



Universidad Pública de Navarra
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado.

Grado en Enfermería.

Reforma del Grado de Enfermería para reducir el cuidado perdido.

Aitana Sabugo García.

Directora

María Jesús Pumar Méndez.

Pamplona.

Mayo, 2024.

ÍNDICE

2. INTRODUCCIÓN.....	1
2.1 Cuidado perdido.....	3
3. OBJETIVOS.....	6
4. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA.....	7
4.1 Criterios de inclusión y exclusión.....	8
5. RESULTADOS.....	9
5.1 Cuidados perdidos más destacados desde la perspectiva de los pacientes.....	19
5.2 Causas de cuidados perdidos más destacadas por los pacientes.....	29
6. DISCUSIÓN.....	31
7. CONCLUSIÓN.....	36
8. PROPUESTA.....	38
8.1 Introducción.....	38
8.2 Objetivos.....	41
8.3 Métodos.....	41
8.4 Intervención.....	43
8.5 Evaluación.....	45
8.6 Conclusión.....	46
BIBLIOGRAFÍA.....	46

ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS.

Figura 1. Estrategia de búsqueda.....	7
Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión de búsqueda bibliográfica.....	8
Figura 2. Proceso de selección de artículos.....	9
Tabla 2. Referencias y características de los estudios incluidos en la revisión..	11
Tabla 3. Cuidados perdidos más destacados desde la perspectiva de los pacientes.....	19

1. RESUMEN.

El cuidado perdido es cualquier aspecto requerido por el paciente y no realizado por las enfermeras. La investigación disponible realiza un análisis desde la perspectiva de los profesionales, dejando a un lado la percepción de los pacientes.

El propósito de este Trabajo de Fin de Grado es contribuir a la reducción de cuidados perdidos realizando una propuesta relevante desde el punto de vista de los pacientes.

Se ha realizado una revisión bibliográfica dirigida a identificar las principales categorías de cuidado perdido y sus causas destacadas por los pacientes. Para ello, se consultó la literatura en inglés y castellano disponible entre 2019 y 2024 en diferentes bases de datos, empleando sinónimos de los términos “cuidado perdido” y “perspectiva de los pacientes”.

Los pacientes destacan tres cuidados perdidos: la comunicación, los cuidados básicos y el apoyo emocional, y dos causas de los mismos: las cuestiones organizativas a nivel sistémico y local sanitario, y cuestiones actitudinales y competenciales de las enfermeras.

Los pacientes ancianos expresan una mayor pérdida de cuidados.

Enfermeras y pacientes coinciden en señalar la comunicación como uno de los principales cuidados perdidos. Adicionalmente, señalan el apoyo emocional. Esto sugiere que el abordaje del cuidado perdido será incompleto si no se incorpora la mirada de los pacientes. En base a la comparación de ambas perspectivas realizada en este trabajo, se propone una modificación del Grado de Enfermería de la Universidad Pública de Navarra que permita una mejora de la capacitación en apoyo emocional de los egresados de enfermería de dicha universidad.

Palabras clave: cuidado perdido, pacientes, profesionales de enfermería.

ABSTRACT.

Omitted care refers to any aspect required by the patient but not carried out by nurses. Available research primarily analyzes this phenomenon from the perspective of professionals, neglecting the perception of patients.

The purpose of this Thesis is to contribute to reducing lost care by making a relevant proposal from the patients' point of view. A literature review was conducted to identify the main categories of unfinished care and their causes as highlighted by patients. English and Spanish literature from 2019 to 2024 was consulted across various databases, using synonyms for the terms "lost care" and "patient perspective."

Patients emphasize three types of omitted care: communication, basic care, and emotional support, with three main causes: healthcare system conditions, nurses' attitudes, and patient expectations. Older patients express experiencing greater unfinished care.

Both nurses and patients agree that communication is one of the main areas of unfinished care, with emotional support also being highlighted. This suggests that addressing lost care will be incomplete without incorporating the patients' viewpoint. Based on the comparison of both perspectives presented in this study, a modification to the Nursing Degree at the Public University of Navarra is proposed to enhance training in emotional support for nursing graduates from said university.

Keywords: omitted care, patients, nurses.

2. INTRODUCCIÓN.

La seguridad del paciente es un atributo fundamental de la calidad asistencial y se define como “la ausencia de daños prevenibles en los pacientes y la reducción hasta un mínimo aceptable del riesgo de causarles innecesariamente daños al atenderlos” (OMS) ⁽¹⁴⁾. Este reto se logra desarrollando estrategias centradas en diferentes niveles del sistema de salud (asistencial, institucional, político y social) que incluyan el fomento de procedimientos, procesos, decisiones, valores y creencias dirigidas a reducir tanto los errores clínicos (EC) como los factores que contribuyen a su ocurrencia.

Un EC se refiere a cualquier desviación no intencional del proceso de atención que puede resultar en un daño al paciente. Es esencial distinguir los ECs de los actos iatrogénicos y los de mala praxis, ya que, a pesar de que estos conceptos se refieren a significados distintos, a menudo se han utilizado de manera intercambiable, lo que puede generar confusión sobre el alcance de la seguridad del paciente. La iatrogenia se refiere a los efectos adversos que surgen de intervenciones sanitarias legítimas y correctamente ejecutadas, destinadas a curar o mejorar el estado de salud del paciente. Estos efectos, aunque no deseados, son a veces un resultado inevitable de la acción clínica, considerándose un riesgo calculado cuando se espera que el beneficio general para el paciente supere el potencial de daño. Por otro lado, la mala praxis, ocurre cuando el daño al paciente proviene de una práctica profesional deficiente, caracterizada por la falta de habilidad, imprudencia o negligencia. A diferencia de los ECs, que son involuntarios, la mala praxis implica una falta de cumplimiento con los estándares aceptados de atención que conlleva implicaciones legales para los profesionales sanitarios. La seguridad del paciente se centra específicamente en la reducción y gestión de ECs y los daños que provocan, confiando las cuestiones relacionadas con la iatrogenia y la mala praxis a otros campos de estudio y gestión.

Al hablar de Errores Clínicos (ECs), es crucial destacar sus distintas categorías en función del daño o la posibilidad de desencadenar Eventos Adversos (EA) en el

paciente. Un Evento Adverso se define como aquel que resulta de un daño no intencionado al paciente, no asociado con la progresión de su enfermedad o sus complicaciones, y que ocurre durante la atención médica.

Hablamos de los "casi errores" en situaciones que, de no ser prevenidas, habrían resultado en daño para el paciente. El estudio de este tipo de ECs es prometedor, dado que las situaciones de casi error son bastante comunes en el entorno clínico, y revelan las áreas de la atención médica más susceptibles a generar nuevos daños. Sin embargo, analizar este tipo de situaciones representa un desafío real, ya que nunca llegan a materializarse realmente y rara vez quedan registradas en la historia clínica o en alguna base de datos.

Por último, los ECs de mayor gravedad en términos de daño son los denominados eventos centinela. Estos eventos inesperados pueden provocar la muerte, daño permanente o temporal al paciente. Se les llama "centinela" debido a que su ocurrencia obliga a la organización a realizar un análisis inmediato de la situación y buscar posibles soluciones ante casos futuros

Los ECs más comunes varían en función del contexto y la situación clínica, sin embargo podemos destacar algunos como los errores de diagnóstico, aquellos que implican una falla o retraso en la identificación precisa de la condición del paciente, o los errores de medicación, especialmente comunes y que atentan gravemente a la seguridad del paciente. Pueden incluir prescripciones incorrectas, dosis inapropiadas o administración de medicamentos equivocados.

El origen de los EC es multicausal. No en vano, en su ocurrencia se conjugan acciones humanas y deficiencias del sistema. James Reason (1990) recoge esta noción en su Modelo del Queso Suizo donde trata de explicar cómo ocurren las fallas, accidentes y desastres en sistemas complejos. En este modelo se alude metafóricamente a un queso suizo para ilustrar cómo se generan los eventos adversos y cómo se pueden prevenir. Cada "loncha de queso" representa un mecanismo de protección contra la multiplicidad de riesgos inherentes a la práctica clínica. Estos mecanismos incluyen desde protocolos y procedimientos hasta la formación del personal, el clima de trabajo, el equipo humano o las condiciones individuales del personal sanitario.

A pesar de los numerosos riesgos, estos mecanismos actúan como barreras para evitar errores que puedan dañar al paciente.

Sin embargo, estas barreras no son perfectas. Cada una tiene sus fallos o "agujeros", conocidos como fallos activos (aquellos relativos a acciones de los profesionales sanitarios) y latentes (aquellos relativos a condiciones del sistema). Estas debilidades o vulnerabilidades raramente se alinean perfectamente. Pero si esto ocurre, los riesgos pueden atravesar todas las barreras, alcanzando al paciente y causando un evento adverso. Por ello, el modelo destaca la importancia de perfeccionar y aumentar las capas de protección para mejorar la seguridad del paciente⁽¹⁵⁾.

Los fallos activos pueden clasificarse en dos tipos: errores de comisión y errores de omisión. Los errores de comisión implican la ejecución de una acción incorrecta o inapropiada, como administrar un medicamento incorrecto. Por otro lado, los errores de omisión se refieren a la falta de llevar a cabo una acción necesaria o cuidado requerido, como omitir administrar un medicamento vital. A pesar de que ambos tipos pueden resultar en daños similares, la investigación sobre los errores de omisión ha recibido muy poca atención en comparación con los errores de comisión. Este Trabajo de Fin de Grado pretende contribuir a cubrir este vacío, centrándose en el análisis de una categoría específica de errores de omisión, las omisiones en cuidados enfermeros, también conocidos como cuidados perdidos (CP).

