



**Universidad Autónoma del Estado de México**  
Centro Universitario UAEM Valle de Chalco

**“Calidad del proceso de enlace de turno de Enfermería en servicios de hospitalización en un hospital de tercer nivel. Marzo 2021”**

**TRABAJO TERMINAL DE GRADO**  
**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE**  
**MAESTRA EN ENFERMERÍA; GESTIÓN EN ENFERMERÍA**  
**P R E S E N T A**

**Claudia Guadalupe Guerra Vidal**

**Director: Dr. en C. S. Rafael Antonio Estévez Ramos.**

**Codirector: Dr. en C. S. Ihosvany Basset Machado.**

**Tutor Mtro. Adolfo Sánchez González.**



**Valle de Chalco Solidaridad, México. Septiembre 2022**



**Universidad Autónoma del Estado de México**  
Centro Universitario UAEM Valle de Chalco

**Calidad del proceso de enlace de turno de Enfermería en servicios de hospitalización en un hospital de tercer nivel. Marzo 2021**



## Índice

Autorización para empastar

Respuesta

Dedicatoria

Agradecimientos

I.	Introducción.....	8
II.	Estado del Arte.....	10
	Capítulo 1. Calidad.....	10
	Capítulo 2. Proceso de enlace de turno.....	25
	Capítulo 3. Comunicación.....	33
	Capítulo 4. Enfermería.....	40
	Capítulo 5. Evaluación.....	43
	Capítulo 6. Niveles de atención en salud.....	47
III.	Planteamiento del problema.....	50
IV.	Justificación.....	54
V.	Objetivos.....	56
VI.	Hipótesis.....	57
VII.	Operacionalización de variables.....	58
VIII.	Metodología.....	64
	➤ Tipo de estudio	
	➤ Enfoque	
	➤ Universo	
	➤ Muestra	
	➤ Muestreo	
	➤ Criterios de selección	
	➤ Recolección de la información	
	➤ Consideraciones éticas	
	➤ Procesamiento de datos	
	➤ Análisis de datos	
IX.	Descripción de resultados.....	68
X.	Discusión.....	88
XI.	Conclusiones.....	96
XII.	Bibliografía.....	100
XIII.	Anexos.....	104

## I. INTRODUCCIÓN

Dentro de los equipos multidisciplinarios de salud, las personas profesionales de Enfermería son una pieza fundamental, ya que cuentan con un nivel académico que le permite la toma de decisiones basadas en conocimientos científicos, con el paso del tiempo y la experiencia clínica va adquiriendo habilidades, destrezas y aptitudes, que fortalecen cada uno de los procesos y cuidados que planea para la atención directa de la persona, o grupos de personas a los que brinda su atención profesional, para recuperar su salud (NOM 019, 2017).

Uno de estos procesos es el enlace de turno de enfermería, que es un momento de intercambio de información, referente a las actividades y cuidados específicos que se brindaron a la persona o grupo de personas que se tuvieron a cargo en un tiempo determinado, y que pasará al cuidado de otro profesional de Enfermería o grupo de profesionales, asumiendo la continuidad del cuidado y bajo la responsabilidad de mantener en las mejores condiciones posibles al individuo, garantizando la seguridad y calidad en cada momento (Guevara, Arroyo, et. al 2015).

La comunicación es una herramienta fundamental en este proceso totalmente de Enfermería, ya que se recurre a la comunicación verbal y no verbal para informar los sucesos, detalles y eventualidades de cada paciente; se debe garantizar que la información que se comparte sea confiable, oportuna, verídica y en tiempo real, para que la persona profesional que asuma el cuidado tenga los elementos suficientes para poder continuar un plan de cuidados objetivo y sustentado. La información específica, la profesional de Enfermería debe de hacer uso correcto de todos sus recursos, valoraciones, técnicas y procesos que enriquezcan este momento de reunión de profesionales, evidenciar que el cuidado tiene bases que lo fundamentan y justifican para cada una de las decisiones tomadas en el turno (Nogueira, Costa, et. al 1999).

La Joint Commision Accreditation of Health Care Organizations y la Joint Commision Internacional (JCI) sugieren implementar un enfoque estandarizado en el enlace de turno, con la finalidad de sumarse a la prevención de incidentes en la atención a la salud como una estrategia a nivel global.

En México el Consejo de Salubridad General (CSG) y la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, identifican las acciones esenciales para la seguridad del paciente, que tienen la finalidad de prevenir algún tipo de evento adverso, se ha reportado que en nuestro país el 2% de los pacientes hospitalizados muere, y un 8% padece algún daño a causa de eventos adversos relacionados directamente con la seguridad de pacientes, se calcula que el 62% de estos eventos son prevenibles, lo que se convierte en un área de oportunidad para poder enfocar acciones específicas que impacten directamente en estas estadísticas; el proceso de enlace de turno interviene de manera directa en cada una de estas acciones esenciales y se convierte en una herramienta preventiva o de identificación oportuna para algún riesgo latente tanto para pacientes como para el profesional de Enfermería (CSG, 2015).

La calidad es una cualidad que se aprende, adquiere y desarrolla con los aprendizajes académicos, la práctica profesional en la atención directa de las personas, ya sea en ambientes clínicos o en sus comunidades; esta cualidad puede medirse para evaluar los procesos que estamos desarrollando, y poder identificar si es la manera correcta de hacerlo o se tienen áreas de oportunidad para mejorar e implementar nuevas estrategias que impacten directamente en la calidad y seguridad de la atención de los procesos de Enfermería, este trabajo de investigación promovió la evaluación a una de las actividades que Enfermería lleva de forma cotidiana en su día a día y que como todos los procesos necesita ser evaluado de una manera objetiva que nos lleve a una mejora constante y oportuna como gremio (Chiavenato, 2009).

## **II. ESTADO DEL ARTE**

### **Capítulo 1. Calidad**

#### **Definición**

La Real Academia Española (2006) entiende por calidad aquellas propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor. Avedis Donabedian (2000), menciona que la calidad es igual a los mayores beneficios posibles para las y los pacientes con los menores riesgos. Siendo posible sólo si se protege la seguridad para evitar riesgos innecesarios.

La Organización Mundial de la Salud (OMS 2009), define la calidad como el momento en que los servicios de salud brindados a las personas y comunidades aumentan el logro de resultados sanitarios planeados, deseados y que tienen coherencia con los conocimientos profesionales. Esta definición nos dice que la congruencia entre los aprendizajes obtenidos en la formación académica y el llevarlo a una realidad práctica, debe ser bajo los mismos principios, valores y con la seguridad de aplicarlo con calidad para las personas usuarias de un sistema de salud, ya sea de manera personal o en grupos. Así que a nivel educativo debemos enfatizar que cada técnica o procedimiento, debe tener como objetivo, garantizar la calidad y seguridad del paciente, esto implicará una sensación de satisfacción en la manera de desenvolvemos en ambientes hospitalarios, educativos, empresariales o cual sea nuestro ambiente laboral.

Chiavenato (2009), define la calidad como la capacidad de satisfacer las necesidades de la persona, equipo o comunidad que necesitan algún servicio, o califique algún proceso o un trámite. Puede ser que, quien evalué esa calidad sea un cliente externo o interno, la calidad puede estar inmersa en cada proceso desde su inicio hasta el término, las personas que otorgan ese servicio también hacen de la calidad, un modo de vida y trabajo, distinguen de la calidad, a la no calidad. Es un estilo de vida y trabajo constante, es básicamente una cualidad. Como parte de las organizaciones, lo fundamental es que exista la calidad interna

para que se refleje en calidad externa, es decir, que la calidad surja desde lo más íntimo de las organizaciones, para que se visualice en sus productos, servicios o procesos.

La calidad total, es un concepto que exige que todas las personas involucradas en una organización, desde la persona de menor jerarquía hasta la alta dirección, reconozcan que se deben involucrar en un estilo de mejora constante, así el producto, servicio o proceso que ofertan, será de calidad y excelencia. La meta es aumentar la productividad, y por ende la satisfacción de la clientela (Chiavenato, 2009).

Cuando existe satisfacción de la clientela, aumentamos la probabilidad de que esas personas recomienden y hablen bien de la organización, fortaleciendo la estructura de valores de esta, enriqueciendo así la parte más íntima, generando en su talento humano, la sensación de satisfacción laboral, compromiso, responsabilidad, confianza, motivación y la ideología de ir por buen rumbo a nivel grupal. Para obtener calidad, se debe mantener un trabajo constante, ya que por sí sola, no mejorará, requiere de atención, de estrategias que faciliten los procesos y que involucren al talento humano, que podrán fortalecer a la organización. La mala calidad es innecesaria, no facilita los procesos, complica los resultados y la satisfacción de los usuarios es mínima, de hecho, puede fomentar un ambiente hostil y posibles resultados indeseados por el servicio o producto recibido, desde el punto de vista de la clientela (Saturno Hernández, 2004).

### **Investigaciones Internacionales**

La calidad en los servicios de salud es un tema que ha sido abordado por diversas investigaciones a nivel mundial, desde tiempo atrás se detectó la necesidad de conocer dónde nos ubicábamos con respecto a este tema, indagar qué se decía sobre esto y las temáticas a abordar en un futuro, con la intención de mejorar directamente en el ambiente de los servicios de salud, pero poco se dirigía la atención a pioneros del tema es el caso de Avedis Donabedian (1919-2000),

cuando inicia sus estudios en Salud Pública y lleva a cabo la redacción de su primer artículo en el año de 1966 “Evaluación de la calidad en la atención médica” un clásico para el tema de calidad, el propósito de este fue describir y evaluar los distintos métodos para medir el grado de calidad de la atención médica, así como generar propuestas u orientaciones a futuros estudios, en su mayoría evalúa la calidad de la atención médico-paciente, hace hincapié a las relaciones externas a este binomio, de igual forma, describió algunos conceptos que ahora forman parte del paradigma de evaluación de la calidad como: estructura, proceso y resultado (Organization, 2007).

La manera en que Donabedian aborda diferentes directrices de la calidad, hace que sea interesante y provocador al indagar todo lo que rodea a este tema, cómo interrelaciona cada parte de un sistema y los expone, para que toda persona que tenga inclinación sobre los servicios de salud, calidad, atención al paciente y servicios hospitalarios, tenga un panorama general de la importancia de los procesos de evaluación y mejora continua.

En el año 2014 un grupo experimentado publican un documento titulado Guía basada en la evidencia “Siete estrategias clave para mejorar la calidad y la seguridad en los hospitales”, teniendo como objetivo brindar un marco de trabajo actualizado para evaluar las actividades de mejora de la calidad y la seguridad en los hospitales. Nos presentan los últimos avances de investigaciones y resumen los resultados del proyecto DUQuE, algunos estudios empíricos a mayor escala, revisiones sistemáticas y algunas experiencias. Las estrategias que se exponen son las siguientes:

1. Alinee sus procesos organizativos con los sistemas de presión externa.

En este primer punto se refiere a la importancia y el impacto de las evaluaciones externas a las que se someten los hospitales como por ejemplo: las inspecciones reguladoras, acreditaciones, certificaciones y auditorías públicas. Hay evidencia que menciona que estos procesos aportan mejoras a las organizaciones, promueven cambios positivos e impactan en el desarrollo humano de quienes

colaboran, sin embargo, existe poca evidencia científica que se ha publicado con respecto a las certificaciones o al ISO. La bibliografía menciona que estos programas evaluativos no son considerados como la única o mejor herramienta de evaluación para mejorar la atención. Sugieren que antes de considerar la evaluación externa, se haga un balance de los sistemas internos, ya que nos darán una primera impresión de las áreas a mejorar, no limitarse únicamente a las necesidades del paciente, indagar en las necesidades del personal, la estructura, los recursos físicos y materiales. Una alternativa muy útil son las autoevaluaciones aplicando instrumentos validados, revisión por pares e instrumentos internos (registros clínicos nacionales y laboratorios de referencia).

## 2. Sitúe la calidad entre las principales prioridades de su agenda.

En esta segunda estrategia se menciona la importancia de que las personas líderes se involucren, ya que existe evidencia de que los hospitales con líderes involucrados en los procesos, alcanzan una mejor calidad en los resultados de la atención. Ser realistas en sus evaluaciones internas y comprometerse con los equipos clínicos que están en atención directa con las personas usuarias para conocer las necesidades y dificultades en la mejora de la calidad. Este tema debe ser prioridad en las agendas de los líderes, por sobre todos los temas a discutir, este debe ser abordado de manera clave y constante.

## 3. Implemente sistemas de apoyo a la mejora de la calidad a nivel global de la organización.

La tercera estrategia se refiere a los múltiples sistemas de calidad en una misma organización y que debieran estar alineados y bien coordinados para que se vean reflejados en el resultado final, disminuyendo los tiempos en los trámites. Aquí mismo se hace énfasis en la importancia de los sistemas de calidad, los comités intrahospitalarios y de poner atención en datos que se pudieran obtener por distintas herramientas, enfocándose en los que garanticen mejora de los procesos y un aumento significativo de la presencia de calidad. Otra referencia que puede servir a la organización es evaluar las políticas globales, ya que se

apoyan de documentos internos, informes, archivos, registros de cumplimiento, la observación y actividades internas. Una estrategia más es proponer acciones de mejora de calidad a nivel clínico, propuestas por el mismo personal de la organización y dirigidas al paciente o usuario, por ejemplo; prevención de caídas, prevención y manejo de úlceras por presión, cirugía segura, manejo correcto de medicamentos, prevención de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria. Y hacer visibles sus resultados para beneficio del resto de las instituciones.

4. Garantice la clara adjudicación de responsabilidades y la experiencia de los equipos en todos los servicios o departamentos.

Esta estrategia es realmente indispensable y prioritaria, nos menciona la importancia de contar con personal altamente capacitado, profesional y certificado, que se encuentre motivado para desarrollar sus actividades con el mayor entusiasmo de ofrecer servicios de calidad. En este punto nos mencionan cómo los hospitales con buenas prácticas profesionales y con una buena reputación, en cuanto a calidad, tiene mayor facilidad de contratar personal altamente motivado y con niveles de preparación competitivos, sin embargo, los hospitales de baja reputación en calidad, tiene complicaciones para verse solicitados por profesionales competitivos y de alta calidad, ya que no desean ser parte de estas instituciones.

5. Organice las trayectorias clínicas en base a la evidencia de las intervenciones de calidad y seguridad.

En este punto se menciona la importancia de evidenciar las prácticas basadas en las trayectorias clínicas, y que definitivamente le da mayor sustento a una estandarización de los procesos en un ambiente hospitalario, existe también la probabilidad de disminuir la variabilidad y mejores resultados a nivel clínico. Para poder facilitar la implementación y mejor aprovechamiento de estas evidencias se requiere de talento humano calificado, recursos financieros con una correcta reorganización y liderazgo.

6. Implemente sistemas de información orientados a las trayectorias clínicas.

Esta estrategia aborda específicamente la utilización de los recursos tecnológicos para beneficio de los sistemas de salud, no solamente abandonar el papel y el lápiz, sino, potencializar las tecnologías y los beneficios que esto representa a todos los niveles de atención, se le apuesta más a que esta tecnología vaya enfocada a la planificación, ejecución y control de la prestación de los servicios.

7. Lleve a cabo evaluaciones regulares y suministre retroalimentación.

Existen diferentes estrategias que se pueden utilizar de manera individual o institucional, que tienen como prioridad identificar las áreas de oportunidad de mejora, para que el nivel de calidad de atención directa en las personas usuarias de los servicios de salud, sea la más óptima para un nivel de atención alto. Dentro de estas estrategias se proponen las siguientes:

- Auditoría y retroalimentación
- Notificaciones de incidentes y eventos adversos
- Lista de verificación de seguridad
- Visitas de soporte educativo

Es necesario que, al detectar deficiencias en los procesos o resultados de la atención, las personas profesionistas mejoren su práctica para obtener un mejor nivel de calidad, se tiene evidencia científica de que efectivamente estas estrategias son una correcta herramienta preventiva para distintos peligros, tanto para las personas usuarias como para los grupos multidisciplinarios en salud y por lo tanto las instituciones ofrecen mayor seguridad y confiabilidad.

En un estudio realizado en Colombia en el año 2010, se llevó a cabo una revisión del término “calidad”, definida en varias investigaciones, donde se da un panorama a nivel Latinoamérica sobre este concepto y su relación con los sistemas de salud. Se hace referencia puntualmente de algunos países que se investigaron con respecto a la realidad que vivían en ese momento; Argentina,

Brasil, Chile, Cuba, Ecuador, México, Puerto Rico, Venezuela y Paraguay, de manera global se detectó la necesidad de crear modelos que tengan como prioridad, abordar al ser humano y a la salud como esfera de mayor importancia, una reflexión importante e igualmente prioritaria, que las personas que forman parte de los equipos de salud, cuenten con la calidad técnico-científica que aumente significativamente la eficiencia de los servicios otorgados, y las personas con alteraciones en la salud, la familia y el resto equipos multidisciplinarios percibirán, una sensación de satisfacción de sus necesidades de salud (Llinás Delgado, 2010).

Entrando al tema de políticas en salud y su impacto en la calidad de los servicios, se busca generar un cambio en la atención de salud de las personas, con los recursos adecuados y bien utilizados para beneficio de pacientes, la familia y la organización. Aplicando estrategias que disminuyan los costos de la atención médica, y que tal vez quien tendría afectaciones, sería la población de menores ingresos económicos.

Un sinnúmero de publicaciones entorno a la calidad y a la atención, son bases sólidas para darle continuidad a investigaciones con respecto a procesos y técnicas que permiten ser analizadas, evaluadas y reestructuradas, para adaptarlas a nuevas condiciones, por temporalidad, condiciones propias de las personas involucradas, los ambientes hospitalarios tan dinámicos y las nuevas normatividades con respecto a la seguridad de pacientes.

Sucede pues, que para 1999, el gobierno norteamericano hace un análisis de estudios publicados, los cuales demostraban, la gran cantidad de errores que se cometían en la atención directa a las y los pacientes, toman esta iniciativa y crean y publican el programa “To err is human” (Errar es humano), que generó en primera instancia, un gran movimiento para crear nuevas estrategias, para comenzar a trabajar y disminuir esos altos porcentajes de errores, ya que evidenciaban la falta de calidad y seguridad en los procesos. No pretendía generar un ambiente de hostilidad, ni ser punitivo, ni mucho menos procesar

culpables, más bien, era aceptar que como seres humanos somos vulnerables a equivocarnos, a cometer errores y debíamos aceptarlos, ya que afectaban directamente a sus pacientes, pero lo más importante es que tenemos la oportunidad de mejorar y de no volver a cometer esos errores, varios países se unieron y comenzaron a trabajar en sus estrategias (Ceriani Cernadas, 2009).

De allí que, para octubre del 2004, la Organización Mundial de la Salud, lanzó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, con el propósito firme de enlistar las políticas para mejorar su seguridad. Se presentan paulatinamente estrategias dirigidas a actuar, sobre los puntos más débiles de las organizaciones de salud a nivel mundial, tanto público como privado, y se genera un ambiente de constante cambio, de adaptación, de trabajo en equipos, para conocer la temática de cómo adaptar las estrategias y echarlas a andar en las instituciones, comienzan a generar los primeros reportes y evaluaciones, que dan pauta para la creación de otras actividades en pro de la seguridad y calidad (Ceriani Cernadas, 2009).

