



Adaptación cultural del instrumento MISSCARE para su uso en el contexto chileno

Cultural adaptation of the MISSCARE tool for use in the Chilean context
Adaptação cultural do instrumento MISSCARE para uso no contexto chileno

Lorena Saldia-Arteaga¹

Julia Huaiquién-Silva¹

Patricia Jara-Concha¹

1.Universidad de Concepción, Facultad de Enfermería. Concepción, Chile.

RESUMEN

Objetivo: validar el instrumento de cuidado perdido de enfermería (MISSCARE), para ser utilizado en contexto chileno. **Método:** adaptación sociolingüística de MISSCARE a través de traducción y retrotraducción, seguida por evaluación de profesionales de enfermería con manejo de idioma inglés y finalmente validación de contenido a través de revisión, adecuación cultural y de contenido, por expertos del área. **Resultados:** el instrumento en su versión 2.0 demostró validez aparente y de contenido. El cuidado de enfermería perdido es un evento adverso que amenaza la seguridad y calidad de la atención en salud. Contar con un instrumento validado que mida el cuidado perdido será un indicador para mejorar la calidad en la atención prestada. **Conclusiones e implicaciones para la práctica:** el instrumento MISSCARE en su versión adaptada es una herramienta confiable y válida para medir el cuidado perdido en instituciones hospitalarias. Estudiar los cuidados omitidos generará conocimientos clave para mejorar la calidad de la atención en salud y desarrollar indicadores de gestión. Estos conocimientos impulsarán estrategias e intervenciones para optimizar servicios y garantizar un estándar más alto en la atención.

Palabras clave: Cuidado de Enfermería; Calidad de la Atención de Salud; Estudio de Validación; Investigación en Enfermería; Seguridad del Paciente.

ABSTRACT

Objective: to validate the MISSCARE instrument for use in the Chilean context. **Method:** sociolinguistic adaptation of MISSCARE involved translation and back-translation, followed by evaluation by English-speaking nurses. Finally, content validation was achieved through expert review, focusing on cultural and content adaptation. **Results:** the 2.0 version of MISSCARE demonstrated both face and content validity. Missed care is an adverse event that threatens the safety and quality of health care. Having a validated instrument to measure missed care will serve as an indicator to improve the quality of health care provided. **Conclusions and implications for practice:** the adapted version of MISSCARE is a reliable, valid tool for measuring missed nursing care in hospitals. The study of missed nursing care will generate essential knowledge to improve the quality of health care and to develop management indicators. These insights will drive strategies and interventions in order to optimize services and ensure a higher standard of care.

Keywords: Nursing Care; Nursing Research; Patient Safety; Quality of Health Care; Validation Study.

RESUMO

Objetivo: validar o instrumento MISSCARE para uso no contexto chileno. **Método:** a adaptação sociolingüística do MISSCARE envolveu tradução e retrotradução, seguida por avaliação de enfermeiros falantes de inglês. Finalmente, a validação de conteúdo foi alcançada por meio de revisão por especialistas, com foco na adaptação cultural e de conteúdo. **Resultados:** a versão 2.0 do MISSCARE demonstrou validade de face e de conteúdo. O cuidado perdido é um evento adverso que ameaça a segurança e a qualidade da assistência à saúde. Ter um instrumento validado para medir o cuidado perdido servirá como um indicador para melhorar a qualidade da assistência à saúde prestada. **Conclusão e implicações para a prática:** a versão adaptada do MISSCARE é uma ferramenta confiável e válida para medir o cuidado de enfermagem perdido em hospitais. O estudo do cuidado de enfermagem perdido gerará conhecimento essencial para melhorar a qualidade da assistência à saúde e desenvolver indicadores de gestão. Esses insights impulsionarão estratégias e intervenções para otimizar os serviços e garantir um padrão mais elevado de atendimento.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Estudo de Validação; Pesquisa em Enfermagem; Qualidade da Assistência à Saúde; Segurança do Paciente.

Autor correspondiente:
Julia Huaiquién Silva.
E-mail: jhuaiqui@udec.cl

Enviado 26/12/2023.
Aceptado el 09/05/2024.

DOI:<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2023-0164es>

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es un elemento de gran interés en las últimas décadas. Existen diversos estudios que refieren que los sistemas de salud están expuestos a errores, por lo que el riesgo de eventos adversos es alto, presentado en el 3,7-16,6% de todos los ingresos hospitalarios.¹

Es por esta razón que en 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) emprendió la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente² y en el 2005 la Comisión Europea adoptó la Declaración de Luxemburgo sobre la seguridad de los pacientes, en la que se reconoció el acceso a una asistencia sanitaria de calidad como derecho humano fundamental.³

Esta alarmante situación ha generado que los diferentes organismos internacionales y nacionales formulen estrategias para mantener los estándares de calidad al interior de los establecimientos de salud. En relación con estas estrategias el Ministerio de Salud en Chile basándose en la reforma de salud del año 2004 ha promovido un sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales con propósito de lograr un mejoramiento continuo de la calidad y seguridad en los procesos de atención en salud.⁴ De lo anterior se desprende el concepto de seguridad del paciente que corresponde a la *“reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable con el objetivo de evitar eventos adversos que pongan en riesgo la vida de los usuarios.”*⁵

Para cumplir con los estándares del Sistema Nacional de Acreditación de Prestadores Institucionales, los establecimientos de salud chilenos deben disponer de un sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a la atención en el que se realice revisión de las prácticas frente a los eventos producidos, y se apliquen intervenciones preventivas de demostrada efectividad.⁴

