



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**

**CALIDAD DEL PROCESO DE ENLACE DE TURNO DE ENFERMERÍA Y SU  
RELACIÓN CON LA PRESENCIA DE EVENTOS ADVERSOS**

**TESIS**

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:  
MAESTRA EN ENFERMERÍA**

**(ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO EN ENFERMERÍA)**

**PRESENTA:  
ANA MARÍA DE JESÚS YÁÑEZ CORRAL**

**DIRECTORA DE TESIS:  
MTRA. ROSA AMARILIS ZÁRATE GRAJALES**  
**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**MÉXICO D.F.**

**NOVIEMBRE DE 2015**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



## MAESTRÍA EN ENFERMERÍA COORDINACIÓN

**DR. ISIDRO ÁVILA MARTÍNEZ**  
**DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN**  
**ESCOLAR, UNAM.**  
**P R E S E N T E:**

Por medio de la presente me permito informar a usted que en la reunión ordinaria del Comité Académico de la Maestría en Enfermería, celebrada el día 06 de octubre del 2015, se acordó poner a su consideración el siguiente jurado para el examen de grado de Maestría en Enfermería (Administración del cuidado de Enfermería) de la alumna ANA MARÍA DE JESÚS YAÑEZ CORRAL con número de cuenta 404504351, con la tesis titulada:

**“CALIDAD DEL PROCESO DE ENLACE DE TURNO DE ENFERMERÍA Y SU RELACIÓN CON LA PRESENCIA DE EVENTOS ADVERSOS.”**

bajo la dirección de la Mtra. Rosa A. Zárate Grajales

Presidente : Doctora Ana María Lara Barrón  
Vocal : Maestra Rosa A. Zárate Grajales  
Secretario : Maestro Juan Gabriel Rivas Espinosa  
Suplente : Doctora Gandhy Ponce Gómez  
Suplente : Maestra Reyna Matus Miranda

Sin otro particular, quedo de usted.

**A T E N T A M E N T E**  
**“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”**  
**MÉXICO D, F. a 4 de noviembre del 2015**

**DRA. GANDHY PONCE GÓMEZ**  
**COORDINADORA DEL PROGRAMA**



C.c.p. Expediente del interesado

**COORDINACIÓN DEL POSGRADO**  
**DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**

JEG-F6

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A DIOS**

Por tantas bendiciones: vida, familia, salud y desarrollo profesional.

### **A LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO, CONACYT Y UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA**

Por contar con programas de excelencia que permean a kilómetros de distancia, a favor del desarrollo profesional de enfermería, por los apoyos brindados y permitirme formarme como maestra.

### **A LA MAESTRA ROSA AMARILIS ZÁRATE GRAJALES**

Por su invaluable dirección; su importante aportación y participación activa en el desarrollo de mi tesis; aderezada con enseñanzas, calidad humana, confianza y motivación, por supuesto un compromiso ejemplar, lo cual permitió una relación cercana y de respeto. Agradezco su perseverancia demostrada en todo momento, para potencializar la reflexión, que como docente visionaria fue incansable para concluir la presente investigación.

### **A MIS MAESTROS**

Por compartir sus saberes y experiencias; todos excepcionales. En especial a la Dra. Gandhi Ponce Gómez y Dra. Martha Lilia Bernal Becerril, por lograr en mí la claridad metodológica necesaria para avanzar en la tesis. A quienes voltearon su mirada hacia mi estudio para contribuir; Dr. Ignacio Osuna Ramírez, por su valioso apoyo estadístico y Maestra María Luisa Ochoa Chávez, por su orientación. Asimismo a: Dra. Patricia de Lourdes Retamoza, Dra. Rosa Armida Verdugo Quintero, Dra. Graciela Hernández y Dra. Servanda Zazueta Zazueta.

## **A MIS COMPAÑERAS Y COMPAÑEROS DE TRABAJO**

A todos los que me apoyaron en la medida de sus posibilidades, de tal forma que hicieron más livianas mis funciones, de manera especial a la Lic. Cecilia Ávila Leyva, del mismo modo a quienes colaboraron en la recolección de datos: Lic. Enf. María de Jesús Castro Fernández, Lic. Enf. María Isabel Jiménez García y Lic. Enf. Andrea Sugey Aispuro Aispuro.

## **DEDICATORIA**

### **A MI MADRE**

La Sra. Inés Yáñez Aragón<sup>†</sup>, por la confianza que depositó en mí, y acompañarme con amor eterno (está siempre en mi corazón) en todos mis retos, por darme fortaleza y enseñarme los valores de la responsabilidad, la disciplina y la superación.

### **A MI ESPOSO**

Abelardo Raúl Aguilar Martínez, amado compañero y el pilar más grande de mi vida, por su comprensión y apoyo durante mis extensas horas de trabajo, cediendo momentos que le correspondían.

### **A MIS HIJOS**

Por ser la dulzura de mi mente y mi corazón: Ildfonso Miguel; un apasionado del estudio que me ofreció ánimo y motivación para investigar.

Ana Imelda, por su ayuda incondicional, alegría y apoyo en mis momentos de desánimo.

Abelardo Raúl; por respetar mis espacios para el estudio, siempre callado, pero alerta para recordar el compromiso familiar de apoyar a mamá durante la maestría.

### **A MI HERMANO**

Pedro Yáñez, por su gran amor y apoyo que no tiene fronteras.

**ÍNDICE**

	Página
<b>RESUMEN</b>	
<b>I. Introducción</b>	1
1.1 Problema a investigar	3
1.2 Importancia del estudio	5
1.3 Propósito	6
1.4 Objetivos	7
1.4.1 General	7
1.4.2 Específicos	7
<b>II. Marco teórico</b>	8
2.1 Marco conceptual	8
2.1.1 Enlace de turno	8
2.1.2 Calidad del cuidado	12
2.1.3 Seguridad del paciente	13
2.1.4 Fundamentación teórica	19
2.1.5 Indicadores para evaluar la calidad de atención de enfermería	20
2.1.6 Responsabilidad profesional y ética de enfermería	22
2.2 Revisión de la literatura	25
<b>III Material y métodos</b>	34
3.1 Tipo de diseño	34
3.2 Población y muestra	35
3.2.1 Criterios de selección	36
3.2.1.1 Criterios de inclusión	36
3.2.1.2 Criterios de exclusión	37

3.2.1.3 Criterios de eliminación	37
3.3 Variables de estudio	38
3.4 Hipótesis	39
3.5 Instrumento de medición	40
3.5.1 Descripción del instrumento	43
3.5.2 Confiabilidad y validez	49
3.5.2.2 Estudio piloto	54
3.5.2.2.1 Resultados de estudio piloto	56
3.6 Procedimientos	59
3.6.1 Para la recolección de datos	59
3.6.2 Para el análisis de datos	60
3.6.3. Consideraciones éticas	61
<b>IV. Resultados</b>	62
4.1 Descripción	62
4.2 Análisis estadístico	62
4.2.1 Resultados de caracterización de la muestra	62
4.2.1.2 Variables intervinientes	65
4.2.2 Nivel de calidad del proceso de enlace de turno de enfermería	68
4.2.2.1 Nivel de cumplimiento del proceso de enlace de turno por actividades	69
4.2.2.2 Análisis bivariado de la calidad de enlace de turno por servicio, turno, nivel académico y puesto del personal de enfermería	71
4.2.2.3 Nivel de calidad del proceso de enlace de turno de enfermería por subdimensiones: seguridad del paciente, intervenciones de enfermería; procedimientos y exámenes al paciente	76
4.2.3 Resultados de reporte de eventos adversos	78
4.2.3.1 Análisis bivariado de reporte de eventos adversos	78
4.2.3.1.1 Nivel de calidad del proceso de enlace de turno de enfermería en los pacientes implicados en eventos adversos y nivel de calidad de enlace	

de turno global	78
4.2.3.2 Reporte de tipo de eventos adversos por servicio	79
4.2.3.3 Análisis univariado de reporte de eventos adversos	80
4.2.3.3.1 Resultados de los reportes de eventos adversos por servicio y turno	80
4.2.3.3.2 Reportes de eventos adversos según género y estado de conciencia de los pacientes	81
4.2.3.3.3 Reporte de eventos adversos de acuerdo al tipo, clasificación del daño, resultado para el paciente y modo de reporte	83
<b>V. Discusión y conclusiones</b>	86
5.1 Interpretación y discusión de resultados	86
5.1.1 Dimensión estructura	87
5.1.1.1 Variables intervinientes	87
5.1.2 Dimensión proceso	88
5.1.3 Dimensión resultados	91
5.2 Conclusiones	95
<b>Bibliografía</b>	99
<b>Anexos</b>	105
1. Operacionalización de las variables	106
2. Formato de oficio para solicitud de validación de instrumento de medición	113
3. Formato para solicitud de autorización de la aplicación de instrumento de medición	114
4. Formato de carta de consentimiento informado	115
5. Indicador: enlace de turno de enfermería	116
6. Instrumento: enlace de turno de enfermería	136

## RESUMEN

### CALIDAD DEL PROCESO DE ENLACE DE TURNO DE ENFERMERÍA Y SU RELACIÓN CON LA PRESENCIA DE EVENTOS ADVERSOS

**Introducción:** La seguridad del paciente es un elemento fundamental de la calidad en la atención a la salud, actualmente es una preocupación creciente en los hospitales, dado que los errores en el cuidado, pueden producir eventos adversos. Se ha identificado que los procesos de enlace de turno, contribuyen en la prevención de incidentes, la ausencia o pobreza de los mismos, puede tener consecuencias graves y dar lugar a errores u omisiones durante la atención sanitaria. **Objetivo:** Analizar la relación entre la calidad del proceso de enlace de turno de enfermería y la presencia de eventos adversos en pacientes hospitalizados, en una unidad médica de tercer nivel de atención del sector público en Culiacán, Sinaloa. **Material y métodos:** Se realizó un estudio de modalidad cuantitativa, observacional, prospectivo, correlacional y transversal. El tamaño de la muestra fue de 120 guías de observación aplicadas en los servicios de Medicina Interna y Cirugía General. La confiabilidad y validez del instrumento de medición utilizado, se realizó mediante la aplicación del coeficiente de Kappa de Cohen;  $k=0.92$ , Kuder Richardson;  $r=0.93$ , y técnica de jueceo de expertos con resultado aplicable. Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva e inferencial; para lo cual se utilizó el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences versión 21. **Resultados:** La entrega recepción de pacientes ( $n=3339$ ) se efectuó al lado de la cama del paciente en un 100%, con una variabilidad en la duración del enlace entre 20 y 45 minutos. El nivel de calidad en el proceso de enlace de turno, en cuanto a las 3 subdimensiones fue: en seguridad del paciente un no cumplimiento de 75.0% ( $n=2505$ ), en intervenciones de enfermería el no cumplimiento de 62.8% ( $n=1565$ ) y en procedimientos y exámenes programados a pacientes se obtuvo un nivel de cumplimiento alto de 63.7% ( $n= 1692$ ). Al evaluar el nivel de calidad global del enlace, se obtuvo un nivel de no cumplimiento de 62.8%. En pacientes implicados en eventos adversos, se tuvo un nivel de no cumplimiento de 83.2%. Durante el periodo de evaluación del proceso de enlace de turno, se reportaron un total de 83 incidentes, el 61.4% (51) correspondió a Medicina Interna y el resto 39.6% (32), para el servicio de Cirugía General. **Conclusión:** El proceso de enlace de turno de enfermería fue carente calidad, y se demostró relación en la calidad de enlace de turno y la presencia de eventos adversos. Con base en los resultados obtenidos, es necesario implementar estrategia de mejora continua en calidad y seguridad del paciente, así como en comunicación efectiva, propiciar la formación y actualización de enfermería en el proceso de enlace de turno y promover la aplicación de auditorías en el mismo.

Palabras clave: Proceso de enlace de turno, calidad, seguridad de paciente, eventos adversos.

## ABSTRACT

### QUALITY OF SHIFT LINK PROCESS IN NURSING AND IT RELATIONSHIP WITH THE PRESENCE OF ADVERSE EVENTS

**Introduction:** Patient safety is a key element of quality in health care; it is now a growing concern in hospitals, since errors in care, may produce adverse events. It has been identified that processes shift link, contribute to incident prevention, poverty or lack thereof, can have serious consequences and lead to errors or omissions in health care. **Objective:** To analyze the relationship between process quality link nursing shift and the presence of adverse events in hospitalized patients in a medical unit of tertiary care public sector in Culiacan, Sinaloa. **Material and methods:** A quantitative, observational, prospective, correlational and cross-modality was carried out. The sample size was 120 observation guides applied in Internal Medicine and General Surgery. The reliability and validity of the measurement instrument used, was performed by applying Cohen's Kappa coefficient;  $k = 0.92$ , Kuder Richardson;  $r = 0.93$ , a judging expert technique resulting applicable. The data was analyzed using descriptive and inferential statistics; for which the Statistical Package for the Social Sciences version 21 was used. **Results:** The delivery receipt of patients ( $n = 3339$ ) was performed next to the patient bed 100%, with a variability in the length of the link between 20 and 45 minutes. The level of quality in the binding process of the day, as to the three sub-dimensions was: patient safety non-compliance of 75.0% ( $n = 2505$ ) in nursing interventions noncompliance with 62.8% ( $n = 1565$ ) and programmed procedures and tests patients a high level of compliance with 63.7% ( $n = 1692$ ) was obtained. In assessing the overall quality level of the link, a level of noncompliance 62.8% was obtained. In patients involved in adverse events, a level of 83.2% non-compliance were reported. During the shift link evaluation process, a total of 83 incidents were reported, 61.4% (51) Internal Medicine corresponded to 39.6% and the rest (32) for the Department of General Surgery. **Conclusion:** The process of nursing shift link is not made with quality, and demonstrated relation in shift link quality and the presence of adverse events. Based on the results obtained, it is necessary to implement strategy of continuous improvement in quality and patient safety, as well as effective communication; promote training and updating of nursing shift binding process and promoting the implementation of audits of the same.

Keywords: Link shift process, quality, patient safety, adverse events.

## I. Introducción

Dentro de las perspectivas de la calidad de la atención, subyace la seguridad del paciente (SP), la cual es un reto constante entre los equipos de salud; de quienes asumen la responsabilidad ética de brindar atención con eficiencia y eficacia; en este sentido el enlace de turno es un proceso fundamental en enfermería, requiere de la colaboración entre equipos para lograr su objetivo: transmitir información relevante de las personas sujetas de cuidado, al finalizar cada turno, lo que sirve como base para continuar con las fases de la atención a lo largo de la próxima jornada de trabajo, lo realiza el equipo saliente y entrante de enfermería mediante la entrega recepción de pacientes, en cada turno, todos los días del año.

El proceso de enlace de turno, precisa de comunicación efectiva como parte medular para que sea exitoso; con ello, se asegura que las enfermeras identifiquen los problemas de los pacientes, a fin de hacer un análisis de la situación que permita planificar la atención adecuada, efectiva y a favor de la continuidad del cuidado y con la inclusión de aspectos de SP; tales como riesgos potenciales que desencadenan eventos adversos (EA).

Por tanto, el enlace puede utilizarse como barrera y coadyuvar en la prevención de incidentes producidos durante la atención. Existe evidencia empírica de que los trasposos se han convertido en actividad rutinaria y sin importancia, cuando ya en diferentes países se utilizan informes estandarizados o las herramientas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Joint Commission International(JCI), con estas herramientas, el enlace de turno se estandariza de tal manera que reduce la posibilidad de omitir información; asimismo permite individualizar los datos; un ejemplo de ello, es el acrónimo SBAR que significa situación, antecedentes, evaluación y recomendación.<sup>1</sup>

El problema con los actuales sistemas de enlaces de turno, ha sido estudiado en distintos países: la interrupción de la comunicación fue la causa principal de los eventos centinela (daños graves), denunciados ante la Joint Commission de los

Estados Unidos entre 1995 y 2006; donde se identificó una superioridad entre 3% a 16% de los pacientes que sufren EA,<sup>1</sup> resultantes de atenciones médicas no seguras en sus hospitalizaciones, lo que ha causado alarma en todo el mundo.

En la presente investigación, se utilizó la propuesta teórica de Avedis Donabedian, en las dimensiones de estructura, proceso y resultado; dado que el enlace de turno es un proceso administrativo, que coadyuva a la continuidad del cuidado y corresponde a la primera actividad sustantiva del personal de enfermería al iniciar el turno, esto a fin de planear la atención de los pacientes que se reciben, en un marco de seguridad.

Dentro de los contenidos del presente estudio, se encuentra el marco conceptual, con los siguientes apartados: enlace de turno, calidad del cuidado, SP, Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente (MISP), fundamentación teórica, indicadores para evaluar el cuidado, responsabilidad profesional y ética de enfermería, así como revisión de la literatura; del mismo modo, se presentan los motivos que justifican el trabajo, y los objetivos planeados, a fin de identificar la relación de la calidad del proceso de enlace de turno de enfermería y la presencia de EA en pacientes hospitalizados, en una unidad médica de tercer nivel de atención del sector público.

Asimismo, contempla material y métodos de la investigación; se trata de un estudio cuantitativo, observacional, correlacional y prospectivo; contiene la población en estudio, tamaño de la muestra, variables en estudio, hipótesis y el procedimiento para la recolección y análisis de los datos, así como validez y confiabilidad del instrumento de medición, elaborado por Yáñez y Zárate 2014.

En el apartado de resultados se efectuó una descripción de los mismos, de acuerdo a los objetivos planteados, así como el análisis estadístico de los datos para dar paso a la discusión e interpretación de resultados y las conclusiones pertinentes. Finalmente se relaciona la bibliografía utilizada, y en anexos se incluyen los instrumentos y formatos utilizados.

## 1.1 Problema a investigar

A partir de la importancia que actualmente tiene la SP, se ha identificado que la entrega eficaz de los pacientes es medular en la prevención de EA, favorece la coordinación entre los equipos de salud, así como la continuidad del cuidado; por lo tanto, los procesos de enlace de turno se han vuelto prioritarios en investigación sobre SP, de acuerdo las organizaciones internacionales que se ocupan de este tema.

La SP es una preocupación creciente en los hospitales, a causa de los errores en el cuidado de la salud, los cuales pueden producir EA, y son la fuente principal de lesión y muerte. Anualmente en EE.UU. ocurren tantos como 98,000 muertes, a consecuencia de los errores, y el costo asociado para éstos son de \$8 a \$29 mil millones de dólares por año. Las proporciones de EA son altas, de razón multifactorial y puede atribuirse al sistema sanitario, factores de los pacientes. Incluso la complejidad en las decisiones y juicios en la escena clínica.<sup>2</sup>

El primer estudio llevado a cabo a gran escala en América Latina, a fin de conocer la magnitud y las características del problema, como primer paso para poner soluciones y conseguir disminuir la carga de enfermedad debida a riesgos en los cuidados sanitarios, fue el estudio Iberoamericano (IBEAS), como resultado de la colaboración entre la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Ministerio de Sanidad y Política Social de España, y los Ministerios de Salud e instituciones de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú, donde la prevalencia global de EA fue de un 10.5%.<sup>3</sup> Éstos resultados son orientadores sobre la situación que guarda la seguridad de los pacientes en los hospitales de países latinoamericanos.

En México, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), a través del Sistema de Registro Automatizado de Incidentes en Salud (SIRAIS), refiere los primeros 781 incidentes de SP, que han sido notificados por 22 hospitales mexicanos mediante este sistema. Los EA más frecuentes, en concordancia con

datos internacionales son: Infección asociada a atención médica 280 (35.9%), proceso/procedimiento clínico 225 (28.8%), medicación/soluciones intravenosas 98 (12.5%), caídas 72 (9.2%) y otros incidentes 106 (13.6%).<sup>4</sup> Los resultados indican que se trata de un problema que involucra a los equipos multidisciplinarios. La mayoría de los incidentes son prevenibles y se relacionan con la actuación del personal de enfermería.

Todos los procesos que se desarrollan en los hospitales, resultan ser de gran importancia para la atención de los pacientes; sin embargo, en particular el enlace de turno de enfermería está dirigido a garantizar la continuidad de los cuidados; por ello se convierte en uno de los procesos de gestión del cuidado necesarios y relevantes en esta disciplina; se trata de la transferencia de la responsabilidad del cuidado del paciente, de un profesional de la salud a otro. Un elemento importante en los cambios de turno es la comunicación; tanto verbal, escrita y corporal.

La ausencia o pobreza de un enlace de turno, puede tener consecuencias muy graves y dar lugar a retrasos en la prestación de un servicio de diagnóstico o tratamiento, el extravío de resultados o la duplicidad de los mismos.<sup>5</sup> En este sentido, la evidencia disponible indica que la entrega ineficaz durante el cambio de turno, puede llevar a: tratamiento incorrecto, retrasos en el diagnóstico, tratamiento, EA, aumentos en la duración de la estancia, incrementos de gastos, pruebas innecesarias y quejas de los pacientes.<sup>6</sup>

Existen algunos obstáculos comunes relacionados con el rendimiento en la entrega: informes desordenados, ilegibles, de igual forma los factores ambientales influyen negativamente; sobre todo, tiempo insuficiente, la mala planificación del personal, períodos de mucho trabajo en el departamento, y las interrupciones.<sup>7</sup> Las debilidades derivadas de los obstáculos o barreras para un enlace de turno de calidad, ponen en riesgo la SP; dado que por falta de información relevante sobre el mismo, surgen las equivocaciones u omisiones.

## **1.2 Importancia del estudio**

La presente investigación surgió con base a la importancia que en la actualidad tiene la SP y el creciente desarrollo de estrategias tendientes a evitar riesgos y daños innecesarios en los pacientes hospitalizados; ésto sólo es posible a través del otorgamiento de cuidados seguros como producto de la organización del sistema y de la continuidad de la atención, por lo que es necesario, en las instituciones de salud realizar estudios que contribuyan a la toma de decisiones en función de la calidad y seguridad.

También, existe evidencia empírica que muestra que la continuidad de la atención es un factor clave para la SP y para ello la entrega o enlace de turno no se le da la importancia debida en las instituciones de salud, ni se han establecido protocolos o procesos estandarizados como actividad que contribuye a la gestión del cuidado y la SP en torno al enlace de turno de enfermería.

Por lo tanto, enfermería juega un papel clave en el proceso de continuidad de la atención, en particular durante el enlace de turno, por lo que se hace necesario, analizar las características del proceso de enlace de turno en enfermería, con el propósito de aportar evidencia para la práctica, identificar oportunidades de mejora, desarrollar propuestas y establecer mecanismos de información que mejoren la SP.

Con base en lo anterior se formula la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación entre la calidad del proceso de enlace de turno de enfermería y la presencia de EA en pacientes hospitalizados, en una unidad médica de tercer nivel de atención, en Culiacán, Sinaloa?

### **1.3 Propósito**

El propósito del presente estudio, es analizar la calidad del proceso de enlace de turno, buscar relación con la presencia de EA e identificar su contribución como una barrera en la SP y evitar los EA en los pacientes hospitalizados.

Del mismo modo, aportar información útil a los directivos de la institución, a fin de tomar decisiones que busquen mejorar la eficiencia y eficacia en la continuidad del cuidado e implementar acciones de mejora a mediano plazo, relacionadas con el proceso de enlace de turno de enfermería, para contribuir en la disminución de incidentes en los pacientes hospitalizados.

Además, disminuir quejas y demandas, debido a errores en la atención; por otro lado, aumentar la satisfacción de los pacientes y sus familias.

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 General**

Analizar la relación entre la calidad del proceso de enlace de turno de enfermería y la presencia de EA en pacientes hospitalizados en una unidad médica de tercer nivel de atención del sector público en Culiacán, Sinaloa.

### **1.4.2 Específicos**

1.4.2.1 Describir la calidad del proceso de enlace de turno de enfermería en los servicios de Medicina Interna y Cirugía General.

1.4.2.2 Describir la relación entre calidad del proceso de enlace de turno de enfermería, turnos, nivel académico y puesto del personal de enfermería.

1.4.2.3 Identificar la presencia de EA en los pacientes hospitalizados en Medicina Interna y Cirugía General.

1.4.2.4 Comparar las diferencias existentes en el enlace de turno en los servicios de medicina interna y Cirugía General.

1.4.2.5 Describir los factores relacionados con la calidad del proceso de enlace de turno y los EA.

## **II. Marco teórico**

### **2.1 Marco conceptual**

#### **2.1.1 Enlace de turno**

La National Patient Safety Agency, define el traspaso de pacientes o los enlaces de turno, como "La transferencia de la responsabilidad profesional y la rendición de cuentas de algunos o todos los aspectos de la atención de un paciente o grupo de pacientes, a otra persona o grupo profesional, con carácter temporal o permanente".<sup>8</sup>

Nogueira lo define como los informes verbales, que tienen como finalidad relatar lo ocurrido en la asistencia prestada, durante el turno anterior, para que los integrantes del turno siguiente conozcan los aspectos fundamentales de su condición actual y garanticen la continuidad de la atención.<sup>9</sup>

Mientras que la definición de Hays es: "La transferencia de información del personal saliente al personal entrante; se podría afirmar que el informe es una parte compleja e importante de la práctica profesional que atiende varios propósitos; incluyendo la comunicación, el suministro de información actualizada, la continuidad y la calidad del cuidado del paciente; así como la asignación de las responsabilidades y tareas de rutina".<sup>10</sup>

Para Sexton, el enlace de turno es un "proceso importante de intercambio de información para asegurar y mantener la continuidad y la calidad de la atención en pro de la SP, que cumple con las normas legales de la práctica profesional".<sup>11</sup>

A pesar de que es un proceso habitual en todo el mundo, el enlace de turno se conoce por varios nombres: traspaso, entrega, enlace de turno, informe de enfermería y firma de salida, son tal vez los más comunes.

Para el presente estudio se denomina: proceso de enlace de turno, a fin de entregar y recibir pacientes, para procurar la continuidad de la atención, lo cual representa el cuidado brindado por distintos proveedores de salud en forma coordinada, con un objetivo y un plan en común, a través de un periodo de tiempo. Tiene la particularidad de estar regido por la gestión del cuidado.

En relación a la continuidad del cuidado, existen tres componentes: la continuidad de la información, de la organización y de la relación.<sup>12</sup> La continuidad de la información, es el uso de la misma, acerca de la condición de salud, tratamientos pasados, y circunstancias personales (incluidos cuidados preferenciales), para otorgar el más apropiado cuidado para cada paciente/familia; y la base del proceso de enlace de turno es la información completa, veraz y oportuna.<sup>12</sup>

La continuidad de la organización representa una aproximación coherente al manejo de la condición de salud, a través de un plan consistente y flexible; el cual es aceptado por todos los proveedores de salud y por el paciente/ familia. En este sentido, la evolución y parte del plan debe ser comunicado al equipo de enfermería entrante; y con ello, otorgar cuidados oportunos y seguros.

Respecto a la continuidad de la relación, ésta se genera cuando se establece una relación terapéutica entre personas sujetas de cuidado y uno o más proveedores de salud y la posibilidad del paciente de identificar en todo momento a la persona “a cargo” de su cuidado.<sup>12</sup>

La duración de un proceso de enlace de turno de enfermería es variable, depende del número de pacientes, las interrupciones durante su desarrollo y la habilidad de quien recibe y entrega el turno.

El objetivo primario de una entrega de turno es proporcionar información precisa acerca del cuidado, el tratamiento y los servicios, condición actual y cualquier cambio reciente o los cambios previstos.

Por otra parte, la información comunicada durante la entrega de pacientes, debe ser precisa,<sup>7</sup> con el fin de contribuir a los objetivos de la SP; por tanto se requiere del uso de comunicación, la cual es uno de los elementos medulares en el ser humano, es un proceso dinámico, fluido y constante en la transmisión de un mensaje, dirigido a una o varias personas, cuya recepción produce una respuesta.<sup>13</sup>

Específicamente, existen 3 métodos de comunicación básicos, de acuerdo a los principios que la rigen: oral o verbal, escrita y corporal. El método de comunicación verbal implica el saber escuchar, el silencio, la empatía, que es el grado de comprensión por otras personas.

La comunicación escrita, complementa la información verbal y asegura un mayor grado de recepción del mensaje. La aplicación del lenguaje corporal es el uso de posturas, gestos y ademanes; deciden la interpretación adecuada del mensaje, revelan la congruencia y contenido del mismo, así como la intensión con que se emite.<sup>13</sup>

Mediante la comunicación efectiva, se asegura que las enfermeras identifiquen los problemas de los pacientes, para un análisis de la situación, que permita planificar la atención adecuada, efectiva, a favor de la continuidad del cuidado y con calidad.

