grupo estudiado. Implementación del MISSCARE-BRASIL puede contribuir a la identificación de soluciones para la omisión de cuidados de enfermería.

Descriptores: Estudios de Validación; Atención de Enfermería; Investigación Metodológica en Enfermería; Seguridad del Paciente; Enfermería; Análisis Factorial.

[1] Artículo parte de Tesis de Doctorado "Validación del MISSCARE-BRASIL – Instrumento para evaluar omisión de cuidados de enfermería", presentada en la Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

[2] PhD, Enfermera, Hospital Universitário, Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, MS, Brasil.
[3] PhD, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
[4] PhD, Profesor Visitante, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.
[5] PhD, Profesor Titular, School of Nursing, University of Michigan, Ann Arbor, Michigan, Estados Unidos de América.
[6] PhD, Profesor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Cómo citar este artículo

Siqueira LDC, Caliri MHL, Haas VJ, Kalisch B, Dantas RAS. Validation of the MISSCARE-BRASIL survey – A tool to assess missed nursing care. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2975. [Access día mes año]; Available in: URL . DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2354.2975.

Introducción

El ámbito laboral en los hospitales ha sido descrito como rápido e impredecible, favoreciendo las interrupciones y errores en los cuidados de enfermería, puesto que estos profesionales se muevan continuamente de una actividad a la siguiente y manejan información de varias fuentes. Además, tienden a realizar múltiples tareas simultáneamente con altos grados de interrupciones[1]. Enfrentados a múltiples demandas y recursos insuficientes, los profesionales pueden encontrar imposible cumplir con todos los requerimientos de atención de enfermería, y mediante la priorización, en muchas situaciones tienden a optar por dejar sin acabar algunos aspectos de los cuidados. En tales circunstancias, ellos pueden acortar, retrasar o simplemente omitir los cuidados[2].

El fenómeno de omisión o falta de atención en enfermería es definido como cualquier aspecto de atención requerida por el paciente que es retrasada u omitida (ya sea en parte o por completo)[2]. Este concepto fue descrito, inicialmente, en un estudio cualitativo[3], por medio de 25 grupos de interés, realizado con personal de enfermería de unidades médico-quirúrgicas (107 enfermeros, 15 técnicos de enfermería, y 51 auxiliares de enfermería) de dos hospitales de Estados Unidos. Los participantes se separaron en función de la categoría profesional, y se les preguntó sobre la omisión de los cuidados en sus ámbitos laborales y las razones de tales omisiones. La autora identificó los siguientes nueve temas relacionados con la omisión de los cuidados de enfermería: deambulación, cambio de posición, retraso u omisión en la alimentación, educación al paciente, planificación del alta, apoyo emocional, higiene, documentación del balance hídrico y vigilancia. Se describieron los siguientes siete temas en relación con las razones de la omisión de los cuidados: problemas de falta de personal, el tiempo requerido para completar las intervenciones de enfermería, utilización precaria de los recursos del personal, síndrome de "No es mi trabajo", delegación ineficaz, hábito y negación [3].

Los autores que han analizado el concepto de omisión de los cuidados de enfermería sugieren que este fenómeno puede influir negativamente en el resultado del paciente, poniendo en riesgo la seguridad del paciente[2]. Han demostrado que la falta de cambio de posición, baño y deambulación de los pacientes encamados puede contribuir a las úlceras por presión y a la debilidad del paciente, y que la falta de higiene oral con pacientes enfermos en estado crítico puede incrementar el riesgo de neumonía[2]. De este modo, el empleo de un instrumento capaz de investigar el alcance y la naturaleza de este fenómeno es esencial, haciendo posible estudiar las percepciones del personal sobre la omisión de los cuidados y las razones de tal omisión.

Con este fin, se ha desarrollado el cuestionario MISSCARE para medir la omisión de los cuidados de enfermería y para analizar sus causas. El instrumento se desarrolló y validó en los Estados Unidos con una muestra de 1.098 profesionales de enfermería, y consiste en ítems que comprenden 24 elementos de atención básica de enfermería en la parte A y 17 razones de la omisión de los cuidados en la parte B[4].