Actualmente uno de los factores determinantes del éxito de las medidas para mejorar la seguridad del paciente radica en el buen trabajo en equipo de los profesionales de la salud y la buena comunicación que puede haber entre ellos y con sus pacientes. En relación con el factor humano al interior de las instituciones de salud, se reconoce a nivel mundial que los profesionales de enfermería representan la mayor fuerza de trabajo asociada al cuidado de la salud.⁶

Por tanto, el equipo de enfermería exhibe el mayor involucramiento en los procesos de atención sanitaria, lo que hace que estos profesionales por la cercanía con los pacientes tengan un rol crucial en la seguridad y calidad de su atención y además sean agentes claves en la prevención de eventos adversos.⁷ Los profesionales de enfermería son responsables de la calidad de los cuidados que brindan, por lo que es imperante identificar las omisiones en la atención y tomar las medidas pertinentes que involucren la reestructuración de los servicios prestados que puedan contribuir a resolver el problema del cuidado perdido.⁸

La seguridad en la atención es un concepto que se determina unificador hacia la cultura de calidad, dado que conduce al desarrollo de la disciplina de enfermería, exige a los profesionales evaluar en forma sistemática los cuidados, permitiendo así posicionar el rol de profesional de enfermería como parte importante del equipo de salud.⁹

Son pocos los estudios encontrados que abordan un elemento crucial en la calidad de los cuidados y que esté íntimamente relacionado con la seguridad y la calidad de la asistencia prestada, y se trata de la omisión o no prestación de cuidados.^{9,10}

Los incidentes que se generen derivados de la atención, por ejemplo, administrar una dosis incorrecta de medicamento a un paciente, se denomina error de comisión (por los errores que se cometen) y aquellos procedimientos que durante la práctica no se realizan de acuerdo a las demandas del paciente, por ejemplo, ayudar en la alimentación, se denominan errores de omisión (aspecto que se omite o que es retrasado en forma parcial o total).⁹

Esta definición llevó a enunciar el 2006 por primera vez lo que corresponde al concepto de cuidado perdido de enfermería por Kalisch, donde por medio de un estudio cualitativo aplicado a 173 profesionales de enfermería pretendía identificar la omisión de los cuidados en las diversas intervenciones de enfermería en el ámbito hospitalario, siendo así el inicio del planteamiento de esta teoría, ya que determinó en ella que hay muchas intervenciones omitidas, frecuentemente por razones de escasez de personal, falta de tiempo, deficiente trabajo en equipo, entre otros.⁹

Con el fin de evaluar el impacto de los cuidados perdidos Kalisch en el 2009 valida un instrumento de medición de estos, denominado MISSCARE, que en su estudio de validación determina que el 70% de los cuidados perdidos incluían intervenciones de enfermería y planificación de estos cuidados.¹¹

Con el fin de poder resolver problemas derivados del cuidado y en torno a las tendencias del mundo actual y la globalización, es que en el campo de salud se requiere desarrollar instrumentos que evalúen de forma sistemática los cuidados prestados, con la finalidad de garantizar y optimizar los servicios, y disminuir el riesgo de omisión en ellos. Una de estas herramientas son los registros clínicos de enfermería, instrumento fundamental que debe orientarse a documentar de forma permanente los cuidados de enfermería, basados estos en un marco ético-legal, que deben ser considerados un indicador para la calidad del cuidado.¹²

A partir del análisis de los antecedentes reportados y en sintonía con las estrategias de salud del país, dirigidas a mejorar la seguridad en la atención de salud es que surgió la necesidad de contar con un instrumento que lograra cuantificar la dimensión de los cuidados de enfermería perdidos toda vez que los(as) enfermeros(as) constituyen la mayor fuerza de trabajo al interior de los establecimientos de salud de manera tal que los errores por omisión que ellos cometan tendrán un impacto de proporciones en la seguridad de los pacientes y por tanto en los gastos de salud. Ello se suma a que existe un instrumento para evaluar cuidado perdido en enfermería, el cual no se encuentra validado para el contexto chileno. Por ello, contar con un instrumento validado que estudie las percepciones del profesional sobre omisión de los cuidados y las razones de tal omisión es esencial, ya que esto influye directamente en la aparición de eventos adversos, poniendo en riesgo la seguridad del paciente.

Es a partir de esa reflexión que surgió el objetivo de esta investigación, que es determinar si el instrumento MISSCARE es válido para evaluar el cuidado de enfermería perdido en Chile.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Los cuidados omitidos comprendidos como cualquier aspecto del cuidado de enfermería-que se omite total o parcialmente, o se retrasa significativamente representan un riesgo para la salud.¹³ En Estados Unidos,⁹ un estudio cualitativo identificó algunos de los cuidados que son omitidos regularmente y los motivos referidos para no prestar dichos cuidados. Este estudio sirvió como base para el desarrollo y validación del instrumento MISSCARE.

El contar con un instrumento validado como MISSCARE es fundamental porque permite cuantificar el cuidado de enfermería omitido y las razones detrás de esta omisión.

La omisión de cuidados puede deberse a varias razones, incluyendo que el personal de Enfermería no prioriza ese cuidado o percibe que el paciente puede realizarlo solo o con ayuda de sus familiares.⁹

En Chile, no existen estudios asociados a cuidado perdido. En la búsqueda bibliográfica se encontraron instrumentos para medir: las conductas del cuidado (*Caring behaviors assessment tool*),¹⁴ el cuidado humanizado (PHCE),¹⁵ la percepción de la calidad del cuidado en enfermería (Karen Personal),¹⁶ la carga de trabajo personal de enfermería en Unidades de Cuidados Intensivos (NAS)¹⁷ y el cuidado humano transpersonal,¹⁸ entre otros, sin embargo, en ninguno de ellos el constructo asociado a cuidado perdido como en el Instrumento MISSCARE.

