



ARTÍCULO ORIGINAL

Cuidados de enfermería omitidos y sus razones en una institución pública de la provincia Chubut en Argentina

Omitted nursing care and its reasons in a public institution in the province of Chubut, Argentina

Fany Trinidad Domingues¹  

¹Hospital Subzonal "Santa Teresita". Chubut, Argentina.

Citar como: Domingues FT. Cuidados de enfermería omitidos y sus razones en una institución pública de la provincia Chubut en Argentina. Sal. Cienc. Tec. [Internet]. 2021 [citado fecha de acceso]; 1:15. Disponible en: <https://doi.org/10.56294/saludcvt202115>

RESUMEN

Introducción: el cuidado del paciente es el núcleo de la profesión de enfermería, que se puede definir como: una actividad que requiere valores personales y profesionales para preservar, restaurar y cuidar la vida a partir de la relación enfermería - paciente.

Objetivo: describir la prevalencia y las razones de la omisión de cuidados de enfermería, según la percepción del personal de enfermería de un hospital de la provincia Chubut en Argentina.

Métodos: estudio descriptivo, observacional transversal realizado con 76 profesionales de enfermería. Los datos se recopilaron por medio del instrumento MISSCARE.

Resultados: participaron en el estudio 76 profesionales de enfermería, el 75 % eran del sexo femenino, con mediana de edad de 40,5 años (IIQ: 36), promedio de 41,02 (DE: 7,6), variando de 29 a 60 años. Los cuidados de enfermería que obtuvieron las mayores prevalencias de omisión fueron *participación en la discusión del equipo interdisciplinario sobre la atención del paciente, si se presenta (75 %), caminatas tres veces al día o según lo prescrito (61,8 %), sentar al paciente fuera de la cama (52,6 %), las solicitudes de administración de medicamentos recetados S/N se atienden en quince minutos.*

Conclusiones: este estudio puso de manifiesto el hecho de que la omisión del cuidado es un fenómeno real y frecuente. Las razones más frecuentes para la omisión de los cuidados de enfermería estuvieron relacionadas con los recursos humanos y recursos materiales. Estas razones están centradas en fallos gerenciales y sistémicos, que deben analizarse y corregirse en favor de la seguridad del paciente.

Palabras clave: Enfermería; Atención de Enfermería; Seguridad del Paciente; Calidad de la Atención de Salud; Gestión de Riesgos.

ABSTRACT

Background: patient care is the core of the nursing profession, which can be defined as: an activity that requires personal and professional values to preserve, restore and care for life from the nursing-patient relationship.

Aim: to describe the prevalence and reasons for the omission of nursing care, according to the perception of the nursing staff of a hospital in the province of Chubut in Argentina.

Methods: descriptive, cross-sectional observational study conducted with 76 nursing professionals. Data were collected using the MISSCARE instrument.

Results: 76 nursing professionals participated in the study, 75 % were female, with a median age of 40.5 years (IIQ: 36), mean 41.02 (SD: 7.6), ranging from 29 to 60 years. Nursing care that obtained the highest prevalences of omission were participation in the interdisciplinary team discussion of patient care, if present (75.0 %), walking three times a day or as prescribed (61.8 %), sitting the patient out of bed (52.6 %), requests for administration of prescribed medications Y/N are attended within fifteen minutes.

Conclusions: This study highlighted the fact that omission of care is a real and frequent phenomenon. The most frequent reasons for omission of nursing care were related to human resources and material resources. These reasons are centered on managerial and systemic failures, which should be analyzed and corrected in favor of patient safety.

Keywords: Nursing; Nursing Care; Patient Safety; Health Care Quality; Risk Management.

INTRODUCCIÓN

La cultura de seguridad se define como “el conjunto de características y tendencias de organizaciones e individuos que aseguran, como prioridad principal, que los temas de seguridad reciban la atención que merecen”. Por su importancia, se define como “el producto de las actitudes, valores, percepciones, habilidades y patrones de conducta individuales y grupales que definen el compromiso, el estilo y la capacidad para gestionar la integridad de la organización”.⁽¹⁾

Hoy en día, la seguridad en la atención al paciente es uno de los aspectos más importantes a considerar y desarrollado para establecer un proceso de aseguramiento efectivo de atención de calidad de enfermería.⁽²⁾

El equipo disciplinario de enfermería está más implicado en el proceso de atención, lo que permite que estos profesionales, al estar cerca del paciente, tengan un papel en términos de seguridad y calidad de su atención, pero también como factor clave para minimizar los efectos secundarios y su resultado.⁽³⁾