En Brasil, ya se ha adaptado culturalmente y se ha probado la consistencia interna del cuestionario MISSCARE[5]. Un estudio diferente amplió el instrumento original para incluir otros ítems asociados a los cuidados de enfermería y las razones de la omisión de los cuidados específicos para el contexto brasileño (datos no publicados). Este instrumento se denomina MISSCARE-BRASIL.

El objetivo de este estudio fue validar el cuestionario MISSCARE-BRASIL para posibilitar la investigación sobre el fenómeno en el contexto brasileño.

Método

El estudio fue metodológico y transversal. El cuestionario MISSCARE-BRASIL fue validado mediante la evaluación de las propiedades psicométricas relacionadas con la validez de su constructo y la fiabilidad por medio de análisis factorial confirmatorio, validación de grupos conocidos, validación de constructo convergente, análisis de consistencia interna (alfa de Cronbach) y fiabilidad del test-retest.

Este estudio cumple con los preceptos éticos, conforme a la Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud de Brasil, y fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación local (protocolo CAAE nº 38506614000005393). La autora original concedió autorización para que el cuestionario sea validad y usado en Brasil.

El cuestionario original MISSCARE incluye 41 ítems que cuantifican la omisión de cuidados de enfermería. El cuestionario incluye una sección de información general con preguntas sobre las características demográficas y profesionales de los participantes; la parte A, con 24 ítems relacionados con los cuidados omitidos o no realizados; y la parte B, con 17 ítems sobre las razones de no realizar los cuidados de enfermería. La parte B contiene los siguientes tres factores o dominios: recursos laborales (cinco ítems), recursos materiales (tres ítems) y comunicación/trabajo en equipo (nueve ítems). El instrumento MISSCARE-BRASIL incluye 28 ítems en la parte A y 28 ítems en la parte B.

Los ítems de la parte A se contestan sobre una escala de tipo Likert y se puntúan de uno a cinco, el uno corresponde al mayor nivel de omisión de los cuidados y el cinco corresponde con la ausencia de omisión. En la parte B, los ítems se puntúan de uno a cuatro, correspondiendo el uno a "un factor importante para la omisión" y el cuatro a "no existen razones para el incumplimiento de los cuidados de enfermería".

El estudio se llevó a cabo en un hospital universitario a gran escala en el estado de São Paulo, Brasil. El hospital es una autarquía estatal asociada a la Universidad de São Paulo que se utiliza para proporcionar enseñanza, investigación y atención médica hospitalaria. Se extrajo una simple muestra aleatoria del marco de la población. Se seleccionaron los participantes de acuerdo con los siguientes criterios de inclusión: enfermeros, técnicos de enfermería y auxiliares de enfermería con una relación de empleo con el hospital seleccionado, asignados a sus diversas unidades, y que han trabajado en el sector durante al menos un mes. Se excluyeron a los profesionales que se encontraban de vacaciones o de baja médica.

Se determinó el tamaño de muestra considerando un equilibrio de muestra adecuado y consenso para estimar el mínimo tamaño de muestra necesario para llevar a cabo un análisis factorial confirmatorio fiable[6]. Con conocimiento previo sobre la población diana, que consistió en 1618 profesionales de enfermería, se estableció inicialmente una muestra mínima de 300 profesionales de enfermería (enfermeros, técnicos y auxiliares). Se incluyó un valor de pérdida de muestras del 20% para tener en cuenta el rechazo a la participación, las vacaciones, la baja médica, y otras ausencias del trabajo. Con el fin de analizar la fiabilidad del test-retest, el coeficiente de correlación intraclase (ICC) se estableció en ICC=0,7 entre las puntuaciones de omisión, permitiendo un valor igual o mayor de 0,5 para un poder estadístico del 90%, con un nivel de significación α=0,05. Empleando la versión 13 del Power Analysis and Sample Size (PASS), se estableció un número mínimo de 86 participantes.