Además, las escalas identificadas presentan limitaciones como que solo miden carga de trabajo o la percepción del cuidado Enfermero tanto por los profesionales como usuarios, pero no incluyen la asociación a si este se omite o no, y tampoco determinan cual pudiera ser la razón de la omisión de dichos cuidados. Estas razones justifican la necesidad de desarrollar un nuevo instrumento adaptado al fenómeno de estudio, respondiendo así a uno de los indicadores que permite evaluar el proceso de calidad y seguridad de la atención como es el Cuidado de Enfermería omitido.

Es en esa revisión bibliográfica, al incluir palabras claves como: calidad, seguridad de la atención, satisfacción laboral, entorno laboral entre otras, y posterior a descartar artículos en cuanto a año de publicación y que no abordaran la temática relacionada con el objeto de estudio de cuidado perdido, es que se encontró referencias asociadas al instrumento MISSCARE desarrollado por Kalisch, y al análisis realizado a este fenómeno.¹⁹⁻²³

Dado que a nivel nacional no existen estudios asociados al cuidado omitido y este es un fenómeno que se presenta a nivel mundial, poniendo en riesgo la seguridad del paciente, es que se fundamenta la necesidad de contar con estudios que validen dicho constructo y permitan disponer de un instrumento válido adaptado a la realidad local.

Este instrumento además de poder medir la magnitud de esta omisión entregará información valiosa para desarrollar estrategias que mitiguen este fenómeno, así como establecer la influencia real que tienen los turnos y su organización sobre el clima organizacional y qué consecuencia tiene sobre la calidad de la atención y la seguridad del paciente. Con esta evidencia también se podrá investigar posibles asociaciones con la escasez de profesionales de enfermería que aún falta estimar en el país.

MÉTODO

Este estudio metodológico recibió la aprobación del Comité de ética de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción (Cód. CEBB 724-2020) y al Comité Ético Científico del SSC (Cód. SSC:20-12-63). Para el proceso de adaptación cultural se solicitó autorización a la autora original del Instrumento MISSCARE, Beatrice Kalisch.

MISSCARE es un instrumento cuantitativo de autoevaluación dirigido a profesionales de enfermería y técnicos de enfermería, que demora 10 a 15 minutos en ser respondido. Está compuesto por 64 reactivos divididos en tres secciones. La primera sección integra datos sociodemográficos y laborales del personal de enfermería, con un total de 23 preguntas. Las siguientes secciones se componen de varios ítems que comprenden 24 elementos de atención básica de enfermería a pacientes hospitalizados en la parte A y 17 razones de la omisión de los cuidados en la parte B.¹¹

La segunda sección llamada "Sección A Cuidado de Enfermería Perdido", se refiere a todos aquellos elementos del cuidado de enfermería que se proporcionan al paciente, lo cual se divide en cuatro dimensiones (necesidades individuales, planificación del alta y educación del paciente, intervenciones de cuidado básico e intervenciones de cuidados con evaluaciones continuas). Esta sección, se compone por una escala tipo Likert con un rango de respuesta que va de mayor a menor: 5 siempre, 4 frecuentemente, 3 de vez en cuando, 2 rara vez, 1 nunca 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 alimentación del paciente, deambulación, entre otros.¹¹

La tercera sección llamada "Sección B, Razones para que se dé Cuidado de Enfermería Perdido", se refiere a todos aquellos factores por los cuales se pierden los cuidados de enfermería, como número insuficiente de personal, situaciones de urgencia de pacientes, aumento de pacientes, entre otros. Esta sección se divide en tres dimensiones (factores del recurso humano, factores correspondientes a los recursos materiales y factores correspondientes con la comunicación). El rango de respuestas está compuesto por una escala tipo Likert de cuatro puntos que va de mayor a menor, donde 4 significa razón significativa, 3 razón moderada, 2 razón menor y 1 no es una razón. El puntaje mínimo de esta sección es de 17 y el máximo de 68, donde a mayor puntaje es causa significativa de cuidado de enfermería perdido.¹¹

En la validación del instrumento original, y con el fin de diseñar un instrumento válido y fiable, que midiera los cuidados enfermeros omitidos o perdidos y las razones por las que esto ocurre, los autores de la versión original desarrollaron pruebas de validez de constructo, consistencia interna y estabilidad (test y retest), antes de obtener la versión definitiva, diferenciando cinco fases en el diseño del instrumento, estos son: estudio cualitativo, análisis del concepto cuidado perdido, desarrollo del instrumento, recogida de datos y pruebas psicométricas del instrumento.¹¹

Procedimiento de adaptación cultural

Para la adaptación cultural del instrumento MISSCARE siguiendo las recomendaciones de la OMS²⁴ y de investigaciones

sobre directrices para el proceso de adaptación transcultural,^{25,26} se estableció la metodología sugerida como de mejor calidad, y consiste en la traducción y retrotraducción del instrumento por profesionales de enfermería bilingües, quienes evaluaron en primer lugar si el fenómeno que mide el instrumento existe en la cultura chilena.

La traducción directa es aquella que se realiza del idioma original al idioma de aplicación, este paso se ejecutó de forma independiente por 2 profesionales de enfermería bilingües con trayectoria académica y/o asistencial, que no conocían del tema, pero si el objetivo del estudio, posteriormente compararon ambas traducciones y consensuaron la primera versión en español del instrumento. La traducción inversa o retrotraducción, se realizó por enfermera bilingüe que conocía del tema pero que no estaba familiarizada con la escala. Luego se contrastó con la versión original en inglés para hacer los últimos ajustes.²⁴

Para la validez de contenido, la versión traducida se probó con una muestra de 10 profesionales de la enfermería expertos de la academia y/o asistencia siguiendo las recomendaciones de la bibliografía para el empleo adecuado de la técnica de consenso Delphi. Una vez que respondieron el instrumento, el investigador los entrevistó para explorar lo que entendieron sobre cada elemento. Además, les pidió que realizaran una evaluación cuantitativa general del instrumento y que aportaran los aspectos positivos, las limitaciones y las recomendaciones que consideraran necesarias.