2.1 Cuidado perdido.

Kalisch (2006) define CP como cualquier aspecto requerido por el paciente durante su cuidado, que resulta eliminado o directamente no realizado por los profesionales de enfermería⁽¹⁾. Aunque otros autores, como Schubert (2008), han empleado los términos "rationing", "rationed care" o "implicit rationing of nursing care" para referirse a este mismo fenómeno⁽²⁾, en este trabajo por motivos de claridad se empleará únicamente CP.

Por ello, antes de describir la epidemiología de los CP es necesaria una clarificación terminológica adicional. El término “racionalización del cuidado” hace referencia a una categoría específica de CP: aquellos cuidados omitidos como consecuencia de una reducción de recursos por parte de la gestión ⁽²⁾. Sin embargo, esta evolución terminológica ha sido objeto de críticas, argumentando que la 'racionalización del cuidado' no se refiere tanto a omisiones involuntarias como a omisiones impulsadas por una distribución deficiente e incluso antiética del tiempo, recursos y trabajo de Enfermería.

En línea con esta perspectiva, en este trabajo, el término CP no abarca las omisiones clasificadas como 'racionalización del cuidado'.

El entorno sanitario con mayor pérdida de cuidado al paciente son los hospitales, seguidos de las residencias de adultos ancianos ⁽⁵⁾. Se han llevado a cabo numerosos estudios acerca de los servicios con mayor CP, prevaleciendo las unidades renales, post quirúrgicas agudas, cardíacas y neurológicas ⁽²³⁾. No obstante, se necesita mayor estudio para una evaluación comparativa eficaz entre servicios hospitalarios. Las principales categorías de CP conocidas hasta ahora y en base a la opinión de profesionales sanitarios son el apoyo emocional o psicológico al paciente y familia, educación al paciente, respuesta oportuna a las solicitudes y comunicación ⁽²⁰⁾. El impacto de este cuidado perdido se traduce en una mayor insatisfacción por parte de los pacientes, debido a resultados deficientes en la calidad de la atención y riesgos para la seguridad del paciente. Esta falta de atención tiene consecuencias directas en la salud y el bienestar de los pacientes, manifestándose en una mayor prevalencia de problemas como úlceras por presión (UPP), caídas y prolongación de la estancia hospitalaria, lo que a su vez conlleva mayores costos institucionales.

La ausencia de cuidado y atención también se refleja en una disminución del apoyo emocional y la comunicación efectiva con el paciente. Esto puede provocar ansiedad, estrés y una mayor preocupación por su estado de salud. La falta de una conexión empática entre el personal médico y los pacientes puede tener un impacto negativo en la experiencia general del paciente y en su capacidad para enfrentar y recuperarse de su enfermedad o lesión.

Asimismo, numerosos estudios han destacado las características personales más comunes de los profesionales de enfermería que presentan mayor cuidado perdido como la edad, el nivel educativo o la experiencia laboral ^(21, 22).

La epidemiología, causalidad y abordaje del CP ha sido predominantemente explorada desde la perspectiva de los profesionales sanitarios ^(17, 18, 19). Esta aproximación es indispensable, dado que los profesionales, al estar profundamente familiarizados con los contextos organizacionales y las dinámicas y exigencias de su labor, están en una posición privilegiada para ofrecer información valiosa sobre los factores que influyen en la ocurrencia del CP.

No obstante, esta cercanía con el día a día de la práctica clínica puede, paradójicamente, limitar su perspectiva, introduciendo sesgos.

Por ello, para obtener una comprensión más completa del fenómeno del CP, resulta esencial incorporar también la visión de los pacientes. Los pacientes pueden percibir aspectos del cuidado que quedan fuera del alcance de los profesionales, ya sea porque estos últimos se centran en diferentes prioridades o porque ciertos detalles escapan a su observación al estar inmersos en la prestación del servicio ⁽²⁹⁾. La perspectiva del paciente aporta una dimensión complementaria, revelando áreas de mejora que podrían ser invisibles para el equipo de salud.

Desafortunadamente, la investigación centrada en la perspectiva del paciente respecto al CP aún está en sus fases iniciales. Esta laguna representa una oportunidad significativa para enriquecer nuestro entendimiento global de este complejo fenómeno.

3. OBJETIVOS.

El propósito de este Trabajo de Fin de Grado es contribuir a la reducción de CPs realizando una propuesta relevante desde el punto de vista de los pacientes. Para ello, se realizará una revisión bibliográfica que permita:

1. Identificar cuáles son las principales categorías de cuidado perdido desde la perspectiva de los pacientes.
2. Describir las principales causas por las que se produce el cuidado perdido.

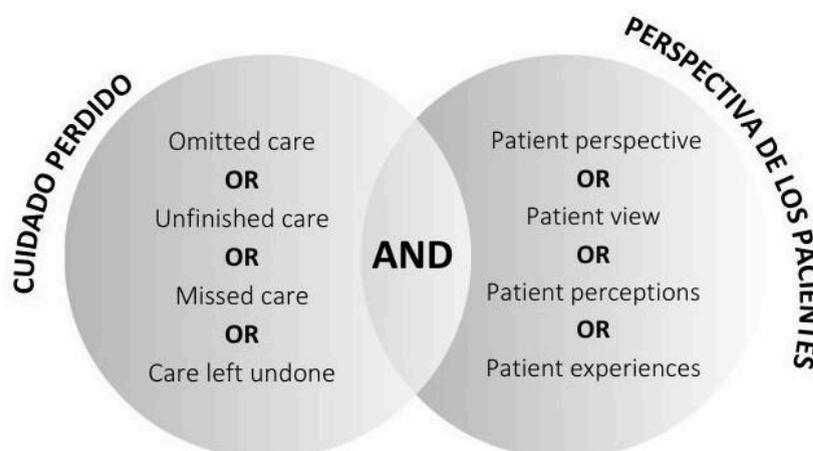
4. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA.

Para cumplir con los objetivos de la revisión ya descritos, se ha realizado una recopilación de información en las bases de datos CINAHL, Google Scholar, MEDLINE, PsycInfo, PubMed y Scopus, usando los términos “cuidado perdido” y “perspectiva de los pacientes” y sus posibles sinónimos en inglés (omitted care, unfinished care, care left undone, missed care, patient perspective, patient view, patient perceptions y patient experiences).

La estrategia de búsqueda completa usando operadores lógicos o booleanos puede observarse en **Figura 1**. Estrategia de búsqueda.

Durante la realización de la búsqueda se comprobó que la mayoría de artículos ya analizados acerca del tema databan del año 2019 o anterior, por lo que los límites de tiempo empleados se fijaron entre 2019 y 2024 con el objetivo de ampliar la información recopilada acerca del cuidado perdido. Además, se aplicó un límite de idioma de manera que los datos encontrados estuvieran escritos en inglés o español. El proceso de selección de artículos está incluido en el apartado Resultados: **Figura 2**. Proceso de selección de artículos.

Figura 1. Estrategia de búsqueda.



Elaboración propia.

4.1 Criterios de inclusión y exclusión.

Los criterios de inclusión y exclusión recogidos en la **Tabla 1** se aplicaron a la lectura del título, resumen y texto completo de los artículos vertidos por la ejecución de la búsqueda en bases de datos. El resultado de este proceso de selección de artículos está incluido en el apartado Resultados: **Figura 2**. Proceso de selección de artículos.

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión de búsqueda bibliográfica.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none">- Estudios cuyo objetivo principal consista en estudiar el cuidado perdido desde la perspectiva de los pacientes.- Estudios con metodología cualitativa y cuantitativa.- Revisiones sistemáticas.	<ul style="list-style-type: none">- Estudios cuyo objetivo principal consista en estudiar el cuidado perdido desde la perspectiva de los profesionales sanitarios.- Estudios cuyo tema principal sea la racionalización como cuidado perdido.- Literatura gris o informal.- Artículos de opinión.

Elaboración propia.

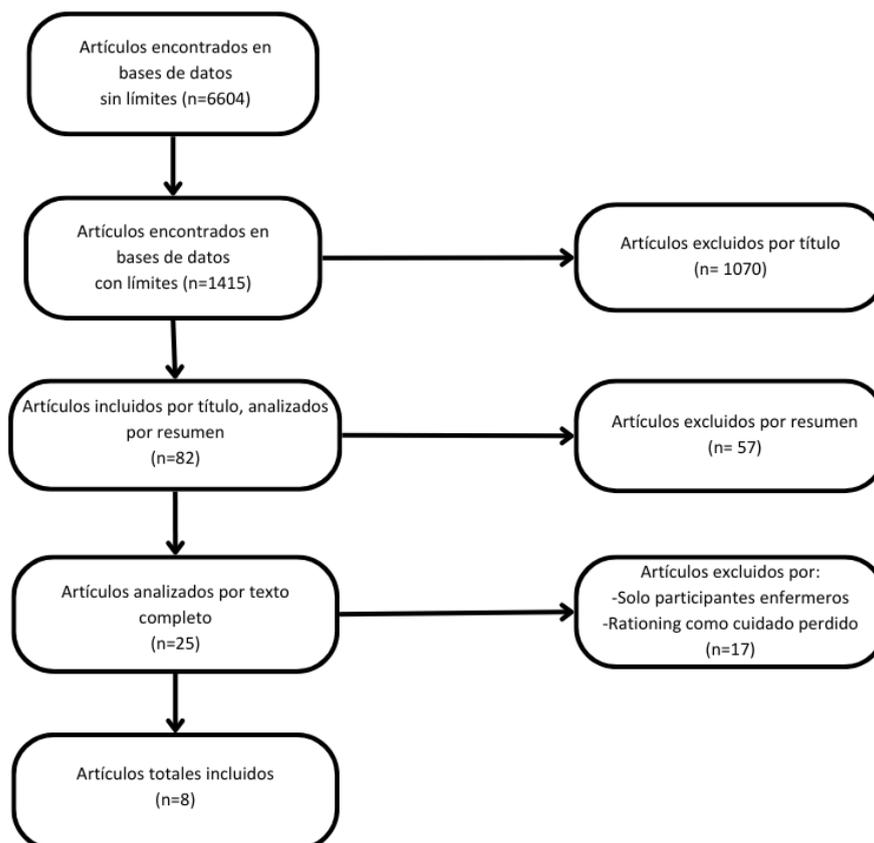
La búsqueda se completó aplicando la técnica bola de nieve a la lectura de las listas de referencias de los artículos finalmente seleccionados.