MISSCARE-BRASIL es un cuestionario rellenado por el mismo encuestado. Tras cumplir con los procedimientos éticos requeridos, se entregó el cuestionario directamente a los participantes en un sobre manila. Las encuestas se devolvieron posteriormente, y se garantizó el anonimato. Sin embargo, se asignó un código a cada participante, por lo que aquellos elegidos para participar en la fase de retest pudieron ser localizados. El retest se llevó a cabo con 86 profesionales dos semanas tras el primer test. Según las estimaciones de la investigadora, este tiempo era suficiente para que los participantes olvidaran las respuestas que habían proporcionado la primera vez.

Tras la aplicación de MISSCARE-BRASIL en la muestra seleccionada, se llevaron a cabo pruebas estadísticas empleando el *software* Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versión 17.0. Se llevaron a cabo imputaciones en las partes A y B para rellenar los valores perdidos y para incrementar el número total de casos, sustituyendo los valores no respondidos por la media de los otros ítems. Las respuestas a los ítems de las partes A y B se puntuaron a la inversa, siendo (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1) para la parte A, y (1=4) (2=3) (3=2) (4=1) para la parte B, según las instrucciones de la autora del instrumento original por e-mail.

El objetivo fue verificar si la versión brasileña del cuestionario midió con claridad y de forma fiable el fenómeno estudiado, alcanzando los objetivos deseados. Para ello, las respuestas fueron sometidas al análisis factorial confirmatorio (CFA) a través de la aplicación o adición del módulo *International Business Machines* (IBM) SPSS y *Analysis of Moment Structures* (AMOS), versión 16. El CFA se llevó a cabo utilizando modelos de ecuaciones estructurales, con los 28 ítems de la parte B del MISSCARE-BRASIL para confirmar la estructura factorial de ratios de la omisión de atención. El cuestionario original tenía los siguientes tres factores: recursos materiales, recursos laborales y comunicación. El cuestionario MISSCARE-BRASIL incluye estos tres factores y otros dos más: dimensiones éticas y estilos de gestión y liderazgo institucional. En el presente estudio, el modelo fue ajustado considerando criterios que buscan determinar similitudes entre las matrices de varianza-covarianza observadas en la muestra y aquellas predichas por el modelo que está siendo probado. La obtención satisfactoria de un modelo adecuado para la observación confirma la validez del instrumento.

Para verificar la validez del constructo convergente, fueron hipotetizadas correlaciones positivas entre el nivel de satisfacción profesional y las variables de omisión de los cuidados del MISSCARE-BRASIL mediante el coeficiente de correlación de Spearman. Coeficientes <0,30 representan una correlación débil; coeficientes con valores entre 0,30 y 0,49, se consideran como correlación moderada; y los iguales o mayores de 0,5 representan correlaciones fuertes.

Para probar la validez del constructo a través de grupos conocidos, se calcularon y analizaron las puntuaciones medias para la omisión de cuidados de enfermería (por participante). Esta puntuación total fue la puntuación media de omisión de cuidados identificada para cada uno de los elementos de los cuidados de enfermería presentados en la parte A. La hipótesis postulaba que los profesionales de enfermería que trabajaban en sectores cerrados presentaban mayores niveles de satisfacción por el trabajo, no planeaban dejar sus cargos/puestos, y

presentarían menos elementos de omisión de los cuidados de enfermería. Otros ítems relacionados con la omisión de los cuidados se trataron como variables dicotómicas. Se consideraron los elementos de cuidados como omitidos cuando las respuestas eran "ocasionalmente", "raramente" o "nunca." La prueba t de Student para muestras independientes se usó para comparar la existencia o falta de diferencias entre las medias de los grupos o los criterios del estudio. Además, se utilizó la d de Cohen para clasificar la distancia entre las medias como pequeña (d<0,20), moderada (≥0,20 a <0,50) o grande (≥0,50).

Se empleó la alfa de Cronbach para estimar la consistencia interna, con valores satisfactorios establecidos en valores >0,70[7]. Para analizar la estabilidad del instrumento se utilizó el ICC; valores por debajo de 4 indicaban una baja fiabilidad; entre 0,4 y 0,74 eran de moderada a buena, e igual o mayor de 0,75 indicó una fiabilidad excelente. Todos los análisis inferenciales se llevaron a cabo con un nivel de significación del 5% (α=0,05).