Los aspectos evaluados para cada ítem fueron: claridad, suficiencia, coherencia y relevancia, las cuales se valoraban con puntuación de 1 a 4 (donde 1: no cumple con el criterio, 4: alto nivel cumplimiento). Se analizaron las respuestas de los voluntarios y el borrador se ajustó aún más para asegurar así la legibilidad a través de un lenguaje sencillo.

En la revisión por expertos del instrumento y propuesta de cambios para la versión adaptada a población chilena, el criterio era que cada ítem presentara un grado de aprobación mayor a 3. Se esperarían valores de media >2.5 y valoraciones altas (3 – 4) >80% y/o desviación típica <0.90. Todas estas pruebas formaban parte de la adaptación cultural de los instrumentos, cuyo idioma original es el inglés.

Tras ser informado cada uno de ellos por el equipo investigador y pedirles el consentimiento informado, se le asignó un código, con el fin asegurar el anonimato. A los participantes del Grupo Experto se les solicitó que tras la lectura de toda la documentación aportada hicieran sugerencias en un plazo no mayor de 15 días a través de un formulario online de Google. En este mismo debían indicar la concordancia entre cada ítem del instrumento traducido (MC_ESP_1/2) con la versión chilena retrotraducida (MC_ESP_ENG_1/2).

Con el instrumento obtenido, y posterior a las modificaciones realizadas se dispone de una versión tentativa adaptada al contexto chileno, la cual se aplicará en población escogida en la siguiente fase de esta investigación que corresponde a la validación del instrumento, con el fin de establecer la relevancia, validez y adecuación del Instrumento MISSCARE validado al contexto chileno.

La siguiente etapa sigue los pasos clásicos de validación de un instrumento, posterior a validez aparente y de contenido previamente analizadas, la cual se realizó mediante un estudio a partir de la conformación de una muestra de validación con la que se determinan las propiedades psicométricas del instrumento. Este proceso comienza con la descripción de las características sociodemográficas de la muestra, ya que ellas caracterizan la población en la cual se realizó validación de instrumento.

RESULTADOS

En la prueba piloto participaron 10 expertos, que cumplieron con los criterios de elección: enfermera(o) con más de 10 años de ejercicio profesional en la academia y en la asistencia (hospitalaria o comunitaria) y dominio del idioma inglés. El perfil de los expertos se resume en la Tabla 1.

Primera fase: obtención de instrumento MISSCARE-versión chilena (MC_V1)

El análisis del primer grupo de expertos para evaluar aplicabilidad práctica de la primera versión MISSCARE - versión chilena, concluyó con un consenso del 95% de acuerdo en la

Tabla 1. Perfil integrantes grupo expertos.

CODIFICACIÓN EXPERTO	PERFILES DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO DE EXPERTOS
EXP 1	Enfermera, Docente, candidata a Magíster en docencia. Trabaja en el área asistencial. Alto conocimiento de inglés. 10 años de experiencia profesional.
EXP 2	Docente, Magíster, Enfermera. Desempeña su labor en el ámbito universitario. 25 años de experiencia profesional. Alto conocimiento de inglés.
EXP 3	Docente, Doctora, Enfermera. Desempeña su labor en el ámbito universitario. 28 años de experiencia profesional. Alto conocimiento de inglés.
EXP 4	Enfermera. Magister en dirección y control de gestión pública. Ha desempeñado su labor en áreas clínicas y de jefaturas. Trabaja en área administrativa. Alto conocimiento de inglés. 26 años de experiencia profesional.
EXP 5	Enfermera. Trabaja en el área asistencial. Alto conocimiento de inglés. 17 años de experiencia profesional.
EXP 6	Enfermera. Magister en dirección y control de gestión pública. Especialista en Diálisis y trasplante renal. Ha desempeñado su labor en áreas clínicas y de jefaturas. Trabaja en el área asistencial/administrativa. Alto conocimiento de inglés. 20 años de experiencia profesional.
EXP 7	Enfermera. Magíster en Salud pública. Ha desarrollado su labor en áreas de jefatura y dirección de atención primaria. Trabaja en el área comunitaria. Alto conocimiento de inglés. 16 años de experiencia profesional.
EXP 8	Enfermera con especialidad en Enfermería en salud infantil. Trabaja en el área asistencial. Alto conocimiento de inglés. 18 años de experiencia profesional.
EXP 9	Enfermera. Magister en dirección y control de gestión pública. Trabaja en el área asistencial. Alto conocimiento de inglés. 15 años de experiencia profesional.
EXP 10	Enfermera. Magister en dirección y control de gestión pública. Especialista en Diálisis y trasplante renal. Ha desempeñado su labor en áreas clínicas, de jefaturas. Trabaja en el área asistencial. Alto conocimiento de inglés. 23 años de experiencia profesional.

equivalencia de la versión chilena del MISSCARE con el instrumento original en el 90% de los ítems. En esta fase se eliminaron los ítems no pertinentes, se añadieron los ítems faltantes y se realizó adaptación en la redacción de algunos ítems al español (Chile). No fue necesario recurrir a la autora del instrumento para aclarar posibles incertidumbres.