Para efecto del proceso de enlace de turno de enfermería, la comunicación verbal y escrita son herramientas fundamentales, utilizadas en el intercambio de información inherente al estado de salud y cuidado del paciente, entre el equipo entrante y saliente. En realidad, la comunicación se utiliza durante el desarrollo de todas las actividades, utilizando los 3 métodos.

Desde el aspecto de enfermería, la comunicación escrita se usa para la elaboración del informe (novedades); el cual favorece la comunicación terapéutica, la organización para la atención en cuidados de calidad. Lo relevante del informe es: ¿qué tipo de información se proporciona? Los contenidos para la entrega, deben contemplar información suficiente, completa y clara, la ausencia o pobreza de un

traspaso clínico de pacientes, puede ocasionar consecuencias graves de gran impacto para el paciente, la familia, el personal y la institución.

Hoy por hoy, una de las preocupaciones de los equipos gerenciales en las unidades hospitalarias es la SP, por tal motivo se espera que los informes contengan información relativa a la prevención de EA, ya que el objetivo del informe del paciente en la cabecera, es mejorar la información compartida en beneficio de la SP y la experiencia del cuidado.<sup>14</sup>

Los enlaces de turno pueden efectuarse de manera verbal, escrita o combinada, según lo estipule cada Institución. Actualmente se utiliza la herramienta SBAR, recomendada por la OMS y la JCI, dirigida a todas las organizaciones sanitarias para que implementen un enfoque estandarizado de la comunicación entre el personal al momento del traspaso, en los cambios de turno y entre las distintas unidades de atención a pacientes; así pues, recomiendan la utilización de esta técnica, la cual es un acrónimo, que por sus siglas en inglés significa: Situation, Background, Assessment y Recommendation. Traducido al español, queda como SAER (Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación).<sup>1</sup>

El suministro de la información incluye: lo referente al estado del paciente, sus medicamentos, sus planes de tratamiento, sus directivas anticipadas y cualquier cambio relevante en su estado. La limitación del intercambio de información o lo que es necesario para prestar una atención segura.<sup>1</sup>

En este proceso es importante, la asignación del tiempo suficiente para comunicar la información relevante y para que el personal formule y responda preguntas sin interrupciones, siempre que sea posible (en el proceso de traspaso deberían incluirse pasos de repetición y relectura).<sup>1</sup>

### **2.1.2 Calidad del cuidado**

Ante el gran reto de brindar cuidados de calidad, el personal de enfermería fija los objetivos de la gestión del cuidado, en búsqueda de la mejora continua, a fin de desarrollar una práctica segura en los sistemas de atención a la salud; para ello, introduce cambios en la forma de organizarse, con base en los modelos de las organizaciones, utilizando el proceso administrativo con énfasis en la evaluación del cuidado, a fin de procurar la seguridad en la práctica.

Según la OMS, la calidad es el grado en el que los servicios de salud prestados a las personas y poblaciones, aumentan la probabilidad de lograr los resultados sanitarios deseados y son coherentes con los conocimientos profesionales del momento.<sup>15</sup>

De acuerdo con la Ley 911 de Colombia, la calidad del cuidado se define como la forma en que se orienta el cuidado de enfermería, para prestar una ayuda eficiente y efectiva a la persona, familia y comunidad, fundamentada en los valores y estándares técnico-científicos, sociales, humanos y éticos.<sup>16</sup>

Con éstos atributos, se espera que los profesionales planeen, ejecuten y evalúen el cuidado en pro de la SP. Derivado de lo anterior, en enfermería la calidad del cuidado se ve reflejada en los resultados del paciente y su satisfacción en cuanto a la recuperación de la salud.

En México, la Comisión Permanente de enfermería, define la calidad de los servicios de enfermería como la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal, de acuerdo con los estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuarios y de prestadores de atención, lo cual requiere de una planeación óptima, para que el cuidado sea efectivo y seguro.<sup>17</sup>

Por ello, actualmente la calidad del cuidado es fundamental; dado que al brindar atención a los pacientes se pueden presentar situaciones indeseables, debido a errores, incidentes, confusiones o como actualmente se les denomina: EA, derivados del inadecuado manejo y distribución de los recursos, los conocimientos, la preparación, las personas objeto de cuidado y las relaciones interpersonales; asimismo, escenarios complejos como producto de la internación de equipos multidisciplinarios, sistemas de trabajo y estructura. En este sentido, algunos factores que afectan la eficiencia y efectividad de los enlaces de turno son: las interrupciones, ambientes ruidosos, falta de conciencia de su importancia, fatiga, stress y la falta de un informe estandarizado.<sup>18</sup>

### **2.1.3 Seguridad del paciente**

La SP inicia como tema para las organizaciones de salud a mitad del siglo pasado. En las décadas de 1950 y 1960, se realizaron algunos estudios que reportaron la presencia de EA; sin embargo, no causó impacto. Posteriormente se efectuaron estudios en Australia, Reino Unido, Irlanda del Norte y Estados Unidos de América, de tal manera que el problema se hizo más evidente.

A partir de esta etapa, se inician diversos estudios para analizar la situación y aportar posibles soluciones. El estudio de Harvard concluyó que un 4% de los pacientes sufre algún tipo de daño en el hospital; el 70% de los EA provoca una incapacidad temporal, pero el 14% de los incidentes son mortales. También el informe del Instituto de Medicina, estimó que los «errores médicos» causan entre 44 000 y 98 000 defunciones cada año en los hospitales de los Estados Unidos de América, más que los accidentes automovilísticos, el cáncer de mama o el SIDA.<sup>19</sup>

Asimismo, en 1999, esta organización publicó el artículo “To err is human: building a safer health system”, el cual aporta más información y coloca el problema en el centro del debate público en todo el mundo, así como en los programas políticos y sociales de diversos países.<sup>19</sup>

Esta circunstancia fue verificada en países desarrollados o subdesarrollados, la mayoría de los datos, precisamente son provenientes de naciones desarrolladas. Se cree que en países pobres, éstos resultados son infinitamente peores y con menores perspectivas de solución. Por lo tanto, en los hospitales, se debe promover el reporte de los EA e implementar estrategias para evitarlos. La SP es definida por la OMS, como la reducción del riesgo de daño innecesario, asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable.<sup>15</sup>

En SP,<sup>15</sup> es preciso identificar el lenguaje en este rubro, algunas definiciones inherentes al tema son:

- Error: El hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto.
- Accidente: Evento en el que se produce un daño a un sistema definido que perturba el producto presente o futuro del sistema.
- Incidente relacionado con la SP: Evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente.
- Reacción adversa: Daño imprevisto derivado de un acto justificado, realizado durante la aplicación del procedimiento correcto en el contexto en que se produjo el evento.

- Evento adverso: Incidente inesperado que produce la muerte o una lesión física o psíquica grave, o existe riesgo de que se produzca. Las lesiones graves incluyen específicamente la pérdida de una extremidad o una función.
- Cuasi falla: Toda variación del proceso que no afectó un resultado, pero cuya recurrencia implica una probabilidad importante de resultados adversos graves. Dicha “ocasión” cae dentro del alcance de la definición de EA.
- Resultado para el paciente: son las repercusiones total o parcialmente atribuibles a un incidente. Sin daño para el paciente: el resultado no es sintomático o no se detectan síntomas y no hace falta tratamiento. Con daño para el paciente: cuando se ha producido un daño, el grado del daño es la gravedad, la duración y las repercusiones terapéuticas del daño derivado de un incidente.
- Factores contribuyentes: se define como una circunstancia, acción o influencia que se considera que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente o que ha aumentado el riesgo de que se produzca un incidente. Puede estar relacionado con el sistema de atención; recursos humanos: el personal que brinda la atención (Médico, Enfermería, Químico, otro) o con las condiciones del paciente.
- Evento prevenible: significa aceptado generalmente como evitable en las circunstancias particulares del caso, bajo la siguiente clasificación: sin duda evitable, posiblemente evitable y posiblemente inevitable.

Con respecto al tema de SP, en España, el Ministerio de Sanidad, desde 2005, desarrolla una política social que contiene los siguientes objetivos: 1) Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de SP entre los profesionales, en cualquier nivel de atención sanitaria incluyendo la difusión de los proyectos desarrollados;

entre ellos, el Estudio Nacional sobre los EA ligados a la hospitalización (ENEAS), mediante la formación de los profesionales y promoción de la investigación, 2) Diseñar y establecer sistemas para la comunicación de los incidentes relacionados con la SP, 3) Promover la implementación de prácticas seguras en los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud y 4) Facilitar la participación de pacientes y ciudadanos.<sup>20</sup> Por consiguiente, los países se han movilizado para situar la SP en un lugar preponderante.

En particular, la Joint Commission Accreditation of Health Care Organizations y la JCI, fueron designadas oficialmente por la OMS, para desempeñar conjuntamente la función de colaboración para la SP en 2007 y lanzaron 9 soluciones<sup>2</sup> centradas en los siguientes aspectos:

1. Medicamentos de aspecto o nombre parecidos.
2. Identificación de pacientes.
3. Comunicación durante el traspaso de pacientes.
4. Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto.
5. Control de las soluciones concentradas de electrolitos.
6. Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales.
7. Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos.
8. Usar una sola vez los dispositivos de inyección.
9. Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud.

Relativo a la solución número 3, la OMS recomienda a sus estados miembros las siguientes estrategias: asegurar que las organizaciones de atención sanitaria implementen un enfoque estandarizado en traspaso de pacientes y cambios de turno.

En 2009, el Consejo de Salubridad General (CSG) en México, impulsa las 6 MISP, cuyo propósito es promover acciones específicas para mejorar la seguridad.<sup>21</sup> Las

metas destacan problemas relevantes dentro de la atención a la salud y describen soluciones que abarcan a todo el sistema; por lo tanto, la implementación de las mismas, coadyuva a evitar EA en pacientes hospitalizados. Durante el enlace de turno se puede incluir reportes de riesgos relacionados con las MISP, a fin de sumarse a la prevención de incidentes.

Más tarde, México, como país miembro de la OMS, en 2010, se suma a las iniciativas para reducir al mínimo la presencia de EA, en este sentido, se realiza el Estudio IBEAS en cinco países latinoamericanos (México, Perú, Argentina, Costa Rica y Colombia), incluyó una muestra de 11,555 pacientes ingresados en 58 hospitales; señala que la frecuencia de los EA fue de 11.85% y la posibilidad de prevención fue del 60%.<sup>3</sup> Éstos resultados ponen de relieve la importancia de la prevención de EA en hospitales.

Por su parte, la Academia Mexicana de Cirugía en colaboración con el CSG, participan en el esfuerzo global a favor de la SP, proporcionando a la comunidad en salud, diferentes herramientas que promueven el mejor desempeño de las buenas prácticas, para reducir al máximo el riesgo en la atención médica, fortalecer la SP y la de los profesionales de la salud.<sup>22</sup>

Todas estas estrategias antes descritas, se despliegan en las organizaciones de salud, mediante diferentes acciones; en este sentido, los enlaces de turno, permiten planificar una atención adecuada, efectiva y a favor de la calidad y continuidad del cuidado.

Actualmente se incluyen aspectos de SP, tales como riesgos potenciales que desencadenan eventos centinelas; por lo tanto, el proceso de enlace de turno de enfermería, puede utilizarse como barrera y alertar a los equipos en pro de la prevención de incidentes producidos en hospitales.

Bajo este panorama, a partir del año 2008, posterior a la puesta en marcha de las 9 soluciones para la SP, específicamente la número 3: Comunicación durante el traspaso de pacientes, se ha incrementado el número de estudios relacionados con la entrega de pacientes en enlaces de turno; el aumento es considerable como producto de las iniciativas internacionales para evitar al máximo los EA, derivados de la atención.<sup>23</sup>

Con base en los antecedentes ya comentados, la SP se ha convertido en un problema preocupante de índole internacional, por lo que resulta trascendental identificar aquellos procesos que pueden ser fortalecidos y coadyuven a garantizarla.

En el Hospital donde se realizó el estudio, como parte del Sistema de Salud Mexicano, ha hecho lo propio, desde el año 2009, implantó el sistema de vigilancia de EA, con el objetivo de crear acciones para la prevención de EA y/o incidentes críticos, que opera mediante un procedimiento establecido, incluye la búsqueda intencionada y el reporte voluntario, utilizando una cédula específica para ello. También dio inicio la capacitación sobre SP, con énfasis en las MISP.

Por lo anterior, se destaca que el proceso de enlace de turno de enfermería es un escenario ideal para comunicar los riesgos de los pacientes hospitalizados; sin embargo, éste se realiza en función de las indicaciones médicas, sin profundizar en la prevención de EA.

#### **2.1.4 Fundamentación teórica**

Avedis Donabedian, considerado como padre de la calidad en salud, desarrolla e introduce una propuesta teórica, basada en conceptos del control de la calidad en la prestación de servicios de salud; propone un modelo muy utilizado para evaluar los resultados de la atención sanitaria.<sup>24</sup>

Dentro de los 3 métodos posibles se encuentra: estructura, proceso y resultado. En la estructura, se puede evaluar el trabajo de adecuación de las instalaciones y equipos, la idoneidad del personal sanitario, la organización administrativa, la esencia de los cuidados y comunicación con otros.<sup>24</sup> En el proceso se contemplan aspectos de la asistencia que demuestran que la atención a la salud sea una práctica adecuada, basada precisamente en las normas y acciones que lo definen.<sup>24</sup> En cuanto al resultado, se incluyen las mediciones concretas y precisas de la eficacia a la atención médica; en cuanto a índices de supervivencia, restauración de funciones y demás que permiten definir el cambio esperado en el estado de salud del paciente y su entorno.<sup>24</sup>

En este sentido, el enlace de turno se puede considerar parte de la estructura y el proceso de un servicio, puesto que se trata de la parte organizativa y necesaria para dar inicio a las actividades de cuidado, mediante la información relevante de los pacientes. En caso de una eficiente evaluación de la calidad en la atención a la salud, se utiliza la investigación, mediante criterios o estándares confiables y validados, así como un adecuado tratamiento estadístico.

Según Avedis Donabedian, es importante la selección uniforme de aspectos significativos de la atención, ¿cómo se cumplen las tareas en ciertas situaciones clínicas? distinguiendo entre la evaluación de la atención realmente provista y la

capacidad de proporcionarla, planteando ya entonces el problema de la variabilidad de la práctica profesional y su medida.<sup>25</sup>

Para el autor, las cuatro fuentes de información más importantes son: 1. Las historias clínicas, señalando las limitaciones propias de la información que contienen, y que se utilizan para evaluar la atención hospitalaria; 2. La observación directa por un colega cualificado; 3. El enfoque sociométrico: cuando los médicos buscan atención para ellos y sus familias, expresan con sentido crítico opiniones válidas sobre la capacidad de sus colegas de brindar atención de alta calidad y por último; 4. El método de autorreferencia: la evaluación que los propios profesionales realizan para juzgar la eficiencia de las organizaciones en las que trabajan.<sup>25</sup>

Para este estudio se utilizó la observación directa entre pares, al momento de efectuar el proceso de enlace de turno de enfermería.

### **2.1.5 Indicadores para evaluar la calidad de atención de enfermería**

Los indicadores, son una herramienta esencial, en la actualidad se utilizan para evaluar la práctica de enfermería, orientan sobre el cumplimiento en los procesos y procedimientos. Dichas herramientas, se definen como elementos que se utilizan para medir fenómenos específicos, y que de ser aplicados, muestran la tendencia y/o desviación de una actividad (sujeta a influencias internas o externas), de acuerdo con una unidad de medida convencional.<sup>26</sup> (Cuadro 1).

## Cuadro 1. Clasificación de indicadores

ENFOQUE	ORIGEN	CARÁCTER	CAPACIDAD DE MEDIDA	RESULTADOS
-Estructura	-Normativos	-Implícito	-Cualitativos	-Eficiencia
-Proceso	-Empíricos	-Explícito	-Cuantitativos	-Productividad
-Resultado				-Impacto
				-Eficacia

Fuente: Ortega VC, Leija HC, Puntunet BM. Manual de Evaluación de la Calidad del Servicio de Enfermería. México: Panamericana; 2014.<sup>26</sup>

Estas subdimensiones se interrelacionan de tal forma que permiten identificar las áreas de oportunidad.<sup>26</sup>

La evaluación de la calidad, es indispensable para hacer un juicio inherente al modelo de atención, basada en criterios y estándares, los datos para evaluar estructura, proceso o resultado, pueden obtenerse de diferentes formas; auditoría de los cuidados de enfermería; mediante la revisión documental y/o observación directa.

De acuerdo a expertos, las auditorías pueden ser: internas, cuando las ejecuta un grupo del interior de la institución; externas, realizadas por grupos o comisiones conformadas por fuera de la organización y mixtas cuando participa un equipo conformado por representantes de los dos grupos.<sup>26</sup> Siempre bajo una ponderación que permita evidenciar el nivel de cumplimiento del procedimiento o estándar evaluado por niveles.

A propósito, el Sistema de Salud Mexicano, a partir de la implementación de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, se crean indicadores para la evaluación de la práctica de enfermería en el país, desde 2004, mediante el sistema INDICA, como herramienta que permite registrar y monitorear la calidad de

atención brindada; inicialmente se introducen 3 indicadores: cumplimiento de los criterios básicos para la ministración de medicamentos por vía oral, vigilancia y control de venoclisis instalada y trato digno.<sup>17</sup> Posteriormente en 2006, se incorporaron otros indicadores: prevención de infecciones en vías urinarias en pacientes con sonda vesical instalada, prevención de úlceras por presión y prevención de caídas.<sup>17</sup>

Estas iniciativas, motivaron a las instituciones de salud para la creación de sus propios indicadores.

En cuanto a su uso y categorización para la evaluación, específicamente, Sánchez y Ortega sugieren la siguiente ponderación: excelente, el que cumple el 100% del procedimiento; aceptable, el que cumple entre 90 y 99% del procedimiento; y no aceptable, el que cumple menos del 90% del procedimiento establecido.<sup>26, 27</sup> Incluso es muy utilizada en auditorías para evaluar la calidad del cuidado otorgado; con base en lo anterior, el enlace de turno de enfermería es un proceso que puede ser evaluado mediante un indicador establecido, que permita identificar el nivel de cumplimiento, de acuerdo al protocolo autorizado en cada institución y con ello efectuar las mejoras pertinentes.

### **2.1.6 Responsabilidad profesional y ética en enfermería**

La profesión de enfermería en México, se rige bajo la Ley General de Salud, la cual contempla mejorar la calidad de los servicios;<sup>28</sup> en ese sentido, el personal responsable de la gestión del cuidado promueve la mejora continua, a través de la evaluación de los procesos de atención, que permita identificar oportunidades susceptibles de mejorar, como es el caso del enlace de turno, mismo que puede ser sujeto a mejoras; dado que es prioritario para coadyuvar a la continuidad del cuidado de los pacientes.

Por otro lado, el Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermería (CIE), manifiesta “la responsabilidad de la enfermera en cuatro aspectos fundamentales”: promover la salud, prevenir la enfermedad, restablecer la salud y aliviar el sufrimiento”.<sup>29</sup>

Con base en los derechos humanos, al dispensar los cuidados; la enfermera se cerciorará de que el empleo de la tecnología y los avances científicos sean compatibles con la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas; también le atañe la función principal de establecer y aplicar normas aceptables de práctica clínica, gestión, investigación y formación.<sup>29</sup> Con ello, se hace tangible el llamado a otorgar cuidados de calidad, en los diferentes ámbitos de desempeño del personal de enfermería.

Según el Código de Ética de Enfermeras y Enfermeros de México, los profesionales de enfermería tienen la responsabilidad con los pacientes, de otorgar cuidados con calidad y libre de riesgo: “proteger su integridad, ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud”.<sup>30</sup>

De igual forma, en el Capítulo II de los deberes de las enfermeras para con las personas, artículo sexto, señala que las enfermeras deberán comunicar los riesgos cuando existan y los límites que tiene el secreto profesional, ante circunstancias que impliquen mala intención o daño a terceros y en el artículo séptimo estipula el propiciar un entorno seguro que prevenga y proteja a los individuos.<sup>30</sup>

Lo anterior, pone de manifiesto la necesidad de contribuir en la SP, promoviendo la prevención de los EA, durante el desarrollo de procesos o procedimientos en enfermería, siempre bajo la postura ética de hacer el bien.

Por otro lado, las Condiciones Generales de Trabajo vigentes, aplicables en el hospital donde se desarrolló la investigación, puntualizan como deber del personal de salud: desempeñar sus funciones con calidad, así como mantener un alto nivel de productividad; este señalamiento debe ser cumplido por todos los trabajadores adscritos a la organización.<sup>31</sup>

En el caso de enfermería, gestionar la calidad del cuidado se ha vuelto algo cotidiano, a medida que crecen las exigencias de la institución, de los pacientes y aumentan los conocimientos sobre mejores prácticas.

Asimismo, el profesiograma para personal de salud, también del hospital donde se desarrolló el estudio, señala que es deber del personal de enfermería, administrar los servicios de adscripción y participar en el enlace de turno, situación que compromete a enfermería a cumplir a cabalidad esta función sustantiva.<sup>32</sup>

Teniendo en cuenta que, uno de los elementos indispensable para las áreas operativas en las unidades hospitalarias, son los documentos técnico-administrativos; en los cuales incluyen los manuales de procedimientos; mismos que son una concentración sistemática de elementos para alcanzar los objetivos, contienen la secuencia cronológica de las actividades y orientan al personal en el desempeño de su trabajo; también son utilizados como parámetros de control para medir y comparar los resultados.<sup>13</sup> Su utilidad principal es la de guiar al personal para una buena práctica, además son la base para la evaluación de cumplimiento de actividades.

El proceso de enlace de turno de enfermería se encuentra contenido en el manual de procedimientos técnico-administrativos del hospital, tomo uno (1), 2012 vigente: contempla las actividades de la enfermera que entrega el turno, así como de quien

lo recibe.<sup>33</sup> Por lo tanto, fue la base principal para la construcción del indicador para evaluar la calidad del enlace de turno de enfermería.

## **2.2 Revisión de la literatura**

La búsqueda de trabajos de investigación requeridos para el análisis y mayor conocimiento del tema en estudio del presente trabajo, se recurrió a bases de datos electrónicas, tales como: MEDLINE: Pubmed y Elsevier, CINAHL, EBSCO, SCIELO, REDALYC y OVID; asimismo, páginas electrónicas de organizaciones internacionales: OMS y OPS. En el caso del idioma inglés se exploró mediante la palabras "handover", "shift report" y "handoff". Para el idioma español: entrega recepción de turno, cambio de turno, enlace de turno, traspaso clínico, traspaso de pacientes, informe de enfermería y firma de salida.

La revisión de la literatura, muestra una tendencia en estudios cualitativos y en menor proporción cuantitativos; además de escasa investigación en mejores prácticas, evaluación de las mismas y la eficacia de los protocolos o guías estructuradas, que contribuyen al cuidado con calidad y calidez en la práctica diaria, a través de la investigación.<sup>34</sup>

Estudios relacionados con el proceso de enlace de turno.

Nogueira et al, en 1999, reportaron un estudio cualitativo sobre entrega de turno y el análisis de factores de comunicación, con el objetivo de identificar situaciones reveladoras del buen o mal funcionamiento de la entrega de turno; a partir del análisis de los incidentes negativos ligados al aspecto físico-funcional, en cuanto al insuficiente espacio de tiempo destinado a este proceso, esta situación fue

identificada por el 22% de los encuestados, lo cual determina comportamientos de referencia negativa; tales como, desinterés y desmotivación por la actividad, este aspecto también limita la calidad de enlace de turno, dado que se pierde la concentración sobre la información del paciente.<sup>9</sup>

Otra investigación realizada por Aiken et al, en 1999 en Pensilvania, sobre efectos de la atención hospitalaria con respecto al medio ambiente y mortalidad, cuyo propósito fue el de examinar empíricamente, si los entornos de enfermería están asociados con la mortalidad; demostró que las tasas de mortalidad quirúrgicas fueron de 60% mayor en los hospitales con escenarios más pobres, que en los hospitales con los mejores entornos de atención de la muestra. También observaron que el riesgo de morir de los pacientes, donde la enfermera atiende en promedio 8 pacientes, es de 1.26 veces mayor que en los hospitales con las cargas de trabajo medias de 4 pacientes por enfermera.<sup>35</sup> La situación que identifica la autora contribuye a crear escenarios poco propicios para la seguridad de la atención y la continuidad en el cuidado.

La investigación de Lamond, en Inglaterra, reportada en el año 2000, sobre el contenido de los informes para el cambio de turno en enfermería, en un estudio comparativo, con el objetivo de describir la naturaleza del informe y considerar cómo puede ayudar a las enfermeras en el procesamiento de información, en la planificación de la atención al paciente, refiere que la cantidad de tiempo que llevó realizar los informes de turno, varió considerablemente, dependiendo de la hora del día en el que el enlace se llevó a cabo, con un tiempo medio de 34 minutos (rango 15 ±55 minutos). Las relación entre la noche y turnos de día fueron diferentes; por la noche fue de 42 minutos (rango 23 ± 55) y de día fue de 38 minutos (rango 25 ± 45).<sup>36</sup>

Importantes hallazgos reportados por Kalisch et al, en Michigan, en 2009, en el estudio sobre la pérdida de cuidados de enfermería: errores de omisión, mediante una encuesta descriptiva, aplicada en 28 hospitales, con el objetivo de determinar actos de omisión y comisión en los cuidados, señalaron que en torno a la valoración del paciente, se puede perder en un 44%, mientras que las intervenciones y cuidados básicos declararon que se puede perder en un 73%, la planificación en un 71%, y el 38% de éstos resultados se relacionan con la comunicación. Lo anterior significa un peligro, dado que, por falta de información relevante, no se le otorga el cuidado necesario al paciente para su recuperación o también puede ser un factor condicionante en la aparición de EA.<sup>37</sup>

Así también, Welsh et al, publicaron una investigación en 2010, realizada en Indianápolis, sobre barreras y facilitadores para las transferencias en enfermería: recomendaciones para el rediseño. Se trató de un estudio piloto, cualitativo, descriptivo, realizado para caracterizar el procedimiento de traspaso de turno escrito y grabado. Dentro de las 6 barreras identificadas; llaman la atención los informes con muy poca información, según el 80% de los encuestados, esta barrera representa casos en los que las enfermeras entrantes no reciben la información necesaria para ofrecer una calidad de atención, haciendo que pasen un tiempo precioso, buscando información valiosa del paciente, debido a un informe incompleto. Por otro lado, otra barrera identificada son las interrupciones; al respecto, el 20% de los participantes manifestó que, al mismo tiempo de recibir el turno, atendían cuidados y contestaban llamadas telefónicas, lo que disminuye la eficiencia en el enlace de turno.<sup>38</sup>

Después, Matic et al, en Australia en 2010, realizaron un estudio, donde se utilizó el método revisión para llevar la SP a la vanguardia, a través de información estructurada durante el traspaso clínico, entre los años 1997 hasta 2008; identificaron 126 artículos respecto al tema, los cuales reflejan el reconocimiento de la comunicación en la SP; destaca la información clínica, el estado funcional,

cambios en el estado clínico y plan de cuidado, así como los problemas psicológicos y sociales de cada paciente, como parte fundamental en los enlaces de turno y con ello, lograr una atención óptima; sin embargo, también se evidencian carencias en cuanto a estructura, subjetividad en la información, tiempo excesivo invertido en el mismo, dentro de los métodos más utilizados se encuentran el verbal, escrito y combinado. Las investigaciones revisadas, en su mayoría se centran en el modo del proceso y no en la comunicación o dinámicas sociales. En el desarrollo de estrategias de comunicación para mejorar la SP, se identificaron puntos claves, tales como: medios de comunicación verbal, escrita, bidireccional (feedback), cara a cara, modelos mentales, listas de verificación, uso sólo de información relevante y de la tecnología informática.<sup>39</sup>

En 2010 Goldsmith et al, realizaron un estudio en un hospital de Boston: una investigación de índole cualitativa, el desarrollo de una herramienta de traspaso para enfermería, una aplicación basada en la Web para mejorar la SP. La clave de esta herramienta es evitar la redundancia, la sobrecarga de la información y su adaptación a la población específica de pacientes. Los resultados indicaron una gran limitación en los enlaces de turno, como es la falta de estandarización de los mismos, los errores más frecuentes fueron: las omisiones en la transmisión de información; lo cual significa un riesgo en la SP debido a falta de inclusión de datos necesarios, para su adecuada atención. También identificaron diferencias en la comunicación a través de diversos métodos; grabado, verbal, escrito y computarizado.<sup>40</sup>

Por otro lado, Abraham et al, realizaron una investigación, en un hospital en Costa del Golfo, EE.UU., en 2011; se trató de un estudio de intervención, longitudinal, prospectivo, pre-post intervención en dos grupos, cuyo objetivo fue diseñar y evaluar una herramienta para la entrega; la cual demostró ser un apoyo en las actividades de organización de la información y preparación para las entregas, lo que da como resultado, un menor número de errores en la información transmitida,

debido a la sistematización de los contenidos en un formato de lista de verificación y resumen.<sup>41</sup>

Nagpal et al, en el estudio realizado en dos hospitales europeos, en 2011, con el objetivo de desarrollar y evaluar viabilidad y validez de una herramienta de evaluación de entrega postoperatoria, encontraron que sólo el 60% de la información esencial y específica del paciente fue transmitida: alergias en un 55% y las comorbilidades en el 30% de los casos. Durante el proceso de traspaso, la información sobre las complicaciones anestésicas; como hipotensión, monitoreo intraoperatorio y el plan de atención, no se comunicaban.<sup>42</sup>

Machaczek et al, en 2011, realizaron un estudio para identificar las barreras de médicos y enfermeras, durante la entrega en hospitales de la República Checa. En los resultados se observó que, sólo el 12% de los médicos y el 47% de las enfermeras habían recibido capacitación formal en cuanto la forma de realizar el traspaso, el resto de los encuestados habían aprendido "en el trabajo". Respecto al personal de enfermería, dentro de las barreras más importantes, encontraron que los informes eran ilegibles y desordenados en un 68.6 %, en relación a pobres habilidades para la comunicación fue de 77.1%, la información clínica irrelevante durante la transferencia en un 54.2% y en la dificultad para reconocer que la información es esencial para la atención al paciente, se obtuvo un 61%.<sup>7</sup>

Llapa et al, en una investigación de tipo descriptivo-exploratorio, con enfoque cuantitativo, realizada en Brasil en 2013, titulada: programación del cambio de turno desde la óptica de los profesionales de enfermería; cuyo objetivo fue: analizar la influencia de los factores internos y externos durante el cambio de turno, principalmente la falta de planificación, protocolización y comprensión sobre la importancia del proceso de cambio de turno. El 16.96% del personal tenía prisa por salir, el 14% llegó tarde al enlace, en el 9.82% faltó la planificación y en el 6.85%

hubo falta de claridad en los registros. Los obstáculos que se presentaron durante el enlace de turno fueron: llamadas telefónicas en un 21.43%, interrupciones médicas o de otros profesionales en un 16.07% y unidades con excesivo número de pacientes 7.14%.<sup>43</sup> La falta de calidad en éstos proceso, es multifactorial; sin embargo, algunos aspectos pueden ser modificables.