Resultados

En el estudio participaron 330 profesionales de enfermería, 131 (39,7%) de ellos eran auxiliares, 109 (33%) técnicos, 69 (20,9%) enfermeros, y 21 (6,4%) enfermeros con funciones administrativas. La edad media era de 39,9 años, y 255 participantes (77,3%) eran mujeres. En términos del mayor grado de educación alcanzado, excepto para los 90 enfermeros, entre los demás participantes la mayoría habían terminado la educación secundaria (183; 55,5%) y formación de técnico de enfermería (140; 42,4%). La mayoría (95,5%) de los profesionales trabajaban más de 30 horas/semana, y contaban con más de diez años de experiencia en el cargo (52,1%) y más de cinco años de experiencia en el sector de pacientes hospitalizados (54,8%). Más del 80% del personal no tenía planes de abandonar sus cargos o funciones actuales en el próximo año.

Tabla 1 – Análisis Factorial Confirmatorio de MISSCARE-BRASIL, Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2015

			Coeficientes de Regresión No-Estandarizados	Error-estándar	Razón crítica	Cargas Factoriales	p*
Ítem B11	←	Comunicación	1				0,670
Ítem B5	←	Comunicación	0,865	0,091	9,473	0,574	<0,001
Ítem B16	←	Comunicación	1,034	0,097	10,708	0,658	<0,001
Ítem B15	←	Comunicación	1,08	0,099	10,896	0,671	<0,001
Ítem B13	←	Comunicación	1,06	0,076	13,94	0,712	<0,001
Ítem B8	←	Comunicación	0,833	0,093	8,958	0,541	<0,001
Ítem B14	←	Comunicación	0,994	0,092	10,794	0,665	<0,001
Ítem B7	←	Comunicación	0,858	0,093	9,204	0,557	<0,001
Ítem B12	←	Comunicación	0,985	0,09	10,996	0,678	<0,001
Ítem B24	←	Comunicación	0,976	0,095	10,289	0,629	<0,001
Ítem B10	←	Recursos materiales	1				0,733
Ítem B6	←	Recursos materiales	0,881	0,082	10,773	0,645	<0,001
Ítem B9	←	Recursos materiales	1,092	0,069	15,854	0,783	<0,001
Ítem B23	←	Recursos materiales	0,945	0,094	10,047	0,605	<0,001
Ítem B1	←	Recursos laborales	1				0,611
Ítem B4	←	Recursos laborales	1,076	0,081	13,23	0,663	<0,001
Ítem B3	←	Recursos laborales	0,816	0,101	8,087	0,529	<0,001
Ítem B2	←	Recursos laborales	0,736	0,101	7,282	0,467	<0,001
Ítem B17	←	Recursos laborales	1,139	0,112	10,155	0,713	<0,001
Ítem B19	←	Recursos laborales	0,966	0,11	8,755	0,584	<0,001
Ítem B27	←	Recursos laborales	1,091	0,117	9,359	0,638	<0,001
Ítem B28	←	Recursos laborales	1,051	0,118	8,937	0,603	<0,001
Ítem B18	←	Dimensión ética	1				0,817
Ítem B20	←	Dimensión ética	0,971	0,065	15,043	0,781	<0,001
Ítem B25	←	Dimensión ética	1,047	0,066	15,829	0,818	<0,001
Ítem B21	←	Gestión	1				0,763
Ítem B22	←	Gestión	0,986	0,075	13,158	0,78	<0,001
Ítem B26	←	Gestión	0,787	0,086	9,118	0,553	<0,001

*p - probabilidad, valor de p

Tabla 2 – Resultados de validez de grupos conocidos del cuestionario MISSCARE-BRASIL, considerando la satisfacción profesional con el cargo, la profesión y el trabajo en equipo, la intención de abandonar su cargo/función, y la comparación entre sectores. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2015