La versión chilena del MISSCARE conformó el instrumento Tentativo "MC_V1" que sufrió las siguientes modificaciones:

- Se añadió ítem Nombre del hospital.
- Se añadió ítem Tipo de hospital, dado que en Chile existen públicos y privados.
- Se añadió ítem Tipo de unidad atendiendo a la complejidad del paciente.
- Se modificaron y adaptaron al contexto chileno los ítems sobre Nivel de instrucción.

- La escala de edad se modificó para indicar años completos.
- Se adaptó ítem turnos y horas de trabajo al contexto chileno.
- Se añadió ítem Situación laboral.
- Se añadió ítem Carga personal de trabajo.
- Se cambió redacción del ítem Higiene de manos precisando que se refiere al profesional responsable del cuidado.
- En resumen, MC_V1 aumentó 6 ítems en la primera parte, pasando de 20 a 26, y conservó el mismo número en los apartados A (24) y B (17).
- El cuestionario tentativo MC_V1 se muestra en el Adicional 1.

El proceso de obtención de MC_V1, se esquematiza a continuación en la Figura 1.

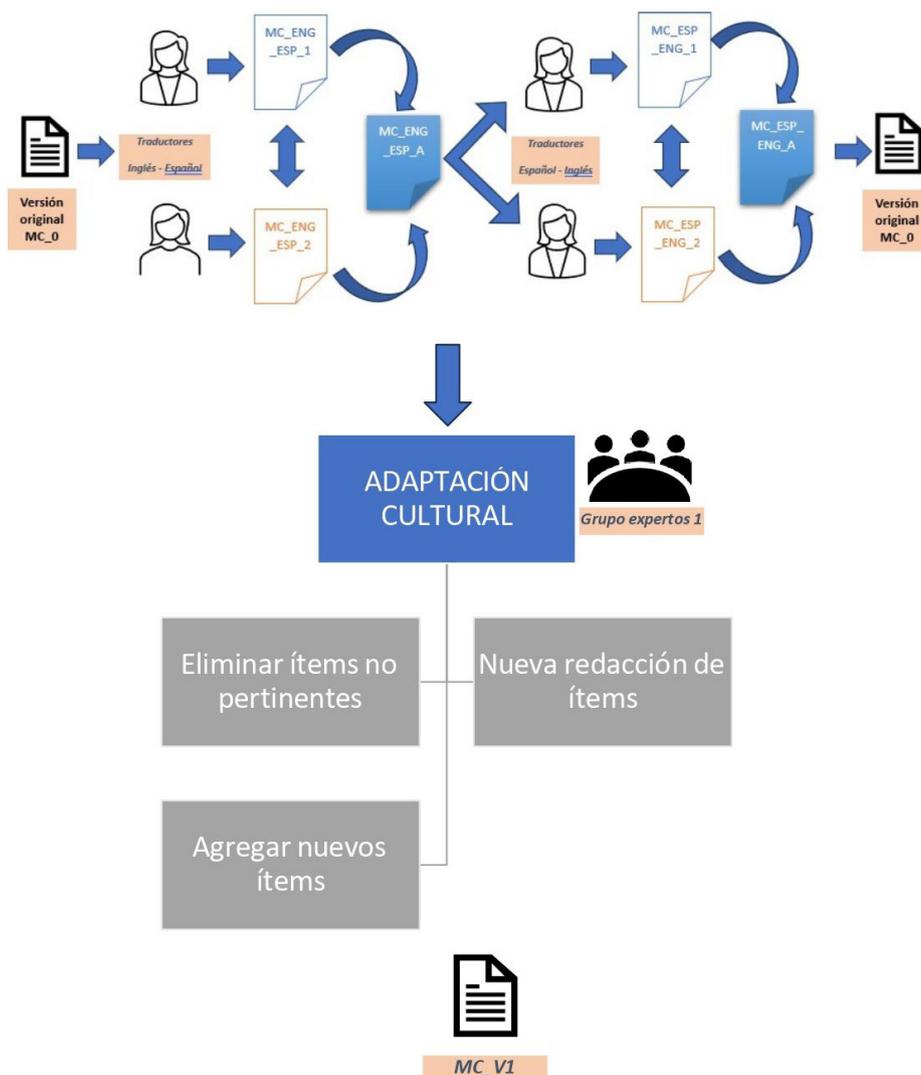
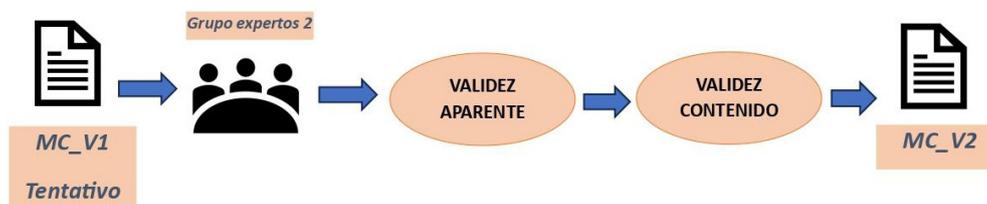


Figura 1. Esquema del proceso de traducción y retro-traducción del MISSCARE.

Tabla 2. Perfil integrantes segundo grupo expertos.

CODIFICACIÓN EXPERTO	PERFILES DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO DE EXPERTOS
EXP 1	Enfermera, Docente, candidata a Magíster en docencia. Trabaja en el área asistencial. Alto conocimiento de inglés. 10 años de experiencia profesional.
EXP 2	Enfermera. Magister en dirección y control de gestión pública. Ha desempeñado su labor en áreas clínicas y de jefaturas. Trabaja en área administrativa. Alto conocimiento de inglés. 26 años de experiencia profesional.
EXP 3	Enfermera. Magíster en Salud pública. Ha desarrollado su labor en áreas de jefatura y dirección de atención primaria. Trabaja en el área comunitaria. Alto conocimiento de inglés. 16 años de experiencia profesional.
EXP 4	Enfermera. Magister en dirección y control de gestión pública. Especialista en Diálisis y trasplante renal. Ha desempeñado su labor en áreas clínicas, de jefaturas. Trabaja en el área asistencial. Alto conocimiento de inglés. 23 años de experiencia profesional.