Es importante abordar algunas definiciones textuales en esta investigación, ya que nos va ampliar la idea de algunos términos que se ven inmersos en las consecuencias de la no seguridad y calidad en la atención sanitaria, en cualquier lugar donde se da servicio a personas con alteraciones en su salud.

Accidente: Acontecimiento fortuito, generalmente desgraciado o dañino, independientemente de la voluntad humana, provocado por una fuerza exterior que actúa rápidamente y que se manifiesta por la aparición de lesiones orgánicas o trastornos mentales (OMS).

Evento adverso: Incidente que produce daño leve o moderado al paciente (SSA, 2015).

Evento centinela: Hecho inesperado que involucra la muerte o daño físico o psicológico grave y que no está relacionado con la historia natural de la enfermedad (SSA, 2015).

Quasi falla o quasi error: Falta o error que no ocurrió (SSA, 2015).

En un artículo titulado “Calidad efectiva de los servicios de salud” 2013, expresa que, para los sistemas de salud, queda claro que su objetivo primordial es la mejora continua de la calidad con eficiencia y efectividad, esto para el logro de sus metas, tanto con sus pacientes como con la familia. Se propuso establecer una metodología y una base conceptual basada en la calidad en sus técnicas y sus procesos. La atención de pacientes debe ser dirigida, oportuna, competitiva y segura, las instituciones hospitalarias deben conocer las necesidades de salud de su población y trabajar para satisfacerlas, con las características a las que se refirieron.

En salud existe un modelo llamado multinivel que, desde distintas perspectivas, aborda la calidad en cuatro niveles, los primeros dos son, individual y microsistemas clínicos: estos se enfocan a pacientes, las familias con necesidades y expectativas de salud, tomando en cuenta los recursos disponibles, los procesos administrativos de apoyo y clínicos. El tercer nivel es llamado mesosistemas, donde entran las organizaciones e instituciones, y el cuarto nivel es el de macrosistemas, específicamente Sistemas Nacionales de Salud. Aquí se habla de liderazgo, cultura organizacional, desarrollo de microsistemas con equipos de alto rendimiento y las Tecnologías de la información y las comunicaciones (Tic) (Hernández Torres, et al, 2013).

Este modelo sugiere un cambio para mejorar la calidad en un sistema nacional de salud, pero hace una aportación sumamente importante e indispensable para que esto funcione en su totalidad, y se refiere a que el talento humano involucrado en un sistema deberá de participar activamente, es decir, desde el nivel básico hasta la alta dirección, ya que este último es el que toma las decisiones más trascendentales y generadoras de un cambio en la cultura organizacional (Hernández Torres, et al, 2013).

En el artículo titulado “Evaluación de la calidad del cuidado de Enfermería en la unidad de cuidados intensivos” realizado en el año 2013, con el objetivo de

conocer la percepción de calidad en una unidad de terapia intensiva, percibida por los usuarios en un IV nivel de atención en el municipio de Neiva, Colombia, se tuvo una muestra de 119 personas usuarias de hospitalización de la UCI, las autoras elaboraron un instrumento de evaluación EVACALEN (Evaluación de la calidad en Enfermería) a partir de esto obtuvieron resultados interesantes y enfocados exclusivamente a la rama de Enfermería, un 43.7% de las personas expresaron que los servicios que recibieron en cuanto a Enfermería fueron de calidad con sus cuidados, específicamente expresaron las necesidades cubiertas: comodidad, confort, trato humano, tratamiento, recuperación, rehabilitación y conocimientos científicos y técnicos.

Parte de los resultados van con un mensaje al personal de Enfermería con respecto a la toma de decisiones, y se refiere que se deben buscar estrategias que refuercen esta calidad, ya que al saber cómo los perciben sus usuarios, les da la fortaleza para buscar la mejora constante. El 38.7% de las personas usuarias, mencionaron que la calidad era buena y un 17.6% mala, aquí mencionan las autoras que se debe reflexionar sobre la atención de Enfermería, en la UCI, promover planes de mejoramiento que les permita fortalecer la relación enfermera-paciente, sin perder la base que es el cuidado de Enfermería (Ramírez, Perdomo, et al, 2013).

Debemos considerar, que la formación profesional del gremio de Enfermería es un factor determinante en el ejercicio con calidad, esto se puntualiza muy bien en una investigación que se publicó en el año 2008, donde se abordan distintos roles de Enfermería, las actividades que proporciona, la calidad de estos, y que esa calidad sea de la mejor. Para garantizar la calidad en la formación es importante que desde las aulas se cuenten con planes de estudios actualizados basados en las necesidades reales de la población, actualización de actividades académicas de manera constante, ya que esto le permite a las y los estudiantes, abordar los conocimientos teóricos en un panorama similar al que se vive en los ambientes clínicos, que las plantillas

docentes sean de calidad, es decir, actualización constante, uso de las Tic, metodologías basadas en competencias reales. Contar con organismos capacitadores, fomentar el interés por los distintos campos donde se puede desenvolver laboralmente el gremio de Enfermería (Gutiérrez, 2008).

Entre las funciones que esta investigación hace referencia se encuentran las áreas asistenciales, educativa, gestión e investigación, cada una con sus grados de dificultad e interés, sus metodologías aplicables en cada área, el impacto que tienen desde lo individual, la familia, comunidad y grupos de mayor amplitud, como escuelas, hospitales, organizaciones, empresas, aplicando los programas más actuales y funcionales que se adapten y cubran las necesidades de salud (Benitez, 2019).

Es relevante mencionar que aún hay mucha influencia del modelo biomédico, pero es cuestión del gremio de Enfermería crear estrategias que fomenten mayor independencia en la toma de decisiones, gestionar el aprendizaje, ya que contamos con las herramientas necesarias para crear, investigar y promover estas metodologías de conocimiento, compartir lo aprendido, motivar a la actualización de manera permanente, con todas estas herramientas se puede garantizar una atención de calidad, eficaz, eficiente oportuna y sobre todo humanística (Gutiérrez, 2008).

### **Investigaciones Nacionales**

Cuando no existe calidad de por medio en los servicios otorgados y/o recibidos se generan distintas percepciones, desde la decepción, enojo, molestia, frustración incluso se intuye una falta de conocimientos y compromiso con el rol que se juega en esos momentos por parte de la persona que ofrece su servicio, se puede generar un sentimiento de inseguridad, poca confianza y la sensación de mínima calidad en su servicio. Sin duda el no tener calidad implica grandes costos a cualquier nivel organizativo o institucional, específicamente entrando al entorno de salud, los gastos que implica la mala calidad y prevenir fallas de esta,

al igual que invertir en sistemas de gestión de calidad. En estudios realizados en diferentes organismos, se han identificado que los costos de la calidad son desperdiciados, ya que son costos de mala calidad, y se genera de manera contraria, menor inversión en prevenir (Saturno, 2004).

Realizar una inversión económica en algún servicio o producto de mala calidad es prácticamente un desperdicio, tanto personas usuarias como servidoras, se debe promover los servicios con calidad, hacer esto una condición necesaria en cualquier modalidad, es necesario tener la seguridad de un servicio confiable, de acuerdo con Donabedian la calidad se interpreta desde dos directrices: la primera es la técnica, donde se ven reflejados los conocimientos y técnicas en beneficio de las personas enfermas, la segunda son las relaciones interpersonales, que es entre la persona que ofrece el servicio y quien lo recibe (Ramírez, 2011).

De acuerdo con Saturno (2004), la pieza clave para garantizar la calidad, es formar y motivar al talento humano profesional de la salud para que vean este tema como un estilo de vida, ya que son las personas que enfrentan las situaciones más complejas frente a una realidad constante. Sabemos que la motivación es una fuerza interior personal que cada ser humano genera y siente desde muy dentro de cada ser, así se obtiene una energía que impulsará a mantener un correcto ritmo de trabajo, que se reflejará en el deseo de realizar lo mejor posible, el rol que se desempeña y en cuanto a la formación, la capacitación constante permite la actualización en temas específicos para mejorar los procesos, corregir y prevenir situaciones que pudieran afectar el resultado final de un procedimiento.

Uno de los conceptos esenciales para las organizaciones y los sistemas de salud a nivel mundial, es la seguridad del paciente, que no se aborda como un concepto sino como un movimiento. Estos sistemas de salud y sus profesionales que son parte de la organización, pueden tener las mejores intenciones de generar y fomentar una correcta práctica profesional, sin embargo,

si no se siguen ciertos lineamientos, podemos causar un daño permanente e irreversible, se han identificado algunos factores que hacen vulnerable la seguridad del paciente, como: procesos, relaciones humanas, condiciones físicas del entorno, tecnologías, que pueden ser distractores en la atención de las personas (Barajas Ruelas et al., 2007).

En la Ciudad de México, el 5 de septiembre de 2013, en el Marco del Simposio CONAMED “Calidad, ética y exigibilidad en la práctica médica. Su vinculación con la queja médica” el gremio de Enfermería se hizo presente con el tema central, educación, calidad, mejora constante e investigación, resaltando que se viven situaciones por falta de calidad en el área médica y de Enfermería como: demandas, quejas, eventos adversos y/o eventos centinela, infecciones asociadas a la atención de la salud, maltrato de pacientes, mala comunicación entre el mismo equipo de salud, trato incorrecto a pacientes, extravío de documentos importantes e indispensables para un diagnóstico certero y retraso en el abordaje quirúrgico, todo esto puede generar un error trascendental en las organizaciones, ya que si el talento humano considera estas fallas como parte de su cotidianidad laboral, es probable que en un futuro a corto plazo se vean como parte de la normalidad, poniendo en riesgo a cualquier persona usuaria, trabajadora o a la misma institución.

El Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNACEAM) en colaboración con la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, sugieren la publicación de las 8 Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (AESP), esto para ser aplicado tanto en entornos hospitalarios como ambulatorios. Las AESP son:

1. AESP. Identificación correcta del paciente.
2. AESP. Comunicación efectiva.
3. AESP. Seguridad en el proceso de medicación.
4. AESP. Seguridad en los procedimientos.

5. AESP. Reducción del riesgo de infecciones asociadas a atención de la salud.
6. AESP. Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas.
7. AESP. Registro y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas.
8. AESP. Cultura de seguridad del paciente.

Con la aplicación y manejo oportuno de estas metas se quiere fomentar la aplicación de herramientas que se utilicen para evitar posibles complicaciones en la atención en salud o incluso pérdidas humanas y, desde la raíz de un procedimiento, llevarlo a cabo con calidad, que reflejará seguridad al paciente, al profesional de Enfermería y a la institución de salud (CSG, 2017).

A nivel local se debe identificar un servicio con calidad, las personas con niveles y poder directivo son las responsables de coordinar y trabajar, en garantizar que los servicios otorgados a cualquier nivel institucional garanticen la seguridad e impacte directamente en la salud de las personas usuarias. Se monitorizan los indicadores de calidad para su registro estadístico, análisis de datos y tomar decisiones en las áreas de mejora que se detecten a nivel interno, se trabaja de manera constante buscando mantener altos niveles de seguridad de pacientes y mantenerse en condiciones óptimas de ser acreedores a acreditaciones y/o certificaciones.

Es de suma importancia adquirir y establecer la calidad como una característica natural al otorgar algún tipo de servicio, de esta manera nos habituamos a darla y recibirla, esto le da un nivel de competitividad a cualquier organización y la mantienen en niveles de alta demanda, y como servidoras o receptores de un servicio, vamos desarrollando esa capacidad de detectar la existencia o ausencia de calidad.

## Capítulo 2. Proceso de enlace de turno

### Definición

En el 2006 la National Patient Safety Goal (Objetivo Nacional de Seguridad del Paciente), define que el enlace de turno es un momento muy específico donde un elemento del personal de salud le informa a otro, todo lo relacionado a su paciente, le comunica con detalle aquella información que sea relevante y que permita dar continuidad a los cuidados y tratamiento para recuperar o mantener su salud. También puede ser de personal de salud a paciente o a la familia (Organization, 2007).

Para Nogueira (1999), es el conjunto de información verbal, que tiene el objetivo de narrar lo ocurrido en la atención otorgada en un turno anterior para que quien asume el cuidado en el turno siguiente, conozca los aspectos más importantes y dé continuidad al cuidado. De acuerdo con Casimiro (2019), es el “proceso mediante el cual el profesional de Enfermería le transfiere el compromiso a otro sobre el cuidado de la persona enferma”.

Yáñez (2015), define como enlace de turno, al proceso que lleva como fin, 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 período de tiempo y con la particularidad de estar regido por la gestión del cuidado. En su caso Rivero (2016), destaca que el enlace de turno es “un proceso de planificación que permite organizar, dirigir, coordinar, controlar, evaluar y supervisar las actividades de la profesional de Enfermería”.

Para fines de esta investigación, y retomándolo de Rivero, Yáñez y Nogueira, el proceso de enlace de turno es, un momento de reunión entre los profesionales de Enfermería de dos turnos, que tiene como objetivo garantizar la continuidad del cuidado del o la paciente y que compartirán sus conocimientos científicos plasmados en un plan de cuidados, basado en una valoración continua

de necesidades reales y potenciales, para mantener o recuperar su estado de salud o brindar un estado de confort, un entorno saludable que garantice la seguridad y calidad de este proceso totalmente dependiente de Enfermería.

### **Investigaciones Internacionales**

Desde el momento en que una persona con alteraciones en la salud se encuentra dentro de un nosocomio o requiere de los servicios de este, es responsabilidad del equipo multidisciplinario hacer todo lo posible por mantener la seguridad y garantizar una atención de calidad, hacer lo que esté en sus posibilidades para que la satisfacción sea total. La importancia de la comunicación y la calidad que está debe de contener, existen procesos que son parte del día a día en Enfermería, por lo tanto, se debe trabajar para que estos procesos cada vez sean menos riesgosos para las y los pacientes, y el talento humano (Rizo, 2016).

En las bases de datos consultadas para los antecedentes con respecto a este tema, existen investigaciones de diferentes partes del mundo, se nota la importancia que tiene el tema a nivel internacional, el impacto que provoca en el gremio de Enfermería, y la constante necesidad de encontrar acciones que mejoren esta práctica. A continuación, se citan algunos estudios y se analizan las aportaciones que cada uno hace con respecto a la variable:

La primera investigación tuvo como objetivo, conocer la percepción del gremio de Enfermería con relación a la comunicación, en la entrega de turno en un hospital pediátrico en Brasil, su muestra fue de 32 profesionales de Enfermería, a quienes se les aplicó una entrevista semiestructurada, los datos los agruparon en dos diferentes categorías: recepción de turno e interconexión con la comunicación. Sus resultados arrojaron que el momento del enlace de turno es de suma importancia, con una comunicación eficaz, detectaron la necesidad de que exista mayor objetividad en la información que se transmite,

reducir el tiempo de entrega y contar con un formato de registros (da Silva, Anders, Kuerten, et al, 2016).

En una segunda investigación se llevó a cabo el análisis de los factores que interfieren en la comunicación, utilizando la técnica de incidentes críticos, abarcando también aspectos físicos, funcionales y técnicos. En cuanto a los resultados el 71.1% se refirió a situaciones negativas que han sucedido en el enlace de turno, mencionan factores que afectan la comunicación y el enlace de turno, ruidos<sup>1</sup>, interrupción, tiempo inadecuado para este proceso, debido a estos factores se agrega que se pueden presentar las siguientes conductas por parte de las personas involucradas: falta de interés, distracción, desmotivación, indisciplina y falta de respeto como efecto secundario; tiempos prolongados en la entrega y recepción, mala comprensión de la información, omisión de información, disminución en el rendimiento profesional y laboral (Nogueira, Costa, et al, 1999).

Es importante analizar todos aquellos factores que están modificando un momento tan importante como el enlace de turno, ya que todo lo que se comunique es trascendental para el cuidado de las y los pacientes, la investigación anterior refleja, que podemos ver que esos factores son modificables y muchos dependen de conductas humanas, es decir, está en gran parte de nosotras cambiar los porcentajes de manera positiva.

En esta perspectiva The Joint Commission, realizó una publicación donde hace un análisis muy objetivo sobre el tema de comunicación de transferencia inadecuada, menciona la satisfacción del gremio de Enfermería al cubrir las necesidades básicas de las personas, trabajar para mantenerlas en las mejores condiciones aportando los conocimientos científicos, técnicos y las habilidades

<sup>1</sup>Ruido: Los ruidos funcionan como barreras a la comunicación, dificultando la resonancia de los mensajes. Algunos ruidos: conversaciones paralelas durante la entrega de turno, movimiento de mobiliario, volumen alto en la radio y televisión, conversaciones en el pasillo y central de Enfermería.

para el cuidado, sin embargo, todo lo anterior puede llegar a parecer insuficiente si en el momento de trasladar o traspasar el cuidado de esa persona a manos de otros profesionales de Enfermería, ya que, si no utilizamos una correcta comunicación, si no hay calidad, si es inexacta, inoportuna e incompleta, el riesgo de que ocurra un evento adverso o centinela es alto (JCI, 2017).

Al llevar a cabo el enlace de turno se debe asumir la responsabilidad de garantizar la continuidad del cuidado y la seguridad de pacientes. Este momento es en tiempo real y bajo condiciones muy dinámicas, se debe comunicar sobre el tratamiento actual, fármacos que se están aplicando, pronóstico y cuestiones sobre diferentes posibles abordajes ya sean quirúrgicos o estudios de laboratorio (JCI, 2017).

En las grandes instituciones de salud a nivel hospitalario, diariamente se rebasan los 4,000 traspasos de turno, esto bajo las condiciones menos óptimas para la comunicación, muchas veces sin estructura y sin la organización que debería fomentar la seguridad y calidad del enlace. La no comunicación en los enlaces forma parte de las estadísticas de factores que existen en los eventos adversos, junto con las cirugías en lugar equivocado, retraso en los tratamientos, caídas y errores de la medicación, entonces, si se analiza esta variable, es un tema de suma importancia e interés para abordarlo y planear estrategias que en definitiva aporten a mejorar este proceso que son parte del cuidado de enfermería (JCI, 2017).

Esta comisión hace referencia a herramientas destinadas a solucionar (TST), haciendo énfasis en la transferencia de la comunicación y el aumento de la calidad, se menciona a continuación de qué trata: 1. Comprometerse como líderes en el tema de enlace de turno y fomentar la cultura de seguridad. 2. Trabajar sobre los proyectos de mejora y no señalar los errores a nivel individual.

3. Asignará recursos económicos a las estrategias de mejora. 4. Invertir en temas de comunicación. 5. Volver el tema de transferencia de comunicación una prioridad en las organizaciones. Clarificando con esto que la comunicación, la calidad y el enlace de turno, son variables que deben ir de la mano al abordar a una persona que está susceptible por su estado de salud, y que muy probablemente dependa del cuidado de un o una profesional de Enfermería, ya sea dentro o fuera de una institución sanitaria (JCI, 2017).