5. RESULTADOS.

En total, se identificaron 1415 artículos. De estos, se excluyeron 1070 debido a que no guardaban relación con el tema de cuidados perdidos. De los 345 artículos restantes, se seleccionaron 82 por título. La posterior lectura de sus resúmenes dio lugar a que 25 de ellos fueran seleccionados para la lectura de texto completo.

Se descartaron aquellos que se basaban únicamente en la perspectiva o experiencia de los profesionales de Enfermería, así como aquellos que trataban sobre el racionamiento o “rationing” como cuidado perdido. Finalmente, se incluyeron un total de 8 artículos en el presente trabajo.

Figura 2. Proceso de selección de artículos.



Elaboración propia.

Como se puede observar en la **Tabla 2**. Referencias y características de los estudios incluidos en la revisión, todos tuvieron por objetivo conocer, por medio de la perspectiva de los pacientes, los cuidados perdidos más destacados. Dos de estos 8 artículos tienen como objetivo, además, conocer las causas de estos CPs de acuerdo a la opinión de los pacientes.

Cuatro de los 8 estudios analizados realizaron una revisión sistemática por bases de datos para la obtención de la información (n=4) ^(5,6,7,10), uno de ellos realizó entrevistas a los pacientes (n=1) ⁽¹²⁾, y tres de ellos se basaron en estudios cualitativos y descriptivos obteniendo información por medio de encuestas (n=3) ^(8,9,11). De estos, los métodos utilizados para la obtención de la información fueron la escala POUP (n=1) ⁽¹¹⁾, la encuesta MISSCARE Survey - Patient (n=1) ⁽⁸⁾ y encuestas (n=1) ⁽⁹⁾.

Los pacientes involucrados en estas investigaciones fueron adultos hospitalizados, procedentes tanto de unidades médicas como de unidades quirúrgicas.

Los estudios incluidos (n=8), publicados entre 2019 y 2024, proceden de Italia (n=1) ⁽⁹⁾, Reino Unido (n=1) ⁽¹²⁾, Noruega y Dinamarca (n=1) ⁽¹¹⁾, y Turquía (n=1) ⁽⁸⁾ y Suiza (n=1) ⁽¹⁰⁾, junto con dos artículos que recopilan información de diferentes regiones (n=3) ^(5,6,7).

Tabla 2. Referencias y características de los estudios incluidos en la revisión.

Autor, Año, País o Continente, Nº de referencia en bibliografía	Título	Objetivo	Diseño	Muestra	Método	Resultados principales
Bagnasco A, Dasso N, Rossi S, Galanti C, Varone G, Catania G, et al. 2020. Europa, EEUU, Asia y Canadá. (7)	Unmet nursing care needs on medical and surgical wards: A scoping review of patients' perspectives.	Revisar y resumir los estudios realizados sobre la perspectiva de los pacientes hospitalizados y quirúrgicos acerca del cuidado insatisfecho o perdido.	Revisión sistemática.	1541 artículos encontrados. 44 documentos utilizados.	Tres bases de datos: PubMed/MEDLINE, CINAHL y SCOPUS.	División en cinco grupos principales: "comunicación", "autogestión, autonomía y educación", "esfera personal", "cuidado físico básico" y "cuidado emocional y psicológico". La mayoría del cuidado perdido se destaca en "esfera personal" y "cuidado emocional y psicológico"
Kalánková D, Stolt M,	Unmet care	Resumir la	Revisión sistemática.	53 estudios	Búsqueda en bases de	Cuidado perdido

Autor, Año, País o Continente, Nº de referencia en bibliografía	Título	Objetivo	Diseño	Muestra	Método	Resultados principales
Scott PA, Papastavrou E, Suhonen R. 2020. EEUU, Reino Unido, Australia, Canadá y Europa. (5)	needs of older people: A scoping review	información conocida acerca de la insatisfacción de los adultos mayores sobre el cuidado de Enfermería.		seleccionados e incluidos en el artículo.	datos. PubMed/MEDLINE, CINAHL.	dividido en 3 categorías: física, psicosocial y espiritual. La insatisfacción de cuidado es mayor en residencias y entornos de jubilados. Los pacientes alegan que la edad es una de las causas principales de cuidado perdido.
Sönmez B, İspir Ö, Türkmen B, Duygulu S, Yıldırım A. 2020. Turquía. (8)	The reliability and validity of the Turkish version of the MISSCARE Survey-Patient	Evaluar la experiencia de los pacientes sobre el cuidado perdido por medio de la	Estudio descriptivo. Distribución de la encuesta MISSCARE Survey - Patient entre los pacientes.	267 pacientes.	Recogida de datos de la encuesta MISSCARE Survey - Patient.	Los eventos adversos más destacados derivados del cuidado perdido fueron: 40,1% obstrucción de vía IV,

Autor, Año, País o Continente, Nº de referencia en bibliografía	Título	Objetivo	Diseño	Muestra	Método	Resultados principales
		encuesta MISSCARE Survey-Patient en un hospital de Turquía.				34,5% vía infiltrada en la piel, 11,6% lesión/rotura de piel, 11,6% nueva infección, 4,9% de caídas y 0,7% errores de comunicación.
Chiappinotto S, Coppe A, Palese A. 2022. Italia. (9)	What are the reasons for unfinished nursing care as perceived by hospitalized patients? Findings	Descubrir las experiencias de los pacientes con el cuidado perdido, y sus posibles causas.	Estudio cualitativo descriptivo.	23 pacientes. 2 unidades médicas (11 pacientes) y 2 unidades quirúrgicas (12 pacientes).	Encuesta repartida a los pacientes con preguntas abiertas acerca del cuidado perdido en Enfermería.	Los pacientes identificaron 4 causas principales de cuidado perdido en base a su experiencia: "características del sistema de salud",

Autor, Año, País o Continente, Nº de referencia en bibliografía	Título	Objetivo	Diseño	Muestra	Método	Resultados principales
	from a qualitative study.					"características de la unidad", "características del equipo de Enfermería" y "características de los pacientes".
Hope, Schoonhoven, Griffiths, Gould, Bridges. 2022. Reino Unido. (12)	"I'll put up with things for a long time before I need to call anybody': Face work, the Total Institution and the perpetuation of care inequalities.	Conocer, por medio de las experiencias de los pacientes, los cuidados perdidos que han experimentado durante su hospitalización.	Entrevista a los pacientes.	6 personas hospitalizadas durante al menos dos noches en los últimos dos años.	Tres grupos de discusión durante una hora. Los temas de discusión fueron las experiencias sobre la atención fundamental, las respuestas por parte de Enfermería a las solicitudes de los	Identificación de cuidado perdido por parte de los pacientes, quienes durante su hospitalización en varias ocasiones realizaron su propio cuidado (en algunos casos con gran dificultad debido a su

Autor, Año, País o Continente, Nº de referencia en bibliografía	Título	Objetivo	Diseño	Muestra	Método	Resultados principales
					pacientes, el cuidado perdido y el papel en la toma de decisiones en salud.	condición) o directamente no solicitaron ayuda.
Ingstad K, Pedersen MK, Uhrenfeldt L, Pedersen PU. 2023. Noruega y Dinamarca. (11)	Patients' expectations of and experiences with psychosocial care needs in perioperative nursing: a descriptive study	Conocer las experiencias de los pacientes perioperatorios acerca del cuidado recibido y perdido.	Estudio descriptivo. Distribución de escala POUP a los pacientes (basada en la Calidad de la Atención desde la Perspectiva de los Pacientes)	194 pacientes quirúrgicos adultos.	Escala con 62 cuestiones y 1 pregunta abierta (con previas preguntas acerca de antecedentes personales). Análisis de datos por medio de escalas descriptivas.	Los pacientes alegaron como perdidos los cuidados referidos a la transmisión de información sobre las instrucciones del alta o los autocuidados tras la operación. Los pacientes calificaron el mantenimiento de la privacidad, el alivio del dolor o la limpieza del

Autor, Año, País o Continente, Nº de referencia en bibliografía	Título	Objetivo	Diseño	Muestra	Método	Resultados principales
						pijama hospitalario como cuidados perdidos.
Bláhová H, Bártová A, Dostálová V, Holmerová I. 2020. Suiza. (10)	The needs of older patients in hospital care: a scoping review.	Averiguar la opinión de los pacientes mayores acerca del cuidado perdido.	Revisión sistemática.	15 artículos revisados acerca de la perspectiva de los pacientes.	Búsqueda en bases de datos.	Se realizó una división por áreas de cuidado, resultando siete: 1. Conducta y cuidado en área de urgencias. 2. Dignidad. 3. Cuidado nutricional. 4. Satisfacción de necesidades del paciente. 5. Dolor. 6. Respeto. 7. Toma de decisiones y cuidado espiritual. Dentro de cada división

Autor, Año, País o Continente, Nº de referencia en bibliografía	Título	Objetivo	Diseño	Muestra	Método	Resultados principales
						los pacientes explican los cuidados perdidos más experimentados.