### Estudios relacionados con EA

Arora et al, en el estudio cualitativo, realizado en un hospital universitario de Chicago EE.UU, en 2004, con el objetivo de describir cómo las fallas de comunicación durante el proceso de entrega, puede conducir a daño al paciente, obtienen como resultado que los errores de comunicación, llevaron a los peores EA, como producto de la omisión de información sobre problemas de salud activos, hasta por dos días, uso de medicamentos y otra situación encontrada fue la falta de claridad y legibilidad en los informes, lo que dio como resultado la confusión respecto a la continuidad de la atención de los mismos; a propósito, las mejoras potenciales son la capacitación y la estandarización para un proceso de enlace de turno de calidad.<sup>44</sup>

En el estudio realizado por Ruelas et al, de diseño retrospectivo, transversal y descriptivo, en el cual se incluyeron todas las inconformidades presentadas ante Conamed y concluidas durante 2004, los hallazgos muestran que, de los pacientes implicados en los casos con EA, 23 (60.5 %) fueron mujeres y 15 (39.5 %) hombres. En el turno matutino se presentaron el 40.7% de EA, en el turno 11.1%, en turnos nocturnos 25.9% y en las jornadas 2.6%. Los incidentes que se presentaron con mayor frecuencia dentro de la muestra fueron error diagnóstico 18 casos (47.4 %) y error de tratamiento 11(28.9 %).<sup>45</sup>

En éste rubro, Pezzolesil et al, realizaron un estudio en un hospital general del Reino Unido, en el periodo de 2006 a 2008, con el objetivo de determinar la prevalencia y las características de los incidentes de traspaso clínico, en una revisión retrospectiva de 36 meses consecutivos, sobre incidentes críticos, en la base de datos electrónica del hospital, identificaron 334 casos de traspaso. El número de incidentes reportados se incrementó durante los 3 años; la transferencia de la atención al paciente representó el 51% de los incidentes, de los cuales el 75% se produjo durante un cambio de turno. Los escenarios más comunes para incidentes fue en traspasos pobres o incompletos en un 45% y la severidad de los casos reportado fue baja en un 99%.<sup>46</sup>

Gaitán et al, realizaron un estudio de cohorte prospectivo, en el año 2006, sobre incidencia y evitabilidad de EA en pacientes hospitalizados en tres Instituciones Hospitalarias en Colombia. Los hallazgos demuestran que el sitio donde más frecuentemente se presentaron los EA fueron en salas de Cirugía con un 31%; en cuanto a tipo; las infecciones de la herida representaron el 12.5%, los relacionados con medicamentos fue de 9.2%, las complicaciones tardías con un 6.5%, las fallas diagnósticas, las fallas terapéuticas, las caídas tuvieron una frecuencia relativa del 3% cada una, sólo 1.5% se relacionaron con componentes sanguíneos y 0.6% con fallas técnicas.<sup>47</sup>

Mediante el Ministerio de Sanidad y Política Social en España, en el año de 2007, se realizó una investigación denominada: incidentes y EA en medicina intensiva, seguridad y riesgo en el enfermo crítico (SYREC), fue un estudio multicéntrico, observacional, prospectivo; dentro de las 11 clases de EA observadas, los resultados muestran los siguientes datos para cada clase: en medicación 350 (24.58%), transfusión 5 (0.35%), vía aérea y ventilación mecánica 144 (10.11%), accesos vasculares y sondas 148 (10.39%), aparatos 219 (15.38%), error diagnóstico 16 (1.12%), pruebas diagnósticas 102 (7.16%), cuidados 207 (14.54%), procedimientos 70 (4.92%), infección nosocomial 116 ( 8.15%) y cirugía 47 (3.30%).

Con éste estudio se demostró que en cuidados intensivos existe el riesgo de que un paciente sufra al menos 1 EA en un 62%,<sup>48</sup> de ahí la importancia de estudiar la incidencia de sucesos derivados de la atención a la salud, no sólo en estas unidades, si no en los diferentes servicios.

Otro estudio multicéntrico realizado por Tomás et al, en 21 hospitales Españoles, en 2009, con diseño descriptivo, longitudinal, prospectivo, con el objetivo de analizar la incidencia de EA y sus características en términos de causas, evitabilidad y consecuencias. Se incluyeron 3854 pacientes, de los cuales 3392 (88%) no tuvieron ningún EA, mientras que 462 (12%) sufrieron algún tipo de EA; se contabilizaron 165 (30.9%) episodios poco o nada evitables, frente a 350 (69.1%) que fueron evitables o muy evitables. Un total de 91 (18%) episodios, no llegaron a producir ningún efecto sobre el paciente. De los EA identificados, los relacionados con el manejo de los cuidados fueron los más frecuentes con 209 (25.3%), seguidos de los relacionados con el manejo de la medicación con 190 (23%), hubo 145 (18%) problemas relacionados con el diagnóstico (error y/o retraso), mientras que los de comunicación se identificaron en 137 (17%) casos.<sup>49</sup>

En suma, Parra et al, en Colombia realizaron un estudio para describir la incidencia de algunos EA, en el año 2010, relacionados con las acciones de enfermería, en una institución de salud de tercer nivel de atención; identificaron que la especialidad donde se presentaron mayormente los EA, fue en las quirúrgicas en un 75%, los más frecuentes durante el seguimiento fueron: las úlceras por presión en un 52.2% y la flebitis a razón de 43.5%.<sup>50</sup> La realidad mostrada en este estudio, sobre la situación de EA derivados del cuidado, refleja la necesidad imperante de realizar acciones dirigidas a mejorar la seguridad de los pacientes hospitalizados, incorporando medidas de seguridad y detección de riesgos en los procesos de atención.

Estas investigaciones, permiten identificar aspectos importantes del proceso de enlace de turno, en relación a la organización, desarrollo y SP; de tal forma que sustentan la discusión con los hallazgos de la presente investigación, a fin de delimitar la problemática y hacer propuestas de mejora que favorezcan la calidad en los enlaces de turno.

### **III. Material y métodos**

#### **3.1 Tipo de diseño**

Se realizó un estudio de modalidad cuantitativa y observacional; dado que se buscó analizar la calidad en el proceso de enlace turno de enfermería, sin ninguna intervención por parte de la investigadora, prospectivo; porque se observó la variable desde un momento actual específico, hacia un futuro próximo; durante el mes de febrero de 2015, con alcance correlacional; debido a que se identificó la relación entre la calidad del enlace de turno y la presencia de EA, y transversal;<sup>51</sup> ya que pretendió evaluar en un sólo momento y describir el fenómeno de la calidad del proceso de enlace de turno de enfermería y su relación con la presencia de EA en los pacientes hospitalizados, desde la dimensión proceso: entrega recepción de pacientes, con las subdimensiones: SP, intervenciones de enfermería, procedimiento y exámenes programados a pacientes.

Se incluyeron aspectos de tipo comparativo, para analizar las diferencias de muestras independientes al tomar población de diferentes servicios y turnos; además se establecieron comparaciones en cada población.

La población donde se llevó a cabo el estudio, es un hospital público, de tercer nivel de atención en Culiacán, Sinaloa. Se trató de los enlaces de turno que realiza el personal de enfermería en los servicios de Medicina Interna y Cirugía General, en los 6 turnos: matutino, vespertino, nocturno I, nocturno II, jornada acumulada diurna y jornada acumulada nocturna, lo que permitió hacer un análisis de las observaciones sobre la calidad de enlace de turno de enfermería.

### 3.2 Población y muestra

Población de estudio:

La población se constituyó por 152 enlaces de turno, realizados en un mes, en los servicios de Medicina Interna y Cirugía General.

Muestra:

La muestra se determinó a través del uso de la fórmula para variables cuantitativas y para poblaciones finitas.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * (1 - p)}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * (1 - p)}$$

N≡total de enlaces de turno de enfermería en un periodo de un mes (N=152).

Z $\alpha$ ≡Valor crítico o nivel de confianza o margen de error aceptado (5% que equivale a un 1.96).

d≡precisión, en este caso (d=0.05)

p≡probabilidad de lo esperado (0.75).

$$n = \frac{152 * 1.96^2 * 0.75 * (1 - 0.75)}{0.05^2 * (152 - 1) + 1.96^2 * 0.75 * (1 - 0.75)} = 120.5$$

Así la muestra fue de 120 enlaces de turno de enfermería, realizados en el mes de febrero del año 2015, en los servicios de Medicina Interna y Cirugía General, en los 6 turnos.

En cuanto a los turnos matutino y vespertino, se utilizó muestreo probabilístico aleatorio simple; para ello se identificaron los 20 días laborables, de dichos turnos del mes en el cual se evaluó el proceso de enlace de turno de enfermería, posteriormente, se elaboraron cuadros de papel con el registro de cada uno de los días, se depositaron en una caja, se mezclaron, luego se extrajeron 10 números que correspondieron a cada uno de los días que se observó el enlace por turno.

Dado que el resto de los turnos son alternos, se consideró aplicar el instrumento en el 100% de los días laborados del mes que se realizó el estudio, para esto también se tomaron en cuenta los días estancia promedio de los servicios; en Medicina Interna fue de 7.48 y en Cirugía General de 4.49; con ello, se considera la posibilidad de que los pacientes hospitalizados, fueron sujetos a entrega recepción en los turnos.

Por lo tanto, el muestreo, quedó de la siguiente manera: se observaron 10 enlaces de turno en el turno matutino y 10 en el vespertino, 12 en el nocturno I y 8 en el nocturno II, 10 en la jornada acumulada diurna y 10 jornada acumulada nocturna, en suma, un total de 120 enlaces de turno observados.

### **3.2.1 Criterios de selección**

#### **3.2.1.1 Criterios de inclusión:**

Enlaces de turno que realizó el personal de enfermería en los servicios de Medicina Interna y Cirugía General.

#### 3.2.1.2 Criterios de exclusión:

Enlaces de turno realizados por personal suplente.

#### 3.2.1.3 Criterios de eliminación:

Cuando las enfermeras no concluyeron la entrega recepción, por motivo de urgencia. Personal que no deseó participar en el estudio.

### 3.3. Figura 1. Variables de estudio

VARIABLES			
INTERVINIENTES		PRINCIPALES	
		CALIDAD DEL PROCESO DE ENLACE DE TURNO DE ENFERMERÍA	EVENTOS ADVERSOS
SOCIO DEMOGRÁFICAS	DIMENSIONES		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicio.</li> <li>• Edad.</li> <li>• Turno.</li> <li>• Género.</li> <li>• Antigüedad Laboral.</li> <li>• Nivel académico.</li> <li>• Puesto.</li> </ul>	<b>ESTRUCTURA:</b> Aspectos organizativos	<b>PROCESO:</b> Entrega recepción de pacientes	<b>RESULTADOS:</b> Reporte de eventos adversos
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lugar de enlace de turno.</li> <li>• Elaboración de informe para enlace de turno (novedades).</li> <li>• Índice enfermera paciente.</li> </ul>	<b>SUBDIMENSIONES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguridad del paciente.</li> <li>• Intervenciones de enfermería.</li> <li>• Procedimientos y exámenes programados.</li> </ul>	

### **3.4 Hipótesis**

A mayor calidad en el proceso de enlace de turno de enfermería menor frecuencia de eventos adversos.

Existe diferencia en la calidad del enlace de turno de enfermería entre los servicios, turnos, categoría y puesto del personal enfermería.

### **3.5 Instrumento de medición**

Previa elaboración de instrumento de medición, a partir de la creación de un indicador, para evaluar la calidad del proceso de enlace de turno de enfermería; se realizó definición y operacionalización de las variables; llegando a la integración de una guía de observación; la cual contiene tanto las actividades del personal que entrega, así como el que recibe el turno, con base en el procedimiento vigente autorizado por hospital donde se realizó el estudio.

Para su estructura se revisaron los protocolos existentes en diferentes instituciones, tales como: La Secretaria de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Se incluye la parte empírica de lo observado en la práctica diaria en el hospital donde se realizó la investigación. Asimismo, se retomaron elementos contenidos en informes para enlaces de turno y SP de investigaciones previas.

La guía está conformada por cuatro apartados: el primero contiene datos sociodemográficos sobre el personal de enfermería: en el segundo se ubican aspectos organizativos y cuenta con 4 ítems, en el tercero: entrega recepción de pacientes integrado por 21 ítems, y por último un espacio para observaciones; donde se registran hechos relevantes durante la guardia. (Anexo 6).

El nivel de calidad del proceso de enlace de turno de enfermería, se determinó mediante el cumplimiento de las actividades de la dimensión proceso: entrega recepción de pacientes; una vez tabulados y procesados los datos, se sumaron los puntajes obtenidos de los ítems evaluados como cumplidos y éstos son divididos entre el total de los mismos, de este modo se procedió a la clasificación del nivel de calidad del enlace de turno, con las siguientes categorías: nivel de cumplimiento alto (90-100%), medio (80-89%), bajo (66-79%) y no cumplimiento ( $\leq 65\%$ ). (Cuadro 2).

Cabe mencionar que sólo se tomaron en cuenta las actividades que aplicaban al paciente, de acuerdo a su situación de salud, de esta forma, se garantiza que el puntaje obtenido de cada paciente, representa realmente las actividades que se debieron informar en la entrega recepción.

Lo anterior se basó en los niveles establecidos y validados en la Guía Gerencia de los Servicios de Enfermería de Bogotá, Colombia y la Fundación Donabedian.<sup>27, 29</sup>

**Cuadro 2. Estandarización del nivel calidad de proceso de enlace de turno de enfermería**

INTERVALOS EN LA ESCALA	ESTANDAR DE CALIDAD	VALORACION	CRITERIOS DE DECISION
19, 20 a 21	90 a 100%	Nivel de cumplimiento alto: La más alta aproximación al cumplimiento completo del proceso de enlace de turno de enfermería.	Debe mantener el cumplimiento del proceso, con posibilidades de incrementar la información emitida, así como la recibida.
17 a 18	80 a 89%	Nivel de cumplimiento medio: Cumplimiento de la mayoría de las actividades en el proceso de enlace de turno de enfermería.	Se requiere hacer recomendaciones para aumentar el nivel de cumplimiento, hasta mejorar la información necesaria en el enlace de turno.
14, 15 y 16	66 a 79 %	Nivel de cumplimiento bajo: Un cumplimiento deficiente de las actividades del enlace de turno.	Se requiere acciones contundentes para mejorar el nivel de cumplimiento.
13 o menos	Igual a 65% o menos	Nivel de no cumplimiento: El cumplimiento de las actividades no son suficientes en el enlace de turno.	Se requiere hacer una mejora sistemática del 100% del proceso, dado que la información es deficiente.

### **3.5.1 Descripción del instrumento**

El instrumento de medición para evaluar la calidad del enlace de turno de enfermería, consta de cuatro apartados y se aplicó bajo las siguientes instrucciones:

La enfermera que aplicó el instrumento, se presentó 15 minutos antes de la hora estipulada en el hospital para la realización del proceso de enlace de turno.

Fue aplicado al momento de la entrega recepción de cada uno de los pacientes en cada servicio.

- Fue llenado con bolígrafo de tinta color azul.
- Los datos sociodemográficos se seleccionaron con un X o se añadió el dato, según el caso.
- Todos los ítems fueron contestados.
- Fecha de observación: se registró del día, mes y año en que se aplicó la guía de observación.

#### **Primer apartado: datos sociodemográficos**

- Servicio: nombre de área de especialidad médica y puede ser: Medicina Interna o Cirugía General.
- Edad: años cumplidos del personal de enfermería.
- Turno: horario en que labora el personal de enfermería y puede ser: matutino, vespertino, nocturno I, nocturno II, jornada acumulada diurna y jornada acumulada nocturna.
- Género: profesionales de enfermería mujer u hombre.

- Antigüedad laboral: servicio laboral reportado en años del profesional de enfermería.
- Nivel académico: formación académica del profesional de enfermería y puede ser: Técnico, Posttécnico y Licenciatura.
- Puesto: nombre del puesto o plaza ocupada que el personal de enfermería tiene asignado en el nombramiento del departamento de recursos humanos de la unidad hospitalaria y puede ser:

- 1.- Enfermera jefa de servicio.
- 2.- Enfermera especialista (con posttécnico).
- 3.- Enfermera general.

Los datos sociodemográficos del personal de enfermería que participó en el proceso enlace de turno se obtuvieron del gafete de identificación con fotografía.

## **Segundo apartado**

### **Estructura: aspectos organizativos**

1. Lugar de enlace de turno: escenario utilizado para desarrollar el proceso de enlace de turno, en cuanto a la entrega recepción de pacientes.
2. Elaboración informe para enlace de turno (novedades): Se registra Si: cuando la enfermera haya elaborado informe previo al enlace de turno, con la información correspondiente de cada paciente y lo utilice para la entrega recepción de los mismos. Se registra No: cuando la enfermera utilice otro documento o ninguno para la entrega recepción de pacientes.

3. Índice enfermera paciente: Es el indicador de horas enfermera-paciente calculado por las instituciones de salud.<sup>52</sup> Consiste en el número de pacientes asignado a cada enfermera durante su jornada de trabajo, para que brinde cuidado.

4. Tiempo de duración de enlace de turno: tiempo que transcurre desde que inicia el proceso de enlace de turno hasta el final del mismo.

- Inicio de enlace de turno: registro de la hora que da inicio el enlace de turno enfermería.
- Término de enlace de turno: registro de la hora que finaliza el enlace de turno.

### **Tercer apartado**

#### **Proceso: entrega recepción de pacientes**

Este apartado cuenta con 21 ítems que se observan por la enfermera verificadora, y se asigna la puntuación de la manera siguiente: 0 no cumple, 1 cumple y 2 no aplica, en cada uno de los ítems de las siguientes subdimensiones:

#### Seguridad del paciente:

Medidas adoptadas para reducir el riesgo de daño innecesario, asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable.

- Ítem 1: Identifica al paciente por su nombre: cuando se refiere a él, para transmitir la información inherente al mismo.
- Ítem 2: Informa el diagnóstico médico del paciente de acuerdo al expediente clínico.
- Ítem 3: informa sobre tipo de dieta o ayuno que el paciente tienen indicado.
- Ítem 4: Informa el tipo de solución parenteral instalada al paciente.  
(Fecha de instalación, vía, permeabilidad y cantidad de la misma).
- Ítem 5: Revisa dispositivos de identificación (brazalete en miembro superior y tarjeta en cabecera).
- Ítem 6: Revisa soluciones parenterales instaladas (tipo de catéter, vía, permeabilidad, identificación y cantidad correcta).
- Ítem 7: Revisa que los accesos vasculares del paciente estén libres de flebitis.
- Ítem 8: Revisa funcionamiento de aparatos electromédicos instalados al paciente (de diagnóstico y/o tratamiento: bombas de infusión, monitores, marcapasos ventiladores, aspiradores, etc.).
- Ítem 9: Informa nivel de riesgo de úlcera por presión.
- Ítem 10: Informa nivel de riesgo de caída del paciente.

- Intervenciones de enfermería:

Todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional, para favorecer el resultado esperado del paciente, incluyen cuidados directos e indirectos, dirigidos a la persona, la familia o la comunidad, como tratamientos puestos en marcha por enfermeras, médicos y otros proveedores del cuidado.<sup>53</sup>

- Ítem 11: Informa sobre manejo oxigenoterapia por cualquier medio.
- Ítem 12: Informa sobre manejo de eliminación urinaria (sonda vesical, incontinencia, disuria, anuria y poliuria).

- Ítem 13: Informa sobre manejo de eliminación gastrointestinal (náuseas, vómito, diarrea, estreñimiento y presencia de sondas).
- Ítem 14: Informa sobre cuidado de heridas y estomas (curación de herida, sangrado y datos de infección).
- Ítem 15: Informa sobre cuidado de drenajes (sondas, penrose, etc.).
- Ítem 16: Informa sobre valoración del dolor (cuidados y tratamiento aplicado en el turno).
- Ítem 17: Informa sobre control de glucosa (esquema de seguimiento de nivel de glucosa con horario).
- Ítem 18: Informa sobre control de líquidos, si este está indicado en el expediente.
- Ítem 19: Informa sobre control de signos vitales con horario, si se encuentra indicado en el expediente.
  
- Procedimiento y exámenes programados:

Son los procedimientos y exámenes diagnóstico terapéuticos que el paciente tiene indicados y se requiere de la intervención del equipo de enfermería para efectuarse en tiempo y forma.

- Ítem 20: Informa sobre procedimientos pendientes del paciente (tanto médicos como de enfermería). Pueden ser: nebulizaciones, lavado bronquial, irrigaciones, toma de presión venosa central, enemas evacuantes, diálisis peritoneal, hemodiálisis, aféresis, transfusión de hemoderivados, sujeción física, medidas de seguridad (aislamiento), punciones etc. Se cuantifican todos los procedimientos indicados y pendientes para efectuarse en el próximo turno; en caso de omisión de uno o más, se califica como no cumple (0).
- Ítem 21: Informa sobre estudios de Laboratorio y Rx e imagen pendientes del paciente (tipo, fecha y hora).

#### **Cuarto apartado: observaciones**

Registro de hechos relevantes durante la guardia (descripción de eventualidades del paciente ocurridas durante el turno saliente).

### 3.5.2.1 Confiabilidad y validez

Con respecto a la validación de contenido; la cual se refiere al grado en que éste refleja un dominio específico del contenido de lo que se quiere medir; se trata de determinar hasta dónde los ítems o reactivos de un instrumento, son representativos del universo de contenido, característica o rasgo que se quiere medir. El instrumento de medición se sometió a la técnica de jueceo de expertos; la cual consiste en que uno o más especialistas comentan y aprueban el instrumento propuesto; en este sentido, se contó con un panel de 5 expertos, conformado por profesionales de enfermería con experiencia en gestión, docencia, investigación y asistencia de dos Instituciones de salud del Sector Público.

Posterior a la selección de jueces, se les solicitó su colaboración por escrito y se les proporcionó información básica sobre el proyecto de investigación, los objetivos, copia del instrumento de medición y la matriz de validación; para lo cual se utilizó el formato de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, modificado (2007).<sup>54</sup>

Para la modificación o eliminación de ítems, se consideraron los siguientes criterios: aquellos ítems que contaron con el 100% de coincidencia favorable entre los jueces (congruentes, claros en su redacción y no tendenciosos), quedaron incluidos en el instrumento, aquellos que tuvieron el 100% de coincidencia desfavorable entre los jueces quedan excluidos y los ítems que con una coincidencia parcial entre los jueces se revisaron, reformularon o fueron sustituidos.<sup>54</sup>

En relación a las opiniones de los expertos, se generaron las siguientes observaciones:

- a) Sugirieron eliminar el ítem 6: informa sobre tipo de medidas de precaución que requiere el paciente y coincide con la tarjeta de identificación colocada en la cabecera de la cama. Puesto que es una actividad muy específica y un ítem muy extenso; por tal motivo fue eliminado.
  
- b) Mejorar la redacción del ítem 7: revisa soluciones parenterales; tipo de catéter, vía, permeabilidad, identificación y cantidad correcta; el cual quedó de la siguiente manera: revisa tipo de solución parenteral instalada al paciente.
  
- c) Modificar el ítem 13: informa sobre manejo de eliminación. Dado que este ítem era muy general, sugirieron hacer dos ítems; los cuales quedaron estructurados de la siguiente forma: Informa sobre manejo de eliminación urinaria e informa sobre manejo de eliminación gastrointestinal.

De acuerdo con aspectos generales, se atendió la siguiente sugerencia: mejorar la redacción del instructivo y eliminar abreviaturas. (Cuadro 3).

**Cuadro 3. Panel de expertos para la validación de contenido del instrumento**

NOMBRE	CARGO	INSTITUCIÓN	OBSERVACIONES	VALIDEZ
SOA	Jefe del departamento de investigación en enfermería.	Instituto Nacional de Cardiología. México D. F.	Eliminar ítem 6: Informa sobre tipo de medidas de precaución que requiere el paciente y coincide con la tarjeta de identificación colocada en la cabecera de la cama. Mejorar redacción de ítem 7.  Modificar ítem 13.	Aplicable
MCO	Jefe del departamento de calidad del cuidado.	Instituto Nacional de Cardiología. México D.F.	Eliminar ítem 6. Modificar ítem 13.	Aplicable
MYV	Supervisora de Enfermería	Instituto Nacional de Cardiología. México D. F.	Eliminar abreviaturas. Mejorar el instructivo de aplicación del instrumento. Eliminar ítem 6. Modificar ítem 13.	Aplicable
RJC	Subjefe de Enseñanza e investigación en Enfermería.	Hospital Regional de Zona #1 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Culiacán, Sinaloa.	Mejorar el instructivo de aplicación del instrumento. Mejorar redacción de ítem 6. Mejorar redacción de ítem 7. Modificar ítem 13.	Aplicable
MRV	Enfermera Subjefe.	Hospital Regional de Zona #1 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Culiacán, Sinaloa.	Incluir al instrumento que se trata de un guía de observación. Eliminar ítem 6. Mejorar redacción de ítem 7. Modificar ítem 13.	Aplicable

En el instrumento original se efectuaron algunas modificaciones, el número de ítems no se alteró, dado que hubo eliminación, pero también sustitución, de acuerdo sugerencias de los jueces; por lo tanto quedó con 21 ítems, en la dimensión proceso: entrega recepción de pacientes y con dictamen de validez aplicable. (Cuadro 4).