Otra investigación revisó diferentes bases de datos y encontró que no existe un proceso establecido para llevar a cabo el enlace de turno de Enfermería, se mencionan puntos muy vulnerables, que coinciden en la mayoría de las publicaciones, se puede decir que viendo la atención sanitaria como una cadena que está formada por eslabones, el eslabón de la calidad y la comunicación se tornan frágiles ante una serie de factores que afectan directamente a estos, por mencionar alguna, está el entorno, donde nos dicen que no existe de manera óptima para poder tener una comunicación sin ruidos. Está afectando al gremio de Enfermería por sentir una sensación de incompreensión por parte de la otra persona que otorga servicios de salud, insatisfacción laboral, desapego a la práctica profesional, falta de motivación, se corren riesgos como interrupción de tratamientos, prolongación de días de estancia y en peores escenarios la presencia de eventos adversos. La propuesta de esta investigación es promover y crear estrategias que se adapten a los diferentes escenarios de nuestra profesión, que la prioridad sea mejorar la comunicación en los enlaces y por ende la seguridad y calidad en la atención de Enfermería (Rivero, Pérez, Recio, 2016).

En una investigación que abarcó el período del 2007-2017, se llevó a cabo una revisión sistemática en diferentes revistas indexadas, se revisaron 19 artículos y se abordaron en dos temáticas: particularidades del pase de guardia y estandarización del proceso. Las personas investigadoras deducen que la comunicación es una vertiente que se debe de atender de manera prioritaria para mejorar la calidad en la atención, argumentan que la unidad de las y los pacientes

es el mejor lugar para el enlace e involucrando a profesionales de Enfermería tanto del turno entrante como del saliente. En cuanto a la estandarización sugieren utilizar herramientas como: Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendaciones (SBAR), o alguna herramienta ya estructurada (Charfuelan Laguna, et al, 2019).

El artículo “Programación del cambio de turno desde la óptica de los profesionales de enfermería”, realizó una matriz Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA), en el proceso de enlace de turno, desde la perspectiva de profesionales de Enfermería en un hospital universitario. Desglosando el FODA en los resultados obtenidos se menciona, Fortalezas: tiempo de entrega/recepción máxima 20 minutos, información confiable y objetiva, colaboración del equipo. Oportunidades: trato efectivo con el mismo gremio de Enfermería, la gestión institucional y modelos de nueva aplicación. Debilidades: profesionales de Enfermería con sensación de ansiedad por salir del área clínica, impuntualidad en los horarios para iniciar la recepción, personal con retraso en su horario de entrada. Amenazas: interrupciones por atender el teléfono, exceso de pacientes a cargo de cada profesional de Enfermería. Mencionan los y las investigadores que la transferencia de la comunicación debe ser lo más objetiva y fluida posible para garantizar que la persona receptora comprenda el mensaje (Llapa Rodríguez, et al, 2013).

El artículo “El cambio de turno: Un eje central del cuidado de Enfermería”, resalta la importancia de que el gremio de Enfermería comprenda la trascendencia de su práctica diaria. Se reporta mayor prevalencia de estudios de tipo cualitativo y en menor proporción cuantitativos, mínima investigación relacionada a la práctica diaria con calidad y calidez se identifica que el cambio de turno no es un sólo momento, sino que se refiere a que la capacitación constante, el seguimiento, la evaluación y retroalimentación permitirán mejorar los equipos de Enfermería desde su interior y esto se reflejará en su labor diaria (Guevara, Arroyo, 2015).

Bakon, Wirihana, Christensen, et al (2017), en su trabajo “Trasposos de enfermería: una revisión integradora de los diferentes modelos y procesos disponibles”, identifican la comunicación como su principal estrategia, este estudio define que la transferencia de información es una responsabilidad total de Enfermería y que debe ser tan segura que garantice que su paciente, tendrá una continuidad en el cuidado y abordaje, no hay evidencia científica que garantice la eficacia de este proceso. De todas las estrategias sobresale el modelo SBAR, readaptado, sugieren se continúen las investigaciones en el tema para ampliar el sustento sobre un modelo en específico.

En un centro oncológico se aplicó y desarrolló una investigación “Mejora del proceso de traspaso de las enfermeras en el entorno de oncología mediante el uso de principios de gestión ajustada”<sup>2</sup>, en sus resultados identificaron disminución en el tiempo de la transferencia y menos distractores, el personal de Enfermería experimentó mayor satisfacción al respecto, lo contrario a las personas usuarias, ya que manifestaron no sentirse satisfechas con los aspectos generales y por los distintos dominios como: sensibilidad, manejo del dolor, educación del paciente, respeto y cortesía, escucha activa, compromiso del paciente, seguridad, recomiendan gestionar mejoras para el proceso de enlace de turno, teniendo como objetivos esenciales estandarizar el proceso, garantizar la seguridad y utilizar herramientas que faciliten el mismo (Ayaad, et al, 2019).

### **Investigaciones Nacionales**

En Culiacán, Sinaloa se realizó la investigación “Calidad del proceso de enlace de turno de Enfermería y seguridad del paciente”. Aplicando 120 guías de observación en los servicios de medicina interna y cirugía general, ambos servicios resultaron con un no cumplimiento en calidad y seguridad del proceso de manera general, resultado que, a mayor nivel académico, mayor nivel de no

<sup>2</sup> Gestión ajustada: Metodología de gestión de trabajo enfocado a mejorar la comunicación y el trabajo en equipo para poder entregar a los clientes u producto o servicio de valor.

cumplimiento, con respecto a las jefas de servicio tuvieron mayor nivel de no cumplimiento a diferencia de las enfermeras especialistas y enfermeras generales, concluyen que existe diferencia en la calidad del enlace de turno entre los turnos, nivel académico y el puesto del personal de Enfermería, recomiendan aumentar la cultura de seguridad, mejorar las estrategias de comunicación y evaluación constante mediante auditorías de proceso y resultado para comparar con estándares e indicadores de calidad (Yáñez, Zárate, 2018).

En la Ciudad de México se desarrolló una investigación “Evaluación del proceso de enlace de turno del personal de enfermería en un hospital de segundo nivel de atención”, se observaron 173 enlaces de turno en los servicios de cirugía general y medicina interna, los resultados: en cuanto al promedio de duración del enlace, fue de 10 minutos, se observó que no elaboran un informe del proceso de enlace, más de la mitad de los enlaces se llevan a cabo en el pasillo, en ambos servicios resultó un no cumplimiento en calidad, un mínimo porcentaje presentó un alto apego al proceso. Concluyendo que es necesario concientizar a las y los profesionales de Enfermería con respecto al procedimiento e impactar en la continuidad de los cuidados integrales (Casimiro, et. al, 2019).



## Capítulo 3. Comunicación

### Definición

La Real Academia Española define comunicación como la “acción correspondiente entre dos personas”, “mensajes entre un emisor y el receptor”. Comunicación es la transferencia y la comprensión de significados (Robbins, et al, 2005). Para Dubrin (2008) la comunicación es el enviar, recibir y comprender un mensaje, para que cualquier persona realice un trabajo asignado, él mismo menciona que la comunicación interpersonal se da entre dos o más personas.

Chiavenato (2009), nos dice que la comunicación es un proceso entre dos o más personas, que van a intercambiar información, esto da mayor trascendencia, se convierte en una relación más estrecha ya que se debe puntualizar, para que esta comunicación sea efectiva, el mensaje se debe comprender, analizar y compartir de la manera más clara y entendible para los involucrados. Nos desarrollamos y desenvolvemos en un entorno donde la información es indispensable, saber transmitir mensajes, que tanto el receptor como el emisor establezcan una comunicación que garantice esa transmisión de ideas, esto aporta al crecimiento de las personas, de las empresas u organizaciones, fortaleciendo todo un sistema.

Según Scott, Mitchell (1976), en la comunicación se cumplen cuatro funciones esenciales: control, motivación, expresión de emociones e información. Las personas requieren control para comunicar algo, ya sea hacia sus superiores o subordinados, respetar líneas de mando, control para respetar normas y reglas. La comunicación también se convierte en motivación, al permitir evaluar el desempeño de una persona o grupos, definir nuevas estrategias y objetivos. En la expresión de emociones, se refiere a permitir expresar sentimientos de satisfacción o insatisfacción, es una herramienta para conocer el lado emocional de las personas o grupos de trabajo, en cuanto a la información, hace más fácil



la toma de decisiones a niveles directivos, aporta datos relevantes para generar evaluaciones (citado en Robbins, et. al, 2005).

La especie humana tiene la ventaja de poder comunicarse por medio del habla a diferencia del resto de los animales, conforme el tiempo transcurre se exigen mayores habilidades para comunicarse tanto de manera verbal como escrita, si las personas presentan dificultad para expresar sus ideas de forma clara y coherente, limitan su desarrollo profesional y personal (La comunicación oral, s.f).

De acuerdo con Dubrin (2008), se tiene un proceso para la transmisión y recepción de un mensaje, consta de seis elementos:

1. Emisor o fuente: Es una persona que intenta enviar un mensaje ya sea de forma hablada, escrita, utilizando lenguaje de señas o no verbal, hacia otra persona o grupo de personas.
2. Mensaje: Es la idea que se quiere transmitir. Algunos factores que influyen en la manera en que se recibe este son; la claridad, la agudeza del receptor, la complejidad y la longitud del mensaje.
3. Canal o medio: El mensaje puede ser transmitido por el habla, de manera escrita, se puede acompañar de señas o gesticulaciones.
4. Receptor: Se refiere a la persona o grupo de personas que recibe el mensaje de manera adecuada.
5. Retroalimentación: En el tema de comunicación se refiere al mensaje que regresa del receptor al emisor.
6. Entorno: Son las actitudes y la atmósfera que rodea a la comunicación.
7. Ruido: Es cualquier interrupción en la comunicación, como el estrés, actitudes y emociones.

Desde la perspectiva de las personas autoras, el hecho de conocer el proceso de comunicación, no asegura que toda la información recorra de manera



progresiva e intacta el transcurso del proceso, el mensaje puede verse afectado en alguna etapa, y esto hace que se pierda la comunicación. Este proceso puede ser eficiente si se utilizan los medios correctos para comunicarse. Es eficaz si se logra transmitir el mensaje que se desea (Rodrigo, 2014).

En la literatura se exponen redes de comunicación organizacional y específicamente mencionan tres tipos; la primera es la red de cadena; que se refiere a la comunicación formal de mando, respetando jerarquías de abajo hacia arriba y viceversa. La segunda es la red de rueda; es la comunicación que se genera entre un líder bien identificado y su equipo de trabajo. La tercera es la red de todos los canales; donde la comunicación se transmite libremente entre todos los integrantes de un equipo de trabajo (Robbins, Coulter, 2005).

Se reconoce que existen diferentes maneras de transmitir una idea, mediante la comunicación verbal y no verbal, según el número de participantes puede ser individual, intrapersonal, interindividual, intergrupar, de masas y colectiva, según el tipo de mensaje; si es privado o público, de acuerdo al canal sensorial, está puede ser visual, auditiva, táctil, gustativa y gestual, también se pueden utilizar los canales tecnológicos como el teléfono, correo electrónico, redes sociales, radio, tv y cine. Con respecto al tipo de participación puede ser unilateral y recíproca. Y esta comunicación se puede generar en cualquier ambiente empresarial, institucional, educativo u hospitalario (Dubrin, 2008).

### **Investigaciones Internacionales**

Una investigación realizada en el Hospital de Madrid titulado “Dificultades de comunicación percibidas por profesionales de Enfermería en un hospital general”, evaluó tres áreas relativas a las dificultades en la comunicación, con respecto al manejo de situaciones relacionadas con sus pacientes, con los familiares y con su equipo de trabajo. En cuanto a las dos primeras áreas, los y las participantes manifestaron que su mayor dificultad era resolver el sufrimiento tanto del paciente como de los familiares, y la menor dificultad es solucionar cuestiones sobre la



propia enfermedad, mientras tanto en la tercera área se identificó que existe una gran dificultad para poder comunicarse del profesional de Enfermería al área médica y con el mismo grupo de Enfermería. Se concluyó que hay mayores dificultades en la comunicación, que en los mismos procedimientos que requieren mayor análisis y complejidad, a cambio, se hacen propuestas para trabajar y reforzar el tema de desarrollo de habilidades que fortalezcan estas relaciones humanas y laborales (Ulla, Arranz, Argüello, et al, 2002).

En Colombia se realizó una investigación titulada “Comunicación y coordinación en Enfermería en una institución de salud de alta complejidad en Cartagena” (Puello, Prieto, Rondón, 2016), en sus resultados obtuvieron que para las enfermeras de una misma unidad, en la dimensión de comunicación individual fue satisfactoria entre las familias, sus pacientes y el personal de Enfermería, hay una sensación de trabajo constructivo en las áreas estudiadas y a nivel de coordinación. Concluye que la coordinación y la comunicación son una fortaleza para el equipo de Enfermería, ya que facilita la continuidad, oportunidad y armonía entre los distintos grupos de trabajo, siendo ejemplo para otras organizaciones.

Un artículo del norte de España titulado “Las relaciones interpersonales de los enfermeros en asistencia hospitalaria y el uso de habilidades comunicativas”, identificaron que un entorno desorganizado afecta las relaciones interpersonales, provocando en los participantes, sentimientos negativos como la impotencia y falta de motivación. Propusieron llevar a cabo una planificación de las actividades diarias, dejar claras las actividades de cada rol profesional y desarrollar las habilidades comunicativas indispensables, para que los problemas pasen a los gestores y al resto del talento humano (Lapeña, et al, 2014).

El siguiente estudio llevo a cabo una reflexión sobre las “Relaciones interpersonales y la comunicación en la práctica diaria de Enfermería basada en Hildegard Peplau”, analizaron 58 artículos de los que concluyen, que la mayoría de estos le dan prioridad a los servicios de cuidados intensivos, con pacientes



graves o terminales, y por la mismas condiciones la comunicación no verbal en su mayoría de veces, es más que la verbal, de igual manera, mencionan que el uso de las tecnologías se han convertido en una herramienta de mejora en los procesos, aunque por otra vertiente es una barrera para las relaciones interpersonales. La sobrecarga de trabajo limita también este tipo de relaciones (Ramírez, Müggenburg, 2015).

En el norte de España se realizó la investigación “Uso de las tecnologías de la información y la comunicación en enfermería”, resulta que más de la mitad de las y los profesionales participantes utilizan el teléfono móvil para conectarse al internet, las herramientas menos utilizadas por estas personas profesionistas son las bases de datos y las bibliotecas virtuales, la edad también fue un factor determinante en el uso de estas tecnologías. Se concluye que el talento humano utiliza de manera poco extendida las Tic, conforme aumenta la edad el uso va en disminución por falta de motivación y capacitación. Las investigadoras sugieren diseñar estrategias educacionales y de gestión que impacten en el uso correcto y ampliado de las Tic (Regaira, 2020).

### **Investigaciones Nacionales**

Rizo (2016), enlista una serie de estrategias para mejorar y fortalecer la comunicación en los equipos multidisciplinares:

1. Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación (SBAR); se refiere a un modelo de comunicación estructurado, con el fin de transmitir la información necesaria y suficiente con respecto al estado de salud de las y los pacientes. Aquí se involucra al paciente entre el personal de salud, ya que, si las condiciones del paciente lo permiten, al escuchar la comunicación entorno a su persona, podrá afirmar que lo que escucha, efectivamente es información confiable y real.



2. Comunicación en voz alta: consiste en comunicar información importante, en un momento crítico y con el objetivo de que un grupo escuche de manera simultánea la misma información, pero el mensaje va dirigido a una persona en específico. Ejemplo: Reanimación Cardio Pulmonar.
3. Comprobar de nuevo: es el momento en que se confirma el mensaje recibido por el emisor, se corrobora la acción a ejecutar, por una o más personas.
4. Las Cinco P's. Paciente: notificar el nombre completo, edad, sexo y lugar de procedencia de la persona. Plan: dar a conocer el diagnóstico, tratamiento, pronóstico y plan a seguir. Propósito: fundamentar el tratamiento. Problemas: comunicar una situación específica que haga a cada paciente diferente del resto. Precauciones: resaltar alguna situación poco común en su paciente.
5. Pasar la batuta<sup>3</sup>: es una herramienta que favorece la comunicación y la calidad, entre personal de salud y paciente, permite identificar los datos específicos de la persona, así como sus cuidados y tratamiento, esto para garantizar la seguridad de pacientes y la calidad del servicio que recibirá.

En el artículo “Calidad de la Comunicación del personal de Enfermería en el servicio de Neonatología del Hospital Infantil de Sonora”, los resultados calificaron como buena la calidad de comunicación interpersonal, con respecto a la comunicación general en el servicio y la comunicación entre el mismo gremio de Enfermería son de menor calidad. Esto invita a reflexionar para identificar que la comunicación entre enfermeras y enfermeros es más compleja de lo que se cree, y que se debe mejorar la calidad, para beneficio de los equipos de trabajo y por consiguiente para su paciente (Figuroa, Zaragoza, García, 2016).

En el estudio llevado a cabo en un hospital de tercer nivel en México titulado “La comunicación del personal de Enfermería con el equipo quirúrgico”,

<sup>3</sup>Para fines de este trabajo, se define batuta: darle la dirección o el mando a otra persona.



se identificó de manera precisa que las y los profesionales de Enfermería llevan a cabo la comunicación con previsión, confirman la información más significativa y puntualizan la importancia de garantizar la seguridad del paciente. Concluye que Enfermería trabaja para mantener una comunicación asertiva, pero se requiere participación activa para garantizar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos (Muciño, et al, 2017).



## Capítulo 4. Enfermería

### Definición

Florence Nightingale (1860) define Enfermería como; “la actuación sobre el entorno del paciente para ayudarlo en su recuperación”. Desde su perspectiva mantener un ambiente limpio, con adecuada ventilación y tranquilo era básico para recuperar el estado de salud, por su parte, Virginia Henderson (1960) definió la profesión cómo “la función propia del profesional de Enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, para que realice aquellas actividades que contribuyen a sus salud o a su recuperación (o a su muerte tranquila), actividades que la persona realizaría por voluntad propia si tuviera la fuerza o los conocimientos necesarios y de manera que las llevé a cabo lo más pronto posible”. En tanto que Ida Orlando, definió que Enfermería es, “brindar la ayuda que la persona necesite para satisfacer las necesidades que requiera para que su bienestar físico y mental sea asegurado” (Iyer, 1986).

Watson (1988) propone que la Enfermería es dinámica; “Es el conocimiento, valores, filosofía, dedicación y acciones relacionadas con las transacciones y subjetividad del cuidado humano”. Mientras que para Leininger (1988) Enfermería es “una ciencia y arte humanística, aprendida que su fundamento es el cuidado personalizado y transcultural (individual o de grupos) de comportamientos, funciones y procesos dirigidos a la promoción y mantenimiento de conductas saludables o a la recuperación de la salud”. Y de acuerdo a Benner (Marriner, 1994), Enfermería es “una relación de cuidado ya que crea la posibilidad de dar y recibir ayuda. Es la ciencia del cuidado guiada por el arte y la ética. Es el entendimiento de las experiencias vividas en la salud, bienestar, malestar, enfermedad y las relaciones que existen entre ellas”.