<p>Gustafsson N, Leino-Kilpi H, Prga I, Suhonen R, Stolt M. 2020. EEUU, Suiza, Corea del Sur, Chipre, México y Reino Unido. (6)</p>	<p>Missed Care from the Patient's Perspective - A Scoping Review</p>	<p>Analizar qué entienden los pacientes como "cuidado perdido" y aportar información a futuros estudios sobre el tema.</p>	<p>Revisión sistemática.</p>	<p>13 artículos incluidos en el estudio.</p>	<p>Búsqueda en base de datos. PubMed, CINAHL, PsycINFO, Web of Science, ProQuest/Scholarly Journals y Philosopher's Index. 3 instrumentos para conocer la opinión de los pacientes: MISSCARE Survey-Patient, MISSCARE Survey, HCAHPS.</p>	<p>División del cuidado perdido en tres categorías: "cuidado perdido básico", "cuidado perdido de comunicación" y "falta de tiempo". Dentro del cuidado perdido básico, reconocieron como más destacables el "cuidado de la boca", la "deambulaci3n" y el "aseo personal".</p>
---	--	--	------------------------------	--	---	--

Autor, Año, País o Continente, Nº de referencia en bibliografía	Título	Objetivo	Diseño	Muestra	Método	Resultados principales
						<p>En cuidado perdido de comunicación destacan la “transmisión de información de la enfermera a familia y paciente”, el “interés por la opinión del paciente” y la “discusión del tratamiento”.</p> <p>En falta de tiempo destaca “ayuda para el baño” y “respuesta a las alarmas” (sonoras y luminosas).</p>

Elaboración propia.

El resultado del análisis de estos artículos se presenta en las siguientes dos secciones que, en consonancia con los objetivos de la revisión, versaran sobre: las categorías de cuidado perdido más frecuentemente identificadas por los pacientes y las causas que identifican para los mismos.

5.1 Cuidados perdidos más destacados desde la perspectiva de los pacientes.

En la tabla 3 se describen, las categorías de CP identificadas a partir de los datos aportados por los pacientes. Se presentan, además, los cuidados englobados en estas categorías. Para evitar sesgos de interpretación se ha respetado la terminología original empleada por los autores.

Tabla 3. Cuidados perdidos más destacados desde la perspectiva de los pacientes.

Autor/es. Año de publicación. Nº artículo en bibliografía.	Categorías de Cuidado Perdido	Cuidados Perdidos
Bagnasco A, et al. 2020. (7)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comunicación 2. Autonomía. 3. Cuidados básicos. 4. Cuidado emocional/psicológico 5. Confidencialidad 	<p>Comunicación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Plan de Cuidado. 2. Conexión enfermera - paciente. 3. Información. <p>Autonomía:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Marginación al alta. 2. Soledad, incertidumbre. 3. Ansiedad, estrés al alta. <p>Cuidados básicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Higiene. 2. Vestimenta. 3. Manejo del dolor. <p>Cuidado emocional/psicológico:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Soporte emocional. <p>Confidencialidad:</p>

<p>Autor/es.</p> <p>Año de publicación.</p> <p>Nº artículo en bibliografía.</p>	<p>Categorías de Cuidado Perdido</p>	<p>Cuidados Perdidos</p>
		<ol style="list-style-type: none"> 1. Física. 2. Cuidado del entorno. 3. Horario de visitas insuficiente. 4. Necesidades culturales.
<p>Gustafsson N, et al.</p> <p>2020.</p> <p>(6)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuidados básicos. 2. Comunicación. 3. Tiempo. 4. Necesidades individuales. 	<p>Cuidado básico:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Higiene bucal. 2. Ambulación. 3. Cambio de cama a silla. 4. Baño. 5. Asistencia para el baño. 6. Cambios posturales. <p>Comunicación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Información. 2. Plan de Cuidado. 3. Opinión del paciente. 4. Desconocimiento de la enfermera asignada. 5. Escucha activa de enfermería. <p>Tiempo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ayuda para ir al baño. 2. Atender a timbres. <p>Necesidades individuales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Apoyo emocional.

Autor/es. Año de publicación. Nº artículo en bibliografía.	Categorías de Cuidado Perdido	Cuidados Perdidos
		2. Visitas multidisciplinares. 3. Evaluación efectos de medicación. 4. Educación en salud. 5. Plan de alta.
Kalánková D, et al. 2020. (5)	1. Físico. 2. Psicosocial. 3. Espiritual.	Físico: 1. Higiene. 2. Condición física. 3. Seguridad. 4. Monitorización. Psicosocial: 1. Apoyo emocional. 2. Servicios sociales. 3. Relación enfermera - paciente. 4. Actividades sociales. Espiritual: 1. Religioso. 2. Cultural.
Hope, Schoonhoven, et al. 2022. (12)	1. Comunicación y escucha. 2. Atención al paciente. 3. Tiempo.	No se realizó subdivisión de cuidados.

Autor/es. Año de publicación. Nº artículo en bibliografía.	Categorías de Cuidado Perdido	Cuidados Perdidos
Duygulu S. 2020. (8)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comunicación. 2. Cuidados básicos. 3. Puntualidad. 	No se realizó subdivisión de cuidados.
Bláhová H, et al. 2020. (10)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conducta y cuidado en área de urgencias. 2. Dignidad. 3. Cuidado nutricional. 4. Satisfacción de necesidades del paciente. 5. Dolor. 6. Respeto. 7. Toma de decisiones y cuidado espiritual. 	No se realizó subdivisión de cuidados.
Ingstad K, et al. 2023. (11)	Cuidado psicosocial: <ol style="list-style-type: none"> 1. Respeto/Dignidad. 2. Implicación de cuidado con el paciente. 3. Información. 	Respeto/ Dignidad: <ol style="list-style-type: none"> 1. Privacidad del espacio. 2. Vestimenta. 3. Manejo del dolor. Implicación: <ol style="list-style-type: none"> 1. Oportunidad de los pacientes de participar en el plan de cuidado y tratamiento. Información:

Autor/es. Año de publicación. Nº artículo en bibliografía.	Categorías de Cuidado Perdido	Cuidados Perdidos
		<ol style="list-style-type: none"> 1. Información acerca de la operación quirúrgica. 2. Tratamiento médico. 3. Resolución de dudas pre y post quirúrgicas. 4. Plan de alta y expectativas

Elaboración propia.

La variedad de CP descritos por los pacientes es amplia. Muchos de ellos han sido nombrados mediante distintas denominaciones. Un ejemplo de ello es el tiempo. Mientras que algunos lo denominan por este mismo nombre ^(6, 12), para otros pacientes adquiere el término de “puntualidad” ⁽⁸⁾.

La "comunicación" emerge como uno de los cuidados perdidos más destacados ^(6, 7, 10, 12). Esta categoría abarca la carencia de información tanto dentro del entorno hospitalario como en el momento del alta, la percepción de un rol pasivo por parte del paciente en la planificación de sus cuidados, así como la falta de visitas o comunicación interdisciplinaria ^(6, 7, 10, 12).

Según los estudios los pacientes de edad avanzada constituyen el grupo etario más afectado por los CP relacionados con la comunicación, y especialmente en el momento del alta ⁽⁵⁾. En estos episodios de la atención los pacientes ancianos no sólo reportan falta de paciencia para la transmisión de información por parte de los profesionales, sino también ineficacia en la valoración global de su situación tras el alta. Por ejemplo, en su estudio Kalánková D et al ⁽⁵⁾ detecta como las enfermeras no recogen información sobre la capacidad financiera o para el autocuidado de los pacientes. Como resultado, los pacientes en muchas ocasiones se quedan preocupados, sin conocer el plan de recuperación posterior o simplemente considerándolo inútil ^(5, 10).

El problema de comunicación llega a ser tan agudo que en muchos casos los pacientes expresan no llegar a conocer verdaderamente la identidad de la enfermera a cargo de su atención. ⁽¹⁰⁾.

En el estudio de Hope Jo et al ⁽¹²⁾, se vincula la falta de comunicación con un incremento en otros cuidados perdidos, tanto a nivel físico (desnutrición, deficiencias en la higiene, riesgo de caídas), como a nivel emocional (ansiedad, estrés, sensación de soledad). Este efecto cascada en la ocurrencia de CP se acentúa en pacientes con dificultades de comunicación, vulnerables o frágiles⁽¹²⁾.

La segunda categoría de CP más frecuentemente identificada por los pacientes es la relativa a cuidados dirigidos al apoyo emocional. Mientras que Bagnasco A et al ⁽⁷⁾ aborda esta categoría de un modo global, otros autores la desgranán en “cuidado espiritual” ⁽¹⁰⁾, “cuidado psicosocial” ⁽⁵⁾ o “necesidades individuales” ⁽⁶⁾. El apoyo emocional se basa en atender las necesidades emocionales de los pacientes y sus familiares, además de la transmisión de información y la aclaración de posibles dudas. Es relevante resaltar en este punto cómo los pacientes mencionan haber experimentado en algunas ocasiones una falta de empatía por parte del personal de enfermería, lo cual está directamente relacionado con la ausencia de apoyo emocional como uno de los cuidados perdidos ⁽⁹⁾. En cuanto al apoyo emocional en pacientes ancianos, uno de los estudios revisado ha comprobado como los casos de depresión y las alteraciones emocionales es este grupo etario se tratan directamente con medicamentos psicotrópicos en lugar de con acciones sociales, opción que permite que también se pueda cubrir esta necesidad ⁽⁵⁾.