**Cuadro 4. Aprobación de ítems por jueces según criterio de validación, a partir del instrumento original. (Total de jueces participantes: 5)**

Ítems	Criterios					
	Claridad en la redacción	Coherencia interna	Inducción a la respuesta (Sesgo)	Lenguaje adecuado	Mide lo que pretende	Observación en ítems
	Total de jueces por ítem y criterio					
Identifica al paciente por su nombre.	5	5	0	5	5	No modificado
Informa el Dx. médico del paciente.	5	5	0	5	5	No modificado
Informa sobre tipo de dieta o ayuno del paciente.	5	5	0	5	5	No modificado
Informa el tipo de solución instalada al paciente.	5	5	0	5	5	No modificado
Revisa dispositivos de identificación.	5	5	0	5	5	No modificado
Informa sobre tipo de medidas de precaución que requiere el paciente y coincide con la tarjeta de identificación colocada en la cabecera de la cama.	0	0	0	0	0	<b>Eliminado</b>
Revisa soluciones parenterales; tipo de catéter, vía, permeabilidad, identificación y cantidad correcta.	1	5	0	4	5	<b>Modificado</b>
Revisa que los accesos vasculares del paciente estén libres de flebitis.	5	5	0	5	5	No modificado
Revisa funcionamiento de aparatos electromédicos instalados al paciente.	5	5	0	5	5	No modificado
Informa nivel de riesgo de úlcera por presión.	5	5	0	5	5	No modificado
Informa nivel de riesgo de caída del paciente.	5	5	0	5	5	No modificado
Informa sobre manejo oxigenoterapia.	5	5	0	5	5	No modificado
Informa sobre manejo de eliminación.	0	0	0	5	0	<b>Modificado</b>
Informa sobre cuidado de heridas y estomas.	5	5	0	5	5	No modificado
Informa sobre cuidado de drenajes.	5	5	0	5	5	No modificado
Informa sobre valoración del dolor.	5	5	0	5	5	No modificado
Informa sobre control de glucosa.	5	5	0	5	5	No modificado
Informa sobre control de líquidos.	5	5	0	5	5	No modificado
Informa sobre control de signos vitales con horario.	5	5	0	5	5	No modificado
Informa sobre procedimientos de enfermería pendientes del paciente.	5	0	0	5	0	<b>Modificado</b>
Informa sobre estudios de Laboratorio y de Radiología e imagen pendientes del paciente.	5	5	0	5	5	No modificado

### **3.5.2.2 Estudio piloto**

Previa autorización del Director, Jefa de Enfermeras y comité de investigación, así como consentimiento informado por parte del personal que participó en el enlace de turno de enfermería, y una vez actualizado el instrumento, se efectuó estudio piloto, en un hospital del sector público en Culiacán, Sinaloa, durante el mes de diciembre de 2014.

Se aplicaron un total de 42 instrumentos de medición; 22 en Medicina Interna y 20 en Cirugía General, donde se efectuó la entrega recepción de 493 pacientes.

En el procedimiento para realizar la confiabilidad, se contó con la colaboración de tres enfermeras con experiencia en el proceso de enlace de turno en los servicios de hospitalización, y la responsable de la investigación; previa homogenización del procedimiento, mediante taller grupal y ejercicio durante el proceso de enlace de turno, el cual fue observado por la investigadora. (Cuadro 5).

**Cuadro 5. Personal de enfermería colaborador**

<b>NOMBRE</b>	<b>NIVEL ACADÉMICO</b>	<b>INSTITUCIÓN / CARGO</b>	<b>SERVICIO</b>
María de Jesús Castro Fernández	Licenciada en Enfermería.	Hospital Regional, ISSSTE en Culiacán, Sinaloa. Enfermera subjefe de hospital.	Calidad y seguridad del paciente.
María Isabel Jiménez García.	Licenciada en enfermería.	Hospital Regional, ISSSTE en Culiacán, Sinaloa. Enfermera encargada de servicio.	Diálisis peritoneal.
Andrea Sugey Aispuro Aispuro.	Licenciada en enfermería.	Hospital Regional, ISSSTE, en Culiacán, Sinaloa. Enfermera General.	Hospitalización.

Para determinar la confiabilidad de las puntuaciones asignadas por las tres participantes, se utilizó el Coeficiente de Kappa de Cohen; el cual refleja la concordancia inter-observador, mediante el contraste de los resultados del instrumento de medición aplicado por los observadores, y se obtuvo un resultado de al menos de:  $k = 0.92$ , en lo relativo a la variable calidad del enlace de turno de enfermería integrada por 21 ítems.

Con respecto a la confiabilidad interna realizada mediante coeficiente Kuder Richarson, para determinar el grado en que la aplicación requerida del instrumento de medición al mismo fenómeno, genera resultados similares; ésta prueba arrojó el siguiente resultado:  $r = 0.93$ .

### **3.5.2.2.1 Resultados de estudio piloto**

A continuación se presentan los resultados obtenidos en el estudio piloto. Con relación a las variables sociodemográficas relativas al personal de enfermería (n= 84) que participó en la entrega recepción de pacientes; en cuanto al género, el 71.4% (n=60) fueron mujeres y el 28.6% (n= 24) hombres.

Respecto al nivel académico; el 47.8% (n= 41) eran de nivel técnico y el 51.2% (n= 43) de nivel profesional.

Referente al puesto del personal de enfermería; el 72.6% (n= 61) eran enfermeras generales, el 11.9% (n=10) enfermeras especialistas (con postécnico) y el 15.5% (n= 13) se desempeñaban como enfermeras jefas de servicio.

Con respecto a los aspectos organizativos; el personal no realizó informe para el enlace de turno. Se observó que la duración media del enlace de turno fue de 15 minutos: con un mínimo de 10 y máximo 20 minutos.

En cuanto al lugar donde se efectuó la entrega recepción de pacientes, el 100% se realizó al lado de la cama del mismo.

En relación al índice enfermera paciente el 2% (n= 1) fue de 1 enfermera por cada 4 pacientes, el 67 % (n= 28) de las enfermeras se le asignaron 5 pacientes durante la jornada y el 31% (n= 13) tuvo bajo su responsabilidad a 6 pacientes durante el turno. En ambos servicios, el índice aplicado fue de acuerdo al estándar estipulado por la institución (1 a 6); inclusive los resultados muestran tendencia inferior.

## Calidad en el proceso de enlace de turno de enfermería

El nivel de calidad global en el enlace de turno de enfermería (n=493), en los cuatro niveles de cumplimiento fue: alto de 4.5% (n= 22), medio en el 2% (n= 10), bajo de 14.5% (n= 69) y nivel de no cumplimiento en un 79% (n= 392).

En relación al nivel calidad del proceso de enlace de turno, en los servicios (n=493); para Medicina Interna (n= 250); no se observó nivel alto (0%), medio en el 1.2% (n= 3), bajo de 8.8% (n= 22) y el no cumplimiento fue de un 90% (n= 225).

Los resultados, en cuanto al servicio de Cirugía General (n= 243), reflejan que; el nivel de cumplimiento alto fue de 9.1% (n= 22), medio de 2.9% (n= 7), bajo de 19.4% (n= 47) y el no cumplimiento de un 69% (n= 167).

Estos resultados muestran evidencia estadísticamente significativa, de diferencia entre los servicios;  $\chi^2 = 50.218$ ,  $p < 0.005$ . Observándose menor calidad en el servicio de Medicina Interna; reflejada en un nivel de no cumplimiento superior al de Cirugía General.

De los cuatro niveles de cumplimiento que representa la calidad; con respecto a nivel de calidad del proceso de enlace de turno entre los turnos; se observó un nivel de cumplimiento alto únicamente el turno matutino, presentó un 20.4% (n=22), los demás turnos obtuvieron un 0%.

En cuanto al nivel de cumplimiento medio por cada turno se obtuvo que: para el turno matutino fue de 7.4 % (n= 8), para el resto de los turnos correspondió un 0% (n= 0).

En el nivel de cumplimiento bajo por turno fue: para el turno matutino en un 21.3% (n= 23), en el vespertino se observó un 16.9% (n= 25), en cuanto al nocturno I tuvo un 5.8% (n= 4), para el nocturno II fue de 4.4% (n= 2), la jornada acumulada diurna de 1.5% (n= 1) y en la jornada acumulada nocturna se un tuvo un 27.3% (n= 12).

El nivel de no cumplimiento fue: para el turno matutino de 50.9% (n= 55), en el vespertino se observó un 83.1% (n= 133), en cuanto al nocturno I tuvo un 94.2% (n= 65), para el nocturno II fue de 95.6% (n= 43), la jornada acumulada diurna de 98% (n= 66) y en la jornada acumulada nocturna de un tuvo un 68.2% (n= 30).

En éstos datos existe evidencia estadística suficiente, que demuestra la diferencia de nivel de calidad ente los turnos;  $\chi^2 = 139.776$ ,  $p < 0.005$ .

## **3.6 Procedimientos**

### **3.6.1 Para la recolección de datos**

Se utilizó un instrumento de medición para evaluar la calidad del proceso de enlace de turno de enfermería, elaborado por Yáñez y Zárate, del cual, se aplicaron 60 en Medicina Interna y 60 en Cirugía General, sumando un total de 120 instrumentos de medición.

Previa homogenización del procedimiento y con la autorización del Director y Jefa de enfermeras del hospital, las observadoras se presentaron 15 minutos antes de la hora programada para el proceso de enlace de turno, en los servicios de Medicina Interna y Cirugía General, mismos que cuentan con 27 y 36 camas censables respectivamente. Se efectuó ronda con la enfermera que entrega y la que recibe el turno para registro de las observaciones según cada ítem, colocando la siguiente ponderación: 0 no cumple, 1 cumple y 2 no aplica.

En un segundo momento, inmediatamente posterior al término del enlace de turno, se realizó revisión del expediente clínico de cada paciente, en búsqueda de omisión de información relacionada con SP, intervenciones de enfermería y procedimientos y programados; con ello se efectuó el completo llenado del instrumento con base a la ponderación antes mencionada.

De manera paralela, diariamente y durante el mes del estudio, se identificaron los EA en los pacientes hospitalizados, tomando en cuenta el sistema de reporte del hospital, en el formato específico, empleado por el establecimiento.

### **3.6.2 Para el análisis de datos**

Se construyó una base de datos en Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21, para luego aplicar pruebas estadísticas descriptivas, inferenciales, así como cálculo de frecuencias y porcentajes.

La relación entre variables cualitativas se analizó mediante el uso del estadístico Chi cuadrado de *Pearson*. El porcentaje medio de la calidad de enlace comparada entre 3 o más categorías se llevó a cabo a través del análisis de varianza (ANOVA) donde un valor menor a 0.05 fue considerado estadísticamente significativo.

### **3.6.3. Consideraciones éticas**

La presente investigación, se realizó considerando los lineamientos éticos de Helsinki; en primer término, se tomaron en cuenta toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participó en la investigación y la confidencialidad de su información personal.<sup>55</sup>

Con base en la Ley General de Salud en lo referente a la investigación en salud, éste estudio es considerado sin riesgo respecto a las técnicas y método utilizados para su realización.<sup>28</sup>

El manejo de datos, se realizó con apego a los principios contemplados en el código de ética de enfermeras y enfermeros en México, el cual señala el principio de privacidad: no permitir que se conozca la información confidencial, que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona, este principio se considera una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo. Otro principio de capital importancia es la veracidad; la cual se define como el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona<sup>30</sup> se considera fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud.

Cabe señalar que el personal que participó en el estudio, recibió información necesaria acerca de los objetivos, métodos utilizados y los beneficios del estudio, mediante una carta de consentimiento informado, procurando siempre una participación libre y voluntaria.

## **IV. Resultados**

### **4.1 Descripción**

A continuación se presentan los resultados del nivel de calidad del proceso de enlace de turno de enfermería, evaluado mediante el instrumento definido para tal, integrado por 21 ítems. Se aplicaron un total de 120 instrumentos durante el mes de febrero de 2015, en los servicios de Medicina Interna y Cirugía General en los 6 turnos.

La clasificación del nivel de calidad del enlace de turno, se determinó de acuerdo a las categorías: nivel de cumplimiento alto (90-100%), medio (80-89%), bajo (66-79%) y no cumplimiento ( $\leq 65\%$ ), con base en los niveles establecidos en la Guía Gerencia de los Servicios de Enfermería de Bogotá, Colombia y la Fundación Donabedian,<sup>27, 29</sup> adaptados al proceso de enlace de turno de enfermería.

### **4.2. Análisis estadístico**

#### **4.2.1 Resultados de caracterización de la muestra**

Con relación a las variables sociodemográficas, se obtuvieron los siguientes resultados; el personal de enfermería que participó en el proceso de enlace de turno (entrega recepción) fueron un total de 240; del cual 120 entregó pacientes y 120 hizo la recepción.

Con respecto al género del personal de enfermería, el 97.1% (n=233) fueron mujeres y el 2.9% (n=7) hombres. (Cuadro 6).

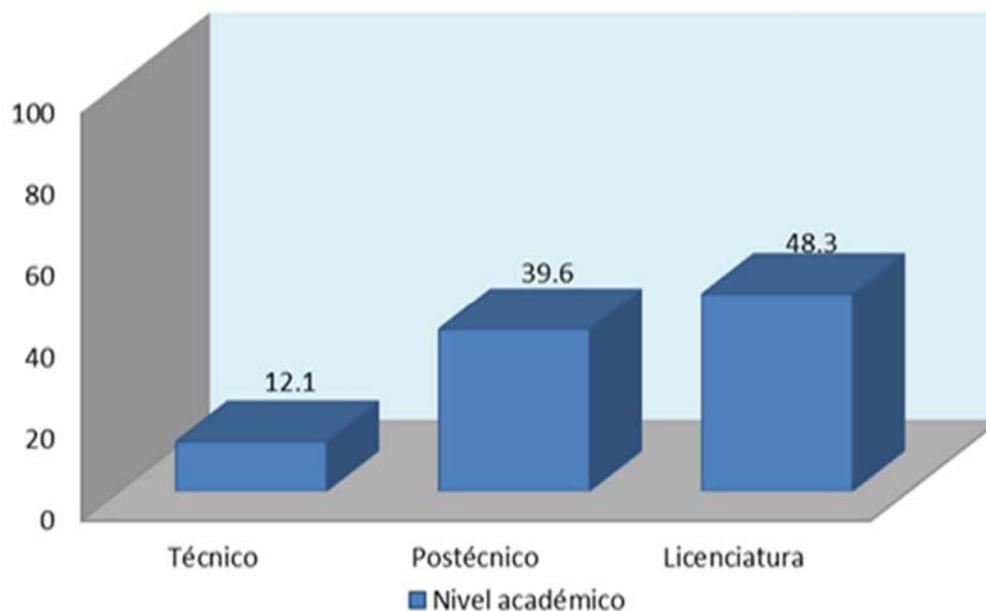
La edad promedio fue de 50 (DE=6.45) años, mínimo 27 y máximo 63. La media de antigüedad fue de 25.65 (DE3.977), con mínimo de 3 y máximo de 43. (Cuadro 6).

**Cuadro 6. Variables sociodemográficas**

Variables (n=240)	Frec.	%
<b>Género</b>		
Mujeres	233	97.1
Hombres	7	2.9
Edad	50 (DE 6.45)	
Antigüedad	25.65 (DE 3.977)	

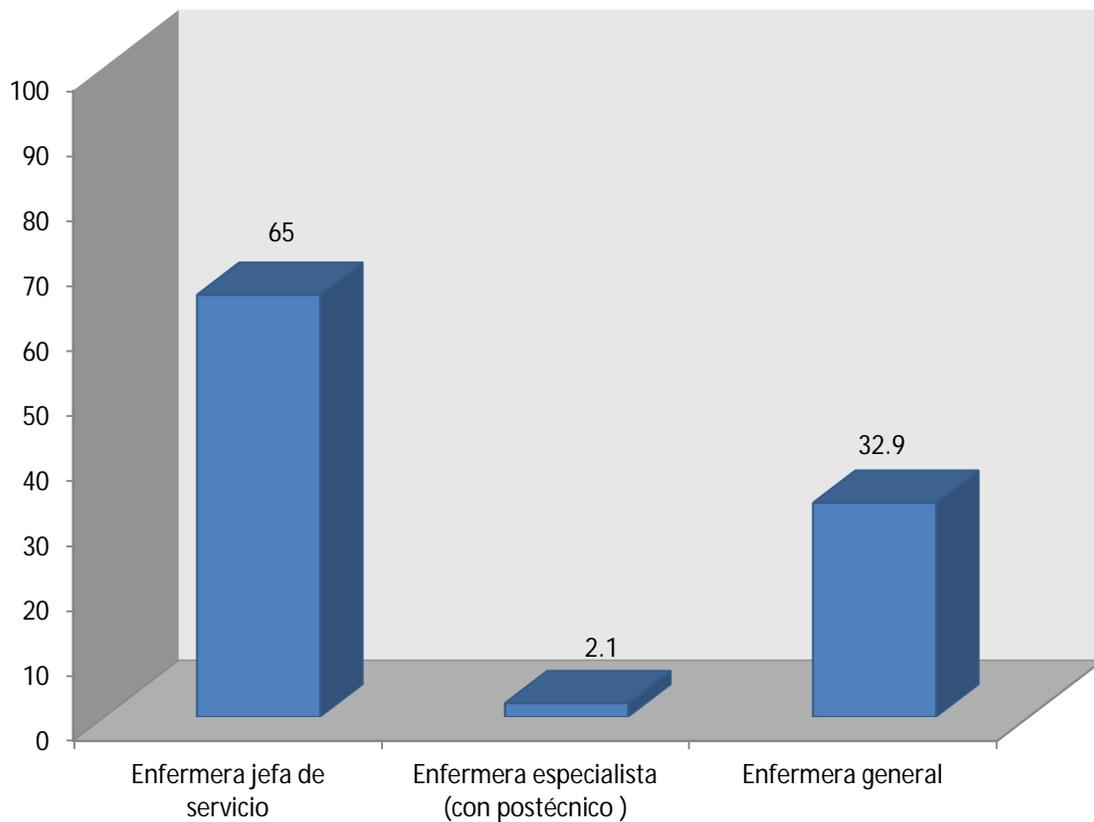
DE= Deviación estándar.

**Figura 2. Nivel académico del personal de enfermería**



En cuanto al puesto del personal de enfermería que participó en el proceso de enlace de turno, el grupo de enfermeras jefas de servicio representó el 65% (n=156), las enfermeras especialistas (con postécnico) únicamente el 2.1% (n=5). Cabe aclarar que existe personal de enfermería con este nivel académico; sin embargo cuenta con puesto de enfermera general, y por último con puesto de enfermera general correspondió al 32.9% (n= 79). (Figura 3).

**Figura 3. Puesto del personal de enfermería**



#### 4.2.1.2 Variables intervinientes

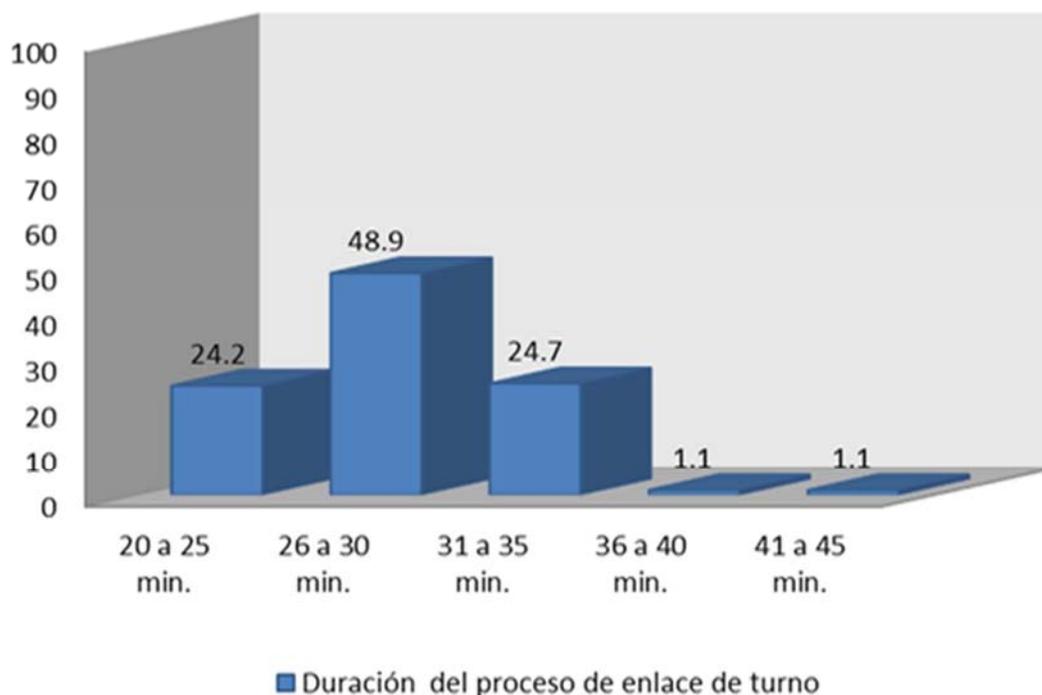
En torno a las variables intervinientes que son parte medular del proceso de enlace de turno, alcanzaron los siguientes resultados: en cuanto al lugar de la entrega recepción de los pacientes el 100% (n= 120), se efectuó al lado de la cama del paciente y con informe escrito, previo a la entrega en ambos servicios. (Cuadro 7).

**Cuadro 7. Lugar de entrega recepción de pacientes en el proceso de enlace de turno de enfermería y elaboración previa de informe por escrito**

Variables intervinientes (n=120)	Frec.	%
Lugar de entrega recepción	120	100
Informe escrito previo.	120	100

De acuerdo con los 120 instrumentos de medición aplicados durante el proceso de enlace de turno de enfermería, éste, tuvo una variabilidad en la duración entre 20 y 45 minutos, con una media en la duración de 31.61 minutos, (DE±4.02). (Figura 4).

**Figura 4. Duración del proceso de enlace de turno de enfermería**



Media 31.61 minutos. (DE±4.02)

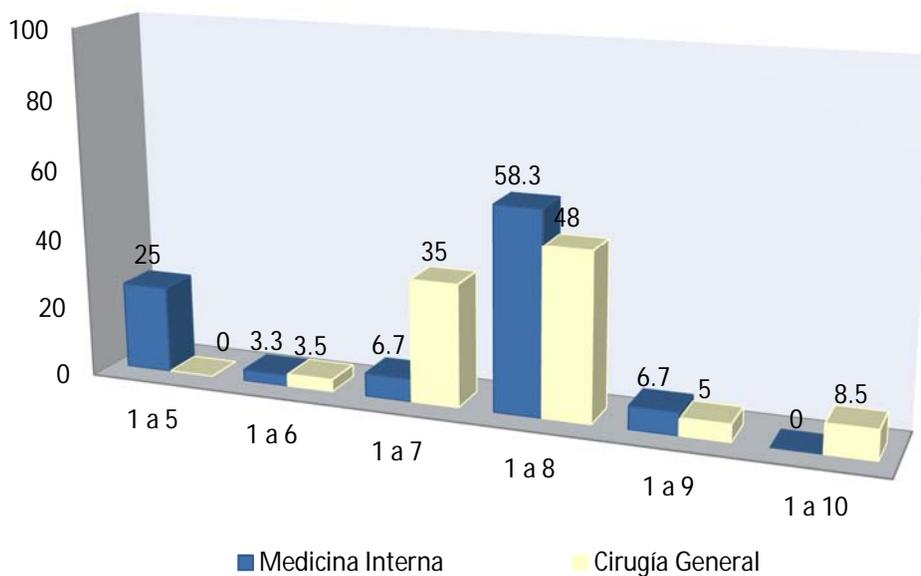
Respecto al índice enfermera paciente por servicios, se observó que en Medicina Interna el 25% (n=15) de las enfermeras atendieron a 5 pacientes durante su jornada, al 3.3% (n=2) se le asignaron 6 pacientes, el 6.7% atendió a 7 pacientes en el turno, el 58.3% (n=35) atendió 8 pacientes, el 6.7% (n=4) tuvo asignados a 9 pacientes y no se observó que tuvieran a su cargo 10 pacientes por enfermera. (Figura 5).

Por lo contrario en el servicio de Cirugía General, durante el estudio no se observó que el personal de enfermería tuviera a su cargo 5 pacientes (0%), el 3.5% (n=2) del personal atendió 6 pacientes durante el turno, el 35% (n=21) atendió 7 pacientes en la jornada de trabajo, y el 48.3% (n= 29) se le asignaron 8 pacientes, el 5% (n=3)

de personal de enfermería atendió 9 pacientes en el turno y el 8.3 % (n= 5) se le asignaron 10 pacientes. (Figura 5).

No obstante la guía técnica vigente para la administración de los servicios de enfermería de la Institución, indica que el índice enfermera paciente para ambos servicios es de 6 pacientes por enfermera.<sup>56</sup>

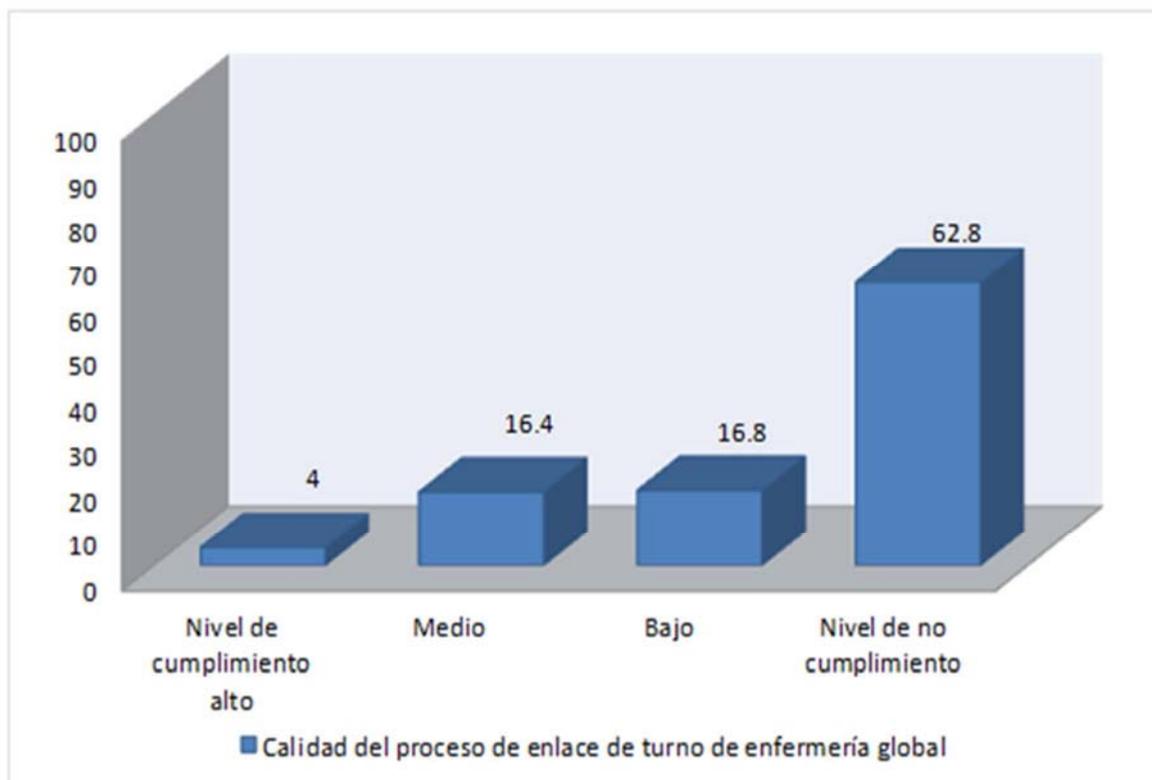
**Figura 5. Índice enfermera paciente por servicio**



#### 4.2.2 Nivel de calidad en el proceso de enlace de turno de enfermería

Al medir el nivel de calidad global del proceso de enlace de turno de enfermería en los servicios de Medicina Interna y Cirugía General, con base en aquellas actividades que aplicaron a los pacientes (n= 2492), y de acuerdo al estándar por nivel de cumplimiento, se obtuvieron los siguientes resultados: el nivel de cumplimiento alto se identificó en el 4% (n=101), medio en el 16.4%, (n= 408), bajo en un 16.8% (n= 418) y no cumplimiento en un 62.8% (n=1565). Los datos indican nivel de no calidad en el proceso de enlace de turno, dado que predominó un mayor porcentaje de no cumplimiento. (Figura 6).

**Figura 6. Nivel de calidad del proceso de enlace de turno de enfermería global**



#### **4.2.2.1 Nivel de cumplimiento del proceso de enlace de turno por actividades**

Al efectuar el análisis del nivel calidad del proceso de enlace de turno de enfermería por actividad, se observó un nivel de cumplimiento medio en las siguientes actividades: informa tipo de solución instalada al paciente en el 87.5% (n= 2921), revisa soluciones parenterales instaladas en 82.2% (n= 2744) e informa sobre estudios pendientes de Laboratorio y Radiología e imagen del paciente en un 83.4% (n= 807); ítems 4, 6 y 21 respectivamente. En las actividades: revisa los acceso vasculares del paciente obtuvo 68% (n= 2269) e informa sobre eliminación urinaria un 74.1% (n=1573), correspondientes a los ítems 7 y 12, situándose en un nivel de cumplimiento bajo. En el resto de las actividades se obtuvo nivel de no cumplimiento. Los porcentajes más bajos de cumplimiento se encontraron en: informa el nivel de riesgo de úlceras por presión e informa sobre nivel de riesgo de caída del paciente; es importante mencionar que éstas actividades corresponden a SP y los datos indican omisión en el reporte sobre las mismas. (Cuadro 8).