El eje central de las y los profesionales de Enfermería, es el cuidado, que de acuerdo con la Norma Oficial 019-SSA3-2013, lo define como, la acción encaminada a realizar las actividades que por sí sola no puede llevar a cabo una persona, considerando aspectos educativos, emocionales, e involucrando a la



familia. Según Gaut (1984), cuidar tiene tres direcciones: interés, cubrir necesidades y afecto, es una actividad intencionada. Para Leininger (1984), cuidados son, acciones asistenciales de apoyo que van dirigidas a una persona o grupo de personas, para mejorar su condición de vida humana. Mayeroff (1971), menciona que cuidar es una manera de auto crecimiento, ya que se debe tener un nivel de conocimiento que facilite ese cuidado. Watson (1988), habla de una acción multifactorial, que impacta no solo en la persona necesitada de cuidado, si no, del aprendizaje que adquiere la persona que cuida (citado en Kozier, 2012).

### **Teoría aplicada a la investigación**

Una de las primeras aportaciones de Patricia Benner a la Enfermería es, al resaltar la diferencia entre la práctica y los conocimientos teóricos, asegurando que el desarrollo de conocimiento en una disciplina práctica, requiere ampliar este, mediante investigaciones científicas basadas en la teoría y mediante los aprendizajes obtenidos por la práctica continua, esta teórica considera que la primer fuente de conocimiento es la práctica clínica, abriendo una ventana a la experiencia sustentada en hechos reales y logrando así una formación fundamentada en los y las profesionales de Enfermería (Carrillo, et al, 2018).

Benner estudia y adopta el modelo de los hermanos Dreyfus (1980), que se refiere al desarrollo de habilidades y adquisición de estas en una persona, cuando se enfrentan a situaciones de emergencia. Dicho modelo se refiere a los cinco niveles de adquisición y desarrollo de habilidades, los cuales son: principiante, principiante avanzada, competente, eficiente y experta. En relación del tiempo y la práctica que va adquiriendo la profesional de enfermería, va enriqueciendo su nivel de conocimiento práctico y teórico, esto se vincula y genera un conocimiento basto para la Enfermería (citado en Carrillo, et al, 2018).

De acuerdo con Raile, Marriner, (2011) se definen cada uno de los niveles del Modelo Dreyfus adaptados a la filosofía de P. Benner (1984):



Nivel I Principiante: aquí se ubica al estudiantado de Enfermería, ya que no tienen la experiencia de enfrentarse a nuevas situaciones o adaptarse a un servicio clínico, sus conocimientos son básicos y carecen de práctica clínica.

Nivel II Principiante avanzado: ubicamos en este rubro a aquellas personas estudiantes que han enfrentado situaciones clínicas más complejas y que han tenido el acompañamiento y guía de tutoría para la solución de estas.

Nivel III. Competente: su característica principal está dada por su planificación y determinación de situaciones actuales y futuras. Se distingue su seguridad, argumento de conocimientos normativos que le permiten actuar en situaciones críticas.

Nivel IV Eficiente: basado en la experiencia e información previa, ha adquirido la capacidad de resolver y de tomar decisiones, ya que la práctica clínica es más amplia y constante. Puede diferenciar lo correcto de lo incorrecto.

Nivel V. Experto: aquí se tiene la capacidad analítica e intuitiva, se reconoce con una amplia experiencia y conocimientos teóricos, no necesita instructivos a menos que sea una actividad nueva y desconocida.

Cada uno de los niveles describe un perfil que debe cubrir el profesional de Enfermería, tanto en conocimientos teóricos como en la práctica clínica, necesaria para enfrentar situaciones de bajo riesgo hasta de alta complejidad sin que esto se convierta en situaciones de riesgo tanto para sus pacientes, como para el profesional y las organizaciones de salud. Al aplicar el modelo de Benner a la práctica clínica de Enfermería, se identifica que las habilidades adquiridas por medio de las experiencias reales son más seguras y confiables en conjunto con conocimientos teóricos sólidos (Raile, Marriner, 2011).



## Capítulo 5. Evaluación

### Definición

La Real Academia Española define que evaluación, es determinar el valor de algo. Examinar las aptitudes o conocimientos de alguien. La evaluación se considera un proceso sistemático de medición y comparación de resultados en relación con los objetivos (Balderas, 2005). Kozier (1993) nos menciona que la evaluación es una actividad organizada que mide el logro de objetivos propuestos y su finalidad es generar un resultado. Por medio de esta, la profesional de Enfermería acepta la responsabilidad de sus actos, así como la magnitud de sus resultados. Con respecto a la evaluación del desempeño, Robbins (2005), nos menciona que se debe revisar si la persona alcanza o no, el logro de sus objetivos.

Con estos antecedentes sobre el concepto de evaluación, se propone para esta investigación, la necesidad de evaluar cualquier procedimiento que está a cargo de profesionales de Enfermería y que tiene como objetivo garantizar la seguridad y calidad otorgada en cada cuidado, en los registros clínicos, en la comunicación y en el intercambio de información que fomenta la continuidad del cuidado, de modo que nos permita identificar las áreas a reforzar, evitando la punitividad en los resultados y resaltando las fortalezas de este.

### Instrumento de Evaluación

Se identificó un instrumento con características muy específicas y que tiene el objetivo de evaluar la calidad del proceso de enlace de turno de Enfermería. Este instrumento consta de 4 apartados, el primer apartado se refiere a los datos sociodemográficos, el segundo el primer apartado se refiere a la evaluación de datos sobre la organización, el tercero evalúa entrega-recepción de pacientes, este a su vez con 3 subdivisiones: 10 ítems de Seguridad de pacientes, 9 ítems de Intervenciones de Enfermería y 2 ítems que evalúan procedimientos y exámenes programados, y en el cuarto apartado se presenta un bloque de



observaciones. Ese instrumento se sometió a validación de personas expertas, por 5 jueces, para obtener el nivel de confiabilidad, el coeficiente de Kappa de Cohen  $k= 0.92$ , y confiabilidad interna, coeficiente de Kuder Richardson con una  $r=0.93$ . Se aplicó en una prueba piloto, y posteriormente ha sido utilizado en dos ocasiones en poblaciones similares. En la Tabla 1 se describe con mayor detenimiento el instrumento:

**Tabla 1**

*“Evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de enfermería. Guía de observación (Yañez y Zárate).”*

Apartado	Datos a evaluar
Primer apartado. Datos sociodemográficos	Son aquellas características que definen a un grupo de personas, son datos que describen; la edad de las y los participantes, género, nivel académico, puesto laboral, turno, servicio. En el enlace de turno participan, la enfermera(o) que entrega y la enfermera(o) que recibe, así aparecen los datos de ambas personas involucradas en el enlace de turno.
Segundo apartado. Estructura: Aspectos organizativos.	Aquí se recolectan datos como; lugar del enlace de turno, elaboración de un informe para el enlace, índice enfermera paciente, tiempo de duración del enlace.
Tercer apartado. Calidad del proceso de enlace de turno de enfermería. Entrega recepción de pacientes con tres subdimensiones.	1. Seguridad del paciente: medidas adoptadas para reducir el riesgo de daño innecesario, asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable. 2. Intervenciones de Enfermería: Todo tratamiento basado en el conocimiento



	<p>y juicio clínico, que realiza un profesional, para favorecer el resultado esperado de pacientes, incluye cuidados directos o indirectos, dirigidos a la persona, la familia o la comunidad, como tratamientos puestos en marcha por enfermeras(os), médicas(os) y otras personas proveedoras del cuidado.</p> <p>3. Procedimientos y exámenes programados: Son aquellos procedimientos, exámenes de laboratorio, estudios radiológicos que pacientes tienen programados o a los que serán sometidos(as) durante su estancia hospitalaria, y el personal de enfermería debe estar enterado de esos detalles, para que sean efectuados en tiempo y forma.</p> <p>Este bloque de ítems es el que determina el nivel de calidad, ya que involucra acciones de Enfermería, en la entrega y recepción de turno.</p>
Cuarto apartado. Observaciones	Son registros de situaciones que se presentaron con pacientes durante el turno y que es importante que el personal de Enfermería entrante conozca.

*Nota.* Evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de enfermería. Guía de observación (Yañez, Zárate, 2019).



El nivel de calidad se obtiene del cumplimiento de los 21 ítems del instrumento, con los siguientes rangos de ponderación: no cumple= 0, cumple= 1, no aplica= 2, y para ubicar la categoría: nivel de cumplimiento alto (90 - 100%), medio (80 - 89%), bajo (66 - 79%) y no cumplimiento (<65%). Las autoras tomaron de referencia la Guía gerencia de los servicios de Enfermería Bogotá, Colombia, que ya tiene estos niveles establecidos y validados. En la metodología de esta investigación desarrollada, se utilizó este instrumento para la recopilación de la información, con previa autorización de la autora.



## Capítulo 6. Niveles de atención en salud

### Definición

Primer nivel de atención: su objetivo es atención, prevención, promoción y control de la salud, las comunidades localizan bien este nivel, se trabaja para educar y promover la detección oportuna de diferentes patologías, corregir y limitar el daño en la medida de lo posible. Elaboran programas para promover la atención sanitaria, acciones de mejora a la población. La atención es ambulatoria y son llamados “Centros de Salud”, si bien es cierto en el primer nivel de atención la comunicación oportuna es una estrategia que se utiliza para promover, difundir y ganar la atención de la población, para abordar temas relacionados a la prevención y atención oportuna de distintas alteraciones o necesidades de salud, se observa que el personal de Enfermería logra, en muchas ocasiones, establecer vínculos de mayor confianza, y constantes con las personas que de manera regular acuden a estos servicios, en momentos importantes ambas partes se identifican para abordar dudas, inquietudes o aclarar situaciones que pudieran fomentar un avance en alguna enfermedad (OMS, 2007).

Segundo nivel de atención: se enfoca al diagnóstico médico, atención hospitalaria básica, ofrece servicios de cirugía ambulatoria, limita el daño y atención ginecológica. Aquí se encuentran los hospitales regionales y maternidades, tienen la disponibilidad y responsabilidad de emitir una referencia a un tercer nivel de atención de salud, para dar continuidad a diagnóstico, tratamiento o rehabilitación en caso necesario.

Tercer nivel de atención: instituciones con mayores recursos materiales, mayor equipamiento en cuanto a diagnóstico, especialidades y subespecialidades, cirugía de alta especialidad, traumatología, especialidades quirúrgicas y rehabilitación. Es importante resaltar que todos los niveles tienen un rol indispensable para la atención sanitaria, para que las y los pacientes



lleguen a segundo o tercer nivel, deben contar con su referencia, es decir, un documento que apruebe que ya fue abordado por el nivel previo (OMS, 2007).

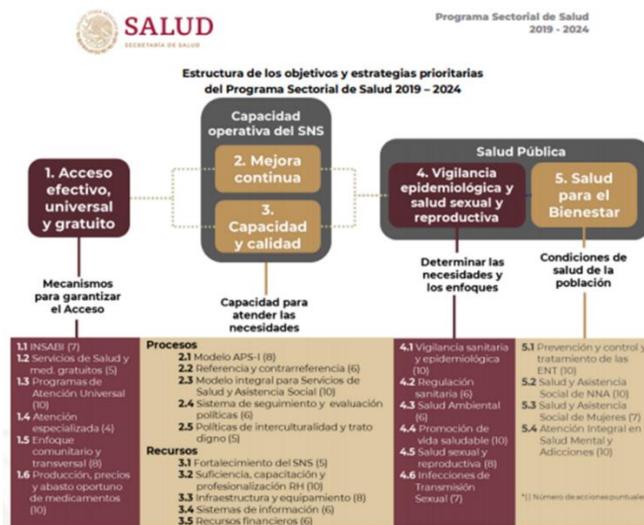
En México, los sistemas de salud son complejos y se encuentran fragmentados, esto complica la cobertura para la población, por una parte el sistema público de salud descentralizado, segmentado, abandonado y con una sobrecarga de los servicios, esto sustenta los tiempos prolongados de espera para una consulta, tratamiento o procedimiento, al igual que los faltantes en medicamentos, personal de salud e insumos carentes. En la actualidad el Sistema Nacional de Salud se compone por la Secretaría de Salud Federal, los Servicios Estatales de Salud (SES) y los servicios médicos de los institutos de seguridad social (Salud, 2019-2024). Los institutos nacionales de salud, los hospitales regionales de alta especialidad y los hospitales federales se encuentran inmersos en el fin común de otorgar servicios de salud, de calidad y seguridad, haciendo énfasis en sus procesos de planeación estratégica, desarrollo organizacional y gestión.

Existe el Programa Sectorial de Salud 2019-2024, en la Figura 1, se presenta una imagen de la estructura, donde observamos puntualmente los cinco objetivos y que tienen como tema central la calidad, que se vea reflejada en el objetivo tres, reforzando la importancia que a nivel nacional e internacional es un tema central en los sistemas de salud.



Figura 1

Estrategias del Plan Sectorial



Nota. Programa Sectorial de Salud 2019-2024

De acuerdo con la figura anterior y para intereses de esta investigación, el Objetivo Prioritario (OP): 3.Capacidad y calidad del Sistema Nacional de Salud, es el que se abordó para poder ampliar esta metodología, tiene como prioridad garantizar y asegurar la atención con capacidades técnicas, habilidades y calidad profesional para atención de población, sus objetivos específicos son: fortalecer el Sistema Nacional de Salud, suficiencia, capacitación y profesionalización del personal, infraestructura y equipamiento en salud, tecnologías de la información y comunicación en Salud (Salud, 2019-2024).

El sistema de salud está conformado por toda una red de sistemas y subsistemas, cada área con su nivel de importancia y relevancia, ya que es fundamental que se genere investigación con respecto a los temas que impacten y trasciendan para mejora de las y los pacientes, talento humano y las organizaciones.



### III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente a nivel mundial las organizaciones e instituciones de salud, han puesto como tema prioritario y central la “seguridad del paciente” en un ambiente clínico (Ruelas, et al 2007). En la atención de Enfermería directamente con pacientes, existen varias herramientas para poder comunicarnos y compartir toda aquella información necesaria e indispensable, que fomente una continuidad del cuidado de Enfermería y la calidad de este, el enlace de turno es un momento de encuentro de profesionistas de la misma área, es un intercambio de información relevante, pero también se ha convertido en un momento de alto riesgo no sólo para el o la paciente, sino para el equipo de Enfermería de los turnos en enlace, el tiempo destinado para llevar a cabo este proceso, en ocasiones puede ser insuficiente, lo cual suele estar determinado por la complejidad del contexto y el momento en que se realiza, existen distintos factores que intervienen para que se distorsione el mensaje que se desea comunicar como por ejemplo, los ruidos constantes, el traslado interhospitalario de pacientes de un área a otra en los distintos horarios de enlaces de turno (Rivero, Pérez, Recio, 2016).

Una comunicación incompleta o errónea en el gremio de Enfermería, durante el enlace de turno, pudiera convertirse en una amenaza no sólo desde el punto de vista organizativo, sino también, puede dañar la integridad de sus pacientes y con ello la estabilidad laboral del personal de Enfermería. Si la comunicación es insuficiente, sin calidad en el contenido, sin mayor trascendencia directa para las personas usuarias y el o la cuidadora, va limitando el desarrollo profesional de Enfermería y su impacto como profesionista (Organization, 2007).

Como antecedente relevante y que llama la atención, es que a nivel mundial no existe una metodología establecida para llevar a cabo este momento de enlace de turno, es decir, cada grupo de profesionales de Enfermería lo ha ido adaptando a sus propias necesidades, recursos, creando y utilizando diferentes



formatos que contengan la mayoría de información necesaria para darle continuidad al cuidado y tratamiento, pero esto también propicia que con frecuencia la emisión de mensajes resulta inadecuada, ya que es posible que el emisor transmita en forma incorrecta los datos que desea comunicar o que el interlocutor los malinterprete.

La no existencia de una comunicación efectiva en el enlace de turno, puede dar pauta a repercusiones en la seguridad de pacientes impactando en diferentes escenarios como; evento adverso, accidentes, evento centinela, quiasí falla o quasi error (Organization, 2007). Existen diversos factores que afectan directamente este enlace de Enfermería y que lo vuelven un momento de alto riesgo desde el punto de vista de la profesión de Enfermería, ya que es ahí cuando surgen de manera frecuente las siguientes amenazas: omisión de información al traspaso de la guardia, pase de visita del área médica que distrae directa o indirectamente la atención de las personas presentes, interconsultas de algunas subespecialidades, abordaje invasivo por parte de algún miembro del equipo multidisciplinario, las mismas condiciones clínicas de pacientes y que requieren atención inmediata por poner en riesgo la vida, traslados a estudios radiológicos y/o traslados a quirófano no programados, el tiempo en que se lleva a cabo el enlace, el área física puede llegar a ser un factor importante por las mismas condiciones del servicio, la falta de personal de Enfermería (Commission, Joint Commission, 2017).

De acuerdo con la Joint Commission International Center for Patient Safety, las tres principales causas de eventos adversos son: 1. Confusión en el uso de medicamentos con nombre o presentación similar. 2. Problemas con la identificación de pacientes. 3. Transferencia de la comunicación (oral y de documentos entre servicios) (Ruelas, et al, 2007, pag. 78). El tema central de esta investigación se ve inmerso en el punto número tres de estos eventos adversos, dando la pauta a buscar diferentes recursos que faciliten y minimicen los riesgos de modo que garanticen que la información más relevante será



transmitida al personal de Enfermería que seguirá con la responsabilidad del cuidado de las personas, en un ambiente hospitalario y con los potenciales riesgos que esto significa, pero con la seguridad de que la información que posee es la necesaria para mantenerse alerta de cualquier situación ajena a las condiciones de las personas, utilizando un lenguaje estandarizado, comprensible y profesionalmente ético.

Una comunicación interrumpida fue la causa principal de los eventos centinela denunciados entre 1995 y 2006 ante la Comisión Conjunta en los E.U.A., y el factor causal con mayor frecuencia en las demandas ante las agencias de seguros por mala praxis en el mismo país (Commission, Joint Commission, 2017).

En la institución en donde se realizó el presente estudio, se tienen enlaces de turno de Enfermería dinámicos, por las condiciones propias de salud de sus pacientes, el nivel académico de los y las profesionales, el lenguaje que se utiliza, algún formato utilizado en un servicio para la recepción- entrega de pacientes no existen registros estadísticos de si esto es funcional y trascendental, no hay evaluaciones previas de este momento, sí existe el seguimiento a indicadores de calidad, pero no están enfocados y dirigidos a este procedimiento, por lo que se volvió un factor a favor de esta investigación.

La atención de Enfermería directamente frente al paciente es las 24 horas de los 365 días del año, esto debe tener de igual manera, la continuidad en la comunicación y traspaso de información de una persona a otra, independientemente de todos aquellos factores que rodean a un enlace de turno de Enfermería en un tercer nivel de atención, pero sobre todo que esta información sea de calidad, evaluar es necesario para saber el nivel de calidad que se tiene en este procedimiento totalmente dependiente del profesional de Enfermería.



Se identifican todas aquellas actividades realizadas por el y la profesional de Enfermería, la sobrecarga de trabajo y la necesidad de realizar actividades que no son parte de su perfil, pero que debe desarrollar para cubrir algunas necesidades básicas de la persona a cargo, esto se convierte en distractores que le restan al profesional tiempo frente a su paciente, esto al final del turno impacta en la calidad y seguridad de los y las pacientes, al momento del enlace de turno en ocasiones estos distractores se utilizan como “justificantes” de algún cuidado omitido hacia la persona, es fundamental recordar que no se debe poner en riesgo la vida y seguridad de pacientes, bajo ningún argumento.