La tercera categoría de CP destacada en la literatura es la denominada "cuidado básico" o "cuidado físico" ^(5, 8). Debido a la gran variedad de términos empleados para describir estos cuidados, en este trabajo se hablará de “cuidados básicos” al ser la denominación más empleada por los pacientes. Este tipo de atención abarca los aspectos más básicos, siendo la base para alcanzar un buen estado general. Dentro de esta categoría se engloban las actividades relacionadas con la higiene personal del paciente (incluyendo el aseo corporal, bucal y vestimenta), asistencia durante las ingesta, así como la movilidad ⁽⁵⁾. El cuidado más destacado por los pacientes como perdido dentro de esta categoría es la higiene bucal, seguido de los cambios posturales⁽⁷⁾. De nuevo, es notable destacar que estos cuidados han sido mayormente reportados por pacientes adultos mayores o ancianos, tanto en entornos hospitalarios como residenciales ⁽⁵⁾.

Por último, algunos pacientes también señalaron la falta de respeto o de reconocimiento de la dignidad como una categoría de cuidado perdido. Dentro de esta dimensión, la falta de confidencialidad y el respeto a la intimidad fueron dos cuidados destacados como ausentes por los pacientes ⁽¹¹⁾.

Ejemplificaron estas preocupaciones al expresar incomodidad durante el cambio de lencería o las actividades de higiene, especialmente cuando el personal de enfermería es del sexo opuesto o cuando las habitaciones se comparten con otros pacientes ⁽¹¹⁾. De nuevo, los pacientes de edad avanzada son los que más sufren este tipo de deficiencias en el cuidado ⁽⁵⁾.

5.2 Causas de cuidados perdidos más destacadas por los pacientes.

Dos de los ocho artículos seleccionados e incluidos en esta revisión proporcionaron información sobre la perspectiva de los pacientes respecto a las causas más comunes que generan cuidados perdidos en la atención clínica ^(5, 9). Entre ellas destacaron cuestiones organizativas a nivel sistémico y local, y cuestiones actitudinales y competenciales de los profesionales de enfermería.

En cuanto a las cuestiones organizativas los pacientes asocian la aparición de cuidados perdidos con la ordenación de ambos: el sistema sanitario y las unidades locales. A nivel de sistema sanitario, los pacientes describen un deterioro marcado por cambios sociodemográficos y la irrupción de la pandemia del COVID 19 ⁽⁹⁾.

La llegada tan inesperada del COVID-19 es especialmente mencionada por los pacientes, quienes indican que ese hecho ha marcado un punto de inflexión en nuestra sanidad ⁽⁹⁾. La razón de dicha importancia, tal y como relatan, se debe a una modificación de costos en salud, donde muchas unidades sufrieron recortes en recursos para dedicarlos a las salas de COVID-19. Es a partir de este momento, además, donde se comienzan a recoger un mayor número de artículos acerca de la experiencia sanitaria del paciente, donde se incluye el cuidado perdido ^(5, 9). Por otra parte, los pacientes perciben que sus elevadas expectativas respecto al sistema de salud y los profesionales de enfermería son una causa significativa de la falta de cuidados ⁽⁹⁾. Antes consideraban que la atención proporcionada por Enfermería cumplía con sus expectativas, pero ahora no es así, lo que relacionan con un deterioro en sus condiciones clínicas y una mayor dependencia en las actividades diarias. Asocian estas deficiencias en el cuidado con tratamientos más complejos, fragilidad, comorbilidades y edad avanzada ⁽⁹⁾. Es decir, ven una correlación entre un aumento en la falta de cuidados y un incremento en la dependencia y necesidades de las personas. Se ha observado que son los pacientes de mayor edad, que suelen tener un mayor grado de dependencia, los que experimentan una mayor falta de cuidados ^(9, 10).

Por consiguiente, la edad avanzada y el proceso de envejecimiento son otras de las razones de la falta de cuidados mencionadas por los pacientes. Indican que esto se debe a una necesidad de más tiempo de atención debido al aumento en la fragilidad y las necesidades de cuidado, las cuales no pueden satisfacerse en muchos casos porque los profesionales no disponen del tiempo necesario, dada la carga laboral ⁽¹⁰⁾.

En el nivel local se señala la falta de recursos, la organización ineficaz y la falta de liderazgo de los profesionales sanitarios como causas importantes de CP ⁽⁹⁾. En cuanto a la escasez de recursos, los pacientes destacan los recursos humanos por encima de otras categorías ⁽⁹⁾. Los pacientes destacan, además, la organización ineficaz del personal de enfermería en los diferentes servicios. ⁽⁹⁾.

No obstante, la presencia de instalaciones antiguas o tecnologías desfasadas también son citadas. La distribución inadecuada de recursos en las habitaciones o incluso de su disposición dificulta el acceso a las mismas retrasando el cuidado y haciéndolo ineficaz ⁽⁹⁾.

En relación a Enfermería, se observa la gran importancia que otorgan los pacientes al comportamiento y actitud de los profesionales, siendo uno de los aspectos más mencionados ⁽⁹⁾. Se destaca cómo los pacientes expresaron como “deshumanizado” y poco especializado el cuidado recibido por aquellos profesionales de Enfermería que se mostraban menos atentos y comprometidos ⁽¹²⁾. Además, los pacientes resaltan la falta de paciencia de muchos profesionales de enfermería hacia las personas mayores o más vulnerables, lo que resulta en una atención insuficiente para sus necesidades ⁽¹⁰⁾.

Por último, a nivel cultural, los pacientes consideran que los profesionales sanitarios no poseen ni las capacidades ni las habilidades suficientes para abordar las diferentes necesidades culturales que pueden surgir en la población actual, además de mostrar las diferencias de lenguaje e idioma como un importante obstáculo que impide que el cuidado se desarrolle de forma completa ⁽¹⁰⁾.

6. DISCUSIÓN.

El estudio del cuidado perdido desde la perspectiva de los pacientes es todavía, a día de hoy, muy limitado y escaso. La mayor parte de la información se basa en la percepción de Enfermería sobre el tema, dejando a un lado al paciente. En este trabajo se han analizado los artículos encontrados en los últimos años acerca del cuidado perdido desde la perspectiva de los pacientes.

Este análisis ha revelado la gran variedad de cuidado perdido producido, entre los que destacan en primer lugar la comunicación, seguida del apoyo emocional y los cuidados básicos. Entre las causas más destacadas nos encontramos con las condiciones organizativas del sistema sanitario y las unidades hospitalarias, además de la actitud y el comportamiento del personal de Enfermería.

Los dos cuidados perdidos más destacados por los pacientes son la comunicación y el apoyo emocional. En el caso de la comunicación, esta percepción coincide con la expresada por los profesionales de enfermería en otros estudios^(22, 25). Este hallazgo, se destaca especialmente en ámbitos clínicos en los que se atiende pacientes que presentan condiciones especiales y necesitan de técnicas no convencionales para comunicarse^(12, 22, 25).

La comunicación efectiva facilita el establecimiento de una relación terapéutica que abarca todas las dimensiones de salud de la persona. Esta forma de comunicación implica el intercambio de información y opiniones entre los diversos profesionales encargados del cuidado de la salud de una persona, junto con su importancia en la creación de una buena relación terapéutica. Su ausencia puede conllevar numerosos riesgos y complicaciones para la atención del paciente. Es un hecho que los profesionales de Enfermería son los que más tiempo pasan con el paciente, por lo que la comunicación con ellos debería ser esencial para nuestro colectivo profesional. Además, este déficit en la comunicación puede desencadenar una serie de problemas adicionales, según lo expresado por los propios pacientes, tales como errores clínicos por escasez de comunicación interdisciplinar, o reingresos por falta de información adecuada transmitida al paciente⁽⁹⁾.

En este contexto, abordar los cuidados perdidos relacionados con la comunicación terapéutica podría no sólo redundar en la reducción de efectos adversos directamente relacionados con su ausencia, sino también en la reducción de otros cuidados perdidos y sus posteriores consecuencias.

Curiosamente, las investigaciones que exploran el cuidado perdido desde la perspectiva de los profesionales de enfermería no identifican el apoyo emocional como una de las principales categorías de omisión, lo que evidencia que los profesionales otorgan menos importancia al apoyo emocional que los pacientes ^(22, 25). La falta de habilidades por parte de los profesionales para abordar esta área de manera adecuada puede estar detrás de la propia incapacidad para detectar estas omisiones. La capacidad de ofrecer apoyo emocional no solo requiere conocimientos técnicos, sino también competencias en comunicación empática, empatía y comprensión de las necesidades emocionales del paciente. La actitud, comportamiento y predisposición de la enfermera también juega un papel fundamental. La formación en estas áreas puede ayudar a los profesionales de la salud a establecer relaciones terapéuticas sólidas con sus pacientes.

En lo que sí coinciden enfermeras y pacientes es en la falta de atención a las necesidades básicas de cuidado. Este tipo de cuidado abarca aspectos fundamentales como la higiene, la alimentación y la movilidad, que son esenciales para proporcionar una atención sanitaria de calidad. Es la higiene bucal el tipo de cuidado básico más reportado como perdido, tanto por profesionales de Enfermería como por los pacientes que lo sufren ^(7, 22, 25). Seguido de este se encuentra la movilidad o cambios posturales ⁽⁷⁾.