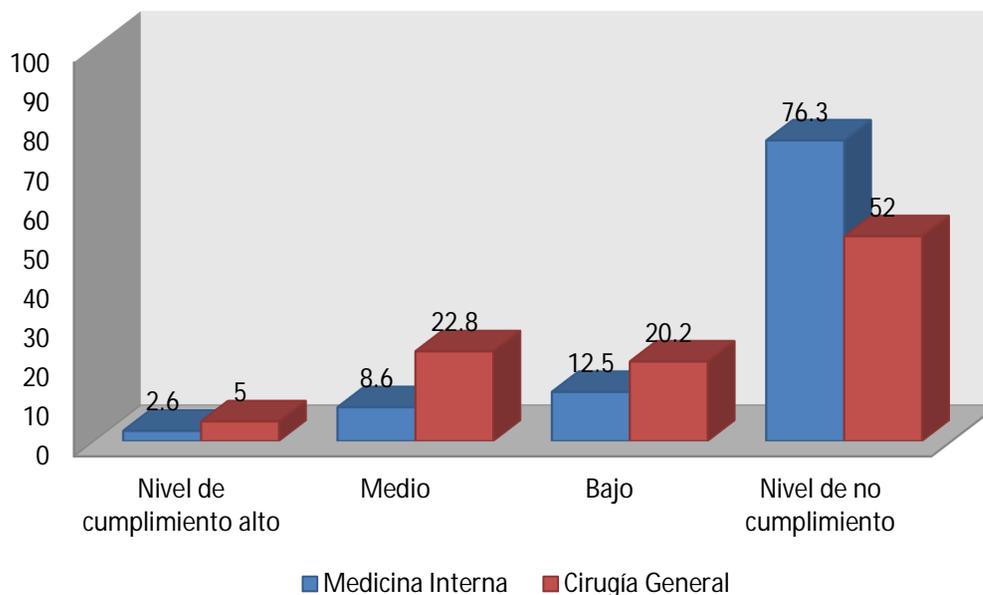
**Cuadro 8. Nivel de Cumplimiento en el proceso de enlace de turno de enfermería por actividad**

Actividades n=3339		Frec.	%
Seguridad del paciente	1. Identifica al paciente por su nombre.	1350	40.4
	2. Informa el Dx. médico del paciente.	1263	37.8
	3. Informa sobre tipo de dieta o ayuno del paciente.	499	14.9
	4. Informa el tipo de solución instalada al paciente.	2921	87.5
	5. Revisa dispositivos de identificación.	1460	43.7
	6. Revisa soluciones parenterales instaladas.	2744	82.2
	7. Revisa los accesos vasculares del paciente.	2269	68
	8. Revisa funcionamiento de aparatos electro médicos instalados al paciente.	2160	64.7
	9. Informa nivel de riesgo de úlcera por presión.	10	0.3
	10. Informa nivel de riesgo de caída del paciente.	8	0.2
Intervenciones de enfermería	11. Informa sobre manejo oxigenoterapia.	1035	57.6
	12. Informa sobre manejo de eliminación urinaria.	1553	74.1
	13. Informa sobre manejo eliminación gastrointestinal.	526	43.2
	14. Informa sobre cuidado de heridas y estomas.	484	14.5
	15. Informa sobre cuidado de drenajes.	756	54.6
	16. Informa sobre valoración del dolor.	530	37.1
	17. Informa sobre control de glucosa.	779	56.2
	18. Informa sobre control de líquidos.	704	50.7
	19. Informa sobre control de signos vitales con horario.	957	28.7
Proc. y exám. Programados	20. Informa sobre procedimientos programados del paciente.	1551	64.6
	21. Informa sobre estudios de Laboratorio y de Radiología e imagen pendientes del paciente.	807	83.4

#### 4.2.2.2 Análisis bivariado de la calidad de enlace de turno por servicio, turno, nivel académico y puesto del personal de enfermería

Al comparar la calidad del enlace de turno de enfermería entre los servicios evaluados, los resultados indican que en Medicina Interna (n= 1121), se obtuvo nivel de cumplimiento alto de 2.6% (n= 29), medio en un 8.6% (n= 96), bajo de 12.5% (n= 141) y no cumplimiento de 76.3% (n=855). En cuanto al servicio de Cirugía General (n= 1371), el nivel de calidad del proceso de enlace de turno de enfermería fue alto en un 5% (n= 72), medio de 22.8% (n= 312), bajo de 20.2% (n= 277) y el nivel de no cumplimiento de 52% (n= 710). En los resultados se observa que en el servicio de Medicina Interna se efectuó el enlace de turno de enfermería con menor calidad, comparado con Cirugía General, la diferencia es estadísticamente significativa;  $\chi^2 = 172,703$ ,  $p < 0.005$ . (Figura 7).

**Figura 7. Nivel de calidad de enlace de turno por servicio**

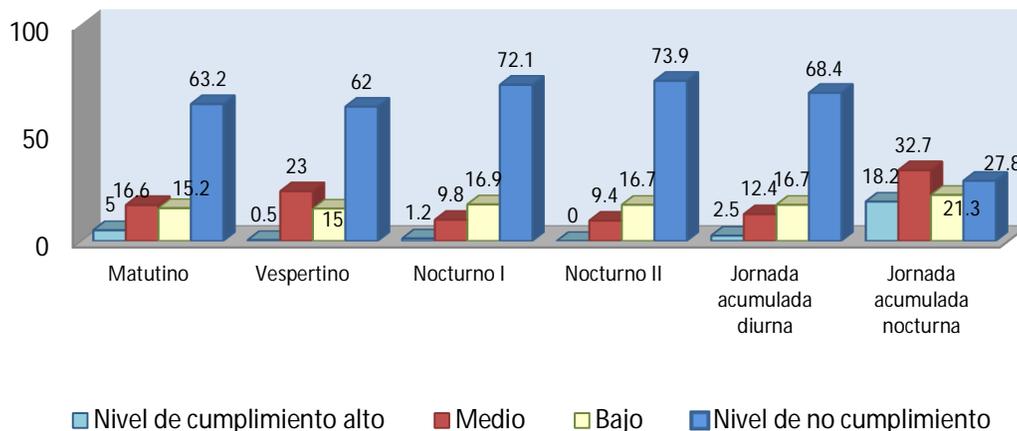


$\chi^2 172,703$ ,  $p < 0.005$ .

Al efectuar la comparación del nivel de calidad del proceso de enlace según el turno (n=2492), el nivel de no cumplimiento fue: en el matutino 63.1% (n= 315), vespertino

61.7% (n= 229), nocturno I 72.7% (n= 418), nocturno II 73.9% (n= 292), jornada acumulada diurna 68.4% (n= 221) y en jornada acumulada nocturna 27.8% (n= 90). En los diferentes turnos se observaron porcentajes elevados de no cumplimiento, sobre todo en los nocturnos I y II, excepto en la jornada acumulada nocturna. Éstos resultados muestran una diferencia estadísticamente significativa;  $\chi^2 = 341.605$ ,  $p < 0.05$ . (Figura 8).

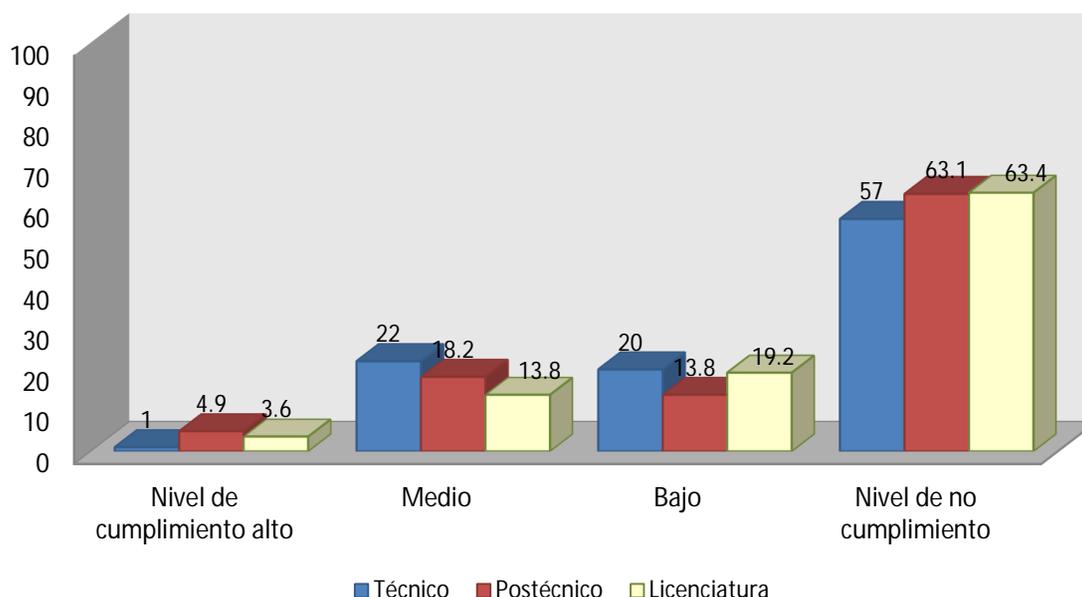
**Figura 8. Nivel de calidad del proceso de enlace de turno de enfermería por turno**



Con respecto al nivel de calidad del proceso de enlace de turno de enfermería y la variable nivel académico del personal, se observó que las enfermeras de nivel técnico presentaron un nivel de cumplimiento alto de 1% (n=1), medio 22% (n=35), bajo de 20% (n=32) y nivel de no cumplimiento de 57% (n=89). En el caso del personal con posttécnico, obtuvieron un nivel de cumplimiento alto de 4.9% (n=58), medio de un 8.2% (n=213), bajo de 13.8% (n=162) y de no cumplimiento de 63.1% (n=739). El grupo de licenciadas en enfermería alcanzaron un nivel de cumplimiento alto de 3.6% (n=42), medio en un 13.8% (n=160), bajo 19.2% (n=214) y nivel de no cumplimiento del 63.4% (n=737). (Figura 9).

Estos datos muestran que existe diferencia significativa en la calidad del proceso de enlace de turno de enfermería según el nivel académico del personal;  $\chi^2 = 32.916$ ,  $p < 0.005$ . Dado que las enfermeras con nivel técnico presentaron menor nivel de no cumplimiento, en relación a las enfermeras con mayores niveles de formación (postécnico y Licenciatura).

**Figura 9. Nivel de calidad del proceso de enlace de turno de enfermería por nivel académico**

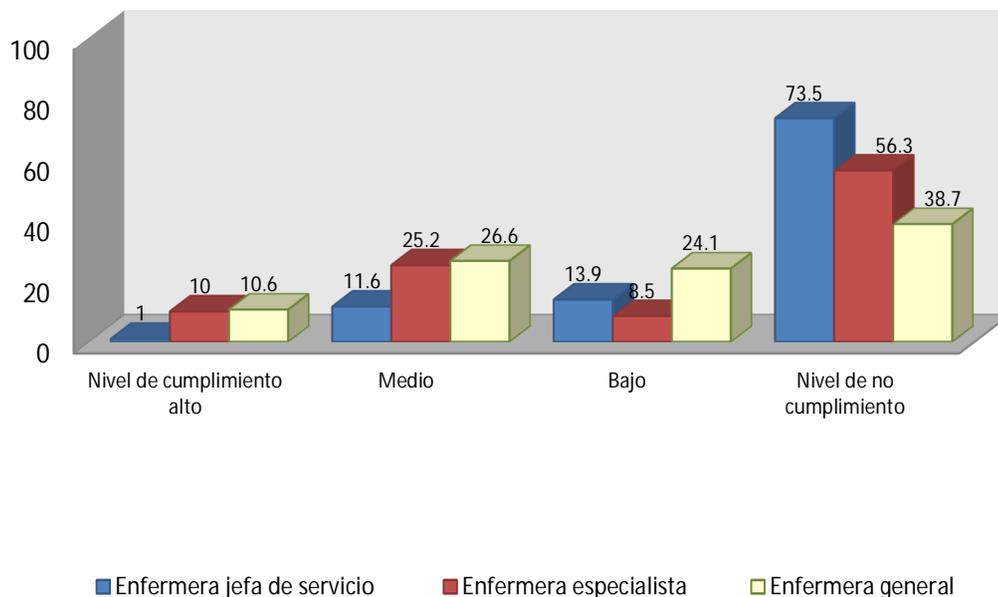


Con respecto a la comparación del nivel de calidad del proceso de enlace de turno de enfermería con la variable puesto de la enfermera, se observó que las jefas de servicio tuvieron un nivel de cumplimiento alto de 0.1% (n=17), medio de 11.6% (n=196), bajo de 13.9% (n=236), y un no cumplimiento 73.5% (n=1243). Por otro lado, se identificó que las enfermeras especialistas (con postécnico), obtuvieron un nivel de cumplimiento alto de 9.9% (n=7), medio de 25.4% (n=18), bajo de 8.5% (n=6) y no cumplimiento en un 56.3% (n=40). En cuanto a las enfermeras generales, los resultados fueron los siguientes: cumplimiento alto de 10.6% (n=77), medio de

26.6% (n=194), bajo de 24.1% (n=176) y nivel de no cumplimiento en un 38.7 % (n=282). Este último grupo de enfermeras, realizó el enlace de turno con mejor calidad, al obtener menor porcentaje de no cumplimiento; aun considerando que por norma, esta actividad sustantiva corresponde a la enfermera jefa de servicio. (Figura 10).

Los resultados muestran diferencia estadística ente los puestos del personal de enfermería;  $\chi^2$  32.876,  $p < 0.05$ . Encontrándose mayor no cumplimiento en las enfermeras jefas de servicio.

**Figura 10. Nivel de calidad del proceso de enlace de turno por puesto de la personal enfermería**

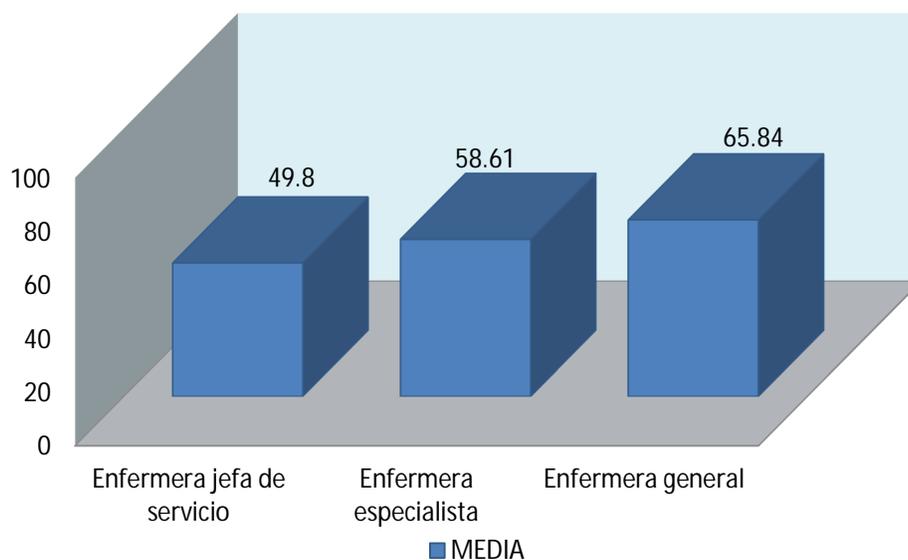


$\chi^2=32.876$ ,  $p < 0.05$ .

Las enfermeras jefas de servicio, obtuvieron un puntaje medio de 49.58 % (DE=21.36), en cuanto a las enfermeras especialistas (con postécnico), el promedio fue de 58.61 puntos (DE= 23.25) y las enfermeras generales tuvo un puntaje medio de 65.84 (DE= 18.66). (Figura 11).

En la comparación del puntaje medio, mediante el análisis varianza (ANOVA), de la calidad en el proceso de enlace de turno por puesto del personal de enfermería, existe evidencia estadística suficiente en los datos que demuestran diferencia significativa. Fisher=121.728,  $p=0.000$ . Al aplicar la prueba ANOVA post hoc Bonferroni, se encontró diferencia significativa entre las enfermeras jefas de servicio y enfermeras especialistas,  $p<0.005$  y entre enfermeras jefas vs enfermeras generales,  $p<0.005$ .

**Figura 11. Promedio de nivel de calidad de enlace de turno de enfermería por puesto**



En cuanto a SP, la enfermera jefa de servicio obtuvo un promedio de 40.27 puntos (DE=19.5), correspondiente al promedio más bajo; respecto a la enfermera especialista el promedio fue de 43.3 puntos (DE=29.1), y el grupo de enfermeras generales tuvo un promedio 51.93 puntos (DE=22.2,) colocándose en el promedio más alto. (Cuadro 9).

**Cuadro 9. Promedio de nivel de calidad de enlace de turno de enfermería en SP por puesto**

Variable	Enfermera jefa de servicio (n=2213)	Enfermera especialista (Con postécnico) (n=87)	Enfermera General (n=1039)
Calidad del enlace de turno de enfermería	45.7±21.40	50±0	53±15.15

Promedio± desviación estándar.

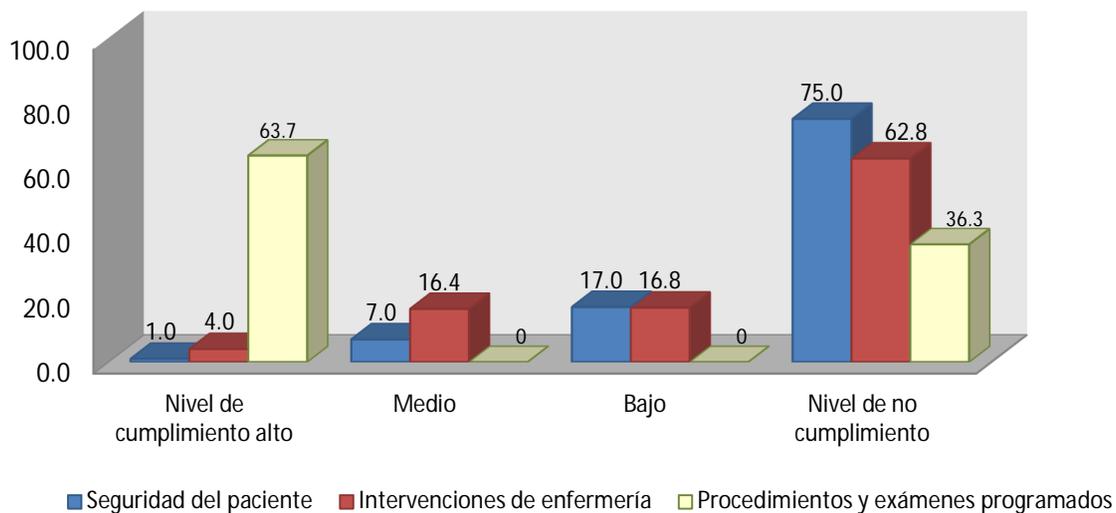
#### **4.2.2.3 Nivel de calidad del proceso de enlace de turno de enfermería por subdimensiones: SP, intervenciones de enfermería; procedimientos y exámenes programados al paciente**

Se efectuó análisis de la variable calidad del proceso de enlace de turno, en la dimensión proceso: entrega recepción de pacientes, en sus 3 subdimensiones; en donde para cada una, sólo se tomaron en cuenta aquellas actividades que aplicaron a los pacientes; es decir, para algunos, no aplicó algunas intervenciones de enfermería o procedimientos y exámenes programados, por no estar indicados al momento de la entrega recepción.

En cuanto a la subdimensión seguridad del paciente (n=3339), la calidad del proceso de enlace de turno, de acuerdo al estándar establecido para esta

investigación, fue la de menor calidad, obtuvo un nivel de cumplimiento alto de 0.1% (n=4), medio de 7% (n=232), bajo de 17% (n=598) y no cumplimiento de 75.0% (n=2505). La subdimensión intervenciones de enfermería (n= 2492), alcanzó nivel de cumplimiento alto de 4% (n=101), medio de 16.4% (n=408), bajo de 16.8% (n= 418) y un nivel de no cumplimiento de 62.8% (n=1565). En relación a la subdimensión procedimientos y exámenes programados a pacientes (n= 2657), los resultados indican mayor calidad, con respecto a las dos subdimensiones ya comentadas, dado que alcanzó un nivel de cumplimiento alto de 63.7% (n= 1692) y un nivel de no cumplimiento de 36.3% (n=965). (Figura 12).

**Figura 12. Nivel de calidad del enlace de turno de enfermería en las 3 subdimensiones: SP, intervenciones de enfermería; procedimientos y exámenes programados a pacientes**



## 4.2.3 Resultados de reporte de eventos adversos

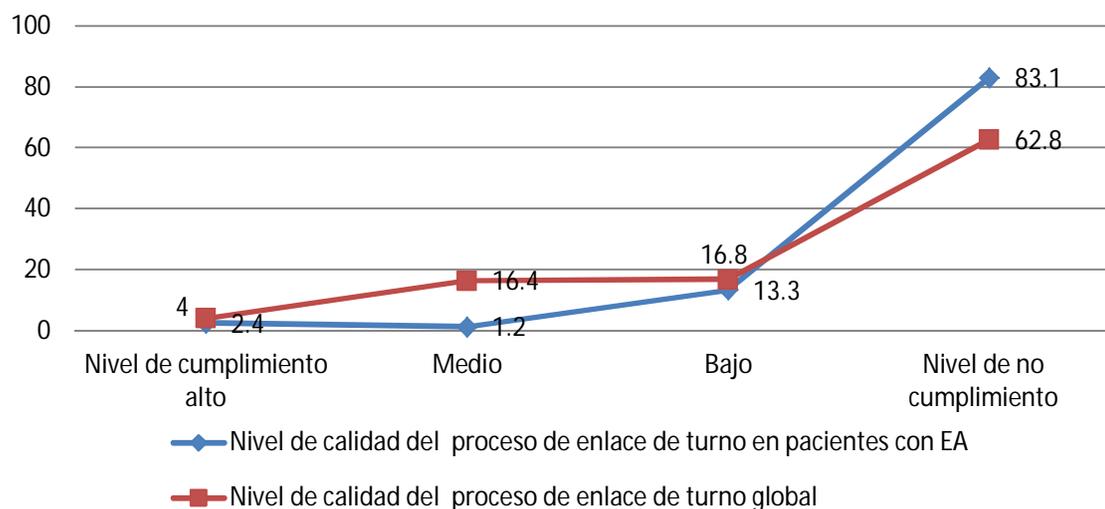
### 4.2.3.1 Análisis bivariado de reporte de EA

#### 4.2.3.1.1 Calidad del proceso de enlace de turno de enfermería en los pacientes implicados en EA y nivel de calidad de enlace de turno global

En este apartado se presentan los resultados del nivel de calidad del enlace de turno de enfermería, de 297 pacientes atendidos en los servicios durante el periodo de estudio, el 28% (n= 83) estuvieron implicados en algún EA.

El nivel de calidad en el enlace, en éstos pacientes fue: nivel de cumplimiento alto de 2.4% (n= 2), medio en un 1.2% (n=1), bajo de 13.3% (n= 11) y un nivel de no cumplimiento en un 83.2% (n= 69) en contraste con aquellos que no presentaron EA donde el no cumplimiento fue del 62.8% (n= 1565). (Figura 13).

**Figura 13. Nivel de calidad del proceso de enlace de turno de enfermería en pacientes que presentaron EA y nivel de calidad de enlace de turno global**



#### 4.2.3.2 Reporte de tipo de EA por servicio

De los EA reportados durante el mes de evaluación de la calidad del enlace de turno de enfermería según el tipo, en el servicio de Medicina Interna se presentaron (n=51) los siguientes: las infecciones nosocomiales representó el 15% (n=13), en cuanto a caídas 2.4% (n=2), los relacionados con la medicación un 9.6% (n=8), de los errores en la transfusión un 3.61% (n=3), la flebitis con un 6.02% (n=5), en los procedimientos 2.4% (n=2), las úlceras por presión 16.9% (n=14) y error en la dieta 4.9% (n=4). (Cuadro 10).

De acuerdo al servicio de Cirugía General los EA por tipo, registrados (n=32) durante el mes de evaluación de la calidad del enlace de turno de enfermería fueron los siguientes reportes: las infecciones nosocomiales en un 13.25% (n=11), en cuanto a caídas el 2.4% (n=2), EA en medicación un 3.61% (n=3), de los errores en la transfusión un 1.1% (n=1), la flebitis un 4.81% (n=4), los errores en los procedimientos de 1.25% (n=1), las úlceras por presión de 6.2% (n=5) y para el error en la dieta un 6.2% (n=5). (Cuadro 10).

**Cuadro 10. Tipo de eventos adversos por servicio**

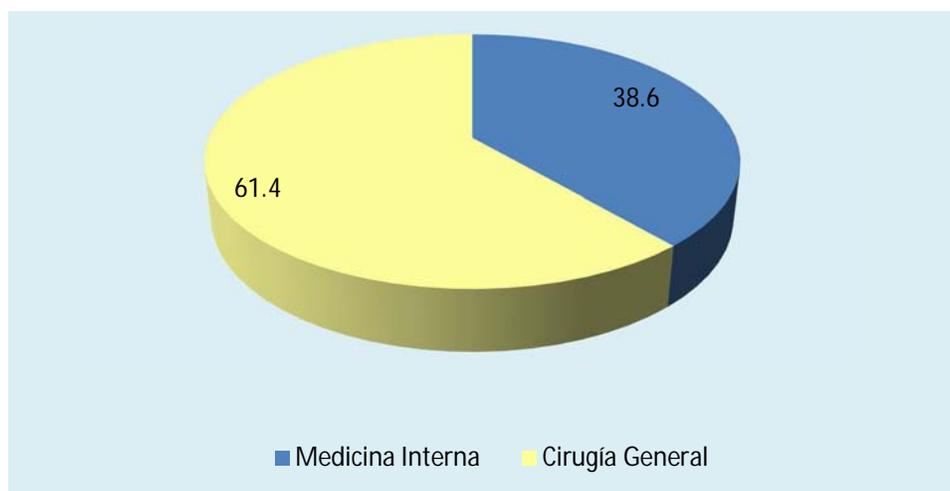
Tipo de evento adverso reportado	N=83	Medicina Interna		Cirugía General	
		Frec.	%	Frec.	%
Infección nosocomial		13	15.66	11	13.25
Caídas		2	2.4	2	2.4
Error en medicación		8	9.6	3	3.61
Error en transfusión		3	3.61	1	1.2
Flebitis		5	6.02	4	4.81
Error en procedimiento		2	2.4	1	1.2
Úlcera por presión		14	16.9	5	6.02
Error en Dieta		4	4.9	5	6.02
<b>Total</b>		<b>51</b>	<b>61.49</b>	<b>32</b>	<b>38.51</b>

### 4.2.3.3 Análisis univariado de reporte de EA.

#### 4.2.3.3.1 Resultados de los reportes de EA por servicio y turno

En cuanto a los pacientes con reporte EA (297), el 69% (n= 205) correspondió al servicio de Cirugía General, el resto (n= 92) a Medicina Interna. El 28% (n= 83) presentaron EA. De éstos últimos el 61.4% (51) correspondió a Medicina Interna y el resto 38.6% (32) para el servicio de Cirugía General. (Figura 14).