Variables	Puntuación media de omisión de los cuidados					Número de elementos de omisión de los cuidados por participante			
	n (%)	Media	DE*	p†	d‡	Media	DE*	p†	d‡
Satisfacción con el cargo/función									
Satisfecho	205 (62,1)	1,70	0,40	<0,001	0,79	3,6	3,47	<0,001	0,82
Insatisfecho	125 (37,8)	2,05	0,51			7,0	5,32		
Satisfacción con la profesión									
Satisfecho	250 (75,8)	1,77	0,44	<0,001	0,57	4,34	4,22	0,001	0,50
Insatisfecho	80 (24,2)	2,03	0,52			6,57	5,21		
Satisfacción con el trabajo en equipo									
Satisfecho	179 (54,2)	1,72	0,45	<0,001	0,54	3,86	4,10	<0,001	0,50
Insatisfecho	149 (45,2)	1,97	0,47			6,08	4,83		
Planea abandonar el cargo/función									
Sí	60 (18,1)	2,1	0,60	0,007	0,67	7,12	6,26	<0,001	0,65
No	267 (80,9)	1,79	0,43			4,31	3,88		
Sector									
Unidades cerradas§	68 (20,6)	1,66	0,44	0,001	0,47	3,44	3,52	0,001	0,41
Otras	262 (79,4)	1,88	0,47			5,26	4,74		

*DE – desviación estándar; †p - probabilidad, valor de p; ‡d – d de Cohen (magnitud del efecto); §Unidades cerradas – unidad de cuidados intensivos/unidad de cuidados coronarios, unidad de inmunoterapia, unidad de trasplante de médula ósea, oncología, hematología/quimioterapia.

En términos de análisis de validez del constructo, este análisis se llevó a cabo con el *software* AMOS, mostrando coeficientes de regresión y cargas factoriales para los cinco factores. Las cargas factoriales para "comunicación" estaban entre 0,54 y 0,71. El rango para "recursos materiales" oscilaba entre 0,60 y 0,78, y para "recursos laborales", entre 0,46 y 0,71. El factor "dimensiones éticas" presentó cargas factoriales de entre 0,78 y 0,81 y, por último, las cargas factoriales para "gestión" estaban entre 0,55 y 0,78. El índice de ajuste comparativo (CFI) alcanzado en este estudio fue de CFI ~ 0,9. La Tabla 1 muestra los resultados del CFA, es decir, el análisis factorial para el cuestionario MISSCARE-BRASIL.

La validación convergente se verificó mediante correlaciones positivas entre niveles de satisfacción profesional y variables de omisión de los cuidados del instrumento MISSCARE-BRASIL. La correlación entre "satisfacción con el cargo/función" y "satisfacción con el trabajo en equipo" y las variables de omisión de los cuidados del cuestionario fue moderada (coeficiente de correlación de Spearman =0,35; p<0,001). Hubo una débil correlación entre la variable "satisfacción con la profesión" y las variables de omisión de los cuidados, con un coeficiente de correlación de Spearman que oscilaba entre 0,22 y 0,24. Estas correlaciones positivas indican que las variables covarían en la misma dirección, es decir, a mayor insatisfacción se produce un mayor número de elementos de omisión de los cuidados (correlación positiva).

Los resultados de la prueba t de Student evidenciaron la validez de grupos conocidos. Los profesionales con los mayores niveles de satisfacción y aquellos que no planeaban dejar sus cargos/funciones percibieron menor número de elementos de omisión de atención de enfermería (promedios más bajos) en sus unidades, y de forma similar, tal como postulaba la hipótesis, los profesionales de unidades cerradas declararon menores niveles de omisión de los cuidados en comparación con las otras unidades. Estos resultados se muestran en la Tabla 2.

La fiabilidad del test-retest del cuestionario MISSCARE-BRASIL se midió mediante la estabilidad factorial y mostró fuertes correlaciones positivas (comunicación ICC=0,62; p<0,001; recursos materiales ICC=0,53; p<0.001; recursos laborales ICC=0,66; p<0,001; dimensión ética ICC=0.64; p<0.001), excepto para el "estilo de gestión/liderazgo institucional" (ICC=0,15; p=0,04). La fiabilidad también se examinó mediante la evaluación de la consistencia interna de la parte A y los cinco factores de la parte B. Los valores de la alfa de Cronbach fueron mayores de 0,70, un nivel aceptable para la consistencia interna.