La ausencia de este cuidado básico sugiere la existencia de un sistema de atención sostenido sobre bases inestables, lo cual puede desencadenar errores y aumentar el riesgo para la seguridad del paciente. Es crucial abordar esta deficiencia para garantizar una atención integral para todos los pacientes.

Un hallazgo importante de esta revisión es que los pacientes perciben que los CPs son más frecuentes en la atención a personas ancianas. Puede que este hallazgo se deba a que las personas mayores manifiestan una mayor preocupación por su estado de salud, lo que puede llevarles a ser más conscientes de las necesidades que quedan sin cubrir. En contraste, los jóvenes, que generalmente tienen historiales clínicos menos complicados y un mayor grado de autonomía, pueden priorizar de manera diferente su salud. Sin embargo, esta conclusión debe refrendarse con más evidencia.

Por otra parte, es curioso que, aunque la mayor parte de los pacientes incluidos en el estudio son procedentes del área de hospitalización, los cuidados perdidos más reportados en pacientes ancianos proceden de aquellos que se encuentran en residencias ⁽⁵⁾. Generalmente, son este tipo de pacientes quienes presentan mayor grado de dependencia y necesidades ⁽⁵⁾, lo cual nos hace reflexionar acerca de cómo es posible que, teniendo una atención especial brindada para ellos donde el tiempo para los cuidados debería ser mayor, sean los que más sufren precisamente una mayor ausencia de cuidado. Los pacientes relacionan este hecho con una excesiva sobrecarga laboral en el trabajo del enfermero geriátrico ⁽⁵⁾. Esta percepción es congruente con la evidencia que respalda la infradotación de personal de Enfermería en el ámbito geriátrico. Ámbito en el cual, además, las condiciones laborales constan de un alto ratio de pacientes y escasa percepción de reconocimiento por parte de las enfermeras.⁽²⁸⁾

La perspectiva de pacientes y profesionales sanitarios sobre las causas de cuidados perdidos también reflejan coincidencias y desacuerdos.

No en vano, si se comparan las causas de cuidado perdido destacadas por los pacientes con las citadas por enfermeras en otros estudios ^(22, 25), podemos observar que tanto las características del sistema sanitario como de la unidad hospitalaria son comúnmente citadas por ambos grupos, mientras que el comportamiento o actitud del personal de Enfermería apenas es mencionado por los profesionales ^(22, 25). Concretamente, la escasez de recursos humanos, es identificada como una de las principales causas de carencias en el cuidado, tanto por los profesionales como por los pacientes ⁽⁹⁾.

Aumentar los recursos de Enfermería, tales como un mayor ratio de enfermeras, la contratación de profesionales con alta capacitación o un mejor entorno laboral, no debería considerarse un derroche de costos, sino como una inversión a largo plazo. En su estudio, Lasater KB et al ⁽²⁹⁾ destaca como los hospitales que cuentan con mejores recursos en Enfermería obtienen resultados más favorables con una diferencia mínima en los costos asociados ⁽²⁹⁾. Este hallazgo debería ser prioritario a la hora de discutir mejoras en el sistema de salud, y por tanto, requiere a su vez de una mayor investigación y estudio.

Sin embargo, es importante señalar una discrepancia: mientras que los pacientes perciben el comportamiento o actitud de las enfermeras como obstáculos a la hora de ofrecer cuidados, estas últimas no comparten esa percepción, dando más importancia a los conocimientos y habilidades técnicas propias de la profesión ^(22, 25). Se evidencia en este caso como los pacientes consideran la relación enfermera-paciente como un factor importante que influye en su experiencia de salud ⁽⁷⁾. El hallazgo de la falta de paciencia y preocupación por parte de las enfermeras en la atención de personas ancianas o frágiles es especialmente preocupante ⁽¹⁰⁾. Se percibe cada vez más una transformación en la sociedad, en la que los valores tradicionales hacia este grupo etario parecen disiparse progresivamente. Este fenómeno resulta sorprendente, especialmente ante el marcado aumento del envejecimiento activo en la población ⁽³⁰⁾. Es esencial por tanto reconocer que este cambio en los valores sociales permea en las actitudes de los profesionales de la salud, lo que destaca la importancia de que la formación académica no solo se centre en lo técnico, sino que también aborde la enseñanza de la bioética y la deontología.

Tanto las complementariedades como las discrepancias detectadas al comparar los resultados de la revisión con la literatura proveniente de la perspectiva de las enfermeras, refuerzan la noción de que el cuidado perdido no debe abordarse únicamente desde la perspectiva profesional, ya que perdemos oportunidades de mejora importantes. Los pacientes experimentan el cuidado de forma directa, enfocándose principalmente en cómo les afecta de manera personal.

En cambio, las enfermeras, como profesionales de la salud, están centradas en cuestiones técnicas, estructurales y operativas, que afectan a la atención que pueden brindar.

Ambas visiones pueden favorecer la detección de causas de CP de origen muy dispar, pero de igual impacto. Por ello, todas deben ser atendidas.

La presente revisión sistemática ha enfrentado el desafío de la escasa disponibilidad de información sobre la opinión de los pacientes en el tema. De manera que se podría señalar que esta limitación ha sido la principal dificultad en la búsqueda de datos, pero también ha resaltado la necesidad de incrementar la investigación en este tipo de cuidados. Esto es así debido a que la comparación realizada sobre las opiniones de profesionales y pacientes ha revelado datos importantes e interesantes, que podrían servir como base para una mejora en la atención clínica.

Otra limitación a destacar es la metodología y el diseño de los estudios incluidos en el presente trabajo. La mayor parte se basan en encuestas ofrecidas a los pacientes, mientras que únicamente uno de ellos realiza entrevistas. Este método puede llegar a limitar en gran medida las respuestas obtenidas, ya que la previa realización de los formularios recae sobre los investigadores, no sobre los pacientes, por lo que en cierta manera impide que puedan expresarse abiertamente. Por tanto, sería interesante para futuras investigaciones un estudio basado en entrevistas donde se permita la libertad plena a los pacientes de definir los CPs que consideren oportunos.

Para finalizar, es pertinente sugerir a las nuevas investigaciones que se centren en un análisis más detallado del cuidado perdido, diferenciándolo según las características de cada paciente. Dado que las necesidades de cuidado varían en función tanto de la patología presente como de las características personales de los pacientes, este enfoque permitiría una atención más específica y efectiva.

Complementariamente, mejorar la comunicación y la relación terapéutica con el paciente en el ámbito hospitalario podría abordar tanto sus necesidades personales como clínicas, promoviendo así su seguridad, salud y satisfacción con los cuidados recibidos.

7. CONCLUSIÓN.

Para finalizar con este Trabajo Fin de Grado, el mismo ha puesto de manifiesto dos conclusiones principales:

- Se ha identificado una carencia de información sobre el cuidado perdido desde la perspectiva de los pacientes en el ámbito de la Enfermería. Esto subraya la necesidad de realizar futuras investigaciones que también aborden este tema junto con la perspectiva de los profesionales, para garantizar que la atención sanitaria sea más integral y adaptada a las necesidades individuales de los pacientes.
- Los pacientes han destacado tres cuidados perdidos: la comunicación, los cuidados básicos y el apoyo emocional, siendo esta última la de mayor relevancia en el presente trabajo.
- Las principales causas a destacar de CP por los pacientes son las cuestiones organizativas a nivel sistémico y local sanitario, además de cuestiones actitudinales y competenciales de los profesionales de enfermería.
- Los pacientes ancianos destacan una mayor pérdida de cuidados, influida principalmente por los cambios de valores en la sociedad y que sugiere una necesidad de mejora de la profesión enfermera centrada en la ética y deontología.
- Al realizar una comparación entre la perspectiva de los profesionales y la de los pacientes, se observó que difieren en algunos casos, resaltando la importancia de tener en cuenta ambos puntos de vista con el objetivo de no perder oportunidades de mejora en la atención clínica.

Para cumplir con el propósito anteriormente descrito de este TFG, a continuación se realizará una propuesta de mejora orientada a prevenir esta ausencia de apoyo emocional en los pacientes, mediante un cambio en el Grado de Enfermería de la UPNA.

8. PROPUESTA.

Se hace esta propuesta orientada a la modificación del Grado de Enfermería de la Universidad Pública de Navarra, para mejorar la capacitación de los egresados de Enfermería en el apoyo emocional.

8.1 Introducción.

La motivación detrás de esta propuesta de Trabajo Fin de Grado surge de la urgencia de mejorar la formación en el ámbito del apoyo emocional dirigido a los futuros profesionales sanitarios, específicamente aquellos que se están formando para ser enfermeros.

El origen de esta idea se fundamenta principalmente en los datos previamente presentados, los cuales evidencian que el apoyo emocional a los pacientes es una de las áreas de cuidado más descuidadas.

El apoyo emocional hace referencia a las acciones dirigidas a satisfacer las necesidades emocionales de una persona, abarcando tanto acciones verbales como no verbales. Entre las principales cualidades y habilidades necesarias para brindar un apoyo emocional adecuado se encuentran la escucha activa, la empatía hacia el paciente y la comprensión integral de su situación ⁽²⁶⁾. Además, el apoyo emocional desempeña un papel crucial en la transmisión de información y en la clarificación de dudas para los pacientes. La comunicación empática y clara puede ayudar a reducir la ansiedad y el estrés, facilitando así una comprensión más completa de la información médica y fomentando una mayor confianza en el tratamiento y en el equipo médico ⁽²⁶⁾.