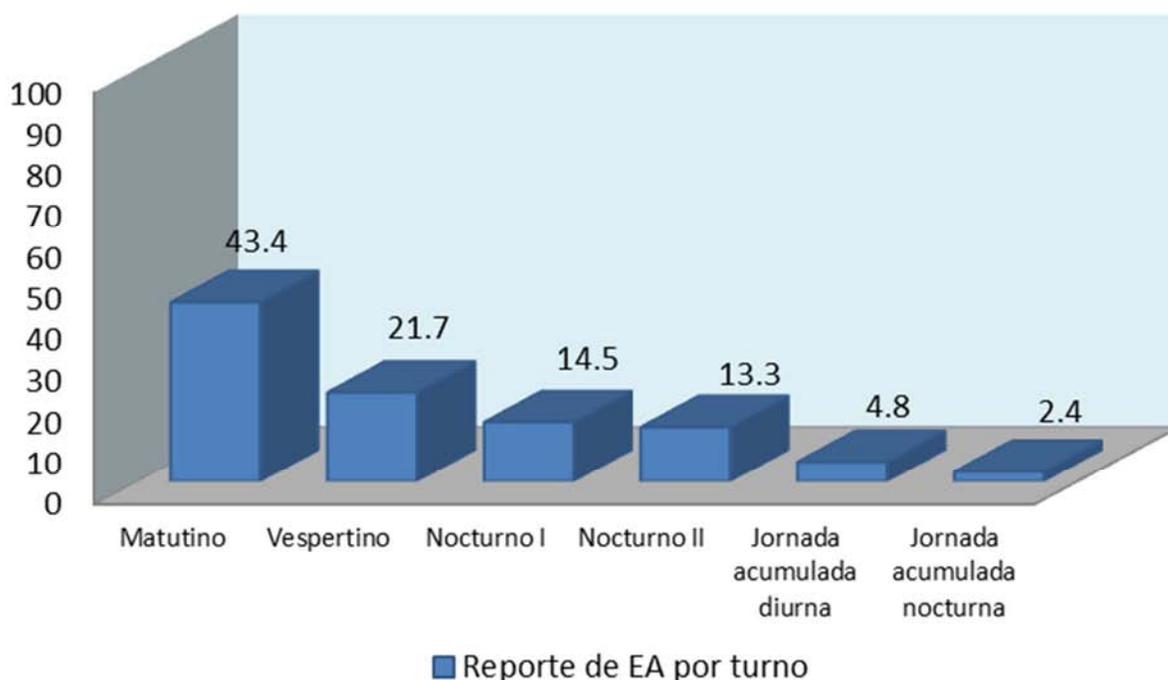
**Figura 14. Reporte de EA por servicio**



Con respecto a los EA registrados por turno, se identificó que en el matutino se reportaron el 43.4% (n=36), lo que representó la mayor frecuencia, en el turno vespertino el 21.7% (n=18), en el nocturno I se presentaron un 14.5% (n=12), en el caso del nocturno II el 13.3% (n=11), en la jornada acumulada diurna 4.8% (n=4) y para la jornada acumulada nocturna 2.4% (n=2). Lo anterior permite decir que hay un marcado descenso de reporte de EA, según van transcurriendo los turnos en la

semana. (Figura 15). Quizá atribuible a la disminución de intervenciones, procesos y procedimientos en estos turnos en los servicios evaluados, o bien a subregistro de EA debido a la escasez de personal o falta de identificación del problema y poco tiempo para el reporte.

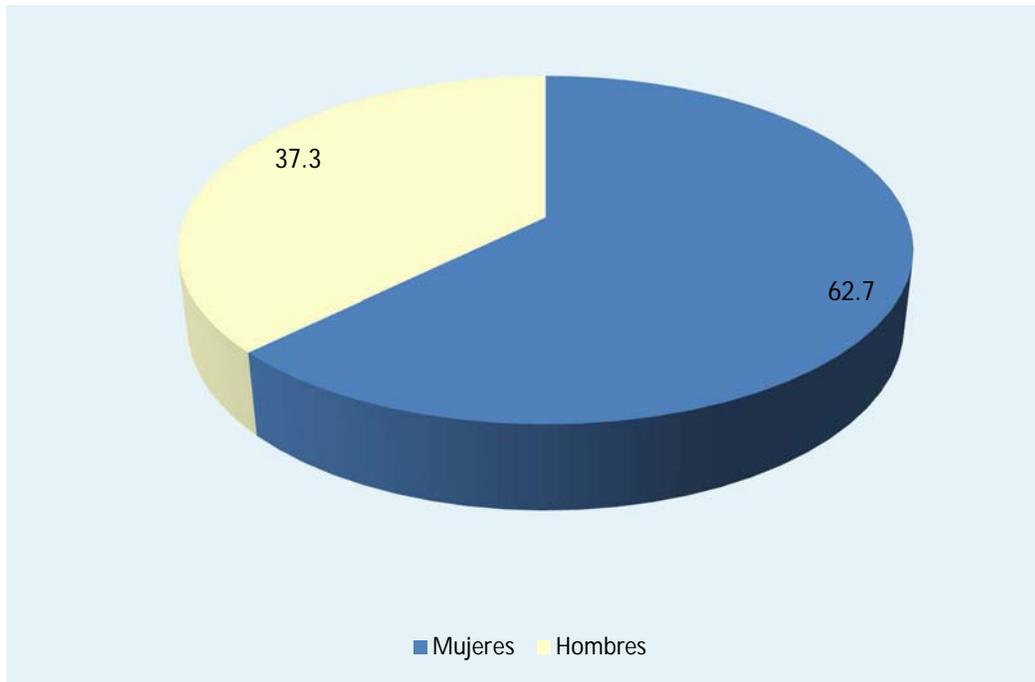
**Figura 15. Reporte de EA por turno.**



#### **4.2.3.3.2 Reportes de eventos adversos según género y estado de conciencia de los pacientes**

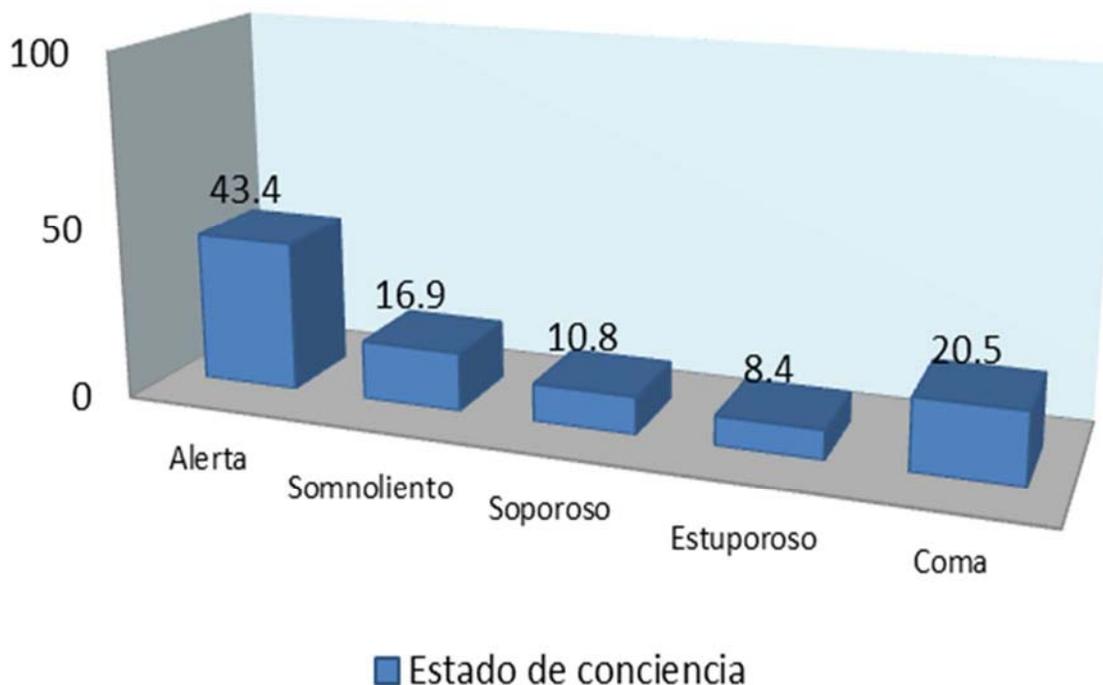
En cuanto al género de los pacientes, en los cuales se presentaron los EA, el 62.7% (52) fueron mujeres y el 37.3% (31) hombres. (Figura 16).

**Figura 16. Género de pacientes con EA**



Con relación al estado de conciencia de los pacientes que presentaron algún tipo de incidente, resultó que el 43.4% (n= 36) se encontraba en estado de alerta, el 16.9% (n= 14) estaba somnoliento, el 10.8% (n= 9) soporoso, 8.4% (n= 7) estuporoso y el 20.5% (n= 17) en coma. Los resultados evidencian que 56.6% (n=47) de los pacientes tenía alteración de la conciencia al momento del reporte del EA. (Figura 17).

**Figura 17. Estado de conciencia de pacientes con reporte de evento adverso.**



#### **4.2.3.3.3 Reporte de eventos adversos de acuerdo al tipo, clasificación del daño, resultado para el paciente y modo de reporte**

Con respecto a los EA reportados por tipo; las infecciones nosocomiales representaron un 29% (n= 24), las caídas un 4.8% (n= 4) del total de los EA, los errores en medicamentos fue de un 13.3% (n= 11), los errores en la transfusión un 4.8% (n= 4), en flebitis se reportó un 10.8% (n= 9) en cuanto a los errores en procedimientos se obtuvo un 3.6% (n= 3), las úlceras por presión un 22.9% (n= 19) y por último los errores en la dieta un 10.8% (n= 9). (Cuadro 11).

### Cuadro 11. Reporte de eventos adversos por tipo

<b>Eventos adversos</b> <b>Tipo</b> <b>(n= 83)</b>	<b>Frec.</b>	<b>%</b>
Infección nosocomial	24	29
Caída	4	4.8
Error en medicamento	11	13.3
Error en transfusión	4	4.8
Flebitis	9	10.8
Error en procedimiento	3	3.6
Úlcera por presión	19	22.9
Error en la dieta.	9	10.8
<b>TOTAL</b>	<b>83</b>	<b>100</b>

Los reportes de EA, también contenían algunas características propias de los incidentes, de acuerdo al daño al paciente, los resultados muestran que el 45.8% (n= 38) tuvo daño secundario al EA. (Cuadro 12).

En cuanto a los factores contribuyentes, el 30% (n= 58) de los EA fueron atribuidos a los Recursos Humanos y el 30% (n= 25) al sistema. (Cuadro 12).

Con respecto al error prevenible, en relación a su evitabilidad, el 33.70% (n= 28) fueron prevenibles o pudieron ser evitado, el 62.70% (n= 52) posiblemente evitable y el 3.60% (n= 3) posiblemente inevitable. (Cuadro 12).

En cuanto al modo de reporte, el 83.10% (n= 69) fue realizado a través del sistema institucional de reporte, que consiste en búsqueda intencionada por parte del

personal responsable de SP y el 16.90 % (n= 14) de los reportes, los efectuó de manera voluntaria el personal de los servicios. (Cuadro 12).

**Cuadro 12. Características de EA**

<b>Variable</b>	<b>Frec.</b>	<b>%</b>
<b>(n=83)</b>		
<b>Daño al paciente</b>	38	45.8
<b>Error atribuible a:</b>		
Recurso Humanos	58	70
Sistema	25	30
<b>Evitables</b>		
Sin duda evitable	28	33.70
Posiblemente evitable	52	62.70
Posiblemente inevitable	3	3.60
<b>Modo de reporte</b>		
Sistema (búsqueda Intencionada)	69	83.10
Reporte voluntario	14	16.90

## **V. Discusión y conclusiones**

### **5.1 Interpretación y discusión de resultados**

Los hallazgos más relevantes derivados de este estudio se analizan a continuación, se investigó la calidad del proceso de enlace de turno de enfermería y su relación con la presencia de EA.

Los enlaces pobres dan como resultado errores en la atención, los cuales pueden ser mortales. Con base en lo anterior se desarrolló la presente investigación, cuyo objetivo fue analizar la relación entre la calidad del proceso de enlace de turno de enfermería y la presencia de EA en pacientes hospitalizados, en una unidad médica de tercer nivel de atención del sector público en Culiacán, Sinaloa.

A partir de la construcción del indicador: enlace de turno de enfermería, se obtuvo un instrumento de medición, el cual se validó y fue capaz de medir la calidad del enlace de turno, con base en aquellas actividades relacionadas con calidad y SP, mediante la observación directa de la entrega recepción de 3339 pacientes, considerando 3 dimensiones: estructura, proceso y resultado, basado en la propuesta teórica en calidad de atención de Avedis Donabedian.<sup>25</sup>

Así pues, los resultados de este estudio muestran el nivel de cumplimiento en la calidad del enlace de turno de enfermería, medido mediante un instrumento, aplicado en 120 enlaces de turnos en los servicios de Medicina Interna y Cirugía General.

## 5.1.1 Dimensión estructura

### 5.1.1 1 Variables intervinientes

La duración del proceso de enlace de turno de enfermería, se considera un aspecto importante en cuanto a gestión del tiempo, en lo que respecta a programar una buena ejecución, en este estudio se observó que el 100% de la entrega recepción de pacientes (n=3339) se efectuó al lado de la cama del paciente, con una variabilidad en la duración entre 20 y 45 minutos, una duración media de 31 minutos, (DE±4.02), al respecto se observa un tiempo destinado menor para este proceso, comparado con el estudio de Lamond, donde identificó una variación de la duración entre 15 y 55 minutos, con media de 34 minutos.<sup>36</sup>

La cantidad de tiempo que la entrega recepción toma, varía considerablemente, dependiendo del número de pacientes de los servicios, así como algunas barreras durante el enlace de turno, las cuales incrementan la duración del proceso, tales como atención a llamadas telefónicas, necesidades de paciente, reportado por Nogueira,<sup>9</sup> Wels,<sup>38</sup> y Llapa.<sup>43</sup>

A continuación se analizan los resultados con respecto a la dimensión de estructura, como parte de la teoría utilizada, la cual contiene los aspectos organizativos relacionados con el proceso de enlace de turno.

Un aspecto fundamental que tiene repercusión en la calidad de atención es la dotación de personal, la cual debe ajustarse a lo estipulado por cada institución. Aiken en un estudio, identificó mal entorno para el cuidado, cuando el índice enfermera pacientes es de 1 a 8, dado que la tasa de mortalidad puede ser hasta de 25.1 % por 1.000 admisiones.<sup>35</sup>

En el presente estudio se identificó que el índice enfermera paciente en Medicina Interna fue mayor al que indica la guía técnica vigente del hospital, fue de 1 por 6 pacientes, tan sólo en un 3.3%, y un 58.3% con índice enfermera paciente de 1 a 8.

Para el servicio de Cirugía General, un índice de 1 a 6 pacientes en el 3.5% de los casos y un índice de 1 a 8, en un 48.3%, es decir, en ambos servicios, el personal de enfermería atendió a más pacientes de los indicados, por lo cual puede representar limitaciones en el personal en cuanto a cumplir con el 100% del cuidado requerido por los pacientes.

Por otra parte, el 100% de los enlaces de turno se efectuaron al lado de la cama del paciente, acompañados de un informe escrito no estandarizado, en este sentido se observa una debilidad, en relación a lo identificado por Abraham, sobre la eficiencia que ofrecen las herramientas estandarizadas, en las cuales se ordena y sistematiza la información que permite apoyo a las actividades en cuanto a la organización de la información en preparación para la entrega y da como resultado menores errores en la información de cada paciente.<sup>41</sup>

### **5.1.2 Dimensión proceso**

En relación a la variable principal: calidad del proceso de enlace de turno de enfermería, en la dimensión entrega recepción de pacientes; definida como la acción que realiza el personal de enfermería para entregar y recibir cada uno de los pacientes a final de cada turno, utilizando la comunicación escrita y verbal, para informar aspectos de SP, intervenciones de enfermería y procedimientos y exámenes programados, los resultados muestran el nivel de cumplimiento en la calidad del proceso de enlace de turno de enfermería, según el estándar utilizado.

En cuanto al nivel de calidad del proceso de enlace de turno de enfermería global en ambos servicios, de acuerdo a aquellas actividades que aplicaron a los pacientes, los resultados indican un no cumplimiento, dado que son mínimas las actividades cumplidas en los enlaces de turno observados, donde predominó el nivel de no cumplimiento con un 62.8%. De éstos resultados, llama la atención que las jefas de servicio realizaron el proceso de enlace de turno con menor calidad, lo anterior puede estar relacionado con un practica basada en excesiva rutina.

Al realizar el análisis de la calidad en el proceso de enlace en cuanto a las 3 subdimensiones: en seguridad del paciente se obtuvo un no cumplimiento de 75.0% (n=2505), en intervenciones de enfermería un 62.8% (n=1565) y en procedimientos y exámenes programados a pacientes se alcanzó un nivel de no cumplimiento menor de un 36.3% (n=965), los resultados indican mayor calidad.

Los hallazgos muestran que el proceso de enlace de turno efectuado por enfermería, no se desarrollan acciones de SP, lo que puede incrementar la presencia de EA, como lo indica Arora en un estudio donde identifica que los errores de comunicación durante la entrega, llevaron a los peores EA, como producto de la omisión de información sobre problemas de salud activos de los pacientes.<sup>44</sup>

Sin duda que las intervenciones de enfermería, son parte fundamental del tratamiento de los pacientes, a partir de la terapéutica indicada por otros profesionales, se aplican cuidados directos o indirectos,<sup>56</sup> a fin de conseguir los objetivos de salud, en lo que respecta a la subdimensión intervenciones de enfermería tuvo un nivel de no cumplimiento, como ya se señaló.

Lo anterior es coherente con lo que refiere Kalisch, sobre la pérdida de un gran número de medidas de cuidado; informó que hay omisión en las intervenciones de enfermería básicas; lo anterior relacionado con la comunicación.<sup>37</sup>

La información fundamental, puede ser omitida durante el enlace de turno, como lo indica Nagpal et al, en un estudio donde solamente el 60% de la información esencial y específica del paciente fue transmitida durante la entrega verbal, alergias en un 55% y las comorbilidades en el 30% de los casos.<sup>42</sup>

Llama la atención que se obtuvo nivel de cumplimiento alto, cuando se trata de procedimientos y exámenes programados a pacientes, esto resalta que el personal de enfermería, da más importancia a tales aspectos; por lo tanto los resultados muestran dicho cumplimiento.

Sin embargo, en intervenciones de enfermería y procedimientos y exámenes programados a pacientes se observa evidencia estadística de la diferencia en los servicios.

Al efectuar la comparación del nivel de calidad del proceso de enlace según el turno en el que se realiza (n=2492), el nivel de no cumplimiento fue: en el matutino 63.1% (n= 315), vespertino 61.7% (n= 229), nocturno I 72.7% (n= 418), nocturno II 73.9% (n= 292), jornada acumulada diurna 68.4% (n= 221) y en jornada acumulada nocturna 27.8% (n= 90).

El nivel de no calidad predominó en todos los turnos, sin embargo fue más marcado en los turno nocturnos. El no cumplimiento en éstos turnos se puede deber a la disminución de exigencias, dado que la existencia de personal de las diferentes disciplinas es menor, aunado a las debilidades en la supervisión y un proceso no estandarizado, se le da poca importancia a pendientes del paciente, aunque esto no se ha documentado.

Los resultados muestran que los enlaces de turnos de enfermería, en los servicios estudiados fueron carentes de calidad, en los diferentes turnos. Aún en los pacientes que presentaron algún evento, no se informa el hecho al momento de la entrega recepción. Congruente con lo identificado por Pezzolesi et al, reportó que

en un 45.2%, los enlaces fueron pobres (incompletos) con respecto a informar sobre la enfermedad, tratamientos, plan de cuidados y medicamentos.<sup>46</sup>

También Machaczek et al, encontraron que los informes eran ilegibles y desordenados en un 68.6 %, pobres habilidades para la comunicación correspondió al 77.1%, la información clínica irrelevante durante la transferencia fue de un 54.2% y en la dificultad en reconocer que la información es esencial para la atención al paciente se obtuvo un 61%.<sup>7</sup>

Como lo señala Matic en estudio de revisión: llevar la SP a la vanguardia, en búsqueda de 1997 a 2008, el enlace de turno tiene efecto en el cuidado a la salud, se centra en la continuidad del cuidado del paciente, incluye la información clínica, el estado funcional, cambios en el estado clínico y plan de cuidado, así como los problemas psicológicos y sociales para lograr el cuidado óptimo, mantener la SP; sin embargo, este proceso, a menudo carece de estructura y existe subjetividad en la información, así como el excesivo tiempo invertido en el mismo.<sup>39</sup>

Del mismo modo Goldsmith, en un estudio enfatiza la gran limitación en los enlaces de turno; como es la falta de estandarización de los mismos, los errores más frecuentes fueron: las omisiones en la transmisión de información, las diferencias en la comunicación a través de diversos métodos; grabado, verbal, escrito y computarizado, lo que puede conducir a incrementar los EA en los pacientes hospitalizados.<sup>40</sup>

### **1.1.3 Dimensión resultados**

Una de las preocupaciones cardinales en salud, es la SP, debido a la presencia de EA, producto de errores en el cuidado de la atención sanitaria, según la OMS es la causa principal de lesión y muerte, anualmente en EE.UU.<sup>3</sup>

En éste estudio se describen los EA reportados durante el periodo de evaluación de la calidad de proceso de enlace de turno, se registraron un total de 83 EA, el 61.4 % (51) correspondió a Medicina Interna y el resto 39.6% (32), para el servicio de Cirugía General. A diferencia de lo reportado por Parra et al, quienes destacan que los servicios donde los pacientes presentan mayor incidencia de EA, fueron las especialidades quirúrgicas con un 75%.

El nivel de calidad del enlace de turno de enfermería, correspondiente a los pacientes que estuvieron implicados en algún EA (n= 83), fue mucho menor observándose un 83.2% (n= 69) de no cumplimiento, en contraste con aquellos que no presentaron EA, el no cumplimiento fue del 62.8% (n= 1565). Estos datos indican que a mayor calidad en los enlaces de turno menor frecuencia de EA.

En relación al género de los pacientes que estuvieron implicados en algún EA, 52 (62.7%) fueron mujeres y el 31 (37.3 %) fueron hombres, similar a lo reportado en el estudio SYREC.<sup>48</sup>

Respecto al turno en el que se reportaron los EA, se identifican porcentajes descendentes a medida que los turnos se van presentando durante la semana, los resultados fueron los siguientes: en el turno matutino se reportó el 43.4% (n=36) de los EA, en el vespertino el 21.7% (n=18), en el nocturno I un 14.5% (n=12), en el turno nocturno II de 13.3% (n=11), en la jornada diurna un 4.8% (n=4) y en la jornada nocturna de 2.4% (n=2). El hecho de que en el turno matutino se reporten más EA puede deberse a que el personal responsable de seguridad del paciente, está asignado a los turnos matutino y vespertino, por lo tanto, la búsqueda es más intensa y existen menos posibilidades de subregistro, comparado con los demás turnos.

Lo anterior concuerda con lo que refiere Rúelas en un estudio, con relación al reporte de EA por turno, el autor antes citado, menciona que en el turno matutino se

presentaron el 40.7% de EA, en el turno vespertino 11.1%, en turnos nocturnos 25.9% y en las jornadas acumuladas 2.6%.<sup>45</sup>

Con respecto al tipo de EA, se obtuvieron 8 tipos; en este sentido, el mayor porcentaje fue para las infecciones nosocomiales con un 29%, las caídas un 4.8% del total de los EA, los errores en medicamentos un 13.3%, los errores en la transfusión un 4.8%, en las flebitis se reportó un 10.8%, en cuanto a los errores en procedimientos se obtuvo un 3.6%, las úlceras por presión un 22.9% y por último los errores en la dieta con un 10.8%.

Estos resultados son superiores a los reportados por Gaitán y en SYREC, donde la infección nosocomial obtuvo 8.15%, errores en la transfusión un 0.35%, y son similares respecto a accesos vasculares (flebitis) 10.39%, en este mismo estudio se reportaron resultados superiores en cuanto a error en la medicación 24.58%.<sup>47,48</sup> Igualmente Parra et al, en un estudio para identificar la incidencia de algunos EA, relacionados con las acciones de enfermería, los EA que se presentaron con más frecuencia durante el seguimiento fueron: las úlceras por presión en un 52.2% y la flebitis a razón de 43.5%, éstos resultados están por encima de los reportados en el presente estudio.<sup>50</sup>

También Tomás et al, reportaron que el 25.3% de los EA estaban relacionados con el manejo de los cuidados, seguidos de los relacionados con el manejo de la medicación con 23%, los problemas relacionados con el diagnóstico (error y/o retraso) fue de 18%, mientras que los de comunicación se identificaron en un 17%.

En cuanto a evitabilidad y consecuencias; se contabilizaron 30.9% episodios poco o nada evitables frente a 69.1% que fueron evitables o muy evitables. Un total de 18% episodios no llegaron a producir ningún efecto sobre el paciente.<sup>49</sup>

En este estudio los datos indican que, de los EA registrados, el 33.70% fue sin duda evitable, el 62.70% posiblemente evitable y el 3.60% posiblemente inevitable, cifras

inferiores a lo reportado en el estudio SYREC, donde la mayoría de los incidentes se consideraron evitables (75%).<sup>5</sup>

## 5.2 Conclusiones

La presente investigación se basó en la importancia que tiene un proceso de enlace de turno de calidad, cuyos efectos impactan en la SP; lo cual es un tema de creciente relevancia para las instituciones de salud y un compromiso en la gestión del cuidado.

Los objetivos propuestos en el presente estudio fueron cumplidos; así pues, al evaluar la calidad en el proceso de enlace de turno de enfermería, los resultados demuestran un nivel de no cumplimiento en cuanto a la calidad de mismo, tampoco éste, contribuyó a la SP; dado que en éste punto se obtuvo mayor porcentaje de no cumplimiento; lo que significa que el desarrollo del proceso de enlace de turno fue rutinario y no estandarizado, son mínimas las actividades con un nivel de cumplimiento de calidad alto, sobre todo en cuanto a procedimientos y exámenes programados al paciente.

Desde el punto de vista de la calidad del enlace de turno de enfermería de los servicios de Medicina Interna y Cirugía General, no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre ambos servicios,  $p > 0.05$ .

Los resultados de la calidad en el proceso de enlace de turno evidencian que en los pacientes que presenciaron EA, no hubo calidad en su entrega recepción; en particular, en los pacientes implicados en EA ( $n=83$ ), fue menor comparada con los pacientes que no tuvieron reporte de EA, por lo tanto en la presente investigación, se comprueba que existe relación entre calidad del enlace de turno y presencia de EA en pacientes hospitalizados, en este sentido se concluye que se prueba la hipótesis: a mayor calidad del proceso de enlace de turno de enfermería menor frecuencia de EA.

Por otra parte, existe diferencia en la calidad de enlace entre los turnos; dado que se observa mayor calidad en la jornada acumulada nocturna. En relación al nivel

del personal de enfermería, en el nivel técnico se obtuvo mayor calidad. Con respecto al puesto, las enfermeras generales realizaron un proceso de enlace de turno con mayor calidad, por lo tanto se acepta la hipótesis planteada en este sentido.

- **Aportaciones**

Este estudio generó evidencia sobre el nivel de calidad del proceso de enlace de turno en enfermería, cuyos efectos se relacionan con la SP, al no comunicar información relevante que permita a las enfermeras hacer un juicio clínico pertinente de cada paciente hospitalizado; de ese modo favorecer la continuidad del cuidado y coadyuvar en la prevención de EA.

Por otro lado, fortalece la gestión del cuidado, como un aporte a la disciplina; dado que destaca la importancia de la sistematización del proceso de enlace de turno, dando pauta a la formación y capacitación de enfermería.

Asimismo, se considera un aporte importante a la práctica, ya que los hallazgos sirven como base para propiciar mejoras en la calidad del cuidado y seguridad, al identificar el nivel de calidad del enlace de turno de enfermería y comprender la importancia de su desarrollo con enfoque en SP.

Además, proporciona elementos que orientaran a los directivos para la toma de decisiones en cuanto a estandarizar el enlace de turno en las instituciones de salud y contribuir a la prevención de EA.

Los resultados no son muy alentadores, dado el alto porcentaje en nivel de no cumplimiento en el proceso de enlace de turno, sin embargo, representa una oportunidad de mejora para enfermería.

Desde la perspectiva de investigación, incrementa la producción científica con enfoque cuantitativo, con respecto al proceso de enlace de turno y SP, sumándose a la contribución de enfermería en la mejora del cuidado.

De igual forma, en el rubro de políticas de salud, apoya en las estrategias de orden internacional y nacional sobre SP, en particular de las 9 soluciones para la SP, así como para las MISP. Los resultados sugieren fortalecer las acciones para mejorar la SP, en lo que respecta al proceso de enlace de turno de enfermería.

- **Recomendaciones**

La SP es un aspecto fundamental en las instituciones de salud; por lo tanto, se recomienda, incrementar su cultura y procurar la gestión de riesgos, para contribuir en la prevención de EA; así mismo, fortalecer la comunicación efectiva en los equipos, como parte fundamental en la entrega recepción de pacientes; en este sentido es pertinente la implementación de programas de mejora continua de la calidad y SP.

Un punto importante para tomar en cuenta, es la capacitación del personal de enfermería, con relación al proceso de enlace de turno, dado que es un tema que tiene diferentes componentes; clínicos, técnicos y actitudinales; que coadyuva a la continuidad del cuidado, no sólo se trata de cumplir con una tarea laboral. Además de estandarizar dicho proceso con enfoque en SP, mediante el apoyo de herramientas prácticas y validadas, a fin de elevar la calidad y seguridad, con base en información relevante, privilegiando la atención centrada en la persona.