El cuidado del paciente es el núcleo de la profesión de enfermería, que se puede definir como: una actividad que requiere valores personales y profesionales para preservar, restaurar y cuidar la vida a partir de la relación enfermería - paciente. Sin embargo, hay situaciones que afectan el trabajo de las enfermeras que a veces olvidan que está en su naturaleza respetar la vida y la profesión de cuidar a las personas. Por ello, es necesario pensar en la importancia de la enfermería, ya que tiene impacto y forma parte de la producción de los servicios de salud, los cuales son necesarios para lograr determinados resultados finales como: alta médica, satisfacción, reducción de ingreso de pacientes al hospital, aumento de la productividad, eficacia y mantenimiento de la calidad de la atención, entre otros.⁽⁴⁾

En nuestro país existe una creciente necesidad de evaluar la gestión de enfermería a nivel nacional en los diversos establecimientos de salud, sin embargo, actualmente carecemos de indicadores nacionales que permitan comprender y gestionar el proceso de enfermería y si mantiene la seguridad del paciente.⁽³⁾

En este estudio, el objetivo fue describir la prevalencia y las razones de la omisión de cuidados de enfermería, según la percepción del personal de enfermería de un hospital de la provincia Chubut en Argentina.

MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo, observacional, transversal, llevado a cabo en un hospital público de la provincia de Chubut.

La población del estudio se compuso del personal de enfermería que actuaban en las unidades investigadas en el período de la recopilación y tenían tiempo de admisión superior a seis meses de trabajo. Se excluyeron los profesionales en cargo de gerencia responsables de más de una unidad, los que se

encontraban en licencia en el período de la recopilación y aquellos que no realizaban acciones de enfermería.

En el período de la recopilación de los datos, 76 personas devolvieron los instrumentos de recolección de datos que conformaron las unidades de análisis del estudio.

Los datos se recopilaron en el período de un formulario de Google, por medio del instrumento MISSCARE, traducido y validado.⁽⁵⁾

MISSCARE-Brasil es un cuestionario autoaplicable, compuesto por tres partes. La primera parte contiene preguntas acerca de información general de los participantes. La segunda parte del instrumento, parte A, se compone de 28 cuestiones referentes a los elementos de los cuidados de enfermería no realizados, con respuestas del tipo Likert, que varían de «nunca se realiza» a «siempre se realiza». Y la tercera parte del instrumento, parte B, contiene 28 cuestiones referentes a las razones por las que no se realizaron los cuidados de enfermería, con respuestas del tipo Likert, que varían entre «razón significativa» y «no es una razón para la omisión de los cuidados».

Los participantes fueron abordados y orientados a responder el instrumento fuera del lugar y del horario de trabajo y devolverlo posteriormente, de acuerdo con la fecha preestablecida por la investigadora. Todos fueron orientados acerca de cómo proceder para responder el cuestionario, se aseguró el anonimato de los participantes y se respetaron los rechazos a participar.

Las respuestas fueron dicotomizadas y, de esa manera, las alternativas “ocasionalmente no se realiza”, “raramente se realiza” y “nunca se realiza” significan cuidado omitido, y las alternativas “se realiza a menudo” y “siempre se realiza” representan el cuidado realizado. Las respuestas de las razones también se dicotomizaron, y se consideraron como razón de omisión las opciones “razón significativa” y “razón moderada”, y como no razón de omisión las respuestas de las alternativas “razón poco significativa” y “no es una razón”.

Los cálculos de los análisis estadísticos se realizaron con ayuda del programa Statistical Package for Social Science (SPSS). El análisis descriptivo de las variables cuantitativas se presentó como promedio, desvío estándar (DE), mediana, intervalo intercuartil (IIQ), mínimo y máximo. Las variables cualitativas (sexo, formación académica más elevada) se presentaron como frecuencias absoluta y relativa.

Se calculó la prevalencia de omisión de cada cuidado por medio de la división del número de cuidados omitidos por la cantidad total de respuestas que aquel elemento del cuidado de enfermería obtuvo, multiplicado por 100. Se resalta que la respuesta “no se aplica” no se incluyó en la prevalencia.

Asimismo, la prevalencia de las razones para la omisión del cuidado se calculó por medio de la división del número de respuestas consideradas como razón para la omisión por la cantidad total de respuestas que aquella razón obtuvo, multiplicado por 100.