A partir de esta problemática surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de calidad en el proceso de enlace de turno de enfermería, en servicios de hospitalización en un hospital de tercer nivel?



## IV. JUSTIFICACIÓN

Esta investigación tiene trascendencia, ya que determina la calidad de un proceso que debe garantizar el servicio que se otorga y su mejoramiento, así mismo, de no existir calidad en el proceso, puede determinar los factores que contribuyen a que esto no sea satisfactorio para la organización y el funcionamiento del resto de los procesos que dependen directamente de la calidad.

Genera un impacto, ya que a nivel institucional se debe evidenciar en dónde está ubicado, en cuanto a calidad de la comunicación en el proceso de enlace de turno de Enfermería, para saber de dónde se parte y hacia dónde dirigir las estrategias de mejora en este rubro, qué oportunidades se tienen para garantizar y mantener la comunicación entre las y los profesionales de Enfermería, aportando al tema de seguridad y calidad de pacientes.

Esta investigación es viable ya que responde a diferentes programas a nivel nacional como son: Plan Sectorial de Salud, particularmente en su segundo objetivo, que se basa en el Plan Nacional de Desarrollo que tiene como finalidad incrementar la calidad en los servicios, específicamente para poblaciones altamente marginadas; en el programa de calidad donde se desarrollan las acciones esenciales de seguridad para pacientes, que específicamente se ve inmersa en el punto dos, la comunicación eficaz; procesos de certificación y acreditación, que se enfocan a evaluar todos los procedimientos que involucran la seguridad de pacientes en una institución que ofrece servicios de salud, y de manera constante estar actualizada y retroalimentada a el talento humano, para mantener estándares de competitividad a nivel nacional y garantizar la seguridad de sus pacientes.

Así mismo el programa de estímulos a la calidad del desempeño del personal de salud, ya que evalúa la atención directa con pacientes y su familia, la comunicación a nivel profesional que utilizan los equipos de trabajo, la calidad



y continuidad de los cuidados, estos, generando acciones de mejora dirigidas a la calidad y seguridad de pacientes. Por supuesto que esta investigación es vulnerable, ya que al utilizar un instrumento que evalúa específicamente las variables de estudio como la comunicación y el nivel de calidad, permitirán identificar momentos con probables factores de riesgo, que vuelvan aún más sensible el tema central, pero permitirá elaborar estrategias preventivas para posibles riesgos potenciales.

De acuerdo con la reproducibilidad, el compartir la metodología de la investigación, da pie a que pueda ser aplicada en otras instituciones hospitalarias de cualquier nivel de atención, dado que la actividad que se evalúa es universal, esto ayudaría a tener un punto de comparación, análisis conjuntos y generar estrategias que se adapten a esa realidad, siempre con el objetivo de mejorar los procesos y de impactar en los procedimientos de Enfermería.



## V. OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

Evaluar la calidad del proceso de enlace de turno de Enfermería, en servicios de hospitalización en el tercer nivel de atención.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir los datos sociodemográficos del personal de Enfermería responsable en el enlace de turno.
- Identificar el comportamiento de los aspectos organizativos durante el enlace de turno.
- Verificar las actividades que se realizan en el enlace de turno, relacionadas con aspectos de seguridad de pacientes e intervenciones de Enfermería.
- Confirmar el registro en el expediente clínico de hechos relevantes que se presentaron durante la guardia.
- Correlacionar los datos sociodemográficos con el nivel de calidad.



## **VI. HIPÓTESIS**

Hi: Los elementos técnico – organizativos, así como el nivel de seguridad de pacientes e intervenciones de Enfermería en el cuidado que se ofrece, garantizan la calidad del proceso enlace de turno de Enfermería.



## VII. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

### Variable principal:

Variable/ Tipo	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Código y valores	Escala de medición
Calidad en el proceso de enlace de turno / Cualitativa.	Proceso administrativo de transferencia de la información y de responsabilidad profesional de los aspectos de salud y atención más relevantes brindados a pacientes, de un profesional a otro.	Transferencia de la comunicación, de toda aquella información relevante e indispensable para darle continuidad al cuidado, garantizando la seguridad y calidad de pacientes.	<p>Proceso Entrega-recepción de pacientes: Acción que realiza el personal de Enfermería para la entrega y recepción de cada uno(a) de sus pacientes en el proceso de enlace de turno, por medio de la comunicación verbal y escrita, en tres subdimensiones:</p> <p>Seguridad del paciente: acciones y medidas llevadas a cabo por el profesional de Enfermería, para reducir el riesgo de daño innecesario en la atención de pacientes. Ítems 1 al 10.</p> <p>Intervenciones de Enfermería: acciones dirigidas y enfocadas al tratamiento, justificado en conocimiento y juicio clínico, decisiones tomadas por la profesional de Enfermería. Estas acciones pueden estar enfocadas en la</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>	Intervalo



			<p>persona, familia y/o comunidad. Ítems del 11 al 19.</p> <p>Procedimientos y exámenes programados: se refiere a estudios de laboratorio, procedimientos y exámenes diagnóstico-terapéuticos, que sus pacientes tengan indicados, es necesaria la intervención de profesionales de la Enfermería para realizarse en el momento más oportuno. Ítems 20-21.</p>		
--	--	--	--	--	--



**Variables intervinientes:**

Variable/Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Códigos y valores	Escala de Medición
Servicio/cualitativa	Área de hospitalización que cuenta con camas censables para hospitalización de pacientes que requieren atención médica con fines diagnósticos y/o terapéuticos ya que es necesario el cuidado de Enfermería.	Área de hospitalización que brinda atención a pacientes.	1. Pediatría 1-2 2. Pediatría 3-4 3. Nefrología 4. Oncología 1 5. Oncología 2	Nominal
Turno/cualitativa	Horas del día en que la población económicamente activa cumple en su fuente laboral.	Horario laboral del profesional de Enfermería. Se consideran tres turnos: Matutino 7:30 a 15:30 hrs. Vespertino 14:30 a 22:00 hrs. y Nocturno de 21:30 hrs a 8:00 hrs.	1. Matutino 2. Vespertino 3. Nocturno	Nominal
Edad/cuantitativa	Tiempo que ha transcurrido de vida de una persona, a	Años de vida de la persona profesional de Enfermería.	Años cumplidos.	Intervalo.



	partir de su nacimiento.			
Género/cualitativa	Condición biológica que permite distinguir a un hombre y una mujer.	Profesionales de Enfermería, hombre o mujer.	1. Femenino (Mujer) 2. Masculino (Hombre)	Nominal
Antigüedad laboral/cuantitativa.	Tiempo transcurrido en que una persona se ha desempeñado laboralmente en su unidad de trabajo, de manera ininterrumpida, desde el primer día laboral.	Años laborando de los y las profesionales de Enfermería, en la institución hospitalaria.	Años.	Intervalo.
Nivel académico/cualitativa	Máximo grado de estudios comprobables ante la Secretaría de Educación Pública.	Nivel académico del profesional de Enfermería.	1. Técnico 2. Postécnico 3. Licenciatura 4. Especialidad 5. Maestría	Nominal.
Puesto/cualitativa	Grupo de tareas, responsabilidades y funciones que deberá desempeñar una persona en su institución laboral.	Categoría laboral asignada al profesional de Enfermería, en la institución hospitalaria.	1. Enfermera Jefa de servicio/Encargada de servicio. 2. Enfermera especialista. 3. Enfermera general.	Nominal.



Variable/ Tipo	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Código y valores	Escala de medición
Estructura: Aspectos organizativos/cualitativa.	Conjunto de elementos para llevar a cabo el enlace de turno de Enfermería, incluye la información escrita, planeación del tiempo, lugar y asignación de pacientes.	Elaboración previa de informe escrito, condiciones del entorno para el enlace de turno de Enfermería en la institución hospitalaria.	Informe escrito (novedades): Reporte que elabora la persona profesional de Enfermería que estuvo al cuidado de sus pacientes, contiene los datos más relevantes y lo utiliza en cada enlace de turno.	1. Sí 2. No	Nominal.
			Lugar del enlace de turno: Área física donde se lleva a cabo el enlace de turno de Enfermería, en cada uno de los servicios de hospitalización, entrega – recepción.	1. Al lado de la cama del paciente. 2. Sala de juntas. 3. Central de enfermería. 4. Mixto (primero revisan a cada paciente, posteriormente el enlace administrativo es en la central de enfermería). 5. Especificar.	Nominal.
			Índice enfermera paciente: Consiste en la	Cantidad	Nominal



			cantidad de pacientes que se asignan al cuidado de cada profesional de Enfermería, durante el turno.		
			Duración del enlace de turno: tiempo transcurrido en el enlace de turno, desde el primer paciente hasta el último paciente, por profesional.	Minutos.	Intervalo.



## VIII. METODOLOGÍA

**Tipo de estudio:** Observacional, transversal, no experimental.

**Enfoque:** Cuantitativo.

**Universo de estudio:** Constituido por 240 procesos de enlace de turno de Enfermería, en cinco servicios de hospitalización, durante un mes, en los tres turnos, en un hospital público de tercer nivel de atención pediátrica de la Ciudad de México.

**Muestra:** Servicios de hospitalización, Pediatría 1-2, Pediatría 3-4, Nefrología, Oncología 1 y Oncología 2.

La muestra se calculó a través de la fórmula para poblaciones finitas:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q} = \frac{240 (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2 (240 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5} = \frac{230.496}{1.5579} \\ = 147.95 = 148 \\ n = 148$$

Donde:

Z= índice de confianza del 95% (1.96).

p= Proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia de 0.5.

q= Proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio de 0.5.

d= Precisión absoluta de 0.05.

N= Total de la población 240.

La muestra fue de 148 procesos de enlaces de turno de Enfermería, realizados en el mes de marzo del año 2021, en los servicios de Pediatría 1-2, Pediatría 3-4, Nefrología, Oncología 1 y Oncología 2.



**Muestreo:** No probabilístico por conveniencia.

**Criterios de selección:**

**Criterios de inclusión:** Enlaces de turno de Enfermería en los servicios de Pediatría 1-2, Pediatría 3-4, Nefrología, Oncología 1 y Oncología 2.

**Criterios de exclusión:** Enlaces de turno de Enfermería en servicios quirúrgicos.

**Criterios de eliminación:** Instrumentos incompletos, enlaces de turno de Enfermería donde la o el profesional no firmó el consentimiento informado para ser observado(a).



## Recolección de la información

El método para la recolección de datos fue por medio de la observación directa y previa autorización de las autoras (Yáñez y Zarate), se aplicó el “Instrumento de medición: Evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de enfermería”, que consta de cuatro apartados. Primer apartado: datos sociodemográficos de la o el profesional de Enfermería. Segundo apartado, aspectos organizativos. Tercer apartado entrega-recepción de pacientes 21 ítems. Cuarto apartado de observaciones: para registrar hechos importantes que hubiesen sucedido en el transcurso del turno.

El nivel de calidad resulta de acuerdo con el cumplimiento de las variables medidas en el enlace de turno, utilizando la siguiente ponderación: no cumple= 0, cumple= 1 y no aplica= 2 con las siguientes categorías: nivel de cumplimiento alto (90-100%), medio (80-89%), bajo (66-79%) y no cumplimiento ( $\leq 65\%$ ). Este instrumento se sometió a 5 jueces expertos profesionales de Enfermería, se evaluó la confiabilidad entre observadores mediante el coeficiente de Kappa de Cohen  $k=0.92$ . En cuanto a la confiabilidad interna, valorada por el coeficiente de correlación Kuder Richardson, el resultado fue de  $r= 0.93$ . (Anexo 1).

Con la autorización de la Jefe del Departamento de Enfermería del hospital en observación, se tuvo una reunión con las Jefas de los servicios seleccionados para darles a conocer el objetivo de esta investigación y la aplicación del instrumento, durante el mes de Marzo de 2021, se dieron las especificaciones sobre el momento en que se llevaría a cabo la observación del proceso de enlace de turno de Enfermería, los turnos, y a las compañeras enfermeras observadoras participantes, así como el Consentimiento Informado (Anexo 2 ), que en su momento firmaron para autorizar ser observadas. A partir del día 01 de marzo se dio inicio con la aplicación de la Guía de observación, las observadoras participantes acudieron aproximadamente 15 minutos previos a la entrega-recepción, se dirigieron al personal en turno para explicar que se llevaría a cabo la observación y dar los consentimientos informados para su autorización.



Al iniciar el enlace de turno se dio seguimiento puntual a ambas personas profesionales de Enfermería que estaban en la entrega-recepción, inmediatamente al término de este, la observadora participante, ratificó la información en el expediente clínico, que correspondió a la información del cuarto apartado sobre observaciones de hechos relevantes durante el turno.

### **Consideraciones éticas**

En cuanto a los aspectos éticos, la presente investigación consideró y se apoyó en el Código de Helsinki, resguardando los datos personales de las y los profesionales de Enfermería que participaron en los procesos de enlaces de turno, en ningún momento se trastocaron los derechos humanos.

De acuerdo con el Artículo 17 de la Ley General de Salud, esta investigación es considerada sin riesgo para las personas participantes. Se elaboró una carta de Consentimiento informado para seguridad e integridad de las personas participantes y la investigadora. (Anexo 2).

Se solicitó la autorización del comité de Bioética y el comité de investigación del Hospital, para la realización de esta investigación, así como al departamento de Enfermería.

### **Procesamiento de datos:**

Se construyó una base de datos en el programa Statistical Package for the Social Science (SPSS) versión 22, se obtuvieron medidas de frecuencia, medidas de tendencia central, estadística descriptiva e inferencial, así como la paquetería Excel para gráficas y tablas.

### **Análisis de datos:**

Se realizó estadística inferencial, análisis descriptivo; distribución de frecuencia, medidas de tendencia central, visualización de datos por variables, figuras y tablas.



## IX. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS.

Con respecto a la estructura del instrumento utilizado, se presentan los resultados obtenidos en cada uno de los apartados.

### I. Datos Sociodemográficos.

En la tabla 2 se muestra que, en la distribución de las observaciones del enlace de turno, existen 10 puntos porcentuales entre el mayor y el menor porcentaje de aplicación, además de que dos de los servicios, tienden a compensar al de menor porcentaje.

**Tabla 2**

*Distribución de Enlaces de Turno por Servicio.*

Servicio	Enlaces de turno (Fr)	%
Pediatría 1-2	29	20
Pediatría 3-4	35	24
Nefrología	22	15
Oncología 1	29	20
Oncología 2	33	21
Total	148	100

*Nota.* Evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de Enfermería. Marzo 2021. Adaptado del Instrumento de medición: evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de enfermería. Guía de observación (Yáñez y Zárate).



En la tabla 3, se hace evidente que se realizó un porcentaje similar en las observaciones en los diferentes turnos, discretamente más elevado para el turno vespertino.

**Tabla 3**

*Procesos de enlaces de Enfermería observados por Turno. Marzo 2021.*

Enlaces de turno	Observaciones	%
Matutino	45	30
Vespertino	53	36
Nocturno	50	34
Total	148	100

*Nota.* Evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de Enfermería. Marzo 2021. Adaptado del Instrumento de medición: evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de enfermería. Guía de observación (Yáñez y Zárate).



En cuanto a la tabla 4, se observa el predominio del género femenino sobre el masculino en el estudio realizado, más de tres cuartos de diferencia.

**Tabla 4**

*Género de los Profesionales de Enfermería participantes. Marzo 2021*

Género	Profesionales de Enfermería	%
Femenino	227	77
Masculino	69	23
Total	296	100

*Nota.* Evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de Enfermería. Marzo 2021. Adaptado del Instrumento de medición: evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de enfermería. Guía de observación (Yáñez y Zárate).



Con respecto a la Figura 2, la edad en años de vida de las personas participantes en la entrega-recepción, se tiene una mayor concentración a partir de los treinta años y hasta los cuarenta y siete años, con una media de treinta y siete años, una edad máxima de cincuenta y seis y una edad mínima de veinticinco años.

**Figura 2.**

*Edad de los Profesionales de Enfermería. Marzo 2021.*



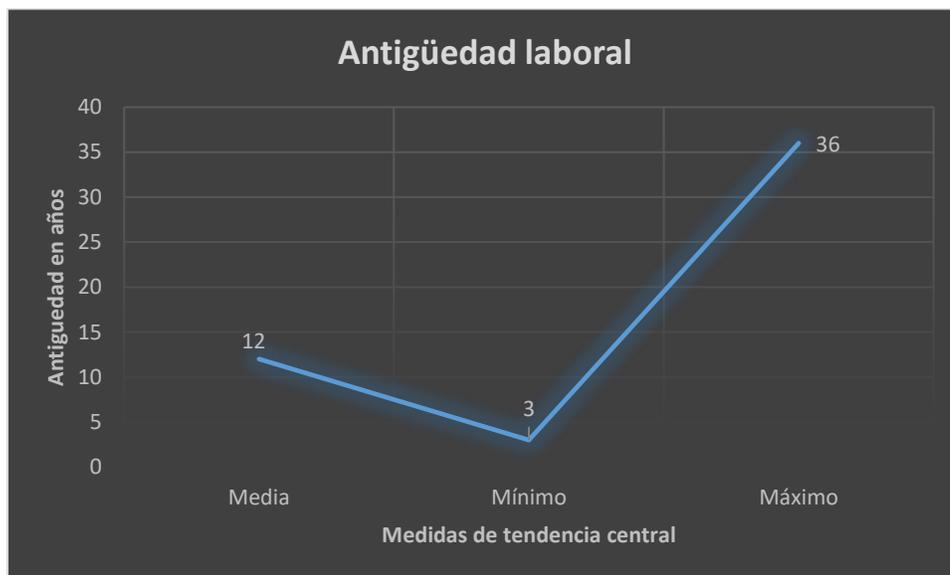
*Nota.* Evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de Enfermería. Marzo 2021. Adaptado del Instrumento de medición: evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de enfermería. Guía de observación (Yáñez y Zárate).



La antigüedad laboral vista en la Figura 3, refleja que el tiempo de práctica y experiencia profesional obtenidos por el talento humano, es lo suficientemente robusto para este equipo profesional.

### Figura 3

*Antigüedad laboral de los Profesionales de Enfermería. Marzo 2021.*



*Nota.* Evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de Enfermería. Marzo 2021. Adaptado del Instrumento de medición: evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de enfermería. Guía de observación (Yáñez y Zárate).



En la Tabla 5 se evidencian los niveles académicos con los que cuenta este grupo de estudio, teniendo la fortaleza de contar con un nivel máximo de Maestría en menor porcentaje, el nivel de licenciatura y especialidades con el más grueso de presencia y con una mínima representación, los niveles de técnico y postécnico.

**Tabla 5**

*Nivel Académico de los Profesionales de Enfermería. Marzo 2021.*

Nivel Académico	Profesional de Enfermería	%
Técnico	12	4
Postécnico	17	6
Licenciatura	172	58
Especialidad	71	24
Maestría	24	8
Total	296	100

*Nota. Evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de Enfermería. Marzo 2021. Adaptado del Instrumento de medición: evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de enfermería. Guía de observación (Yáñez y Zárate).*



Se resalta en la Tabla 6, los puestos o categorías laborales de este mismo grupo de profesionales, con una mayor concentración porcentual en la categoría de especialistas y Enfermería general, por el tipo de población una mínima cantidad de jefes de servicio.