Por otro lado, un aspecto importante que contribuye a la calidad de los procesos, es la aplicación de auditorías, a partir de la creación de indicadores que permitan realizar evaluaciones periódicas, con miras en la mejora continua para realizar enlaces de turno exitosos.

Incorporar en los planes de estudios de facultades y escuela de enfermería, competencias profesionales sobre seguridad del paciente, comunicación y proceso de enlace de turno; puesto que la formación permitirá evitar el aprendizaje empírico, disminuir la presencia de eventos adversos, elevar la calidad de los enlaces de turno e incrementar la conciencia profesional sobre la importancia del mismo, por parte del personal de enfermería.

Por último, incrementar la investigación relacionada con el proceso de enlace de turno de enfermería, con el uso de otros diseños de estudio, dado que a nivel nacional es un tema escasamente investigado.

- **Limitaciones**

El presente estudio no está exento de limitaciones; en este sentido, puede existir la posibilidad de no incluir el 100% de las actividades que se realizan en un proceso de enlace de turno de enfermería, dado que es muy amplio, sin embargo se incluyen aquellas relacionadas con la SP y las realizadas más frecuentemente en la entrega recepción de pacientes.

En cuanto al reporte de EA, solamente se tomaron en cuenta los registrados en el sistema de registro del hospital, y existe la posibilidad de subregistro de EA, durante el tiempo del estudio.

## Bibliografía

- 1 Organización Mundial de la Salud. OMS. [Internet]. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente 2007 [Consulta 4 diciembre 2014]. Disponible en: <http://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/PatientSolutionsSpanish.pdf>
- 2 Organización Mundial de la Salud. Quality of care: patient safety. A55/13. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2002. [Internet]. [Consulta 7 sept. 2014]Disponible en: [http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/WHA55/ea5513.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ea5513.pdf)
- 3 Ministerio de Sanidad y Política Social. Estudio IBEAS prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Informe técnico. Ministerio de Sanidad y Política Social. España; 2010.
- 4 Rodríguez J. Lammy P. Fajardo G. Santacruz J. Hernández F. Incidentes de seguridad del paciente notificados por 22 hospitales Mexicanos, mediante el sistema SIRAI. Rev. Conamed. 2012; 17 (2): 52-58.
- 5 Australia Commission, Safety, and Quality in Health Care (Australia) Implementation toolkit for clinical handover improvement. Commonwealth of Australia 2011.
- 6 WA Health Clinical Handover Policy, November 2012. Perth: Department of Health, WA.
- 7 Machaczek K, Whietfield M, Kilner K, Allmark P. Doctors' and Nurses' Perceptions of Barriers to Conducting Handover in Hospitals in the Czech Republic. American Journal of Nursing Research, 2013;1 (1): 1-9.
- 8 Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Safety and Quality Improvement Guide Standard 6: Clinical Handover. In. Sydney: ACSQHC; 2012.
- 9 Nogueira MS, Mendes AC, Trevizan MA, Fávero N, Hayashida M. Entrega de Turno Análisis de Factores en la Comunicación. Horiz. Enf. 1999; 10(1):8-18.

- 10 Hays MM. The Phenomenal Shift Report: A Paradox. *Journal for Nurses in Staff Development – JNSD*. 2003; 19 (1):25-33.
- 11 Sexton A, Chan C, Elliott M, Stuart J, Jayasuriya R, Crookes P. Nursing handovers: do we really need them? *J Nurs Manag*. 2004; 12(1): 37.
- 12 Haggerty JL, Reid RJ, Freeman KG, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *Bm J* 2003; 327: 1219-1221.
- 13 Balderas PM. *Administración de los servicios de Enfermería*. 5ta. ed. México: Mc Graw Hill; 2009.
- 14 Griffin T. Bringing Change-of-Shift Report to the Bedside A Patient- and Family-Centered Approach. *J Perinat Neonat Nurs*. 2010; (4): 348–353.
- 15 World Health Organization. Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. Informe técnico definitivo. WHO: Alliance for Patient Safety; 2009.
- 16 Ley 911 de 2014. Condiciones para el ejercicio, Bogotá: Tribunal Nacional de Ética y Enfermería, Ministerio de la Protección Social; 2004.
- 17 Comisión Interinstitucional de Enfermería. Evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería: tres indicadores de aplicación hospitalaria. México. Secretaria de Salud. 2003.
- 18 Jha AK, Prasopa-Plaizier N, Larizgoitia I, Bates DW. Patient safety research: an overview of the global evidence. *Qual Saf Health Care*. 2010; 19:42-7.
- 19 Organización Mundial de la Salud. Consejo. Calidad de la atención: seguridad del paciente. Informe de la Secretaría. 109ª reunión. Diciembre 2001. (Consulta 27 sept. 2013) Disponible en: <https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/81600/1/seb1099.pdf>
- 20 Aranaz JM, Aibar C, Vitaller, J, Ruiz, P. Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Informe. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid; 2006.

- 21 Consejo de Salubridad General. Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Estándares para la certificación de hospitales. México: Secretaría de Salud; 2012. 31-38.
- 22 Academia Mexicana de Cirugía. Herramientas que apoyan los programas para la seguridad del paciente. México. [internet] [Consulta 13 de junio de 2014] Disponible en: <http://amc.org.mx/media/introduccion.pdf>.
- 23 Flemming D, Húbne U. How to improve change of shift handovers and collaborative grounding and what role do esthe electronic patient. Inter. Journ. Medic.Form.2013; 82: 580 – 592.
- 24 Donabedian A. Exploraciones en la evaluación y supervisión de la calidad. Vol. III. Conclusiones de los métodos de la supervisión y evolución de la calidad: Un análisis ilustrado.1985.
- 25 Donabedian A. Una aproximación a la evaluación de la calidad asistencial (segunda parte). Cont. Cal. Asist. 1991; 6(2): 3-39.
- 26 Ortega VC, Leija HC, Puntunet BM. Manual de Evaluación de la Calidad del Servicio de Enfermería. México: Panamericana; 2014.
- 27 Sánchez FC, Maya MC, Obregón SP. Guía Gerencia de los Servicios de Enfermería. Guías ACOFAEN. Biblioteca Las casas, 2005; 1. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0018.php>
- 28 Ley General de Salud. México: Diario Oficial de la federación (Última Reforma DOF 24-03-2014) México. [Internet]. [Consulta 1 mayo de 2014]. disponible en: [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MPSAM.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSAM.pdf)
- 29 Consejo Internacional de Enfermeras. Código Deontológico del CIE para la Profesión de Enfermería. 2012. [Consulta 2 de junio de 2014] disponible en: [www.enfermeriacanaria.com/wptfe/wp-content/uploads/Código-del-CIE-2012-web.pdf](http://www.enfermeriacanaria.com/wptfe/wp-content/uploads/Código-del-CIE-2012-web.pdf)
- 30 Comisión Permanente de enfermería. Código de ética para enfermeras y enfermaros en México. [Internet]. [Consulta 3de abril de 2014]. Disponible en: [http://www.enfermerianutricion.uaslp.mx/Documents/ID\\_6.pdf](http://www.enfermerianutricion.uaslp.mx/Documents/ID_6.pdf)
- 31 Sindicato Nacional de trabadores del ISSSTE. Compendio Laboral de reglamentos y normas de los trabajadores del ISSSTE. México: ISSSTE; 2010.

- 32 Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Profesiograma. México: ISSSTE; 2012.
- 33 Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Manual de procedimientos técnico administrativos. México: ISSSTE; 2013.
- 34 Guevara LM, Arroyo ML. El traspaso: un concepto central en Cuidados de Enfermería. *Enf. Glob.* 2015; 37: 419-34.
- 35 Aiken L, Clarke S, PhD, RN, Sloane D, Lago E, Cheney T. Effects of Hospital Care Environment on Patient Mortality and Nurse Outcomes *J Nurs Adm.* 2008; 38 (7-8): 45-51.
- 36 Lamond D. The information content of the nurse change of shift report: a comparative study *Journal of Advanced Nursing.* 2000; 31(4): 794-804.
- 37 Kalisch BJ, Landstrom G, Williams RA. Missed nursing care: Errors of omission. *Nurs Outlook.* 2009; 57 (1): 3-9.
- 38 Welsh CA, Flanagan ME, Ebright P. "Barriers and facilitators to nursing handoffs: recommendations for redesign." *Nursing outlook* 2010; 58 (3): 148-154
- 39 Matic J, Davidson P, Salamonson Y. Review: bringing patient safety to the forefront through structured computerization during clinical handover. *Journ. Clin. Nurs;* 2010: 20. 1-7.
- 40 Goldsmith D, Boomhower M, Lancaster DR, Antonelli M, Murphy MK, Benoit A. Chang F. Diques PC. Development of a Nursing Handoff Tool: A Web-Based Application to Enhance Patient Safety. *AMIA. Sym. Proc.* 2010; 2010: 256-260.
- 41 Abraham J. Kannampallil T. Patel B. Almoosa K. Patel VL. Ensuring Patient Safety in Care Transitions: An Empirical Evaluation of a Handoff Intervention Tool. *Annu AMIA Symp Proc.* 2012; 2012: 17-26
- 42 Nagpal K, Abboudi M, Fischler L, Schmidt T, Vats A, Manchanda CH. Evaluation of Postoperative Handover Using a Tool to Assess Information Transfer and Teamwork. *Ann. Surg.* 2011; 253 (4): 831-37.
- 43 Llapa RE, Oliveira CS, De França TR, De Andrade JS, \*Pontes de Aguiar CM, Pinto da Silva FJ. Mapeamento da passagem de plantão sob a ótica dos

profissionais de enfermagem. Rev. Glob. [Internet] 2013; (Consulta 4 oct. 2014); 31. P. 13. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/157441/149971>

- 44 Arora V, Johnson J, Lovinger D, Humphrey H, Meltzer D. Communication failures in patient sign-out and suggestions for improvement: a critical incident analysis. Qual Saf Health Care 2005; 14:401–407.
- 45 Ruelas BE, Tena TC, Sánchez GJ, Sarabia GO, Hernández GL, Campos CE. Eventos adversos identificables en las quejas médicas. Cir Ciruj. 2008; 76 (2): 153-160.
- 46 Pezzolesi C, Schifano F, Pickles J, Randell W, Hussain Z, Muir H, Dhillon S. Clinical handover incident reporting in one UK general hospital. International Journal for Quality in HealthCare 2010; 22 (5): 396–401.
- 47 Gaitán DH, Eslava SJ, Rodríguez MN, Forero SV, Santofimio SD, Altahona H. Incidencia y Evitabilidad de Eventos Adversos en Pacientes Hospitalizados en tres Instituciones Hospitalarias en Colombia, 2006 Rev. Sal. Pub. 2008; 10 (2):215-226.
- 48 Ministerio de Sanidad y Política Social. Incidentes y eventos adversos en medicina intensiva. Seguridad y riesgo en el enfermo crítico. SYREC 2007. Informe técnico. Madrid; 2010.
- 49 Tomás T, Chanovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo, T. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. Emergencias 2010; 22: 415-428. Parra DI, Camargo FA, Gómez RR.
- 50 Parra DI, Camargo-Figuera FA, Rey Gómez R. Eventos adversos derivados del cuidado de enfermería: flebitis, úlceras por presión y caídas. Enf. Glob. 2012; 28: 159-69.
- 51 Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 5ª. Ed. México: Mc-Graw Hill; 2010.
- 52 Secretaría de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad Comisión Interinstitucional de Enfermería. Guía técnica para la dotación de recursos humanos en enfermería. México. (Internet) [Consulta 7 de octubre de 2013]

Disponible en:  
<http://ecaths1.s3.amazonaws.com/sotogestion/guia%20dotacion%20personal.%20Mx.pdf>

- 53 Bulechek GM, Butchet HK, Dochterman JM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Ed. España: Elsevier Mosby; 2010.
- 54 Corral Y. Validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de datos. Rev. Cienc. Educ. 2009; 19(33): 228-247.
- 55 Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Internet] [Consultada 13 abril de 2014]. Disponible en:  
<http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
- 56 Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Guía técnica normativa para la administración de los servicios de enfermería. México. ISSSTE. 2000.

# Anexos

## Anexo 1. Operacionalización de las variables.

### A) Variables intervinientes:

VARIABLE / TIPO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CÓDIGOS Y VALORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Servicio/ Cualitativa.	Servicio de hospitalización que cuenta con camas censables para atender pacientes internados, proporcionar atención médica con el fin de realizar diagnósticos, aplicar tratamientos y cuidados continuos de enfermería.	Nombre del servicio de atención médica en una institución de salud.	1. Medicina Interna. 2. Cirugía general.	Nominal. =
Turno/ Cualitativa.	Parte del día en que la población ocupada realiza su actividad económica. Se consideran tres tipos de turnos: diurno, comprendido entre las 6 a.m. y las 8 p.m.; nocturno, entre las 8 p.m. y las 6 a.m. y mixto, el cual comprende parte de la jornada diurna y nocturna, siempre y cuando el tiempo nocturno no sea igual o mayor a tres horas y media.	Horario en que labora el personal de enfermería.	1. Matutino. 2. Vespertino. 3. Nocturno I. 4. Nocturno II. 5. Jornada acumulada diurna. 6. jornada acumulada nocturna.	Nominal.
Edad/ Cuantitativa.	Tiempo que ha vivido una persona a contar desde su nacimiento.	Años del profesional de enfermería.	Años cumplidos.	Intervalar.
Género/ cualitativa	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.	Profesionales de enfermería hombres o mujeres.	1. Mujer. 2. Hombre.	Nominal.

VARIABLE / TIPO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CÓDIGOS Y VALORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Antigüedad laboral/ Cuantitativa.	Tiempo durante el cual una persona ha estado trabajando de manera ininterrumpida para la misma unidad económica en su trabajo principal.	Servicio laboral reportado en años del profesional de enfermería en el servicio.	Años.	Intervalar
Nivel académico/ Cualitativa.	Máximo grado de estudios aprobado por las personas en cualquier nivel del Sistema Educativo Nacional o su equivalente en el caso de estudios en el extranjero.	Formación académica del profesional de enfermería.	1. Técnico.  2. Postécnico.  4. Licenciatura.	Nominal.
Puesto/ cualitativa.	Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña habitualmente una persona en su trabajo, empleo u oficio. A cada puesto se le podrá asignar dos o más rangos en su caso.	Nombre del puesto que el personal de enfermería tiene asignado en el nombramiento del departamento de recursos humanos de la unidad hospitalaria.	1.- Enfermera jefa de servicio. 2.-Enfermera especialista. 3.- Enfermera general.	Nominal.

VARIABLE/ TIPO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	CÓDIGOS Y VALORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Estructura: Aspectos organizativos Cualitativa.	Es la integración de elementos necesarios para realizar el proceso de enlace de turno de enfermería, consiste en el manejo de información escrita, planeación de tiempo y lugar para efectuar la entrega recepción de pacientes, así como asignación de personal.	Elaboración previa de informe escrito, estimar el lugar, el tiempo necesario para desarrollar el enlace de turno y revisión de suficiencia de personal.	Informe escrito (novedades): Es el informe que se elabora para efectuar el proceso de enlace de turno, contiene la información relevante correspondiente de cada paciente y lo utiliza durante la entrega recepción.	1.- Si 2.- No	Nominal.
Cualitativa.			Lugar de entrega recepción de pacientes: Escenario utilizado para desarrollar el proceso de enlace de turno en cuanto a la entrega recepción de pacientes.	1.- Al lado de la cama del paciente. 2.- En central de enfermeras. 3.- Sala de juntas. 4.- Mixto.	Nominal.
Cualitativa.			Índice enfermera paciente: Es el indicador de horas enfermera-paciente calculado por las instituciones de salud. Consiste en el número de pacientes asignado a cada enfermera durante su jornada de trabajo, para que brinde cuidado.	Pacientes por enfermera: 1.- 1 a 5 2.- 1 a 6 3.- 1 a 7 4.- 1 a 8 5.- 1 a 9 6.- 1 a 10	Nominal.
Cualitativa.			Duración de enlace de turno. Tiempo que transcurre desde que inicia el enlace de turno con la entrega recepción del primer paciente, hasta que finaliza la entrega recepción del último paciente.	Minutos.	Intervalar.

B) Variables principales.

VARIABLE / TIPO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	CÓDIGOS Y VALORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Calidad en el proceso de enlace de turno. Cualitativa.	Es la transferencia de la responsabilidad profesional y la rendición de cuentas, mediante la entrega recepción de algunos o todos los aspectos de la atención de un paciente o grupo de pacientes, por parte de enfermería, con carácter temporal o permanente.	Es el nivel de calidad del proceso de enlace de turno de enfermería, evaluado mediante 21 ítems contenidos en el instrumento de medición.	<p><b>Proceso - Entrega recepción de pacientes:</b></p> <p>Acción que realiza el personal de enfermería para entregar y recibir cada uno de los pacientes en el proceso de enlace de turno, utilizando la comunicación escrita y verbal, en sus tres subdimensiones:</p> <p>Seguridad del paciente: medidas adoptadas para reducir el riesgo de daño innecesario, asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, ítems del 1 al 10.</p> <p>Intervenciones de enfermería: Todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional, para favorecer el resultado esperado del paciente, incluyen cuidados directos e indirectos, dirigidos a la persona, la familia o la comunidad; como tratamientos puestos en marcha por enfermeras, médicos y otros proveedores del cuidado, ítems del 11 al 19.</p> <p>Procedimiento y exámenes programados: Son los procedimientos y exámenes diagnóstico terapéuticos que el paciente tiene indicados y se requiere de la intervención del equipo de enfermería para efectuarse en tiempo y forma, ítems 20 y 21.</p>	<p>El que aparezca.</p> <p>Nivel de cumplimiento alto: 90 a 100 %.</p> <p>Nivel de cumplimiento medio: 80 a 89%</p> <p>Nivel de cumplimiento bajo: 66 a 79%</p> <p>Nivel de no cumplimiento: Igual o menor a 65 %.</p>	Intervalar

VARIABLE/ TIPO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	CÓDIGOS Y VALORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Variable: eventos adversos.	Incidente que produce daño al paciente.	Incidencia inesperada en la que se produce la muerte o una lesión física o psíquica grave, o existe riesgo de que se produzca. Las lesiones graves incluyen específicamente la pérdida de una extremidad o una función.	Evaluado mediante los reportes de EA del sistema de notificación del hospital: es la estrategia que permite la recolección de datos sobre EA producidos en el ámbito sanitario, a través de búsqueda intencionada o reporte voluntario, mediante cédula específica.	1. Con evento adverso.  2. Sin evento adverso.	Nominal.
Cualitativa.				1.- Medicina interna.	Nominal.
Cualitativa.			Servicio: el registrado en la cédula de reporte EA.	2. Cirugía General.	
			Turno: el que se registró en el reporte EA.	1. Matutino.	
				2. Vespertino.	
				3. Nocturno I.	
				4. Nocturno II.	
				5. Jornada acumulada diurna.	Nominal.
				6. jornada acumulada nocturna.	

VARIABLE/ TIPO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	CÓDIGOS Y VALORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Cualitativa.			Estado de consciencia: estado de consciencia del paciente registrado en la cédula de EA.	1. Alerta. 2. Somnoliento. 3. Soporoso. 4. Estuporoso, 5. Coma.	Nominal.
Cualitativa.			Tipo de evento adverso: EA reportado en la cédula de sistema, bajo la clasificación del hospital.	El que aparezca.	Nominal.
Cualitativa.			Resultado para el paciente: son las repercusiones total o parcialmente atribuibles a un incidente.  Sin daño para el paciente: el resultado no es sintomático o no se detectan síntomas y no hace falta tratamiento:  Con daño para el paciente: cuando se ha producido un daño, el grado del daño es la gravedad, la duración y las repercusiones terapéuticas del daño derivado de un incidente.	1. Con daño. 2. Sin daño.	Nominal.

VARIABLE/ TIPO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	CÓDIGOS Y VALORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Cualitativa.			Factores contribuyentes: circunstancia, acción o influencia que se considera que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente o que ha aumentado el riesgo de que se produzca un incidente.	1.- Recursos humanos. 2. Sistema.	Nominal.
Cualitativa.			Evento prevenible: significa aceptado generalmente como evitable en las circunstancias particulares del caso. Para determinar que el EA fue prevenible se tuvo en cuenta la valoración del observador.	1. Sin duda. 2. Evitable. 3. Posiblemente evitable. 4. Posiblemente inevitable.	Nominal.
Cualitativa.			Modo de reporte: modo como se generó el reporte; por medio del sistema: búsqueda intencionada o reporte voluntario: por personal involucrado en el EA.	1. Sistema (búsqueda intencionada). 2. Reporte voluntario.	Nominal.

## **Anexo 2. Formato de oficio para solicitud de validación de instrumento de medición.**



Asunto: validación de instrumento de medición por experto.

Fecha:

C. Mtra.

PRESENTE.

Por este medio, nos dirigimos a usted, con la finalidad de solicitarle su valiosa colaboración como experto, para la validación del instrumento de medición: “enlace de turno de Enfermería”, el cual es fundamental para el desarrollo de la tesis “Calidad en el proceso de enlace de turno de Enfermería y su relación con la presencia de eventos adversos”, bajo la dirección de la maestra Mtra. Rosa Amarilis Zarate Grajales, Coordinadora de Investigación ENEO-UNAM. Responsable del Centro Colaborador OMS/OPS, México D.F. 55730698 ext. 281 o 289.

La ronda de expertos para el proceso de validación, está conformada por profesionales que como usted, cuentan con capacidad y experiencia Institucional, tanto en el área operativa, como de gestión e investigación.

Mucho agradeceríamos su evaluación respecto a contenido del instrumento: pertinencia de las dimensiones e ítems, redacción, observaciones y sugerencias que usted considere respecto a la propuesta. Se anexa: título de la investigación, objetivo general y objetivos específicos, una copia del instrumento y una copia de la matriz de validación.

Sin otro particular, se aprovecha la ocasión para enviarle un cordial saludo.

**ATENTAMENTE**

MTRA. ROSA AMARILIS ZARATE GRAJALES

LIC. ENF. ANA MARIA DE JESUS YAÑEZ CORRAL

Directora de tesis

Alumna del Programa de Maestría en Enfermería,  
convenio UNAM - UAS

### **Anexo 3. Formato para solicitud de autorización de aplicación de instrumento de medición.**



**Culiacán, Sinaloa. Fecha:**

DIRECTOR DEL HOSPITAL  
PRESENTE.

AT'N: Coord. De enseñanza e investigación.

..

Por medio del presente le envío un cordial saludo y a la vez le informo que soy estudiante de la 12<sup>a</sup> Generación del Programa de Maestría en Enfermería de la UNAM, con sede externa en ésta ciudad de Culiacán, Sinaloa, dentro de los objetivos educativos, está la realización de la tesis para la acreditación y titulación, motivo por el cual solicito tenga a bien autorizar la realización del estudio (aplicación de instrumento), el cual cuenta con registro (373.2014) el comité Nacional y local de investigación.

Consiste en la observación directa del proceso de enlace de turno de enfermería en los 6 turnos, en los servicios de Medicina Interna y Cirugía General, durante el mes de febrero de 2015, como parte fundamental de la investigación titulada: "Calidad en el proceso de enlace de turno de Enfermería y su relación con la presencia de eventos adversos", bajo la dirección de la Mtra. Rosa Amarilis Zarate Grajales, Coordinadora de Investigación ENEO-UNAM. Responsable del Centro Colaborador OMS/OPS, México D.F. 55730698 ext. 281 o 289. Cabe mencionar que los resultados obtenidos son con fines de investigación y serán tratados con confidencialidad y bajo el consentimiento informado de las enfermeras que realizan en enlace de turno.

Anexo resumen de la tesis y copia de instrumento de medición.

Agradezco la atención prestada a la presente, en espera de una respuesta favorable,

**A T E N T A M E N T E**

---

Lic. Enf. Ana María de Jesús Yáñez Corral.

Alumna del Programa de Maestría en Enfermería. UNAM. Núm. 404504351

C.c.p. Subdirector Médico.

C.c.p. Coordinación de enfermería.

## Anexo 4. Formato de carta de consentimiento informado.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

Programa de Maestría en Enfermería

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Culiacán, Sinaloa. Fecha: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_

Yo: \_\_\_\_\_ Acepto participar en el proyecto de investigación titulado: Calidad en el proceso de enlace de turno de Enfermería y su relación con la presencia de eventos adversos. Registrado ante el comité local y Nacional de investigación con el número: 373-2014. La investigación se enfoca a conocer el método que actualmente utiliza el personal de Enfermería en el enlace de turno, cuyo objetivo es: identificar la relación entre la calidad del proceso de enlace de turno de enfermería y la presencia de eventos adversos en pacientes hospitalizados, en una unidad médica de tercer nivel de atención del sector público en Culiacán, Sinaloa. Investigador responsable: Lic. Enf. Ana María de Jesús Yáñez Corral.

Admito que se me ha explicado que mi participación consistirá en: permitir observar el procedimiento de enlace de turno que realizo, a fin de identificar oportunidades de mejora del mismo y contribuir a la seguridad del paciente. Declaro que se me ha informado claramente que mi participación no influirá de ninguna forma en evaluación al desempeño. Así mismo, que es anónima y voluntaria. Sin afectar de ninguna forma mi trayectoria en la Institución. El procedimiento no es de riesgo para mi salud ni para los pacientes o algún otro personal.

Firmas de conformidad:

Nombre de la Enfermera	Firma	Fecha
Nombre de testigo	Firma	Fecha
Nombre de la responsable de la investigación	Firma	Fecha

## **Anexo 5.**

### **1. INDICADOR: ENLACE DE TURNO DE ENFERMERÍA**

#### **1.1 Definición del indicador**

El indicador de proceso de enlace de turno de enfermería, es un instrumento con especificación cuantitativa, que permite evaluar la calidad de dicho proceso, con base en la seguridad del paciente, realizado en todos los turnos y servicios de hospitalización, donde el personal de enfermería saliente y entrante interactúan, utilizando la información relevante relacionada con las funciones asistenciales y administrativas propias del servicio, de manera que facilite la planeación para la continuidad del cuidado.

#### **1.2 Objetivo**

Evaluar el nivel de calidad del proceso de enlace de turno de enfermería en los diferentes turnos de los servicios de hospitalización.

- Introducción

El personal de enfermería tiene la responsabilidad profesional y ética de planear, organizar, dirigir, evaluar y mejorar la calidad de los cuidados otorgados, a fin de contribuir en la atención segura y oportuna como producto de una gestión del cuidado eficiente; en este sentido, mediante la evaluación se puede identificar el cumplimiento de procesos o procedimientos, de tal forma que permite describir el nivel de calidad en los mismos, para ello es necesaria la construcción de indicadores, bajo esta perspectiva se ha creado el indicador de proceso de enlace de turno de enfermería; el cual consiste en la transferencia de pacientes entre las

enfermeras en el cambio de turno, es un proceso importante en la práctica clínica de enfermería, permite intercambiar información necesaria para garantizar la continuidad de la atención, en el caso de la enfermera entrante tiene la oportunidad de visualizar al paciente y si es conveniente hacerle preguntas.<sup>1</sup>

Dada la importancia de este proceso, se requiere unificar criterios para guiar al personal de enfermería, a fin de realizar un enlace de turno de calidad, orientado en la seguridad del paciente, intervenciones de enfermería planeadas, así como los procedimientos programados, mediante la comunicación verbal y escrita.

### **1.3 Marco legal**

La Organización Mundial de la Salud y la Joint Comisión Internacional, formularon las 9 soluciones para la seguridad del paciente, dentro de sus contenidos está la comunicación durante el traspaso, basado en la premisa de que una entrega recepción de pacientes pobre, puede ser la causa de eventos adversos.<sup>2</sup>

Por otro lado, la Ley General de Salud Mexicana, contempla dentro de los objetivos del Sistema Nacional de Salud; proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud.

Asimismo, en el Artículo 51 de ésta misma Ley, indica que los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.<sup>3</sup>

En relación a la responsabilidad ética del personal de enfermería el Código de Ética de Enfermeras y Enfermeros de México, señala que los profesionales de enfermería tienen la responsabilidad con los pacientes de otorgar cuidados con calidad y libre de riesgo: “proteger su integridad, ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud”,<sup>4</sup> comunicar los riesgos cuando existan y los límites que tiene el secreto profesional ante circunstancias que impliquen mala intención o daño a terceros, fomentar en las personas una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga y proteja a la persona.<sup>3</sup>

En cuanto a la responsabilidad laboral, en las Condiciones Generales de Trabajo vigentes aplicables en el hospital, señala como deber del personal de salud: desempeñar sus funciones con calidad, así como mantener un alto nivel de productividad;<sup>5</sup> del mismo modo, el profesiograma para personal de salud, señala que es deber, administrar los servicios de enfermería y participar en el enlace de turno.<sup>6</sup>

## **1.4 Operacionalización del indicador**

### **1.4.1 Enlace de turno de enfermería**

#### **1.4.1.2 Definición**

Es la transferencia de la responsabilidad profesional y la rendición de cuentas, mediante la entrega recepción de algunos o todos los aspectos de la atención de un paciente o grupo de pacientes, por parte de enfermería, con carácter temporal o permanente.<sup>7</sup>

#### 1.4.2 Propósito

Estandarizar el proceso de enlace de turno de enfermería en los servicios de hospitalización.