Resulta esencial a la hora de hablar de cuidados el contar con un trato humanizado, donde tengamos una visión integral de la persona y se abarquen sus necesidades tanto de forma técnica e instrumental como emocional, entiendo al paciente en su

totalidad y complejidad. Para muchos pacientes, estas experiencias de apoyo emocional se perciben como momentos de bienestar, y suelen resaltar la importancia de que los enfermeros estén presentes, los escuchen y les brinden apoyo, incluso a través de una simple sonrisa o un gesto amable ⁽²⁶⁾.

La hospitalización conlleva una serie de transformaciones significativas en la vida de los pacientes. La imposición de horarios estrictos interrumpe su rutina diaria, mientras que la separación de sus relaciones sociales, la distancia de su hogar y la ansiedad por el futuro generan un profundo sentido de inseguridad y temor por lo desconocido ⁽²⁶⁾.

Como se ha mencionado anteriormente, se trata del personal enfermero quien dedica mayor cantidad de tiempo al lado del paciente, y por tanto, lo que les otorga una posición privilegiada para mitigar los efectos y el considerable impacto que conlleva la estancia hospitalaria. Sin embargo, son los propios pacientes quienes alegan esta falta de apoyo emocional como un cuidado perdido importante, destacando además la ausencia de enfermeras o la escasez de tiempo como uno de los principales motivos ⁽²⁶⁾, a pesar de que el apoyo emocional puede darse en todos los momentos de contacto con el paciente, ya sea durante la administración de medicación o durante cualquier técnica realizada al paciente.

Similar a las sensaciones experimentadas en los pacientes nos encontramos con sus familiares. El apoyo emocional para ellos resulta igual de importante. Los sentimientos más reportados por familiares hacen referencia a la falta de control de la situación, incertidumbre en momentos de espera y sobre el futuro de su familiar, necesidad de tomar decisiones que se escapan de su control, o incapacidad de verbalizar dudas y temores. ⁽²⁷⁾

Por otro lado, diversos estudios han demostrado los beneficios que conlleva un adecuado apoyo emocional tanto para los familiares como para los pacientes. Este tipo de apoyo ayuda a reducir los pensamientos negativos y el estrés, especialmente

cuando se combina con una transmisión clara de información por parte de los profesionales de la salud ⁽²⁶⁾. Además, crear un ambiente cálido durante la estancia hospitalaria favorece la adaptación del paciente y contribuye a su recuperación y mejoría. La comunicación es la herramienta principal para abordar la falta de apoyo emocional. El diálogo entre la enfermera y el paciente es fundamental para cultivar una relación terapéutica que pueda fomentar la confianza. A partir de esta confianza, el paciente puede sentirse más cómodo expresando sus necesidades espirituales, lo que facilita un afrontamiento más claro y efectivo por parte del personal de Enfermería.

Por tanto, se destaca la importancia de mejorar el ámbito académico para preparar adecuadamente a los estudiantes de Enfermería, dotándolos de las habilidades necesarias para brindar un apoyo emocional efectivo a los pacientes. A día de hoy, muchos profesionales aún sienten que carecen de las habilidades y conocimientos necesarios para abordar estas situaciones de apoyo emocional de manera adecuada ⁽²⁷⁾.

La experiencia de la autora de este trabajo como estudiante en la UPNA y en el extranjero, ha sido un punto de inflexión que le ha permitido comprender que, si bien las clases teóricas son fundamentales para establecer una base sólida de conocimientos, la profesión enfermera implica mucho más y demanda cualidades que, aunque pueden ser innatas en la persona, requieren ser reforzadas y mejoradas.

8.2 Objetivos.

El **objetivo principal** de esta propuesta es equipar a los estudiantes de Enfermería con las habilidades y conocimientos necesarios para abordar eficaz y satisfactoriamente los problemas clínicos de naturaleza emocional.

8.3 Métodos.

A continuación se concretarán las características de la propuesta a tratar, indicando lugar, personas implicadas, momento en que se llevará a cabo, metodología y evaluación.

De acuerdo con el objetivo propuesto, y teniendo en cuenta que quienes recibirán la formación son estudiantes de 2º, 3º y 4º año del Grado de Enfermería, el lugar de intervención en el cual se llevará a cabo la propuesta es la Facultad de Ciencias de la Salud de la UPNA (Universidad Pública de Navarra).

La propuesta se basa en la realización de seminarios formativos, que son independientes a los seminarios de prácticas y obligatorios para todos los alumnos del curso.

La motivación principal por la cual se ha preferido comenzar por dichos años académicos se basa en el comienzo y calendario de prácticas clínicas propio de la UPNA. Por otro lado, la Facultad de Ciencias de la Salud es el punto de encuentro más accesible para todos los estudiantes.

Se ha optado por programar los seminarios durante el calendario de prácticas de cada curso académico, ya que se considera que en este periodo los estudiantes tienen menos carga de estudio. Esto facilita que nuestra intervención tenga un impacto más significativo, dado que los estudiantes pueden prestar mayor atención durante la formación al no sentirse tan sobrecargados académicamente. Además, son más observadores de la práctica. De esta manera, pueden generarse situaciones

en sus prácticas clínicas que sean similares a lo aprendido en los seminarios, por lo que, de nuevo, el impacto puede ser mayor al ser percibido emocionalmente por ellos. Esta situación permite que ellos mismos expongan sus propias experiencias en el entorno clínico.

De esta manera se realizará la siguiente organización:

- Estudiantes de 2º año: Prácticum I.
- Estudiantes de 3º año: Prácticum III.
- Estudiantes de 4º año: Prácticum Vb.

De acuerdo a la división de seis semanas de prácticas, se realizará un seminario por semana, es decir, un total de seis seminarios. La duración de cada sesión será aproximadamente de dos horas.

Además, aunque todos los profesores de la Facultad de Ciencias de la Salud podrían participar como docentes, se dará un impulso especial a aquellos que pertenecen al Área de Salud Mental y al Área de Comunicación Profesional en el Campo Sanitario. Esto se debe a que se considera que poseen las habilidades y conocimientos necesarios para abordar el tema que se tratará en los seminarios. Se contempla también la posibilidad de proporcionar formación adicional al profesorado por parte de estos mismos departamentos.

Para enriquecer aún más la experiencia de los alumnos, sería beneficioso contar con la participación de una enfermera de pie de cama en cada seminario. Su experiencia y vivencias podrían añadir un valor significativo a las sesiones, proporcionando perspectivas prácticas que complementen el aprendizaje teórico.

De acuerdo a la organización de seminarios y al servicio de trabajo de cada enfermera, se realizará la siguiente organización:

- Seminario I: Enfermera de Planta Hospitalaria.
- Seminario II: Enfermera de Área Pediátrica.
- Seminario III: Enfermera del Área de Salud Mental.
- Seminario IV: Enfermera de Planta Oncológica.
- Seminario V: Enfermera en Área de Cuidados Paliativos.

La razón de selección de estos servicios y áreas de trabajo se basa en la variedad de situaciones clínicas en las que la enfermera puede afrontar una situación de apoyo emocional al paciente.

8.4 Intervención.

Se llevará a cabo una división de estudiantes en cada año académico, de manera que se obtengan dos grupos. De acuerdo a la división actual de horario académico en grupo de tarde y grupo de mañana, podría ser útil mantener esta división, ya que además respeta el orden alfabético por apellidos de los estudiantes.

El objetivo de esta división es conseguir un número más reducido de participantes de manera que las sesiones puedan ser más efectivas.

En cada año académico, de los dos grupos existentes, uno de ellos (grupo intervención) recibirá seminarios tanto teóricos como prácticos de apoyo emocional, mientras que el otro (grupo control) se limitará a recibir información teórica.

Un ejemplo de los principales temas a tratar en ambos grupos podría ser:

- Apoyo emocional, qué es y cómo afecta a las personas.
- Cuidados de enfermería en el apoyo emocional.

- Escucha y toma de decisiones por parte de Enfermería en el cuidado emocional al paciente.
- Enfermería en la muerte y el duelo.

Ambos grupos contarán con información teórica de los temas propuestos, la principal diferencia es la cantidad de horas dedicadas a ello.

Los seminarios dedicados al grupo intervención contarán con una primera parte teórica, y se continuará con una parte práctica sobre lo explicado anteriormente. Es preferible que el tiempo dedicado a la práctica sea mayor.

Por su parte, las sesiones del grupo control contarán con la misma información teórica que el resto de sus compañeros, pero en su lugar los casos clínicos presentados no serán propiamente prácticos, ya que se resolverán de forma escrita y hablada.

8.5 Evaluación

En este punto se evaluará si la propuesta ha tenido la respuesta esperada. Para ello en el Seminario VI se presentará un caso clínico real, igual para cada grupo, pero con diferente nivel de complejidad en función del año académico que se esté cursando.

La evaluación se llevará a cabo en función de cómo los estudiantes afrontan este último caso, el cual será representado por los profesores encargados.

El motivo principal de la separación de los cursos académicos en un grupo de control, que recibirá información teórica, y un grupo de intervención, que participará en seminarios prácticos, es evaluar el impacto de la intervención. Con esto, se pretende comprobar si el objetivo principal descrito se ha cumplido o no, y de qué manera.

Se espera que el grupo de intervención desarrolle las habilidades y conocimientos necesarios y pueda enfrentar situaciones clínicas de manera efectiva. La principal diferencia en este caso con el grupo control se basaría en el número de recursos propios y habilidades de los estudiantes. Mientras que un grupo ha realizado prácticas y se ha visto obligado a enfrentarse a una situación de necesidad de cuidado emocional en el paciente, el otro únicamente ha contado con los conocimientos teóricos brindados.