Discusión

El objetivo de este estudio metodológico fue llevar a cabo una evaluación psicométrica de la versión adaptada y ampliada del cuestionario MISSCARE, MISSCARE-

BRASIL, para usarlo con profesionales de enfermería de Brasil. La motivación para llevar a cabo este estudio se basaba en la evidencia encontrada en la literatura brasileña sobre la ausencia de instrumentos válidas y fiables para medir el fenómeno de omisión de cuidados de enfermería. La literatura internacional ha demostrado que los resultados de evaluaciones con este instrumento se pueden utilizar para sustentar la gestión del servicio de enfermería puesto que las acciones de enfermería contribuyen de manera importante a la calidad de los cuidados sanitaria y, como consecuencia, a la seguridad del paciente.

Del mismo modo que en los estudios originales en Estados Unidos[4,8], los resultados del estudio brasileño demostraron una predominancia de profesionales del sexo femenino con más de 10 años de experiencia y con jornada semanal de más de 30 horas. En los Estados Unidos, la mayoría de los profesionales poseen una licenciatura, mientras que en Brasil la mayoría eran técnicos de enfermería, un hallazgo que demuestra las diferencias en la formación académica de los profesionales de enfermería entre ambos países.

El análisis factorial confirmatorio dio lugar a un modelo con 5 factores, dos más que el modelo inicial de 3 factores; los nuevos ítems dieron lugar a los siguientes dos factores adicionales: dimensión ética y estilo de gestión/liderazgo institucional. Las cargas factoriales resultantes establecieron qué ítems pertenecían a cada factor. Hay que destacar que cuando los autores desarrollaron el instrumento original utilizando análisis factorial exploratorio, dio lugar a los siguientes tres factores en la parte B: comunicación/trabajo en equipo, recursos laborales y recursos materiales[4].

En términos de validez de grupos conocidos, con respecto a los resultados de la validación en Brasil y el desarrollo del instrumento original en inglés, ambos estudios postularon que los profesionales de enfermería que trabajaban en unidades cerradas (tales como unidades de cuidados intensivos) declararían menor número de elementos de omisión de atención de enfermería. Esta hipótesis se justifica con una mejor ratio enfermero/paciente en unidades de cuidados intensivos: "1:1" o "1:2," mientras que enfermeros de la unidad de rehabilitación tienden a atender a más pacientes[4]. Como se ha pronosticado, en ambos estudios, las respuestas dadas en los Estados Unidos por profesionales de unidades cerradas fueron diferentes de aquellos que trabajaban en las unidades de rehabilitación, y en Brasil, las respuestas dadas por profesionales de unidades cerradas fueron diferentes de las respuestas de profesionales de unidades abiertas. Hubo menor número de declaraciones de omisión de los cuidados en unidades cerradas, por tanto, se presentó una validación de grupos conocidos en ambos países.

En el presente estudio, considerando la validación convergente, el análisis del coeficiente de correlación de Spearman demostró correlaciones moderadas entre "satisfacción con el cargo/función" y "satisfacción con el trabajo en equipo" con las variables de omisión del MISSCARE-BRASIL. La correlación entre "satisfacción con la profesión" y las variables de omisión fue débil, con un coeficiente de correlación de Spearman de entre 0,22 y 0,24.

La consistencia interna, estimada mediante del alfa de Cronbach, era aceptable en los estudios brasileño y americano[4,8], así como la fiabilidad del test-retest, que indicó medidas fiables y estables. Los cinco factores del MISSCARE-BRASIL tuvieron coeficientes que varían entre 0,77 y 0,90, indicando una consistencia interna.

Considerando solamente los tres factores originales de la parte B, los valores de alfa fueron similares a los valores obtenidos en el estudio original, puesto que el factor "comunicación" presentó el valor más alto[4,8]. Asimismo, aunque se calculó el coeficiente alfa para la parte A, la autora del instrumento original sostuvo que no era apropiado evaluarla psicométricamente utilizando el coeficiente o CFA, puesto que esta parte contiene una lista de acciones de enfermería independientes.