La confiabilidad interna de MISSCARE-Brasil se evaluó por el alfa de Cronbach estandarizado, y se consideraron aceptables los valores por encima de 0,76.

Esta investigación se realizó de acuerdo con las regulaciones para el desarrollo de investigaciones que implican seres humanos. Todos los profesionales que aceptaron participar en el estudio recibieron el Consentimiento Libre y Aclarado y se les solicitó que lo leyeran y lo aprobaran.

RESULTADOS

Participaron en el estudio 76 profesionales de enfermería, el 75 % eran del sexo femenino, con mediana de edad de 40,5 años (IIQ: 36), promedio de 41,02 (DE: 7,6), variando de 29 a 60 años.

El análisis de la categoría profesional y cargo ejercido en la unidad señaló que 38 (50 %) eran enfermeros/as profesionales, 32 (42,1 %) licenciados/as en enfermería, y 6 (7,9 %) magíster.

Los cuidados de enfermería que obtuvieron las mayores prevalencias de omisión fueron *participación en la discusión del equipo interdisciplinario sobre la atención del paciente, si se presenta* (75 %), *caminatas tres veces al día o según lo prescrito* (61,8 %), *sentar al paciente fuera de la cama* (52,6 %),

las solicitudes de administración de medicamentos recetados S/N se atienden en quince minutos (47,4 %) (tabla 1).

Tabla 1. Prevalencia de omisión de los cuidados de enfermería

Elementos del cuidado de enfermería no realizados	%
Evaluación de los signos vitales según lo prescrito.	5,3
Monitoreo de glucemia capilar según lo prescrito.	15,8
Valoración del estado del paciente en cada turno, identificando sus necesidades asistenciales.	15,8
Reevaluación focalizada, según el estado del paciente.	26,3
Cuidados con acceso venoso e infusión, según normativa de la institución.	13,2
Higiene de sus manos.	9,2
Evaluación de la eficacia de los fármacos administrados.	28,9
Registro completo en la historia clínica del paciente de todos los datos necesarios.	22,4
Apoyo emocional al paciente y/o familia.	32,9
Orientación a pacientes y familiares sobre rutinas, procedimientos y cuidados brindados.	35,5
Las solicitudes de administración de medicamentos recetados S/N se atienden en quince minutos.	47,4
Uso de medidas preventivas para pacientes con riesgo de caídas.	22,4
Planificación e instrucción al paciente y/o familia para el alta hospitalaria.	31,6
Baño/higiene del paciente/medidas para prevenir lesiones cutáneas.	15,8
Administración de medicamentos dentro de los 30 minutos antes o después del horario prescrito.	35,5
Hidratación del paciente, cuando corresponde, ofreciendo líquidos por vía oral o administrándolos por sonda.	22,4
Cuidado de lesiones/heridas cutáneas.	15,8
Respuesta a la llamada del paciente dentro de los cinco minutos.	21,1
Ofrecimiento de las comidas a los pacientes que comen solos.	26,3
Caminatas tres veces al día o según lo prescrito.	61,8
Control del balance hídrico: entradas y salidas.	39,5
Sentar al paciente fuera de la cama.	52,6
Participación en la discusión del equipo interdisciplinario sobre la atención del paciente, si se presenta.	75
Higienizar al paciente inmediatamente después de cada evacuación.	18,4
Alimentar al paciente o administrar la dieta por sonda, a tiempo.	17,1
Cambiar la posición del paciente cada dos horas.	34,2
Aspiración de la vía aérea.	22,4
Higiene bucal	36,8

Las razones que dieron los miembros del equipo de enfermería para la no realización de los cuidados se presentan por dominios en la tabla 2, según el MISSCARE-Brasil.

Tabla 2. Distribución de frecuencias de respuestas, por categoría de razones de omisión de cuidados de enfermería según el agrupamiento de opciones significativas y moderadas