**Figura 2.** Esquema del proceso de traducción y adaptación cultural de MISSCARE (2° parte).

Segunda fase: obtención de instrumento MISSCARE-versión chilena (MC_V2)

Posterior a obtención de MC_V1 se convocó a 4 enfermeras de la primera etapa para formar un segundo Grupo de Expertos con el objetivo de corregir posibles desajustes debidos al proceso de traducción y adaptación cultural, valorando así la validez de apariencia (lógica) y la validez del contenido de MC_V1. A continuación, se describe el perfil del segundo grupo de expertos en Tabla 2.

Para realizar validez de apariencia y de contenido, el segundo Grupo de expertos valoró si los ítems del instrumento MC_V1 abarcaban todos los aspectos de la percepción de omisión del cuidado enfermero (validez de contenido), y si los ítems eran claros e inequívocos (validez de apariencia). Esta fase se esquematiza en la Figura 2.

Considerando las observaciones, el segundo Grupo de Expertos propuso una serie de modificaciones para la mejora de la validez aparente y de contenido de MC_V1.

A continuación, se detallan las modificaciones propuestas:

- Añadir ítem Especialidad en enfermería.
- Modificar la redacción de algunos ítems adaptándolo a la terminología usada en Chile: higiene/baño, necesidades de eliminación.
- Se dividió en dos el ítem 9 (diferenciando educación y apoyo emocional al paciente).
- Se agrega un nuevo ítem para apoyo emocional y/o educación a familiares.
- Se dividió en dos el ítem 19 (diferenciando el cuidado de las vías periféricas y las centrales).
- Se agrega ítem (27) sobre Percepción de omisión de cuidados respiratorios.

- En la Sección B del cuestionario se añadió ítem (18) Nivel de importancia en relación con la omisión de cuidados que tiene la excesiva carga en labores administrativas.
- Se recomendó mejorar las instrucciones.

Después de este proceso se obtuvo una segunda versión del cuestionario tentativo al que se denominó MC_V2, el que fue aprobado por el 100% de los expertos que participaron en esta fase. Esta segunda versión está compuesta por un total de 27 enunciados en la Sección A (el original en inglés tiene 24) y 18 enunciados en la Sección B (frente a los 17 del instrumento original). Esta versión se muestra en el Adicional 2.

En esta etapa se obtiene instrumento MC_V2, versión tentativa definitiva, el cual será aplicado en la segunda etapa para estudio de validación en población escogida.

DISCUSIÓN

El proceso de adaptación cultural de la versión Chilena del Instrumento MISSCARE fue llevado a cabo de acuerdo con la recomendación de la bibliografía,²⁴⁻²⁶ asegurando así una correcta utilización del mismo. En el presente artículo fueron presentadas la validez aparente y de contenido de la versión adaptada. Las etapas de validación de propiedades psicométricas serán motivo de otra publicación.

Para el proceso se establecieron las siguientes fases: 1) Traducción directa; 2) Traducción inversa o retrotraducción; 3) Adaptación cultural (primer grupo de expertos); 4) Validación aparente y de contenido (segundo grupo de expertos).

Según lo recomendado, se realizó el proceso de adaptación cultural siguiendo los pasos sugeridos en traducción y retrotraducción para lograr el mayor consenso entre ellas.^{24,26} Para lograr esta fase se intentó comparar con otros estudios de validación del Instrumento MISSCARE, los que no proporcionaban detalles

respecto al grupo de expertos, por lo que se estableció un número promedio de acuerdo con lo presentado en estudio español.

Con ello el grupo de expertos quedó integrado por Profesionales de Enfermería, todos ellos tenían más de diez años de experiencia laboral, además de conocimiento medio/avanzado del idioma inglés y desempeño en áreas tanto asistenciales como en docencia, que fueron 10 para la primera fase y 4 en la segunda fase. Así, se establece un número adecuado de expertos calificados, que por medio de valoración y juicio permitieran asegurar una adecuación del instrumento. Con ello se logró un consenso que permitió verificar la validez aparente y de contenido del instrumento.

Entre las recomendaciones dadas por expertos se debió modificar terminología, verbos y enunciados, incluso incluir nuevos ítems en el instrumento con el fin de facilitar la comprensión a nivel nacional, algunas de ellas se orientaban a incluir ítems como tipo de hospital, tipo de unidad, situación laboral, carga personal de trabajo, además de modificaciones como equivalencias dadas a acrónimo "PRN medication requests" como SOS para su equivalencia al español, proponer la nomenclatura de doblamiento de género, así como traducir los títulos académicos al contexto nacional, todo ello genera mayor claridad en la aplicación de instrumento. Investigaciones similares han demostrado la importancia de modificar terminología de algunos instrumentos para la adecuada comprensión de lo que realmente se desea consultar y conocer.^{27,28}

La correcta traducción y la adaptación cultural de un instrumento no siempre garantizan la preservación de sus propiedades psicométricas. Por lo tanto, es esencial llevar a cabo la validación en el idioma y contexto de destino. Así, para que un instrumento sea considerado válido, debe cumplir con una serie de criterios:^{24,27,28}

1. Reflejar la teoría en el fenómeno o concepto que se quiere medir (validez de constructo).
2. Medir con precisión lo que se quiere medir (validez de criterio).
3. Coherente en su estructura interna, al dirigirse todos sus ítems o grupos de ellos a una misma finalidad métrica (consistencia interna).
4. Proporcionar mediciones libres de error (fiabilidad).
5. Capaz de medir cambios, tanto entre individuos como en las respuestas de un mismo individuo a través del tiempo (sensibilidad al cambio).