**Tabla 6**

*Puesto o Categoría Laboral de los Profesionales de Enfermería. Marzo 2021*

Puesto o Categoría Laboral	Profesional de Enfermería	%
Enfermera Jefe de Servicio	5	2
Enfermera Especialista	93	31
Enfermera General	198	67
Total	296	100

*Nota.* Evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de Enfermería. Marzo 2021. Adaptado del Instrumento de medición: evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de enfermería. Guía de observación (Yáñez y Zárate).



## II. Aspectos Organizativos

Resalta en la Tabla 7, que poco menos de tres cuartas partes de la población participante, no elabora o se apoya de algún informe previo para el enlace de turno, únicamente un cuarto de la muestra se respalda de algún tipo de informe de creación interna en su servicio.

**Tabla 7**

*Elaboración de un informe para el enlace de turno de enfermería. Marzo 2021.*

Elabora informe para enlace de turno	Enlaces de turno	%
Sí	40	27
No	108	73
Total	148	100

*Nota.* Evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de Enfermería. Marzo 2021. Adaptado del Instrumento de medición: evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de enfermería. Guía de observación (Yáñez y Zárate).

Se demuestra en la Tabla 8, que los enlaces de turno se llevan a cabo de manera mixta (se refiere a que las personas profesionales de Enfermería, primero revisan a sus pacientes y posteriormente se reúnen en la central de Enfermería, para el intercambio administrativo), seguido de la opción de enlace en central de enfermeras y posteriormente al lado de la cama del paciente son los espacios con enlaces en menor cantidad, pero sin duda y afortunadamente una mínima cantidad lo llega a realizar en espacios físicos menos adecuados como (pasillos y/o cuarto clínico).



**Tabla 8.**

*Lugar del enlace de turno. Marzo 2021.*

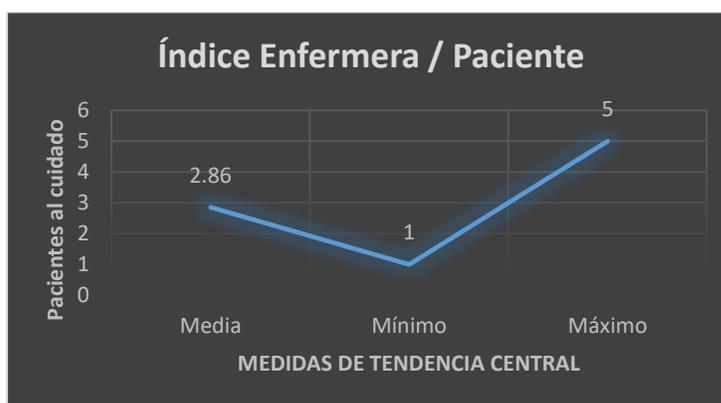
Lugar del enlace de turno	Enlaces de turno	%
Al lado de la cama del paciente	16	11
Central de enfermeras	49	33
Mixto	68	46
Especificar	15	10
Total	148	100

*Nota.* Evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de Enfermería. Marzo 2021. Adaptado del Instrumento de medición: evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de enfermería. Guía de observación (Yáñez y Zárate).

En la Figura 4 observamos que el índice enfermera-paciente se presenta durante la jornada laboral con una frecuencia máxima de cinco pacientes por profesional de Enfermería, considerando que el mínimo es un paciente por enfermera (o) durante el turno.

**Figura 4**

*Índice Enfermera / Paciente. Marzo 2021*



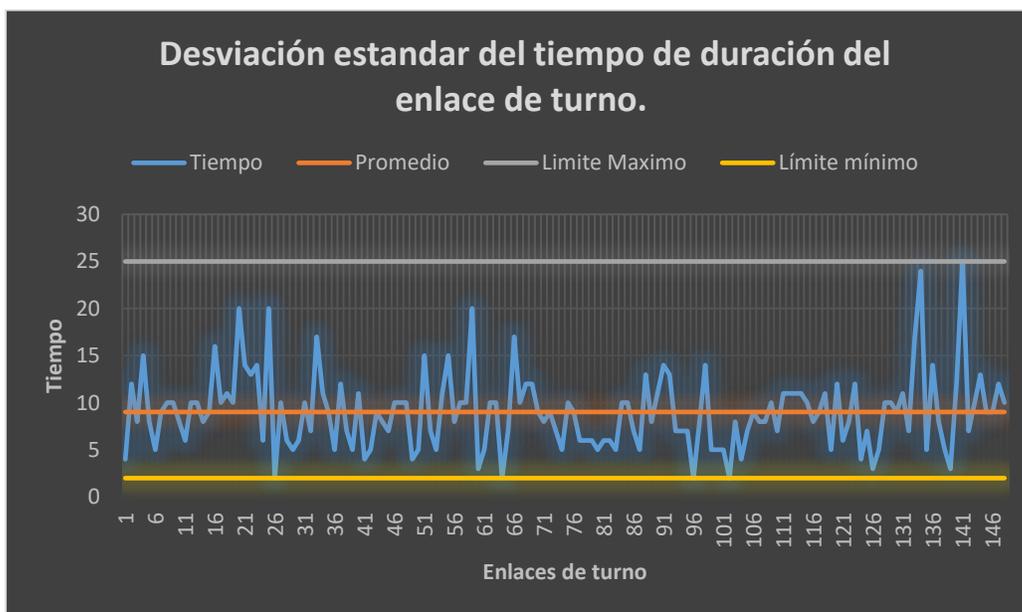
*Nota.* Evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de Enfermería. Marzo 2021. Adaptado del Instrumento de medición: evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de enfermería. Guía de observación (Yáñez y Zárate).



Se muestra en la Figura 5, la duración en minutos que se invierte al enlace de turno en los servicios observados (considerando que el tiempo de enlace entre el turno matutino y vespertino es de 60 minutos, a comparación de los otros dos turnos que es de 30 minutos respectivamente), con un mínimo de tiempo para enlazar turno se obtuvo dos minutos y con un máximo que supera los 20 minutos de acuerdo con los registros, se tiene media inferior a 10 minutos.

**Figura 5.**

*Duración en minutos del enlace de turno. Marzo 2021.*



*Nota.* Evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de Enfermería. Marzo 2021. Adaptado del Instrumento de medición: evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de enfermería. Guía de observación (Yáñez y Zárate).



### III. Entrega – recepción de pacientes

Observamos en la Tabla 9, el nivel de cumplimiento de las actividades (n=410) en los cinco servicios observados, durante el enlace de turno, la primera subdivisión corresponde a la Seguridad del paciente (ítem 1 al ítem 10), identificando que las actividades a reforzar, concientizar y comunicar son: los ítems 8,9 y 10. Mantener la valoración, el registro e información de los ítems 1 al 7.

**Tabla 9.**

*Nivel de cumplimiento en el proceso de enlace de turno por actividad. Nivel; Seguridad del paciente. Marzo 2021.*

Actividades n= 410	Profesionales de Enfermería	%	Nivel de Cumplimiento
1. Identifica al paciente por su nombre	402	98	Alto
2. Informa el diagnóstico médico del paciente	337	82	Medio
3. Informa sobre tipo de dieta o ayuno del paciente	367	89	Medio
4. Informa el tipo de solución instalada al paciente	379	97	Alto
5. Revisa dispositivos de identificación	313	76	Bajo
6. Revisa soluciones parenterales instaladas	310	76	Bajo
7. Revisa que los accesos vasculares del paciente estén libres de flebitis	311	76	Bajo
8. Revisa funcionamiento de aparatos electromédicos instalados al paciente	179	44	No Cumplimiento
9. Informa nivel de riesgos de úlcera por presión	91	22	No Cumplimiento
10. Informa nivel de riesgo de caída del paciente	74	18	No Cumplimiento

*Nota.* Base de datos de la investigación. Evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de Enfermería. Marzo 2021. Adaptado del Instrumento de medición: evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de enfermería. Guía de observación (Yáñez y Zárate).



La Tabla 10 puntualiza, las intervenciones de Enfermería (ítem 11 al 19) y el nivel de cumplimiento, los resultados nos dicen que del ítem 13 al 17 se debe reforzar y comunicar durante los enlaces de turno, para los ítems restantes, darles continuidad y frecuencia, ya que se logra un nivel aceptable de cumplimiento.

**Tabla 10**

*Nivel de cumplimiento en el proceso de enlace de turno por actividad. Nivel; Intervenciones de Enfermería. Marzo 2021.*

Actividades n= 410	Profesionales de Enfermería	%	Nivel de Cumplimiento
11.Informa sobre manejo de oxigenoterapia	294	72	Bajo
12.Informa sobre manejo de eliminación urinaria	348	85	Medio
13.Informa sobre manejo de eliminación gastrointestinal	161	39	No Cumplimiento
14.Informa sobre cuidado de heridas y estomas	126	31	No Cumplimiento
15.Informa sobre cuidado de drenajes	161	39	No Cumplimiento
16.Informa sobre valoración del dolor	186	45	No Cumplimiento
17.Informa sobre control de glucosa	121	30	No Cumplimiento
18.Informa sobre control de líquidos	335	82	Medio
19.Informa sobre control de signos vitales con horario	370	90	Alto

*Nota.* Evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de Enfermería. Marzo 2021. Adaptado del Instrumento de medición: evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de enfermería. Guía de observación (Yáñez y Zárate).



En la tabla 11 resalta, que en la última subdivisión; procedimientos y exámenes programados (ítems 20 y 21) el nivel de cumplimiento se debe trabajar y comunicar, para incrementar su nivel porcentual.

**Tabla 11**

*Nivel de cumplimiento en el proceso de enlace de turno por actividad. Nivel; Procedimientos y exámenes programados. Marzo 2021.*

	Actividades n= 410	Profesionales de Enfermería	%	Nivel de Cumplimiento
Procedimientos y exam. programados	20. Informa sobre procedimientos programados del paciente	67	16	No Cumplimiento
	21. Informa sobre estudios de laboratorio y de radiología e imagen pendientes del paciente	38	9	No Cumplimiento

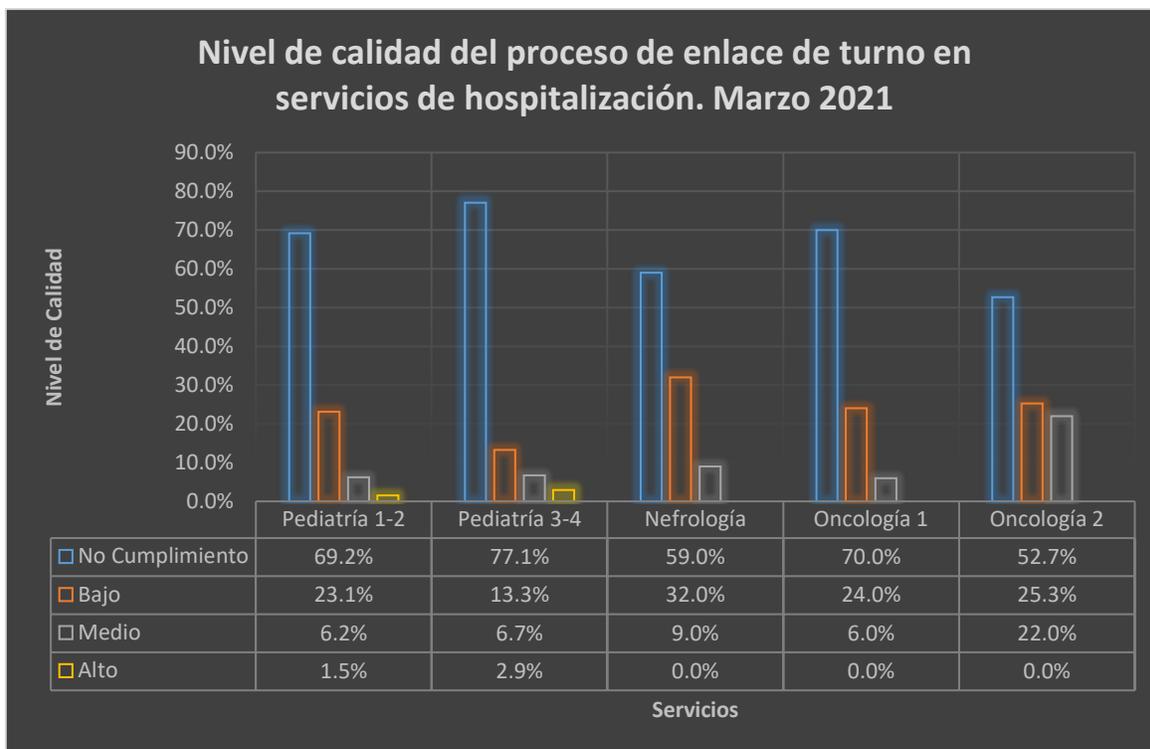
*Nota.* Evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de Enfermería. Marzo 2021. Adaptado del Instrumento de medición: evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de enfermería. Guía de observación (Yáñez y Zárate).

La Figura 5 señala la relación de cada servicio observado y el nivel de calidad obtenido, en los cinco servicios prevalece por más de la mitad el No cumplimiento de las actividades, en Pediatría 1-2 y Pediatría 3-4 se registró una mínima frecuencia de alto cumplimiento y para el resto de los servicios se mantienen compensando con un porcentaje menor entre el nivel bajo y medio de cumplimiento.



**Figura 5**

*Nivel de calidad del proceso de enlace de turno en servicios de hospitalización.  
 Marzo 2021*



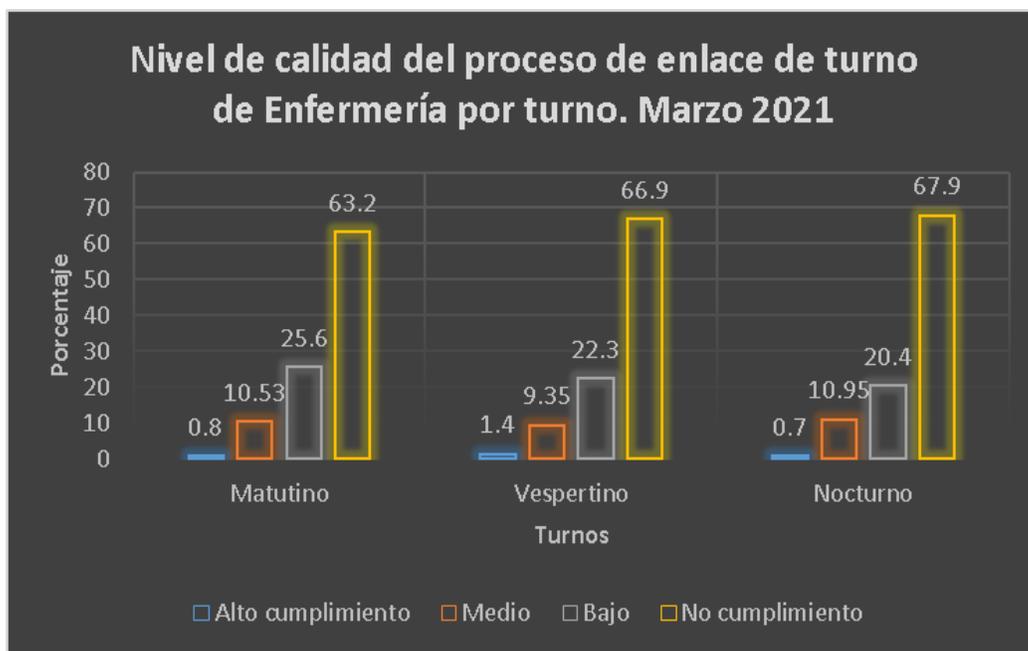
*Nota.* Evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de Enfermería. Marzo 2021. Adaptado del Instrumento de medición: evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de enfermería. Guía de observación (Yáñez y Zárate).



La Figura 6 comparte el nivel de calidad del proceso de enlace de turno por cada turno observado, el turno vespertino con un porcentaje significativo en comparación con los otros dos turnos en cuanto a un alto cumplimiento, el turno matutino y nocturno subsanan con nivel bajo y medio respectivamente, sin embargo, el nivel que resulta con mayor prevalencia en los tres turnos es el no cumplimiento.

**Figura 6.**

*Nivel de calidad del proceso de enlace de turno de Enfermería por turno. Marzo 2021.*



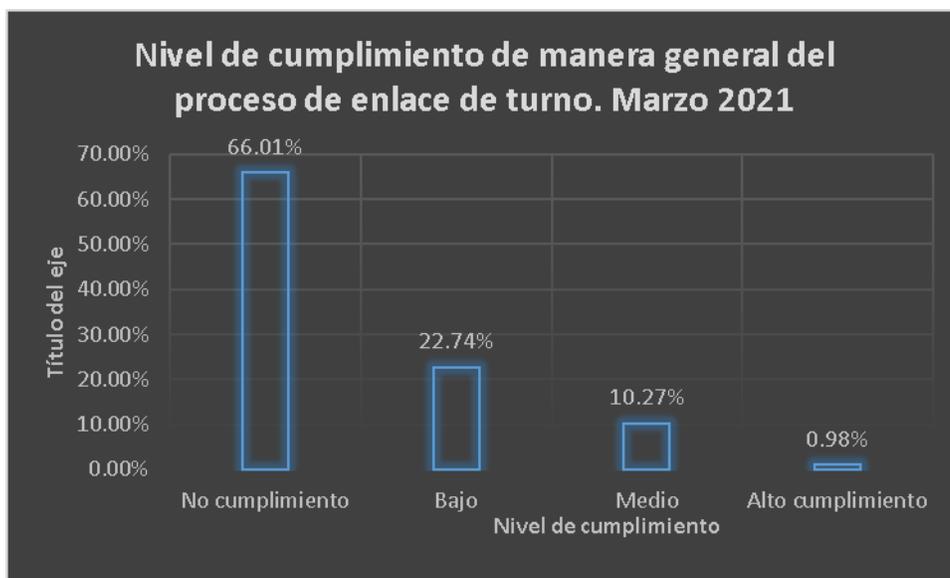
*Nota.* Evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de Enfermería. Marzo 2021. Adaptado del Instrumento de medición: evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de enfermería. Guía de observación (Yáñez y Zárate).



La Figura 7 representa el nivel de cumplimiento de manera general y por consiguiente el nivel de calidad que se obtuvo en los cinco servicios observados, el menor porcentaje está ubicado en alto cumplimiento, el nivel bajo y medio con porcentajes aceptables, y de manera elevada el no cumplimiento rebasa más de la mitad de los resultados, por lo que demostramos que prevalece el no cumplimiento en esta evaluación.

**Figura 7.**

*Nivel de cumplimiento de manera general del proceso de enlace de turno. Marzo 2021*



*Nota.* Evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de Enfermería. Marzo 2021. Adaptado del Instrumento de medición: evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de enfermería. Guía de observación (Yáñez y Zárate).



La Figura 8 representa el cumplimiento de comunicar algún procedimiento o exámenes programados para las y los pacientes, en ambos ítems se logró un porcentaje menor al 15%, ubicando a ambos enunciados en un nivel de no cumplimiento, sin embargo, se comunica en mayor frecuencia que ítems de cuidados o intervenciones totalmente de Enfermería.