La fiabilidad del test-retest mostró evidencias de medidas estables en el tiempo con valores adecuados de ICC, similares a aquellos del estudio original, que fueron de 0,87 para la parte A y 0,86 para la parte B[4,8]. Cabe destacar que el ICC para el "estilo de gestión/liderazgo institucional" fue bajo, lo cual se explica por las medias obtenidas en los pasos de test y retest que fueron significativamente diferentes.

La omisión de la acción de enfermería es un concepto importante que, en parte, puede explicar resultados negativos para pacientes hospitalizados, tales como úlceras por presión. Este concepto es especialmente pertinente y puede avalar la implementación de medidas de gestión que fortalecen los recursos humanos dentro de las organizaciones con el tamaño específico de personal y competencias necesarios para proporcionar asistencia continua, segura, centrada en el paciente y para evitar la omisión de los cuidados y su impacto en los resultados de los cuidados[9].

Un estudio cualitativo llevado a cabo en Brasil con profesionales de enfermería investigó su punto de vista ante las responsabilidades de cuidados y encontró que no tenían un criterio claro sobre las actividades que tenían que llevar a cabo y las decisiones que tuvieron que tomar en relación con las necesidades del paciente. Como media, estos profesionales necesitaron de 4 a 30 minutos para responder a la llamada de

los pacientes o familiares, un periodo que parece ser insignificante para trabajadores ocupados pero que representa una "eternidad" para los pacientes. En tiempos de falta de personal, existe un entendimiento entre los profesionales de que se le debe dar prioridad a la administración de fármacos y a la monitorización de los signos vitales a expensas de otras actividades. Además, los participantes mencionaron insatisfacción con sus propias actuaciones y falta de compromiso de algunos miembros del equipo de enfermería. También señalaron una inadecuada elección de la profesión como un posible factor personal y una de las causas de falta de compromiso e identificación con la profesión[10].

En este contexto, la medida proporcionada por el estudio MISSCARE-BRASIL tiene aplicaciones potenciales para la práctica clínica y la investigación. Se puede usar para identificar situaciones concretas relacionadas con la omisión de los cuidados de enfermería que plantean desafíos a la calidad de los cuidados de enfermería. Con esta información, las acciones de los profesionales de la salud se pueden redirigir para alcanzar soluciones.

Los resultados de este estudio y otros que se centran en la omisión de los cuidados muestran que es un fenómeno global, y puede llamar la atención a la importancia de un modelo explicativo de los errores centrado en el sistema, en el cual los fallos son el resultado combinado de errores activos (omisiones, distracciones, incumplimiento con las normas, equivocaciones y olvidos) y condiciones latentes, tales como sobrecarga de trabajo, deficiente definición de la tarea, supervisión insuficiente, fallos en la comunicación, recursos obsoletos, mantenimiento inadecuado de las instalaciones, reducida estandarización de los procesos, formación profesional deficiente, presiones del trabajo de cuidados de la salud, y tecnología deficiente[11]. A la luz de estos hallazgos, el instrumento puede usarse en estudios que buscan producir un conocimiento más profundo sobre las variables que median y/o moderan este fenómeno complejo.

Una limitación de este estudio fue que los datos se recogieron de un solo hospital universitario público en el estado de São Paulo. Se deberían llevar a cabo estudios multicéntricos con mayor número de muestras, incluyendo profesionales tanto de hospitales públicos como privados en otras localidades e incluso en otras regiones de Brasil, para tener en cuenta diferencias en la práctica profesional de enfermería. Otra limitación fue el uso de un método de rellenado por los mismos encuestados para la recogida de datos. Algunas respuestas pueden no haber sido completamente precisas, puesto que el estudio investiga los aspectos negativos de los cuidados. Esto significa que algunos participantes pueden no haber estado dispuestos a admitir la omisión de los cuidados a pesar de la cuidadosa atención que se ha dado al anonimato. Sin embargo, el alto coste de la observación directa de un gran número de enfermeros limitó el diseño metodológico de este estudio y la capacidad de ampliar la recogida de datos para incluir otras fuentes de información. Las investigaciones futuras se deberían llevar a cabo utilizando una aproximación multimétodo.