Contar con instrumentos que abarquen diversas dimensiones del Cuidado de Enfermería, es esencial para identificar problemas asociados a una prestación inadecuada. Este enfoque permite establecer una cultura de calidad, orientada a mejorar la seguridad y calidad de la atención prestada. Por tanto, este estudio se percibe como una contribución valiosa para futuras investigaciones que involucren este proceso. Como se evidencia, la validación de instrumentos que mida Cuidado de Enfermería es un aspecto crucial.^{24,27,28}

Así, al completar la siguiente fase de validación, este instrumento adaptado para su aplicación en la población chilena se transformará en una herramienta de gran utilidad en una variedad de entornos, ya sea en el contexto hospitalario público y/o privado en Chile. Con ello se podrá medir un aspecto tan relevante en la actualidad:

el cuidado perdido, el cual está intrínsecamente relacionado con la calidad de la atención y seguridad del paciente.⁹

CONCLUSIONES E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

El disponer de instrumentos validados hace imperativo el establecimiento de una cultura de calidad y seguridad en la atención del paciente. Estos no solo mejoran la calidad, sino que también establecen estándares de cuidado acorde a los nuevos tiempos. El instrumento demostró validez de contenido y apariencia según expertos, lo que hace pueda ser aplicable a contexto chileno. El uso de este instrumento permitirá contar con información actualizada en torno al cuidado de los usuarios. Aunque el instrumento MISSCARE ha demostrado confiabilidad y validez en varios contextos internacionales, su continua adaptación y desarrollo son una tarea en evolución, y futuros estudios podrán evaluar la aplicabilidad y fortaleza del instrumento.

Los antecedentes analizados subrayan la preocupación mundial sobre la atención de enfermería perdida, destacando la necesidad de contar con medidas confiables y válidas en este ámbito. La contribución sustancial del cuidado de Enfermería a la calidad general de la atención del paciente refuerza la importancia de contar con instrumentos adecuados para medir los errores de omisión.

La adaptación y validación de un instrumento tal como fue expuesto abarca múltiples fases y demandas, por tanto, el obtener resultados adecuados permitirán confiar en su aplicación. Al término del proceso de validación, se podrá contar con un instrumento aplicable a contexto chileno que permita ser un indicador para evaluar la gestión del cuidado, ya que se ha demostrado que el cuidado perdido es un indicador de calidad de los cuidados que está relacionado con la seguridad del paciente.

Al abordar las limitaciones del estudio, es relevante mencionar que la validación enfrentó demoras en su inicio, debido al contexto de la pandemia de COVID-19. Estas circunstancias llevaron a retrasos y ajustes en la metodología, incluyendo cambios en el tipo de muestra y la recopilación de datos. Además, es importante señalar que la población analizada se limitó a un solo hospital público.

Para futuras investigaciones sobre la evaluación del cuidado perdido, se sugiere adoptar enfoques multicéntricos. Estos estudios podrían abarcar tanto el ámbito público como privado e incluir a profesionales de diversas instituciones. Esto permitiría evaluar las posibles diferencias en el contexto de la práctica profesional y proporcionaría una perspectiva más amplia y representativa de los cuidados brindados en diferentes entornos.

CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

Diseño del estudio. Lorena Saldia-Arteaga. Julia Huaiquién-Silva. Patricia Jara-Concha.

Recolección de los datos. Lorena Saldia-Arteaga. Patricia Jara-Concha.

Análisis de datos e interpretación de los resultados. Lorena Saldia-Arteaga. Julia Huaiquién-Silva. Patricia Jara-Concha.

Redacción y revisión crítica del manuscrito. Lorena Saldia-Arteaga. Julia Huaiquián-Silva. Patricia Jara-Concha.

Aprobación versión final del artículo. Lorena Saldia-Arteaga. Julia Huaiquián-Silva. Patricia Jara-Concha.

Responsabilidad por todos los aspectos del contenido y por la integridad del artículo publicado. Lorena Saldia-Arteaga. Julia Huaiquián-Silva. Patricia Jara-Concha.

EDITOR ASOCIADO

Fábio da Costa Carbogim 

EDITOR CIENTÍFICO

Marcelle Miranda da Silva 

MATERIAL SUPLEMENTARIO

El siguiente material suplementario está disponible en línea:

Adicional 1 - Cuidados de Enfermería perdidos MC_V1.

Adicional 2 - Cuidados de Enfermería perdidos MC_V2.