**Figura 8.**

*Distribución del nivel de cumplimiento de actividades; procedimientos y exámenes programados. Marzo 2021*



*Nota.* Evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de Enfermería. Marzo 2021. Adaptado del Instrumento de medición: evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de enfermería. Guía de observación (Yáñez y Zárate).

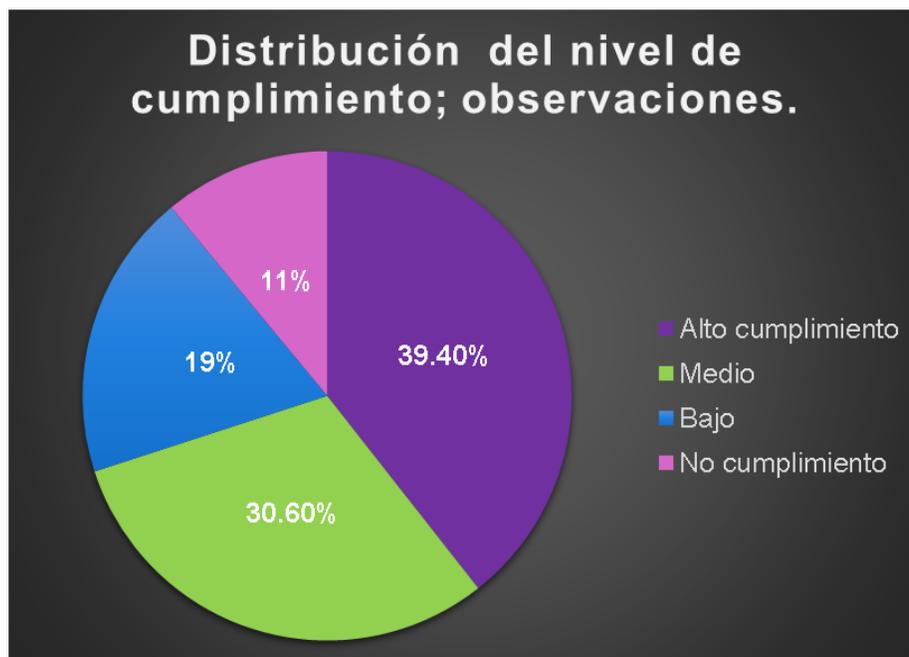


#### IV. Observaciones

El último rubro por evaluar es la comunicación de hechos relevantes durante la guardia por medio de observaciones puntuales en la entrega de turno, posterior a la entrega verbal los observadores participantes hicieron una revisión de los registros clínicos para hacer un doble cotejo de lo que se expresó verbalmente y lo que se escribe en los registros clínicos, se observa en la Figura 9, congruencia entre lo que se comunica y lo que se registra en el expediente clínico, obteniendo un alto cumplimiento, un medio y bajo cumplimiento también con altos valores y en menor frecuencia un no cumplimiento con respecto a este bloque.

**Figura 9.**

*Hechos relevantes durante la guardia*



*Nota.* Evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de Enfermería. Marzo 2021. Adaptado del Instrumento de medición: evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de enfermería. Guía de observación (Yáñez y Zárate).

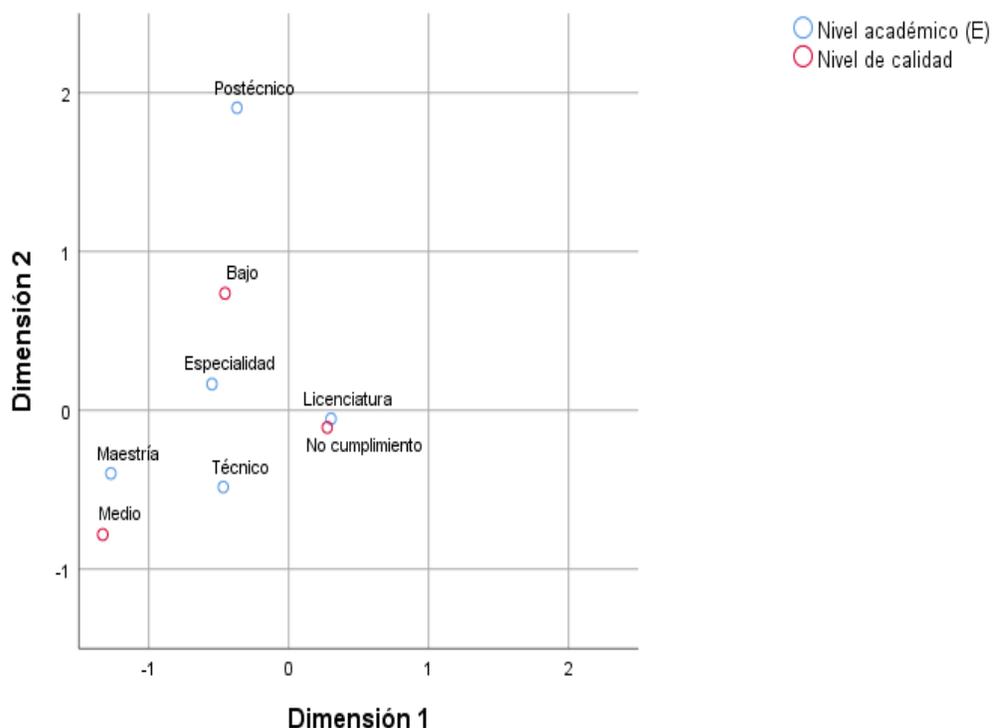


## VI. Asociación de variables

La Figura 10 muestra, el plano factorial de la asociación entre las variables nivel académico y nivel de calidad. Con relación al enlace de turno no existe una correlación entre el nivel académico y la calidad del enlace de turno, por lo tanto, no significa que a mayor nivel de estudios se tenga una mayor calidad en los enlaces de turno, es indistinto.

**Figura 10.**

*Asociación entre Nivel de calidad y Nivel de académico*



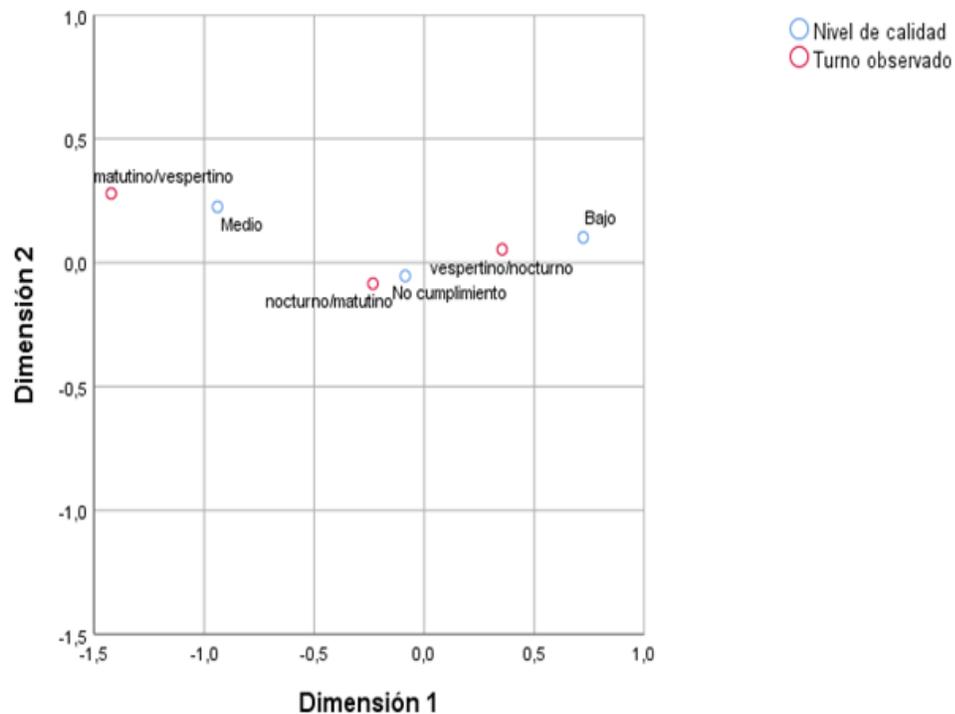
*Nota.* Evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de Enfermería. Marzo 2021. Adaptado del Instrumento de medición: evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de enfermería. Guía de observación (Yáñez y Zárate).



En la Figura 11 se observa, el mapa para la asociación entre las variables de enlace de turno observado y nivel de calidad, a través de la prueba de Chi cuadrada de independencia  $\chi^2 (1, N=108) = 7,02; p = .001$  y  $V = 0,287$  se obtuvo asociación estadísticamente significativa entre el turno nocturno/ matutino y el nivel de no cumplimiento. Para el resto de los niveles de calidad y turnos observados no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas.

### Figura 11.

*Asociación entre Nivel de calidad y turno observado*



*Nota.* Evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de Enfermería. Marzo 2021. Adaptado del Instrumento de medición: evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de enfermería. Guía de observación (Yáñez y Zárate).



## X. DISCUSIÓN

En el hospital donde se realizó la investigación se identificó que no existe calidad en el proceso de Enlace de turno de Enfermería, ya que más de la mitad de los resultados, se concentraron en el rubro de No cumplimiento, por lo tanto coincide con los estudios de Yáñez (2019) "Calidad del proceso de enlace de turno de enfermería" y Casimiro (2018) "Evaluación del proceso de enlace de turno del personal de enfermería en un hospital de segundo nivel de atención", donde ambas investigaciones resultaron con mayores porcentajes en No cumplimiento (81.5% y 62.8% respectivamente), por el contrario en Alto cumplimiento (4% en ambos estudios), lo que arroja el nivel de calidad y para este instrumento (igual o menos del 65%) valores porcentuales de No Calidad.

Saturno (2004) "Calidad en la prestación de los Servicios de Salud, Simposio CONAMED" nos menciona el impacto de la no calidad en los servicios de salud, generando malos procesos, resultados negativos, insatisfacción de los usuarios, lo que observamos en nuestro estudio es que la no calidad da pauta a un ambiente hostil, involucrando emociones como el enojo, frustración tanto por el usuario como por el servidor en este caso el profesional de Enfermería.

Con respecto al nivel académico de los profesionales de Enfermería, predomina el nivel de Licenciatura, seguido el de Especialidades y continuo el nivel Maestría, esta postura es una oportunidad para el proceso en general, ya que se espera mayor disponibilidad por parte de los profesionales de Enfermería para mejorar, cambiar o redireccionar la idea central de informar lo verdaderamente importante y necesario en el enlace de turno, de acuerdo a la NOM 019 cada profesional de Enfermería tiene un rol definido con ciertas conductas, compromisos que deberá de cumplir por ser un prestador de servicios de la salud, haciendo referencia a Llapa (2013) "Programación del cambio de turno desde la óptica de los profesionales de Enfermería" " resalta la importancia de relacionarnos con profesionales de nuestra misma área y rangos mayores ya que podemos desarrollar habilidades gerenciales que se presten para nuevos



modelos de gestión, para trabajar en áreas de mejora en los procesos que son totalmente dependientes de Enfermería habiendo congruencia entre el autor y la presente investigación.

En la misma línea de resultados, con respecto a la antigüedad laboral, no hay diferencia en el procedimiento de enlace de turno, entre una profesional de Enfermería con antigüedad mayor a veinte años que con una profesional de ingreso igual a tres años, citando a Benner (1984), sobre su teoría de niveles de expertis, donde recalca que existe una diferencia importante entre el nivel principiante y nivel experto, ya que este último cuenta con una gran cantidad de factores que fortalecen su práctica diaria y que garantizan un cuidado de calidad, basado en la toma de decisiones consensuadas y fundamentadas, para asegurar la calidad en los procesos e impactar en evaluaciones internas.

Se destaca que los jefes de servicio tuvieron una menor participación en los enlaces de turno, seguido del profesional especialista y con una mayor participación e integración al proceso se ubicó el grupo de enfermería general, a pesar de que en la descripción del puesto este procedimiento es responsabilidad directa de los jefes de servicio, se cree que esto tenga origen en una práctica cotidiana que genera la réplica de actividades y comportamientos donde el profesional de Enfermería con cargos de jefatura le adjudica esa responsabilidad al profesional de menor rango, algunos factores que se observan que promueven esta situación es: la impuntualidad en la hora de entrada de los jefes de servicio, esto ocasiona que las enfermeras generales o especialistas tengan que iniciar la recepción de turno, la vulnerabilidad que tienen los jefes al ser abordados para atender asuntos ajenos a la recepción y darle el mando a la enfermera general en su mayoría de veces, esto es en cuatro de los cinco servicios observados en la investigación.



Posturas similares comparte Casimiro (2018) (jefes de servicio 10.9% de participación) se observa una actividad baja en los jefes de servicio, por el contrario en el estudio de Yañez (2019) (jefes de servicio 65% de participación) se reporta mayor intervención de este rango, se debe retomar en los jefes de servicio la importancia de tener claro el perfil de trabajo y ubicar que el momento del enlace de turno es de suma importancia para poder tomar decisiones en cuanto a la asignación de pacientes por los cuidados especializados que requiere cada uno de ellos y asegurar que sea de manera continua, fortaleciendo la seguridad y calidad de los servicios otorgados, evitando una distribución y asignación de pacientes desigual ya que tanto el jefe de servicio y/o encargada en turno debe contar con los mayores elementos posibles para la toma de decisión.

Dentro de los Aspectos organizativos; la elaboración de un informe previo a la entrega de turno nos arrojó, que de los cinco servicios observados solo Oncología 1 utiliza un formato con los siguientes datos; número de cama, nombre completo del paciente, edad, diagnóstico, accesos vasculares, dispositivos invasivos, drenajes o algún tipo de sonda, novedades relevantes durante el turno, y situaciones pendientes relacionadas a: tratamiento, procedimientos quirurgicos o estudios de gabinete por realizar, se apoya esta iniciativa ya que permite limitar de alguna manera la información realmente importante y necesaria para el turno entrante, en el resto de los servicios se utiliza la hoja de enfermería, el kardex y la tarjeta de medicamentos, pero debemos resaltar que existe información que no se transmite, siendo valiosa para la continuidad de los cuidados y la seguridad. Estos resultados nos acercan a lo que Yañez (2019) reporto en su estudio donde observo dos servicios, y en ninguno realizaron algún tipo de informe para el enlace de turno.

El lugar del enlace de turno prevaleció; mixto (primero se revisa al paciente en su unidad y posteriormente, se hace el enlace administrativo en la central de enfermería), seguido de la central de enfermería y una mínima cantidad lo lleva



acabo al lado de la cama del paciente, de acuerdo con la OMS sugiere que el traspaso se realice a la cabecera del paciente, de la misma forma Farhan (2012) “El ABC del traspaso : impacto en el traspaso de turnos en urgencias”, y Machaczek (2013) “Percepción de médicos y enfermeras sobre las barreras para realizar el traspaso en hospitales de la Republica Checa” apoyan esta postura, al afirmar que es importante que el paciente escuche la información acerca de su cuidado, y pueda ser que identifique algún error o confirme la información acerca de su cuidado.

En esta misma línea de discusión, Smeulers (2016) “Lo mejor de ambos mundos: combina la evidencia con el contexto local para desarrollar un modelo de traspaso de turno de enfermería” considera que la entrega a pie de cama es una barrera para la comunicación, ya que permite las interrupciones constantes por parte del paciente o cuidador primario y esto implica detenerse a explicar o propicia malos entendidos, alarga los tiempos de enlace y reduce la continuidad en la comunicación entre los grupos.

En este caso al ser un hospital infantil se ha visto con el paso del tiempo y las experiencias clínicas, que el realizar el traspaso a pie de cama en áreas de hospitalización puede ser un factor amenazante para la comunicación, ya que se encuentra el menor de edad y la mayoría de veces un cuidador primario, que no necesariamente es mamá o papá y por lo tanto, se pueden generar malos entendidos o complicar la información que el área médica haya dado anticipadamente, por tal motivo se tiene esa variedad de llevar a cabo este proceso de enlace de turno de manera diversa como; revisar primero a los pacientes y después hacer enlace administrativo, exclusivamente en la central de enfermeras incluso en los pasillos (este último no es muy correcto, ya que también se puede triangular información).

Nogueira (1999) enlista una serie de factores internos y externos que afectan la calidad del enlace de turno, destacando el ruido, las interrupciones



constantes, distractores como; llamadas telefónicas, consultas de personas ajenas al enlace, el tiempo destinado a este, en nuestra investigación con respecto al tiempo invertido al enlace de turno se obtuvo un mínimo de 2 minutos y un máximo de 25 minutos respectivamente, 9 minutos como promedio, no existe una relación entre el tiempo destinado al enlace con respecto a la calidad de su contenido, ya que al tener más tiempo se debería de garantizar que la información es relevante, necesaria y suficiente, a propósito, Guevara (2015) “El cambio de turno: Un eje central del cuidado de enfermería”, menciona como barrera en la transferencia de la información; al tiempo que se le invierte al proceso de enlace de turno, ya que en muchos casos solo se cuenta con 10 minutos para poder hacer enlace entre los distintos turno, esto afectando directamente en la eficacia y eficiencia, así mismo, menciona que esto puede afectar el trabajo del equipo, complicar el cuidado de la persona e impactar de manera negativa en la gestión del cuidado.

En cuanto a entrega-recepción de pacientes de los cinco servicios observados se aporta de manera mínima a la Seguridad de pacientes ya que en más de la mitad de los servicios, no se comunican los niveles de riesgo en actividades como: riesgo de caídas, riesgo de úlceras por presión, contrariamente de que el profesional de enfermería si lo realiza o si lo tiene registrado en su hojas de enfermería y/o formatos institucionalizados para tal fin, estos riesgos se deben valorar por lo menos cada cuatro horas o dos veces por turno, esta omisión puede favorecer que se incrementen las posibilidades de tener un Evento Adverso, de la misma forma la Secretaría de Salud por medio del Consejo de Salubridad en su Acción Esencial 6 “Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas”, nos señala de manera puntual que el personal de salud debe evaluar en todos los pacientes que se encuentren deambulando o en áreas de hospitalización el nivel de riesgo de caída.

Los momentos en que se debe aplicar la escala y registrarlo; cada cambio de turno, cambio de área o de servicio, cambio en el estado de salud, cambio o



modificación del tratamiento, informar al paciente o familiar sobre el riesgo de caídas y darles a conocer las medidas de seguridad con las que se cuentan en la institución, como; uso de barandales de la cama o cuna, en caso necesario aplicación de sujetadores de acuerdo con el protocolo institucionalizado.

Con respecto a comunicar el nivel de riesgo de úlceras por presión en la institución observada, se tiene el documento institucionalizado para evaluar y registrar todos aquellos factores que tiene el paciente, para presentar una lesión cutánea durante su estancia hospitalaria y que el profesional de Enfermería tiene los conocimientos, habilidades y capacidades para prevenir, detectar y resolver en caso necesario, igualmente, solo reforzar la comunicación de estos registros y valoraciones encada entrega de turno, para darle a conocer al personal de Enfermería que queda a cargo del cuidado el nivel de riesgo y que este pueda planificar y ejecutar cuidados específicos .