Razones para la no realización del cuidado de enfermería	%
Número inadecuado de personal.	60,5
Número inadecuado de personal para tareas de asistencia o administrativas.	61,8
Gran número de admisiones y altas.	53,9
Aumento inesperado de volumen y/o gravedad de pacientes en la unidad.	59,2
Situaciones de emergencia de los pacientes (Ej.: el empeoramiento de la condición de un paciente).	52,6
Alto número de profesionales que trabajan enfermos o con problemas de salud (lo que les impide realizar las funciones para las que fueron contratados).	44,7
Alto número de enfermeros con poca experiencia profesional.	50
El profesional tiene más de un trabajo, lo que reduce su compromiso/atención/concentración para realizar la asistencia.	52,6
Los medicamentos no estaban disponibles cuando se necesitaban	59,2
El plano físico de la unidad/sector es inadecuado, lo que dificulta la prestación de asistencia a los pacientes en aislamiento o en zonas más alejadas.	59,2
Los materiales/equipos no funcionaron correctamente cuando se los necesitó.	63,2
Los materiales/equipos no estaban disponibles cuando se necesitaban.	60,5
La distribución de pacientes por profesional no es equitativa.	51,3
Tensión/conflicto o problemas de comunicación dentro del Equipo de Enfermería.	51,3
Tensión/conflicto o problemas de comunicación con el Equipo Médico.	47,4
El auxiliar de enfermería no informó que no se realizó la asistencia.	43,4
Tensión/conflicto o problemas para comunicarse con otros departamentos/sectores de apoyo.	44,7
El profesional responsable de la atención se encontraba fuera de la unidad/sector o no estaba disponible	46,1
Otros profesionales del equipo no brindaron asistencia en el momento en que se necesitó (Ej.: el fisioterapeuta no ayudó a caminar al paciente).	65,8
Los miembros del equipo no se ayudan entre sí.	43,4
Falta de estandarización para realizar procedimientos/cuidados	56,6
El cambio de turno del turno anterior o de las unidades que derivan pacientes es inapropiado.	48,7
El profesional no tiene una postura ética y no tiene ninguna participación ni compromiso con el trabajo y/o la institución.	51,3
El profesional que no brindó atención no tiene miedo al castigo/despido debido a la estabilidad laboral.	52,6

El profesional de enfermería es negligente (tiene pereza, falta de atención o insensibilidad).	57,9
Falta de preparación de los enfermeros para liderar, supervisar y realizar el trabajo en equipo.	61,8
Falta de formación laboral sobre la atención a ser realizada (que incluye capacitación, actualización, superación y desarrollo profesional).	57,9
Falta de motivación para el trabajo (por bajos salarios y/o falta de valoración profesional).	53,9

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio pusieron de manifiesto una elevada prevalencia de omisión de uno o más elementos del cuidado prestado por la enfermería. Tal omisión es una importante variable para generar reflexión sobre la necesidad de revisar la estructura y los procesos de trabajo que se están desarrollando, y que pueden estar impidiendo resultados asistenciales de calidad, ante la no entrega de la terapéutica adecuada, lo que puede acarrear daños adicionales a los pacientes.

La no deambulación de los pacientes también fue identificada como el cuidado con mayor prevalencia de omisión en estudios realizados con profesionales del equipo de enfermería en diversos países,⁽⁶⁾ y también por los propios pacientes (41,3 %).⁽⁷⁾

Estos dos cuidados de enfermería implican la movilización del paciente fuera de la cama. La movilización de pacientes hospitalizados proporciona beneficios físicos, como el alivio del dolor, la disminución del riesgo de trombosis venosa profunda, la disminución de la fatiga, la prevención de la reincidencia de neumonía, de delirio, la disminución del riesgo de infección del tracto urinario y la mejora de la función física. Además del bienestar social, mejora la calidad de vida, la independencia, disminuye de ansiedad, el humor depresivo, la angustia y aumenta el confort y la satisfacción del paciente.⁽⁸⁾

Asimismo, se pueden identificar resultados organizacionales, como la disminución del período de permanencia, de la mortalidad de los pacientes y de los costos institucionales.⁽⁸⁾

Las enfermeras enfrentan diferentes obstáculos todos los días para mejorar la calidad de la atención al paciente a través de componentes esenciales de la atención, como la seguridad. Sin embargo, muchos errores ocurren en la práctica clínica, comprometiendo la calidad antes mencionada y el esfuerzo de cada especialista, al aplicar medidas de atención descuidadas, inhumanas y poco éticas.⁽⁹⁾

Se considera que identificar, mitigar y discutir con transparencia las deficiencias en el cuidado de enfermería puede ayudar a gestionar el riesgo institucional y construir una cultura de seguridad, y es una "alerta temprana" de riesgos, que conducen a consecuencias negativas para el paciente.⁽¹⁰⁾

En este sentido Lima y col.⁽¹⁰⁾ reportan que, entre los elementos del cuidado de enfermería, las mayores prevalencias de omisión fueron: sentar al paciente fuera de la cama (70,3 %); deambulación tres veces al día (69,1 %) y participación en la discusión del equipo interdisciplinar sobre la asistencia al paciente (67,2 %). Las razones más frecuentes fueron: el número inadecuado de personal (85,4 %); el número inadecuado de personal para la asistencia o tareas administrativas (81,6 %) y el aumento inesperado del volumen o gravedad de los pacientes (79,8 %). Los enfermeros relataron una mayor omisión que los técnicos/auxiliares de enfermería en cuatro elementos del cuidado ($p < 0,05$).