REFERENCIAS

1. Leapel LL, Brennan TA, Laird N, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG. The nature of adverse events in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study II. *Am J Infect Control*. 1991;20(6):332. [http://doi.org/10.1016/S0196-6553\(05\)80240-8](http://doi.org/10.1016/S0196-6553(05)80240-8).
2. World Health Organization, World Alliance for Patient Safety, Research Priority Setting Working Group. Summary of the evidence on patient safety: implications for research [Internet]. Geneva: WHO; 2008 [citado 2023 mar 30]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43874>
3. European Commission, DG Health and Consumer Protection. Declaración de Luxemburgo en seguridad del paciente [Internet]. Luxemburgo; 2005 [citado 2023 mar 30]. Disponible en: [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52008PC0837R\(01\)&qid=1720397448945](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52008PC0837R(01)&qid=1720397448945)
4. Febré N, Mondaca-Gómez K, Méndez-Celis P, Badiilla-Morales V, Soto-Parada P, Ivanovic P. Calidad en enfermería: su gestión, implementación y medición. *Rev Med Clin Las Condes*. 2018;29(3):278-87. <http://doi.org/10.1016/j.rmcl.2018.04.008>.
5. World Health Organization. Más que palabras: marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente [Internet]. Geneva: WHO; 2009. Informe Técnico Definitivo [citado 2019 mar 30]. Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/dsp-sp_00E.pdf
6. Chile, Superintendencia de Salud. Sistemas de vigilancia y notificación de Eventos Adversos [Internet]. Santiago: Unidad Técnica Asesora, Superintendencia de Salud; 2011 [citado 2019 mar 30]. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-6921_recurso_1.pdf
7. World Health Organization. Health workforce: global strategic directions for nursing and midwifery report by the Director-General [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [citado 2023 mar 30]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_13-en.pdf
8. Wakefield BJ. Enfrentando la realidad del cuidado perdido. *BMJ Qual Saf*. 2014;23:92-4. <http://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002489>.
9. Kalisch BJ. Missed nursing care: a qualitative study. *J Nurs Care Qual*. 2006;21(4):306-13. <http://doi.org/10.1097/00001786-200610000-00006>. PMID:16985399.
10. World Health Organization. Patient safety [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [citado 2020 abr 29]. Disponible en: <https://www.who.int/patientsafety/en/>
11. Kalisch BJ, Landstrom G, Williams RA. Missed nursing care: errors of omission. *Nurs Outlook*. 2009;57(1):3-9. <http://doi.org/10.1016/j.outlook.2008.05.007>. PMID:19150261.
12. Monteiro C, Machado AF, Gonçalves PM. Interruptions of nurses' activities and patient safety: an integrative literature review. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015;23(1):169. <http://doi.org/10.1590/0104-1169.0251.2539>.
13. Kalisch B, Landstrom G, Hinshaw A. Missed nursing care: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 2009;65(7):1509-17. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x>. PMID:19456994.
14. Ayala RA, Calvo MJ. Cultural adaptation and validation of the Caring Behaviors Assessment tool in Chile. *Nurs Health Sci*. 2017;19(4):459-66. <http://doi.org/10.1111/nhs.12364>.
15. Hermosilla Ávila A, Mendoza Llanos R, Contreras Contreras S. Instrumento para valoración del cuidado humanizado brindado por profesionales de enfermería a personas hospitalizadas. *Index Enferm* [Internet]. 2016 [citado 2020 abr 29];25(4):273-7. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000300011&lng=es&tlng=es
16. Luengo-Martínez C, Paravic-Klijn T, Burgos-Moreno M, López-Espinoza MÁ. Adaptación transcultural del instrumento Karen Personal para medir la percepción de la calidad del cuidado en enfermeras de hospital. *Enferm Clin*. 2019;29(3):146-54. <http://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.10.007>.
17. Toffoletto MC, Reynaldos Grandón KL, Molina Muñoz Y, Grillo Padilha K. Validación del Nursing activities score en unidades de cuidados intensivos chilenas. *Cienc Enferm*. 2018;24:13-5. <http://doi.org/10.4067/S0717-95532018000100213>.
18. Poblete-Troncoso M, Valenzuela-Suazo S, Merino J-M. Validación de dos escalas utilizadas en la medición del cuidado humano transpersonal basadas en la Teoría de Jean Watson. *Aquichan*. 2012;12(1):8-21. <http://doi.org/10.5294/aqui.2012.12.1.1>.
19. Krupowicz J, Kuroпка I. Convergence of population structures of the european union member states: the past and the future. *Sustainability*. 2022;14(2):1024. <http://doi.org/10.3390/su14021024>.
20. Chaboyer W, Harbeck E, Lee BO, Grealish L. Missed nursing care: an overview of reviews. *Kaohsiung J Med Sci*. 2021;37(2):82-91. <http://doi.org/10.1002/kjm2.12308>.
21. 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*. 2013;21(2):610-7. <http://doi.org/10.1590/S0104-11692013000200019>. PMID:23797556.
22. Nymark C, Göransson KE, Saboonchi F, Falk AC, Von Vogelsang AC. Translation, culture adaption and psychometric testing of the MISSCARE survey-Swedish version. *J Clin Nurs*. 2020;29(23-24):4645-52. <http://doi.org/10.1111/jocn.15505>. PMID:32956504.
23. Lisby M, Tei R, Mainz H, Gregersen M, Andersen KV. A Danish version of the MISSCARE survey: translation and validation. *Scand J Caring Sci*. 2023;37(1):301-12. <http://doi.org/10.1111/scs.13143>. PMID:36598034.
24. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A et al. Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for Patient-Reported Outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health*. 2005;8(2):94-104. <http://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x>. PMID:15804318.
25. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiales Á. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *An Sist Sanit Navar*. 2011;34(1):63-72. <http://doi.org/10.4321/S1137-66272011000100007>. PMID:21532647.
26. Rivero-Núñez E, González-Cárdenas L, Bayarre-Vea H. Validación y adaptación lingüística-cultural del Instrumento World Health Organization Quality of Live Bref (WHOQOL) en mujeres de edad mediana. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2016 [citado 2020 abr 29];32(4):126-39. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000400017&lng=es&tlng=es
27. Ramada-Rodilla JM, Serra-Pujadas C, Delclós-Cianchet GL. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Publica Mex*. 2013;55(1):57-66. <http://doi.org/10.1590/S0036-36342013000100009>. PMID:23370259.
28. Ferreira M, Haas V, Dantas R, Felix M, Galvão C. Cultural adaptation and validation of an instrument on barriers for the use of research results. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017;25(0):28-52. <http://doi.org/10.1590/1518-8345.1652.2852>.