Conclusiones

Los resultados de este estudio muestran una evidencia moderada de la validez y fiabilidad del cuestionario MISSCARE-BRASIL cuando se adaptó a los profesionales de enfermería en un hospital universitario público en el municipio de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

En este contexto, haciendo este instrumento disponible en Brasil aspira a suplir la carencia de herramientas que evalúan la omisión de los cuidados de enfermería. Sin embargo, Brasil es rico en diversidad cultural, por lo que se deberían llevar a cabo más estudios para evaluar la versión adaptada del cuestionario con diferentes muestras de población. Esto significa que la evaluación de su uso en la práctica clínica depende de más investigación en diferentes contextos hospitalarios en Brasil, incluyendo los hospitales privados.

La aplicación del cuestionario MISSCARE-BRASIL puede contribuir no solo a investigar la omisión de los cuidados de enfermería en instituciones de salud brasileñas, sino también a identificar soluciones a este fenómeno junto con los profesionales implicados en estos cuidados.

Referencias

1. Kalisch BJ, Aebersold M. Interruptions and multitasking in nursing care. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2010; 36(3):126-32. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S1553-7250(10)36021-1]

2. Kalisch BJ, Landstrom GJ, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. J Adv Nurs. 2009; 65(7): 1509-17. doi: http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x]

3. Kalisch BJ. Missed nursing care: a qualitative study. J Nurs Care Qual. [Internet]. 2006 Oct/Dec [cited May 1, 2017];21(4):306-13. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Beatrice_Kalisch/publication/6809817_Missed_Nursing_Care_A_Qualitative_Study/links/004635314862b6feae000000.pdf

4. Kalisch BJ, Williams RA. Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. J Nurs Adm. 2009; 39(5):211-9. doi: http://dx.doi.org/10.1097/NNA.0b013e3181a23cf5]

5. Siqueira LDC, Caliri MHL, Kalisch B, Dantas RAS. Cultural adaptation and internal consistency analysis of the MISSCARE survey for use in Brazil. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet]. 2013 Apr [cited Jan 9, 2017];21(2):610-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000200610&lng=en.

6. Myers ND, Ahn S, Jin Y. Sample size and power estimates for a confirmatory factor analytic model in exercise and sport: a Monte Carlo approach. Res Q Exerc Sport. [Internet]. 2011 Sept [cited Jun 27, 2017]; 82(3):412-23. Available from: https://www.statmodel.com/download/Myers,%20Ahn,%20&%20Jin,%202011.pdf

7. Keszei AP, Novak M, Streiner DL. Introduction to health measurement scales. J Psychosom Res. 2010; 68(4):319-23. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.01.006]

8. Kalisch BJ, Landstrom GJ, Williams RA. Missed nursing care: errors of omission. Nurs Outlook. 2009; 57(1):3-9. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2008.05.007]

9. Valles JHH, Monsiváis MGM, Guzmán MGI, Arreola LV. Nursing care missed in patients at risk of or having pressure ulcers. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet]. 2016 Nov [cited Jan 9, 2017]; 24: e2817. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100424&lng=pt. Epub 21-Nov-2016. http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1462.2817.

10. Cecere DBB, Silveira RS, Duarte CR, Fernandes GFM. Ethical commitment in nursing work at hospitalization scenery. Enferm. Foco. [Internet]. 2010 [cited Nov 12, 2016];1(2):46-50. Available from: http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/13/14.

11. Reason J. Human error: models and management. BMJ. [Internet]. 2000 Mar [cited Jun 28, 2017];320(7237):768-70. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/pdf/768.pdf

Recibido: 12.07.2017
Aceptado: 07.10.2017

Correspondencia:
Lillian Dias Castilho Siqueira
Universidade Federal da Grande Dourados
Hospital Universitário
Rua Ivo Alves da Rocha, 558
Bairro: Altos do Indaiá
CEP: 79823-501, Dourados, MS, Brasil
E-mail: ldcsiqueira@usp.br

Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.
Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.