La seguridad del paciente y la calidad de la atención son pilares fundamentales de las políticas de salud de diversos gobiernos y organismos internacionales. Por lo tanto, se deben tomar acciones como el uso de protocolos y sistemas de notificación de eventos adversos para mejorar la calidad de la atención y la seguridad del paciente, ya que los eventos adversos se pueden prevenir.⁽¹¹⁾

Dada toda esta evidencia, es importante comprender que se deben implementar estrategias para reducir y prevenir la atención perdida como usuarios del sistema de atención médica, denominados "pacientes" en muchas organizaciones hospitalarias, se deben tomar todos los cuidados indicados para el tratamiento y la curación. Sin embargo, la omisión de enfermería ha sido un fenómeno silencioso y no ha

sido advertida por la gerencia. El primer paso es reconocerlo y discutirlo, para entender sus proporciones. Se requiere la participación del liderazgo con expertos de primera línea para planificar acciones de mejora.⁽¹⁰⁾

En un momento en que los pacientes y sus familias se involucran cada vez más activamente en su propio cuidado para garantizar la seguridad del paciente, la falta de educación y orientación en salud es motivo de preocupación, lo que puede conducir a complicaciones y deterioro de la salud. Informar a los pacientes y a sus familias sobre su estado y los cuidados posteriores al alta permite que los pacientes sean más adherentes al tratamiento y se sientan implicados en su propio cuidado, previniendo así eventos adversos, evitando complicaciones y costes innecesarios.⁽¹⁰⁾

Se ha demostrado que el uso de cuestionarios para evaluar el entorno de salud y seguridad es beneficioso para hacer que los sistemas de salud sean más seguros. Una organización que tiene una actitud proactiva hacia una cultura de seguridad positiva que ahora se considera eficaz para mejorar la seguridad del paciente.⁽¹²⁾

Garantizar la calidad de la atención y la seguridad del paciente en los entornos de atención de la salud es un desafío frente a la evidencia del fracaso de la atención. Las fallas en la atención pueden presentarse de dos formas: errores de comisión, cuando el procedimiento planificado se realizó de manera inadecuada; omisión, cuando no se pueden tomar las medidas apropiadas.⁽¹⁰⁾

La gestión del cuidado de enfermería será entendida como la práctica profesional de una enfermera a partir de su especialidad: la ciencia del cuidado. Esto se define como "la aplicación del juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la prestación oportuna de una atención segura e integral que asegure la continuidad de la atención". y apoyado por las políticas y la dirección estratégica de la institución. Su objetivo final, por tanto, es proporcionar a los usuarios los mejores resultados posibles en la práctica diaria, en consonancia con la información científica disponible que ha demostrado su capacidad para modificar positivamente el curso clínico de la enfermedad y considerar la mejor gestión de recursos, con las mínimas molestias y costos para los pacientes y la sociedad en general.⁽¹³⁾

Los profesionales de enfermería deben fomentar un liderazgo eficaz en la gestión de grupos de trabajo y para ello deben proponer programas de evaluación y mejora continua de los cuidados de enfermería. También se espera que haya una integración de la enseñanza del cuidado para incentivar la investigación en el campo de la gestión del cuidado.⁽¹³⁾

En contexto, la enfermería basada en la evidencia (EBE) es el proceso mediante el cual un profesional de enfermería toma decisiones clínicas; Su propósito es facilitar la inclusión y el uso de la mejor evidencia disponible, informada por la investigación, la experiencia clínica y las preferencias de los pacientes, en el contexto de los recursos disponibles. Así, el uso y aplicación de la EBE en la formulación de guías de práctica clínica y planes de cuidados constituye un espacio de oportunidad para la práctica profesional que atienda las expectativas de los pacientes en el tratamiento de problemas de salud o enfermedades.⁽¹⁴⁾