Una tercera actividad que se detecta con bajo porcentaje de cumplimiento es la revisión de aparatos electromédicos, que el paciente utiliza durante su estancia hospitalaria como son: bombas de infusión continua, monitor hemodinámico y cama eléctrica, resaltar la importancia de verificar que todos aquellos aparatos que el paciente está utilizando para su atención hospitalaria, se encuentren en condiciones óptimas, funcionales y reforzar el mantenimiento preventivo, así se garantiza la funcionalidad de estos aparatos y que en el momento que se requiera se cuenta con los dispositivos necesarios para la atención de pacientes, durante la recepción del turno hacer la revisión de pacientes con respecto a infusiones intravenosas y/o alimentación por medios invasivos, revisar la programación de estas bombas de infusión y corroborar que se encuentran conectadas a la fuente de energía eléctrica, disminuyendo la posibilidad de que los tratamientos se vean suspendidos de manera parcial por una falta de batería en los dispositivos, por tanto se aporta a la tercera Acción Esencial "Seguridad en el proceso de medicación".



En el bloque de Intervenciones de Enfermería se omite comunicar cuidados relevantes dirigidos al paciente como; control de glucosa, cuidado de heridas y estomas, eliminación gastrointestinal y cuidado de drenajes, aun cuando estos cuidados son parte medular del Proceso Enfermero, es una evidencia del cuidado especializado en los pacientes, esto favorece que existan riesgos en la atención y mala comunicación entre turnos, esto también apoyado por Kozier et al. (1993) "Enfermería fundamental, conceptos, procesos y prácticas" donde menciona la importancia de la comunicación haciendo énfasis en el momento y la pertinencia, como profesionales de Enfermería estar conscientes de la importancia de cada una de las actividades que ejecutamos para cubrir las necesidades de pacientes, la necesidad de evidenciar el cuidado mediante los registros clínicos y en un momento final en la comunicación verbal de estos, así se garantiza lo que se hizo, se escribió y se expresó, en el momento y lugar correctos, minimizando la posibilidad de cometer un error e impactando en la Seguridad del Paciente.

Con respecto a la comunicación de procedimientos y exámenes programados para el paciente, predominó el alto cumplimiento demostrando que el profesional de Enfermería le da mayor importancia a los cuidados interdependientes, seguramente por mantener el patrón de las indicaciones médicas, es necesario, pero se debe retomar los principios básicos del cuidado y trabajo gremial; mejora de forma paulatina en el proceso de enlace de turno y generando mayor identidad a la profesión.

Finalmente aseverar que esta investigación abre una ventana para tener evidencia de la no calidad en el proceso de enlace de turno de Enfermería, impactando de manera significativa en la seguridad del paciente, en la continuidad del cuidado y en la comunicación efectiva entre los profesionales de Enfermería, sin embargo, da la oportunidad de trabajar en la mejora del proceso; en gestionar una herramienta que fortalezca la comunicación, la probabilidad de establecer una metodología del proceso de enlace de turno, la capacitación



continúa a los profesionales de Enfermería para darles a conocer las actividades a reforzar y comunicar en los enlaces de turno.

A las personas responsables directamente de la gestión, para la toma de decisiones en los procesos, para retomar los perfiles académicos y actividades correspondientes a cada uno de ellos, para no omitir funciones que son parte esencial y que ayuden a la seguridad y calidad en la atención directa de las personas.



## XI. CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos observamos que, en los bloques de Seguridad del paciente e intervenciones de Enfermería, no se está cumpliendo cabalmente lo que se pretende. No existen diferencias significativas entre el nivel académico, los años de antigüedad laboral, los turnos laborales y el nivel de calidad, esto nos lleva a reflexionar en que no importa que se tengan niveles académicos elevados, antigüedad laboral significativa y sin distinción del turno, si el trabajo y la calidad en los procesos se mantiene igual o con una mínima variación, tanto que ni la persona usuaria externa, ni la interna, logran percibir esas diferencias.

Existe una diferencia significativa entre el tiempo mínimo y máximo de entrega-recepción de turno, es un factor que, para las personas responsables de la gestión, se debe evaluar y atender de manera urgente, para buscar estrategias que faciliten los tiempos en este procedimiento. No se están siguiendo las recomendaciones internacionales ya que, prevalece la recepción en entornos mixtos y en mínima cantidad la recepción al lado de la cama de pacientes, para favorecer la comunicación y detectar posibles riesgos.

Se tiene un nivel académico elevado, sin embargo, no impacta en los niveles de calidad del proceso de enlace de turno. El índice enfermera-paciente se encuentra dentro de lo establecido por los organismos correspondientes, con cifras de máximo 5 pacientes en áreas de hospitalización, aquí se refuerza el trabajo con equilibrio para cubrir las necesidades de la persona. Existe mayor participación en el proceso de enlace de turno de Enfermería, del talento humano operativo, que, de las jefes de servicio, en este ítem se refuerza la importancia de la puntualidad, la organización y fomentar valores profesionales, que ayuden a generar un cambio actitudinal en las personas jefes de servicio, ya que su perfil de puesto marca esta actividad administrativa.



El profesional de Enfermería da mayor interés e importancia a comunicar los cuidados interdependientes, ya que los comunica con mayor frecuencia y énfasis, es decir, el profesional de Enfermería omite con mayor frecuencia transferir la información de los cuidados específicos de su gremio, que omitir un cuidado de áreas como: Inhaloterapia, medicina, laboratorio, rehabilitación, y cualquier área del equipo multidisciplinario.

En la mayoría de los servicios observados no existe el uso de algún informe, documento o registro clínico para llevar a cabo el enlace de turno, por lo que se propone la elaboración y aplicación de un formato que guíe, asegure y facilite la comunicación suficiente y necesaria para la continuidad del cuidado de Enfermería. La contribución que hace este estudio es dar a conocer si existe o no calidad en el proceso de enlace de turno de Enfermería, reforzar las áreas de gestión y asistencia clínica directamente frente al cuidado de personas, el trabajo clínico entre pares y generar ideas de trabajo colaborativo entre superiores, para enfocarse en disminuir el no cumplimiento de este proceso, mediante estrategias que impacten y favorezcan el aumento en el nivel de cumplimiento, a corto y mediano plazo.

Se invita a concientizar a las y los profesionales de Enfermería que independientemente de que realicen los procedimientos enfocados a resolver o cubrir necesidades de pacientes, es necesario comunicarlo verbalmente en el enlace de turno, ya que esto impacta de manera positiva en la calidad del procedimiento, evita la duplicidad de cuidados, disminuye la probabilidad de situaciones adversas y en evaluaciones posteriores se esperaría un resultado más aceptable en el nivel de calidad.

La prioridad es atender acciones directas para mejorar el proceso de enlace de turno, no sólo en servicios de hospitalización, ya que la prioridad es la seguridad de las y los pacientes. Es necesario establecer una metodología concreta que facilite y dé mayor dirección, a este proceso, para que se enfoque



el enlace de turno de Enfermería, a compartir abierta y directamente toda aquella información fundamental que dará pauta a otra persona profesional de Enfermería, a la acertada toma de decisiones, con base en esta información, esto repercutirá, en sus pacientes, además saber y reconocer que el nivel de calidad vulnerable y susceptible.

Es urgente fomentar una cultura de comunicación afectiva, efectiva y asertiva, donde todas las personas del equipo de salud, se vean involucradas de manera responsable, en respetar los momentos del enlace de turno e incluso para apoyar de manera indirecta, evitando interrupciones innecesarias, creando un entorno de tranquilidad, donde factores como: el ruido, las aglomeraciones, la falta de expedientes completos, los ingresos interhospitalarios no se hagan presentes y no sean motivo de distracción para ese momento, optimizando el tiempo, de modo que se convierta en una inversión y no en un gasto o pérdida.

Para el personal de Enfermería de este instituto, es una oportunidad de mejora constante, al reforzar aspectos de comunicación, de trabajo en equipo, de planeación y de unidad e identidad gremial, que sienta las bases para un nuevo paradigma en la Enfermería nacional, y ser ejemplo de réplica para otros institutos y países, que busquen mejorar sus procedimientos basados en evaluaciones previas.

Es importante promover el uso de herramientas que nos recomienda Rizo (2016), para la comunicación, identificando aquella que se adapte a las condiciones de la institución:

- a. Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación, (SBAR).
- b. Comunicación en voz alta (callo ut).
- c. Comprobar de nuevo (Check back).
- d. Las Cinco P's
- e. Pasar la batuta (I Pass the Baton).



Se destacan de manera puntual las actividades que se deben reforzar, para mejorar el nivel de cumplimiento para que en consecuencia la calidad y seguridad se reflejen en el proceso y esto eleve el porcentaje final;

- a. Informar el nivel de riesgo de caídas.
- b. Informar el nivel de riesgo de UPP.
- c. Revisar funcionamiento de aparatos electromédicos instalados al paciente.
- d. Informar sobre control de glucosa.
- e. Informar sobre cuidado de heridas y estomas.
- f. Informar sobre manejo de eliminación gastrointestinal.

Dar a conocer de forma institucional las implicaciones legales al omitir información, omitir cuidados a la persona enferma y de mantener un riesgo alto en procesos totalmente dependientes de Enfermería, conocer la normatividad y las consecuencias, esto puede ayudar a la reflexión de manera personal y en pequeños grupos.

Compartir los resultados de esta investigación fomenta el reconocimiento a las partes involucradas y agradece haber sido participes de esta evaluación, para mejorar de manera directa a esta institución, reflejar calidad y seguridad en las personas que requieren de cuidados y trabajar para lograr un ambiente organizacional saludable.



## XII. BIBLIOGRAFIA

- Ayaad, O., Haroun, A., Yassen, R., Thiab, F., Al-Rawashdeh, K., Mohammad, I., . . . Nairat, A. (25 de Mayo de 2019). *PubMed.gov*. Obtenido de PubMed.gov: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31128063/>
- Bakon, S., Wirihana, L., Christensen, M., & Craft, J. (23 de Abril de 2017). *PubMed.gov*. Obtenido de PubMed.gov: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28176414/>
- Ceriani Cernadas, J. M. (2009). La OMS y su iniciativa "Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente". *Arch Argent Pediatr*, 385 - 386.
- Charfuelan Laguna, Y., Hidalgo Bolaños, D., Acosta Franco, L., Espejo Quiroga, D., Tibaquicha Bernal, D., Montaña Vásquez, J., & Henao Castaño, A. (2019). Paso de guardia en Enfermería: Una revisión sistemática. *Enfermería Universitaria*, 314 -320.
- Chiavenato, I. (2009). *Comportamiento organizacional La dinámica del éxito en las organizaciones*. México: Mc Graw Hill.
- Commission, T. J. (12 de 09 de 2017). *Joint Commission*. Obtenido de [https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sea\\_58\\_hand\\_off\\_comms\\_9\\_6\\_17\\_final\\_\(1\).pdf](https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sea_58_hand_off_comms_9_6_17_final_(1).pdf)
- Commission, T. J. (12 de Septiembre de 2017). *Sentinel Event Alert, Issue 58*. Obtenido de [www.jointcommission.org:ointcommission.org/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sentinel-event-alert-newsletters/sentinel-event-alert-58-inadequate-hand-off-communication/](http://www.jointcommission.org:ointcommission.org/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sentinel-event-alert-newsletters/sentinel-event-alert-58-inadequate-hand-off-communication/)
- da Silva, M. F., Anders, J. C., Kuerten Rocha, P., Jatoba de Souza, A. I., & Berumén Burciaga, V. (2016). Comunicación en la entrega de turno en enfermería: La seguridad del paciente pediátrico. *Florianópolis*, s/n.



- Donabedian, A. (2001). Evaluación de la calidad de la atención médica. *Revista de Órgano de la Sociedad Española de Calidad Asistencial*, S11 - S23.
- Figueroa Ibarra, C., Zaragoza Ortega, M., & García Puga, J. A. (2016). Calidad de la comunicación del personal de enfermería en el servicio de neonatología del Hospital Infantil del Sonora. *Bol Clín Hosp Infantil Edo Son*, 14 - 18.
- General, C. d. (15 de Septiembre de 2017). *Consejo de Salubridad General*.  
Obtenido de Consejo de Salubridad General: <http://www.csg.gob.mx>
- Guevara Lozano, M., & Arroyo Marles, L. P. (2015). El cambio de turno:Un eje central del cuidado de enfermería. *Enfermería Global*, 401 - 418.
- Gutiérrez Meléndez, L. (2008). Formación profesional factor determinante en el ejercicio profesional . *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 121 - 125.
- Hernández Torres, F., Aguirre Gas, H., Santacruz Varela, J., Gómez Bernal, E., Garcia Saiso, S., & Durán Fontes, L. R. (2013). Calidad efectiva de los servicios de salud. *CONAMED*, 129 - 137.
- Inés Parra, D., & Arango Bayer, G. L. (2010). Validez y confiabilidad de las escalas de comunicación y coordinación para medir el rol interdependiente en enfermería. *av.enfer.,XXVIII (1)*, 51 - 62.
- J. DuBrin, A. (2008). *Relaciones Humanas Comportamiento humano en el trabajo*. México: PEARSON Educación.
- Lapeña Moñux, Y. R., Cibanal Juan, L., Pedraz Marcos, A., & Macía Soler, M. L. (2014). LAS RELACIONES INTERPERSONALES DE LOS ENFERMEOS EN ASISTENCIA HOSPITALARIA Y EL USO DE HABILIDADES COMUNICATIVAS. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 555 - 562.
- Llapa Rodriguez, E. O., Cleiton da Silva, O., Raylane Santos, d. T., Joselize Santos, d., Pontes de Aguiar Campos , M., & Pinto da Silva, F. J. (2013). Programación del cambio de turno desde la óptica de los profesionales de enfermería. *Enfermería Global*, 206-218.
- Llinás Delgado, A. E. (2010). Evaluación de la calidad de la atención en salud,un primer paso para la Referoma del Sistema. *Salud Uninorte*, 143 - 154.



- Lucas García, C., Gómez García, C. I., & Antón Hurtado, J. M. (2011). La comunicación interprofesional desde la cultura organizacional de la enfermería asistencial. *Cultura de los Cuidados*, 85 - 92.
- Mesa de trabajo "La práctica profesional de enfermería: un juicio crítico en la búsqueda de la calidad". (2013). *Revista CONAMED*, S24 - S33.
- Organization, W. H. (Mayo de 2007). *World Health Organization*. Obtenido de World Health Organization: <https://www.google.com/search?q=World+Health+Organization&oq=World+Health+Organization&aqs=chrome..69i57.1273106j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
- P.Robbins, S., & Coulter, M. (2005). *Administración*. México: Pearson Educación.
- Puello Ortega, A., Prieto Silva, R., & Rondón Medina, V. (14 de 03 de 2016). *Comunicación y coordinación en enfermería en una institución de salud de alta complejidad en Cartagena*. Obtenido de Av.Enferm: doi: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v34n1.56132>
- Ramírez Perdomo, C. A., Perdomo Romero, A. Y., & Galán González, E. F. (2013). EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. *av.enferm.*,XXXI, 42 -50.
- Rivero Rosales, A. M., Pérez Castro y Vázquez, J. A., & Recio España, F. I. (2016). Características de la comunicación durante el Enlace de turno de Enfermería: una perspectiva rumbo a la calidad del cuidado. *CONAMED*, 150 -157.
- Rivero Rosales, A. M., Pérez Castro y Vázquez, J. A., & Recio España, F. I. (2016). Características de la comunicación durante el Enlace de Turno de Enfermería:una perspectiva rumbo a la calidad del cuidado. *CONAMED*, 150-156
- Rizo Amézquita, J. N. (2016). *Herramientas para contribuir a la Seguridad del Paciente Meta 2:Mejorar la Comunicación Efectiva*. México: CONAMED.



- Rodrigo, M. (2014). *PORTALCOMUNICACIÓN.COM*. Obtenido de Portal de la Comunicación InCom-UAB:  
<https://campus.fundec.org.ar/admin/archivos/Rodrigo%20Alsina%20-%20modelos%20comunicacionales.pdf>
- Ruelas Barajas, E., Sarabia González, O., & Tovar Vera, W. (2007). *Seguridad del paciente hospitalizado*. México: Panamerica.
- Saturno Hernández, P. J. (2004). Calidad en la prestación de los Servicios de Salud. *Memoria Simposio CONAMED* (págs. 79 - 107). México: Secretaria de Salud.
- Suely Nogueira, M., Costa Mendes, I. A., Auxiliadora Trevizan, M., Fávero, N., & Hayashida, M. (1999). ENTREGA DE TURNO ANÁLISIS DE FACTORES EN LA COMUNICACIÓN. *Horizonte de enfermería*, s/n.
- Ulla, S., Arranz, P., Argüello, M. T., & Cuevas, C. (2002). Dificultad de comunicación percibidas por profesionales de enfermería en un hospital general. *Enfermería Clínica*, 217 - 223.
- Yañez Corral, A. M., & Zárate Grajales, R. A. (05 de Abril de 2016). *Enfermería Universitaria*. Obtenido de Redalyc.org: [www.elsevier.es/reu](http://www.elsevier.es/reu)
- Yañez Corral, A. M., & Zárate Grajales, R. A. (2019). Calidad del proceso de enlace de turno de enfermería y seguridad del paciente. *CONAMED*, 11-20.







## Consentimiento Informado

	Universidad Autónoma del Estado de México Centro Universitario UAEM Valle de Chalco	
<b><u>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROYECTO DE INVESTIGACION</u></b>		
<p>Yo _____, profesional de enfermería del Hospital Infantil de México Federico Gómez, acepto de manera voluntaria participar en el proyecto de investigación, titulado "Calidad de la comunicación del enlace de turno de enfermería en servicios de hospitalización en tercer nivel de atención, Marzo 2021". Que tiene como Objetivo: Analizar la calidad de la comunicación del enlace de turno de enfermería en servicios de hospitalización en tercer nivel de atención, Marzo 2021. Como parte del trabajo terminal de grado para la Maestría en Enfermería; Gestión en Enfermería.</p> <p>Luego de haber conocido y comprendido en su totalidad, la información sobre dicho proyecto, su objetivo y la importancia para la mejora futura de procesos, y en el entendido de que:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Mi participación no repercute en la atención directa del paciente.</li><li>▪ No existe ninguna repercusión en caso de no aceptar participar.</li><li>▪ No habrá ninguna remuneración económica por participar, no hare ningún gasto económico.</li><li>▪ No afecta en mi permanencia o estabilidad laboral.</li><li>▪ La información proporcionada será bajo estricto anonimato.</li><li>▪ Los datos obtenidos podrán ser publicados, en medios de difusión del conocimiento científico y podrán ser proporcionados a los participantes siempre y cuando los soliciten.</li><li>▪ El investigador solo requiere mi credencial de trabajador para obtener y/o corroborar el siguiente dato; Categoría.</li></ul> <p>Lugar y Fecha: _____.</p> <p>Nombre y Firma del participante: _____.</p> <p>Nombre y Firme de quien proporcionò la información para fines de consentimiento:</p> <p>_____</p> <p><b>Baboro</b></p> <p>Alumna: Claudia Guadalupe Guerra Vdal. Correo electrónico: <a href="mailto:c_auguerr@hotmail.com">c_auguerr@hotmail.com</a> Teléfono celular: 5564883446.]</p> 		