En caso de que la evaluación de los resultados esperados, podría validarse la propuesta y considerar su implementación en todos los grupos académicos.

Un ejemplo de casos clínicos finales a tratar en el Seminario VI podría ser:

- 2º año académico: paciente que sufre una crisis de ansiedad en planta.
- 3º año académico: paciente que precisa de realización de una determinada intervención pero no está seguro de realizarla o no, y pide consejo y ayuda a su enfermera.
- 4º año académico: paciente que acude a Enfermería en busca de apoyo tras recibir un diagnóstico terminal.

8.6 Conclusión.

Se espera que gracias a esta propuesta los recién egresados profesionales de Enfermería cuenten con unas habilidades y conocimientos básicos para poder abordar una situación de apoyo emocional al paciente sin sentirse perdidos o tener miedo de afrontarla.

Así mismo, a pesar de que esta iniciativa está orientada a la Universidad Pública de Navarra debido a su metodología y plan de estudios, se anima a otras instituciones a continuar promoviendo el conocimiento en el cuidado emocional del paciente.

Por otro lado, esta propuesta de educación a Enfermería, junto con muchas otras, apenas tienen relevancia en un futuro si no se realiza un verdadero cambio en la práctica clínica. Se invita por tanto a compañeros venideros a realizar un TFG cuya propuesta vaya destinada tal vez a supervisión de Enfermería, o quizás a gestión de instituciones hospitalarias, aportando ideas de valor que permitan adaptar el espacio clínico al tan necesario cuidado emocional. Solo con nuestras ideas podemos crear el futuro que deseamos para nuestra sanidad y para nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. *J Adv Nurs* [Internet]. 2009;65(7):1509–17. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x>
2. Schubert M, Glass TR, Clarke SP, Aiken LH, Schaffert-Witvliet B, Sloane DM, et al. Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2008 [cited 2024 Feb 14];20(4):227–37. Available from: <https://academic.oup.com/intqhc/article/20/4/227/1846768>
3. Rezaei-Shahsavarloo Z, Atashzadeh-Shoorideh F, Ebadi A, Gobbens RJJ. Factors affecting missed nursing care in hospitalized frail older adults in the medical wards: a qualitative study. *BMC Geriatr* [Internet]. 2021 [citado el 12 de febrero de 2024];21(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34649518/>
4. Cerezo PG, Juvé-Udina M-E, Delgado-Hito P. Concepts and measures of patient empowerment: a comprehensive review. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 [citado el 12 de febrero de 2024];50(4):667–74. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27680054/>
5. Kalánková D, Stolt M, Scott PA, Papastavrou E, Suhonen R, On behalf of the RANCARE COST Action CA15208. Unmet care needs of older people: A scoping review. *Nurs Ethics* [Internet]. 2021 [cited 2024 Feb 13];28(2):149–78. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33000674/>
6. Gustafsson N, Leino-Kilpi H, Prga I, Suhonen R, Stolt M. Missed care from the patient's perspective – A scoping review. *Patient Prefer Adherence* [Internet]. 2020 [cited 2024 Feb 13];14:383–400. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32161449/>
7. Bagnasco A, Dasso N, Rossi S, Galanti C, Varone G, Catania G, et al. Unmet nursing care needs on medical and surgical wards: A scoping review of

- patients' perspectives. J Clin Nurs [Internet]. 2020 [cited 2024 Feb 13];29(3–4):347–69. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31715037/>
8. Sönmez B, İspir Ö, Türkmen B, Duygulu S, Yıldırım A. The reliability and validity of the Turkish version of the MISSCARE Survey-Patient. J Nurs Manag [Internet]. 2020 [cited 2024 Feb 13];28(8):2072–80. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31513721/>
 9. Chiappinotto S, Coppe A, Palese A. What are the reasons for unfinished nursing care as perceived by hospitalized patients? Findings from a qualitative study. Health Expect [Internet]. 2023 [cited 2024 Feb 13];26(1):256–67. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36415161/>
 10. Bláhová H, Bártová A, Dostálová V, Holmerová I. The needs of older patients in hospital care: a scoping review. Aging Clin Exp Res [Internet]. 2021;33(8):2113–22. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s40520-020-01734-6>
 11. Ingstad K, Pedersen MK, Uhrenfeldt L, Pedersen PU. Patients' expectations of and experiences with psychosocial care needs in perioperative nursing: a descriptive study. BMC Nurs [Internet]. 2023;22(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12912-023-01451-1>
 12. Hope, Schoonhoven, Griffiths, Gould, Bridges. "I'll put up with things for a long time before I need to call anybody": Face work, the Total Institution and the perpetuation of care inequalities. EBSCOhost [Internet]. 2022 Ebscohost.com. [cited 2024 Feb 28]. Available from: <https://web.p.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=52b23849-ccb7-4918-9db6-2db0ee5ff1f0%40redis&bdata=JkF1dGhUeXBIPXNzbyZsYW5nPVVzJnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d>
 13. Seguridad del paciente [Internet]. Who.int. [cited 2024 Mar 4]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

14. Rocco C, Garrido A. SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CULTURA DE SEGURIDAD. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2017;28(5):785–95. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.08.006>
15. Kalánková D, Kirwan M, Bartoníčková D, Cubelo F, Žiaková K, Kurucová R. Missed, rationed or unfinished nursing care: A scoping review of patient outcomes. J Nurs Manag [Internet]. 2020;28(8):1783–97. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.12978>
16. Alsalem N, Rashid FA, Aljarudi S, Al Bazroun MI, Almatrouk RM, Alharbi FM, et al. Exploring missed nursing care in the NICU: Perspectives of NICU nurses in Saudi Arabia’s eastern health cluster. Pediatr Rep [Internet]. 2023 [cited 2024 Mar 10];15(4):571–81. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37873798/>
17. Chiappinotto S, Palese A. Unfinished nursing care reasons as perceived by nurses at different levels of nursing services: Findings of a qualitative study. J Nurs Manag [Internet]. 2022 [cited 2024 Mar 10];30(7):3393–405. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36073552/>
18. Abdelhadi N, Drach-Zahavy A, Srulovici E. The nurse’s experience of decision-making processes in missed nursing care: A qualitative study. J Adv Nurs [Internet]. 2020 [cited 2024 Mar 10];76(8):2161–70. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32281675/>
19. Elers Mastrapa Y, Gibert Lamadrid M del P. Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2016 [cited 2024 Mar 10];32(4):0–0. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000400019
20. Zeleníková R, Gurková E, Friganovic A, Uchmanowicz I, Jarošová D, Žiaková K, et al. Unfinished nursing care in four central European countries. J Nurs Manag [Internet]. 2020;28(8):1888–900. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.12896>

21. López Cocotle JJ, Silva Ramos MF, Moreno Monsiváis MG, González Angulo P, Interrial Guzmán MG. Cuidado de enfermería perdido y factores contribuyentes en un hospital de Tabasco, México. Horiz Sanit [Internet]. 2021 [cited 2024 Mar 24];20(2):207–15. Available from: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592021000200207
22. Mandal L, Seethalakshmi A. Experience of missed nursing care: A mixed method study. Worldviews Evid Based Nurs [Internet]. 2023;20(3):212–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/wvn.12653>
23. Zárate-Grajales RA, Mejías M. Cuidado perdido de enfermería. Estado del arte para la gestión de los servicios de salud. Enferm Univ [Internet]. 2019 [cited 2024 Mar 24];16(4):436–51. Available from: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632019000400436
24. Gutiérrez Cía I, Obón Azuara B, Aibar Remón C. Análisis de los «casi errores»: Un nuevo enfoque en el estudio de los acontecimientos adversos. Med Intensiva [Internet]. 2008 [cited 2024 Mar 24];32(3):143–6. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-5691200800300006
25. Danielis M, Fantini M, Sbrugnera S, Colaetta T, Maestra MR, Mesaglio M, et al. Missed nursing care in a long-term rehabilitation setting: findings from a cross-sectional study. Contemp Nurse [Internet]. 2021;57(6):407–21. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/10376178.2022.2029515>
26. Micheline Miranda Braga, Valéria Cristina Christello Coimbra, Juliane Portella Ribeiro, Diéssica Roggia Piexak, Dirce Stein Backes, Anelise Miritz Borges. Apoyo emocional ofrecido por el equipo de enfermería a pacientes hospitalizados [Internet]. 2011. Available from: <https://www.index-f.com/evidentia/n40/ev7822.php>
27. Duque Delgado L, Rincón Elvira EE, León Gómez VE. Apoyo emocional de las familias a los pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos: revisión

- bibliográfica. Ene [Internet]. 2020 [cited 2024 Apr 23];14(3). Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1988-348X2020000300008&script=sci_arttext
28. López Luna E, Perea García M, Sech Macías N, Mundet Riera I, Hernández Martínez-Esparza E, Torner Busquets A, et al. Enfermera del ámbito de la geriatría de Barcelona. Situación socioeconómica, laboral y percepción de su rol. Gerokomos [Internet]. 2021 [cited 2024 May 7];32(2):70–5. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2021000200070
29. Lasater KB, McHugh MD, Rosenbaum PR, Aiken LH, Smith HL, Reiter JG, et al. Evaluating the costs and outcomes of hospital nursing resources: A matched cohort study of patients with common medical conditions. J Gen Intern Med [Internet]. 2021;36(1):84–91. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-020-06151-z>
30. Petretto DR, Pili R, Gaviano L, Matos López C, Zuddas C. Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2016;51(4):229–41. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.10.003>