CONCLUSIONES

Este estudio puso de manifiesto el hecho de que la omisión del cuidado es un fenómeno real y frecuente. Los cuidados de enfermería más omitidos participación en la discusión del equipo interdisciplinario sobre la atención del paciente, si se presenta, caminatas tres veces al día o según lo prescrito, y sentar al paciente fuera de la cama. Las razones más frecuentes para la omisión de los cuidados de enfermería estuvieron relacionadas con los recursos humanos y recursos materiales. Estas razones están centradas en fallos gerenciales y sistémicos, que deben analizarse y corregirse en favor de la seguridad del paciente. Estudios como este comprueban que la enfermería ha actuado en situaciones desfavorables para el cumplimiento completo del proceso de cuidar, demandando esfuerzos para la planificación y adopción de estrategias de prevención de la omisión del cuidado y mejora de la práctica asistencial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Botero JHA, Arias RDG. La cultura de la seguridad del paciente: enfoques y metodologías para su medición. *Revista CES Medicina* 2017;31:180-91.
2. Cruz ARH, Romero EM, Ponce FC, Vargas CO. Eventos adversos en el cuidado de enfermería. *Rev Mex Enf Cardiol* 2006;14:70-4.
3. Febré N, Mondaca-Gómez K, Méndez-Celis P, Badilla-Morales V, Soto-Parada P, Ivanovic P, et al. Calidad en enfermería: su gestión, implementación y medición. *Revista Médica Clínica Las Condes* 2018;29:278-87. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.04.008>.
4. Juárez-Rodríguez PA, García-Campos M de L. La importancia del cuidado de enfermería. *Rev Enferm IMSS* 2009;17:113-5.
5. Siqueira LDC, Caliri MHL, Haas VJ, Kalisch B, Dantas RAS. Validation of the MISSCARE-BRASIL survey - A tool to assess missed nursing care. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2017;25:e2976. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2354.2975>.
6. Kalisch BJ, Doumit M, Lee KH, Zein JE. Missed nursing care, level of staffing, and job satisfaction: Lebanon versus the United States. *J Nurs Adm* 2013;43:274-9. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e31828eebaa>.
7. Kalisch BJ, Xie B, Dabney BW. Patient-Reported Missed Nursing Care Correlated With Adverse Events. *Am J Med Qual* 2014;29:415-22. <https://doi.org/10.1177/1062860613501715>.
8. Kalisch BJ, Lee S, Dabney BW. Outcomes of inpatient mobilization: a literature review. *J Clin Nurs* 2014;23:1486-501. <https://doi.org/10.1111/jocn.12315>.
9. Bolado Pontigo J. Los cuidados perdidos de la Enfermería. Tesis de Grado. Universidad de Cantabria, 2021.
10. Lima JC de, Silva AEB de C, Caliri MHL. Omisión del cuidado de enfermería en unidades de internación. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2020;28:e3233. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3138.3233>.
11. Gómez López SA. Cultura de seguridad del paciente y barreras en la notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería de un centro médico naval de Lima, 2020. Tesis de Maestría. Universidad Peruana Unión, 2021.
12. Jaime NN, Gonzalez-Argote J. Cultura sobre seguridad del paciente en el personal de enfermería en una institución del conurbano bonaerense. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río* 2021;25:5229.
13. Rodríguez Campo VA, Paravic Kljij TM. Enfermería basada en la evidencia y gestión del cuidado. *Enfermería Global* 2011;10:246-53. <https://doi.org/10.4321/S1695-61412011000400020>.
14. López-Morales AB, Barrera-Cruz A. Enfermería basada en la evidencia y su aplicación en el plan de cuidados de enfermería. *Rev Enferm IMSS* 2016;24:161-2.

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Fany Trinidad Domingues.

Curación de datos: Fany Trinidad Domingues.

Análisis formal: Fany Trinidad Domingues.

Adquisición de fondos: Fany Trinidad Domingues.

Investigación: Fany Trinidad Domingues.

Metodología: Fany Trinidad Domingues.

Administración del proyecto: Fany Trinidad Domingues.

Recursos: Fany Trinidad Domingues.

Software: Fany Trinidad Domingues.

Supervisión: Fany Trinidad Domingues.

Validación: Fany Trinidad Domingues.

Visualización: Fany Trinidad Domingues.

Redacción - borrador original: Fany Trinidad Domingues.

Redacción - revisión y edición: Fany Trinidad Domingues.