#### 1.4.3 Objetivo

Implementar el proceso de enlace de turno de enfermería con enfoque en la seguridad del paciente, en los servicios de hospitalización.

#### 1.4.4 Objetivos específicos

1. Realizar entrega recepción de pacientes bajo criterios unificados en los servicios de hospitalización.
2. Garantizar la continuidad de la atención de los pacientes.
3. Coadyuvar en la prevención eventos adversos derivados de la atención a los pacientes hospitalizados.
4. Controlar el equipo electro médico, medicamentos y material de consumo de los servicios.

5. Mantener documentados los registros de la información correspondiente al enlace de turno de enfermería, para fines legales, administrativos o de investigación.

#### 1.4.5 Normas y/o políticas:

1. Cumplir puntualmente con el enlace de turno de enfermería de acuerdo a los siguientes horarios:

- Turno matutino: 07:00 hrs.
- Turno vespertino: 14:00 hrs.
- Turno Nocturno: 20:30 hrs.
- Jornada Diurna: 07:30 hrs.
- Jornada Nocturna: 19:30 hrs.

2. La información proporcionada para el enlace de turno debe ser breve, precisa, clara y ordenada.

3. La entrega se hará en forma de ronda; paciente por paciente, al lado de la cama.

4. Mencionar información correspondiente teniendo en cuenta la individualidad del paciente y los aspectos éticos.

5. Los diagnósticos de mal pronóstico se mencionan con siglas o abreviados y de manera confidencial.

6. La entrega verbal siempre debe de respaldarse con la información escrita en la libreta de novedades, al final de informe se debe incluir el nombre de cada integrante del equipo que laboró durante la jornada, además de firmarlo por parte de quien realiza dicho informe.

7. El informe (novedades) de cambio de turno de enfermería se elabora con pluma de color de acuerdo al turno.

Color de tinta por turno:

Turno matutino azul.

Turno vespertino verde.

Turno nocturno roja.

Jornada acumulada diurna y nocturna negra.

8. La enfermera que entrega turno verificará la limpieza y el orden del servicio, previo a la entrega del turno.

9. El enlace de turno deberá llevarse bajo un clima de respeto a la dignidad de las personas, tanto de los pacientes y familiares, como personal de enfermería que participa en el proceso.

10. Todo el personal de enfermería del turno entrante y saliente debe participar en las actividades previamente asignadas y deberá permanecer en el servicio durante el proceso de enlace de turno.

1.4.6 Material y equipo:

Indicaciones médicas.

Kardex.

Registros de enfermería.

Libreta de novedades del servicio (libro con hojas foliadas donde se registran los datos de la entrega de cada paciente) o formato.

Libreta para recepción de turno.

Bitácora de entrega de carro rojo, medicamento, equipo y material.

Plumas con tinta de color de acuerdo al turno.

#### 1.4.7 Descripción del procedimiento:

Con base en el documento normativo institucional y experiencia profesional, para el proceso de enlace de turno se consideran las siguientes actividades: El procedimiento contempla: enfermera(o) 1 que entrega el turno y a la enfermera(o) 2 que lo recibe.

- Preparación:

El personal de enfermería que entrega turno deberá de:

Elaborar el informe de cada paciente, con la siguiente información: servicio, turno y fecha como datos generales del servicio.

- Datos del paciente:

Número de cama.

Nombre del paciente.

Diagnóstico médico.

Tipo de dieta o ayuno.

Soluciones parenterales.

Aspectos de seguridad del paciente.

Intervenciones de enfermería programadas para el paciente.

Estudios y procedimientos pendientes del paciente.

Hechos relevantes ocurridos al paciente durante el turno.

Total de camas desocupadas.

Otros pendientes del servicio.

Firmar con el nombre y registrar al equipo del turno.

El personal de enfermería que recibe el turno deberá de:

- Presentarse puntual al servicio.
- Realizar lavado de manos.
- Preparar libreta y pluma para anotaciones.
- Verificar la información que confiere la enfermera(o) 1.
- Etapa de entrega de pacientes:

Enfermera 1 y 2:

- Realizan entrega recepción paciente por paciente, al lado de la cama, con base en la información registrada en el informe.

Enfermera 2:

- Saluda al paciente y acompañante, a la vez revisa el estado de conciencia del paciente.

Enfermera 1:

- Identifica al paciente por su nombre al momento de referirse a él para su entrega recepción.

- Informa el Dx. médico del paciente, de acuerdo con el expediente clínico.

- Informa sobre tipo de dieta o ayuno del paciente según indicación en expediente clínico.

- Informa el tipo de solución instalada al paciente: fecha de instalación, vía, permeabilidad y cantidad de la misma.

• Enfermera 2:

- Revisa dispositivos de identificación: brazaletes en miembro superior y tarjeta en cabecera.

- Revisa soluciones parenterales instaladas al paciente: identificación, fecha de instalación, tipo de catéter, vía, permeabilidad y cantidad correcta.

- Revisa que los accesos vasculares del paciente estén libres de flebitis.

- Revisa funcionamiento de aparatos electromédicos de diagnóstico/tratamiento instalados al paciente: bombas de infusión, monitores, marcapasos ventiladores, aspiradores, etc.

• Enfermera 1:

- Informa nivel de riesgo de úlcera por presión.

- Informa nivel de riesgo de caída del paciente.
- Informa sobre manejo oxigenoterapia.
- Informa sobre manejo de eliminación urinaria: por sonda vesical (fecha de instalación y estado de drenaje).
- Informa sobre manejo eliminación gastrointestinal (sonda, náuseas, vómito, diarrea, estreñimiento).
- Informa sobre cuidado de heridas y estomas (características: sangrado, datos de infección, curación etc.).
- Informa sobre cuidado de drenajes: características de secreción.
- Informa sobre valoración del dolor cuidados y tratamiento.
- Informa sobre control de glucosa.
- Informa sobre control de líquidos.
- Informa sobre control de signos vitales con horario.
- Informa sobre cada uno de los procedimientos programados del paciente: tipo de procedimiento y horario.
- Informa sobre estudios de Laboratorio y de Radiología e imagen pendientes del paciente: tipo, fecha y hora.
- Reporta situaciones relevantes de cada paciente.

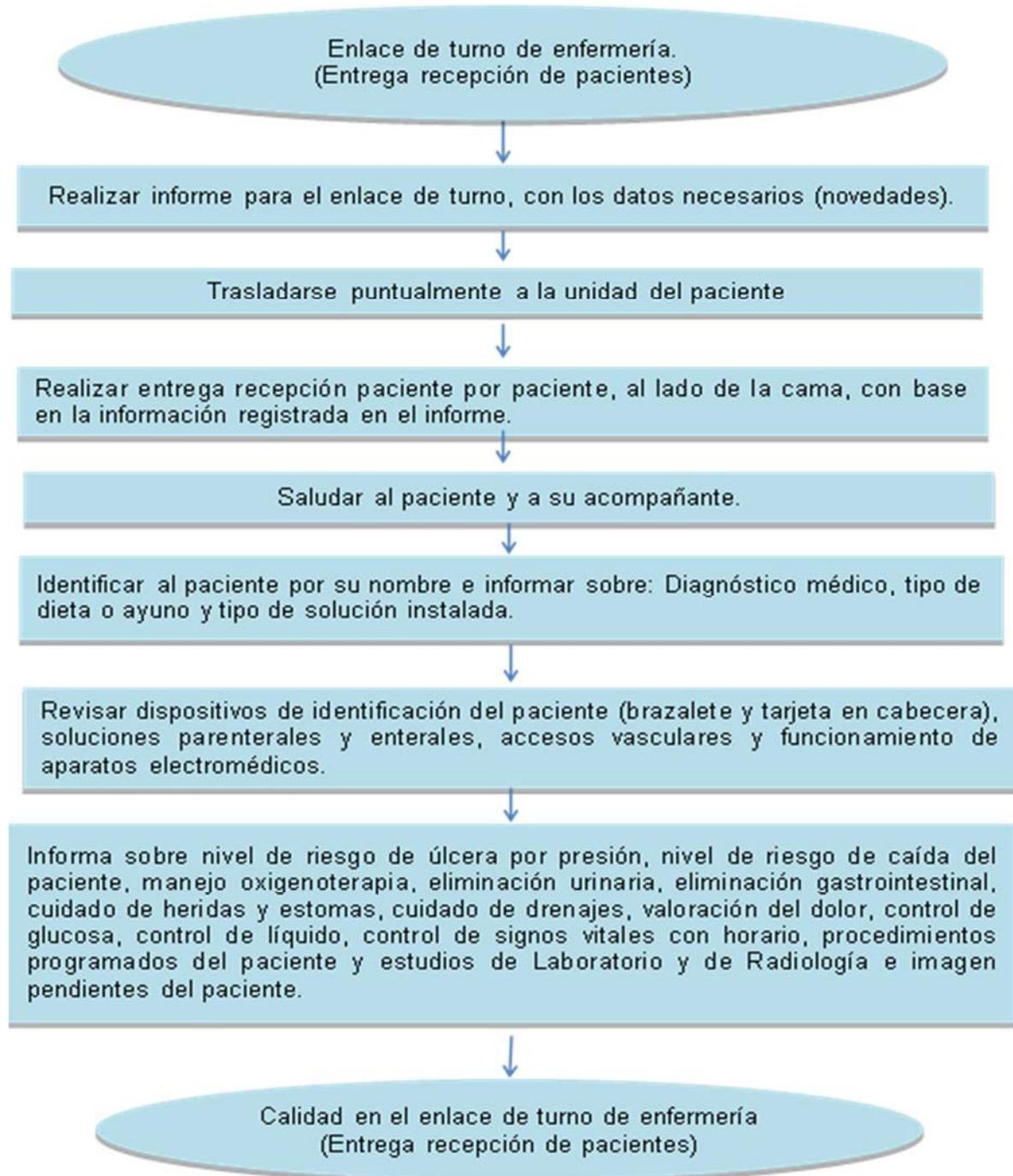
#### Enfermera 2:

- Registrar información relevante de los pacientes y verifica orden y limpieza de la unidad.
- En relación al servicio, al término de la entrega recepción de pacientes, Enfermera 1 y 2 verifican:
- Entrega recepción de carro rojo.

- Entrega de medicamento controlado.
- Entrega recepción de equipo y material.

## Figura 1. Flujoograma

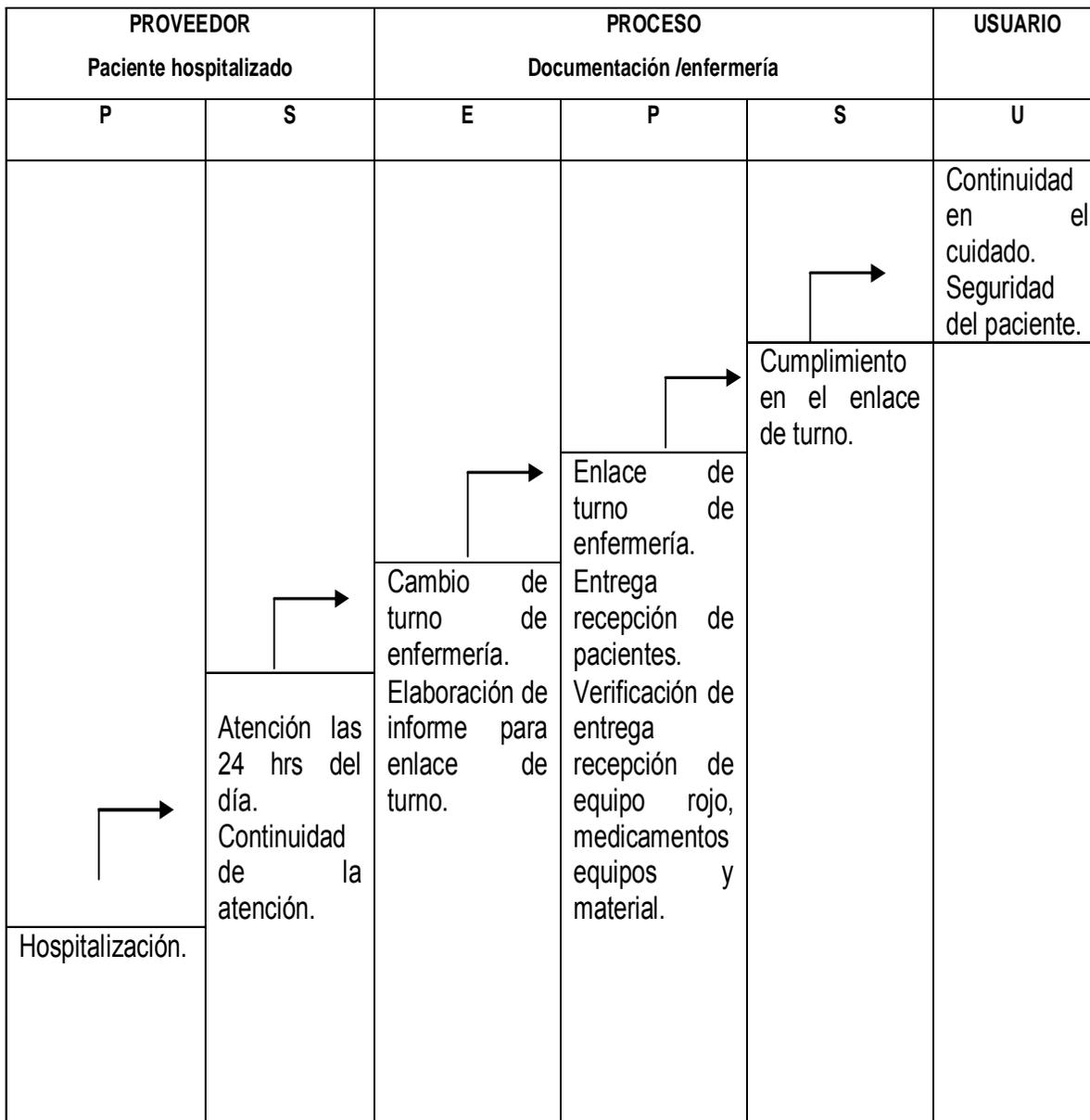
Es una guía, lógicamente ordenada, que permite identificar las actividades críticas del enlace de turno de enfermería en los servicios de hospitalización.



**Fuente:** Adaptado de Ortega VC, Leija HC, Puntunet BM. Manual de Evaluación de la Calidad del Servicio de Enfermería. México: Panamericana; 2014.<sup>8</sup>

### Cuadro 1. Diagrama PEPSU

Es el mapa general que sistematiza el proceso de enlace de turno de enfermería, permite identificar las etapas que conforman dicho proceso, incluye proveedor, proceso y usuario.



**Fuente:** Adaptado de Ortega VC, Leija HC, Puntunet BM. Manual de Evaluación de la Calidad del Servicio de Enfermería. México: Panamericana; 2014.<sup>8</sup>

## Cuadro 2. Descripción del indicador

<b>Nombre del indicador:</b> enlace de turno de enfermería.	
<b>Objetivo del indicador:</b> Determinar el nivel de calidad de enlace de turno de enfermería, con base al nivel de cumplimiento.	
<b>Fórmula del indicador:</b> <u>Valor alcanzado en las actividades realizadas en el enlace de turno de enfermería X 100</u> Valor total esperado por el número de casos observados.	
<b>Estándar del indicador:</b> Valores: No cumple: = 0. Cumple: =1. No aplica: =2. Nivel de calidad: Nivel de cumplimiento alto: 90 a 100 %. Nivel de cumplimiento medio: 80 a 89%. Nivel de cumplimiento bajo: 66 a 79%. Nivel de no cumplimiento: Igual o menor a 65 %.	<b>Fuente de datos:</b>  Guía de observación y expediente del paciente.
<b>Origen del indicador:</b> Organización Mundial de la Salud [internet]. Comunicación durante el traslado de pacientes: 2007. Manual de procedimientos de enfermería.	
<b>Descripción de términos:</b> <b>Entrega recepción de pacientes:</b> Acción que realiza el personal de enfermería para entregar y recibir cada uno de los pacientes en el proceso de enlace de turno, utilizando la comunicación escrita y verbal, para informar aspectos de seguridad del paciente, intervenciones de enfermería y procedimiento y exámenes programados. <b>Informe escrito (novedades):</b> Es el informe que se elabora para efectuar el proceso de enlace de turno, contiene la información relevante correspondiente de cada paciente y lo utiliza durante la entrega recepción. <b>Continuidad de la atención:</b> representa el cuidado brindado por distintos proveedores de salud en forma coordinada, con un objetivo y un plan en común, a través de un periodo de tiempo. <sup>8</sup>	<b>Presentación de resultados:</b>  Gráficas y cuadros.
<b>Periodicidad de medición:</b> Mensual.	
<b>Responsables:</b> Jefes y subjefes de enfermeras, jefes de servicio.	

**Fuente:** Adaptado de Ortega VC, Leija HC, Puntunet BM. Manual de Evaluación de la Calidad del Servicio de Enfermería. México: Panamericana; 2014.<sup>8</sup>

## 1.5 Metodología

El indicador enlace de turno de enfermería fue monitoreado mediante un estudio descriptivo, observacional, prospectivo y longitudinal.

El universo de estudio corresponde a los enlaces de turno que realiza el personal de enfermería, en los diferentes turnos de los servicios de hospitalización; se utiliza un muestreo probabilístico, en el cual se determina el número de enlaces de turno a observar.

La recolección de datos se llevó a cabo mediante un instrumento elaborado específicamente para este fin, el cual fue validado para evaluar el proceso de enlace de turno (anexo 6), la metodología de validación se encuentra descrita en el apartado de confiabilidad y validez de la tesis.

El nivel de calidad del proceso de enlace de turno de enfermería, se determinó mediante el cumplimiento de las actividades, una vez tabulados y procesados los datos, se sumaron los puntajes obtenidos de los ítems evaluados como cumplidos y éstos fueron divididos entre el total de ítems por subdimensión, bajo la siguiente clasificación del nivel de calidad del enlace de turno, con las categorías: nivel de cumplimiento alto (90-100%), medio (80-89%), bajo (66-79%) y no cumplimiento ( $\leq 65\%$ ).

Para el análisis de resultados se aplicó estadística descriptiva con el fin de obtener el nivel de calidad global que representa el estándar alcanzado; una vez determinado dicho estándar.

## **1.6 Instrumento de medición**

El instrumento de medición para evaluar la calidad del proceso de enlace de turno de enfermería; fue diseñado por Yáñez y Zárate en 2014, previa elaboración de indicador, con base en la metodología del Manual de Evaluación de la Calidad del Servicio de Enfermería.<sup>9</sup>

### **• Descripción**

El instrumento, consta de cuatro apartados y aplicado bajo las siguientes instrucciones:

La enfermera que aplica el instrumento deberá presentarse 15 minutos antes de la hora estipulada en el hospital para realizar el proceso de enlace de turno.

Se aplicará al momento de la entrega recepción de cada uno de los pacientes y servicio.

Deberá ser llenado con bolígrafo de tinta color azul.

Los datos sociodemográficos se seleccionará con un X o se añadirá el dato, según sea el caso.

- Todos los ítems deben ser contestados.
- El primer dato a registrar es la fecha de observación; registro del día, mes y año en que se aplica la guía de observación.

### **PRIMER APARTADO**

#### **Datos sociodemográficos:**

- Servicio: nombre de área de especialidad.

- Edad: años cumplidos del personal de enfermería.
- Turno: horario en que labora el personal de enfermería y puede ser: matutino, vespertino, nocturno I, nocturno II, jornada acumulada diurna y jornada acumulada nocturna.
- Género: profesionales de enfermería mujer u hombre.
- Antigüedad laboral: servicio laboral reportado en años del profesional de enfermería.
- Nivel académico: formación académica del profesional de enfermería y puede ser: Técnico, Posttécnico o Licenciatura.
- Puesto: nombre de la plaza o puesto que el personal de enfermería tiene asignado en el nombramiento del departamento de recursos humanos de la unidad hospitalaria y puede ser:
  - 1.- Enfermera jefa de servicio.
  - 2.- Enfermera especialista.
  - 3.- Enfermera general.

## **SEGUNDO APARTADO**

### **Estructura: aspectos organizativos.**

1. Elaboración de informe para enlace de turno (novedades): Se registra Si: cuando la enfermera haya elaborado informe previo al enlace de turno con la información correspondiente de cada paciente y lo utilice para la entrega recepción de pacientes. Se registra No: cuando la enfermera utilice otro documento o ninguno para la entrega recepción de pacientes.

2. Lugar de entrega recepción de pacientes:

Registrar el escenario utilizado para desarrollar el proceso de enlace de turno en cuanto a la entrega recepción de pacientes y puede ser:

- 1.- Al lado de la cama.
  - 2.- En central de enfermeras.
  - 3.- Sala de juntas.
  - 4.- Mixto: más de uno de los anteriores (especificar).
3. Índice enfermera paciente: registrar el número de pacientes asignado por enfermera en el turno saliente.

Puede ser:

- 1.- 1 a 5
- 2.- 1 a 6
- 3.- 1 a 7
- 4.- 1 a 8
- 5.- 1 a 9
- 6.- 1 a 10.

4. Tiempo de duración de enlace de turno: tiempo que transcurre desde que inicia el proceso de enlace de turno a su final. Inicio de enlace de turno: registro de la hora que da inicio el enlace de turno enfermería. Término de enlace de turno: registro de la hora que finaliza el enlace de turno.

### **TERCER APARTADO**

Proceso: entrega recepción de pacientes:

Este apartado cuenta con 21 ítems observados por la enfermera verificadora, y asigna puntuación de la manera siguiente: 0 no cumple, 1 cumple, 2 no aplica, en las siguientes subdimensiones:

### Seguridad del paciente:

- Ítem 1: Identifica al paciente por su nombre cuando se refiere al él para transmitir la información inherente al mismo.
- Ítem 2: Informa el diagnóstico médico del paciente de acuerdo al expediente clínico.
- Ítem 3: informa sobre tipo de dieta o ayuno que el paciente tiene indicado.
- Ítem 4: Informa el tipo de solución instalada al paciente: fecha de instalación, vía, permeabilidad y cantidad de la misma.
- Ítem 5: Revisa dispositivos de identificación: brazaletes en miembro superior y tarjeta en cabecera.
- Ítem 6: Revisa soluciones parenterales instaladas; tipo de catéter, vía, permeabilidad, identificación y cantidad correcta.
- Ítem 7: Revisa que los accesos vasculares del paciente estén libres de flebitis.
- Ítem 8: Revisa funcionamiento de aparatos electromédicos de diagnóstico y /o tratamiento instalados al paciente (bombas de infusión, monitores, marcapasos ventiladores, aspiradores, etc.).
- Ítem 9: Informa nivel de riesgo de úlcera por presión.
- Ítem 10: Informa nivel de riesgo de caída del paciente.

### Intervenciones de enfermería:

- Ítem 11: Informa sobre manejo oxigenoterapia por cualquier medio.
- Ítem 12: Informa sobre manejo de eliminación urinaria (sonda vesical, incontinencia, disuria, anuria y poliuria).
- Ítem 13: Informa sobre manejo de eliminación gastrointestinal (náuseas, vómito, diarrea, estreñimiento y presencia de sondas).
- Ítem 14: Informa sobre cuidado de heridas y estomas (curación de herida, sangrado y datos de infección).
- Ítem 15: Informa sobre cuidado de drenajes (sondas, penrose, etc.).

- Ítem 16: Informa sobre valoración del dolor (cuidados y tratamiento aplicado en el turno).
- Ítem 17: Informa sobre control de glucosa (esquema de seguimiento de nivel de glucosa con horario).
- Ítem 18: Informa sobre control de líquidos.
- Ítem 19: Informa sobre control de signos vitales con horario.

#### Procedimiento y exámenes programados:

- Ítem 20: Informa sobre procedimientos pendientes del paciente (tanto médicos como de enfermería, puede ser: nebulizaciones, lavado bronquial, irrigaciones, toma de presión venosa central, enemas evacuantes, diálisis peritoneal, hemodiálisis, aféresis, transfusión de hemoderivados, sujeción física, medidas de seguridad [aislamiento], punciones etc.). Se cuantifican todos los procedimientos indicados al paciente pendientes para efectuarse en el próximo turno; en caso de omisión su información en la entrega, de uno o más, se califica como no cumple.
- Ítem 21: Informa sobre estudios de Laboratorio y Rx e imagen pendientes del paciente (tipo, fecha y hora).

#### **CUARTO APARTADO**

Observaciones: registro de hechos relevantes durante la guardia (descripción de eventualidades del paciente ocurridas durante el turno saliente).



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

Anexo 6. Instrumento de medición: enlace de turno de enfermería

Seleccione con una X o añada el dato, según sea el caso. Fecha de observación: \_\_\_\_\_ Folio: \_\_\_\_\_

I.- DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS																			
SERVICIO:		TURNO: Matutino		Vespertino		Nocturno I		Nocturno II		Jornada acum. diurna		Jornada acum. nocturna							
DATOS DE LA ENFERMERA QUE ENTREGA EL TURNO (1)		GÉNERO:	F	M	Edad:	Antigüedad:	Nivel académico:		Técnico	Posttécnico	Licenciatura								
		PUESTO: Enfermera jefa de servicio				Enfermera especialista (con posttécnico)				Enfermera General									
DATOS DE LA ENFERMERA QUE RECIBE EL TURNO (2)		GÉNERO:	F	M	Edad:	Antigüedad:	Nivel académico:		Técnico	Posttécnico	Licenciatura								
		PUESTO: Enfermera jefa de servicio				Enfermera especialista (con posttécnico)				Enfermera General									
II.- ASPECTOS ORGANIZATIVOS																			
ELABORA INFORME PARA ENLACE DE TURNO		Si:		No:															
LUGAR DEL ENLACE DE TURNO:		Al lado de la cama del paciente			Sala de juntas			Central de enfermeras			Mixto	Especificar:							
ÍNDICE ENFERMERA / PACIENTE:		Enfermera:		Pacientes:															
DURACIÓN DEL ENLACE DE TURNO:		Hora de inicio:		Hora de término:		Duración:													
Asignar el número correspondiente		No cumple = 0	Cumple = 1	No aplica = 2															
III.- ENTREGA RECEPCIÓN DE PACIENTES																			
PACIENTES / NÚMERO DE CAMA																			
Núm.	ÍTEM S	ENF														N/C	C	N/A	TOTAL
1	Identifica al paciente por su nombre.	1																	
2	Informa el Dx médico del paciente.	1																	
3	Informa sobre tipo de dieta o ayuno del paciente.	1																	
4	Informa el tipo de solución instalada al paciente.	1																	
5	Revisa dispositivos de identificación.	2																	
6	Revisa soluciones parenterales instaladas.	2																	



## Bibliografía

1. Maxson PM, Derby KM, Wroblewski DM, Foss DM. Bedside nurse-to-nurse handoff promotes patient safety. *Med. surg.* 2012; 12 (3): 140-145.
2. Organización Mundial de la Salud. "Nueve soluciones para la seguridad del paciente" [internet] [acceso 4 de diciembre de 2013] Disponible en: <http://www.who.int/es/>
3. Ley General de Salud. México: Diario Oficial de la federación [Última Reforma DOF 24-03-2014] [Acceso 1 mayo de 2014]. Disponible en: [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MPSAM.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSAM.pdf)
4. Comisión Permanente de enfermería. Código de ética para enfermeras y enfermeros en México. [En línea]. [Acceso 3 sep. 2014]. Disponible en: [http://www.enfermerianutricion.uaslp.mx/Documents/ID\\_6.pdf](http://www.enfermerianutricion.uaslp.mx/Documents/ID_6.pdf)
5. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Profesiograma. México; 2012.
6. Australia Commission, Safety, and Quality in Health Care (Australia) Implementation toolkit for clinical handover improvement. Commonwealth of Australia 2011.
7. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman KG, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *Bm J* 2003; 327: 1219-1221.
8. Ortega VC, Leija HC, Puntunet BM. Manual de Evaluación de la Calidad del Servicio de Enfermería. México: Panamericana; 2014.