



Enfermería Universitaria

ISSN: 1665-7063

rev.enfermeriauniversitaria@gmail.com

Universidad Nacional Autónoma de
México
México

Yáñez-Corral, A.M.; Zárate-Grajales, R.A.

Diseño de un instrumento para evaluar el proceso de enlace de turno de enfermería

Enfermería Universitaria, vol. 13, núm. 2, abril-junio, 2016, pp. 99-106

Universidad Nacional Autónoma de México

Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358745743005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Enfermería Universitaria

www.elsevier.es/reu



ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Diseño de un instrumento para evaluar el proceso de enlace de turno de enfermería



A.M. Yáñez-Corral^{a,*} y R.A. Zárate-Grajales^b

^a Programa de Maestría en Enfermería, Universidad Nacional Autónoma de México, Sede Culiacán, Culiacán, Sinaloa, México

^b Coordinación de Investigación, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Ciudad de México, México

Recibido el 11 de agosto de 2015; aceptado el 2 de marzo de 2016

Disponible en Internet el 5 de abril de 2016

PALABRAS CLAVE

Proceso de enlace de turno;
Seguridad del paciente;
Validación de instrumento;
Investigación en administración de enfermería;
México

Resumen A partir de la importancia que actualmente tiene la seguridad del paciente, se ha identificado que realizar con calidad los enlaces de turno contribuye a la prevención de eventos adversos, ya que favorece la comunicación y coordinación entre los equipos de salud, asimismo mejora la continuidad del cuidado.

Objetivo: Diseñar un instrumento, para evaluar la calidad del proceso de enlace de turno que realiza enfermería.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio cuantitativo, transversal; se aplicaron 42 guías de observación, el instrumento de medición incluye 4 apartados: datos sociodemográficos, aspectos organizativos, entrega recepción de pacientes (con 3 subdimensiones) y observaciones. La validación se realizó mediante la técnica de juicio de expertos, aplicación de coeficiente kappa de Cohen y Kuder Richardson, se obtuvieron resultados de índices de validación suficiente para su utilización.

Resultados: El instrumento denominado «Evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de enfermería», Yáñez y Zárate 2014, tuvo un resultado satisfactorio en validez de contenido, de acuerdo a la guía utilizada por los expertos participantes. Respecto a la concordancia entre observadores obtuvo $k = 0.92$, y una consistencia interna de $r = 0.93$.

Conclusiones: El instrumento presentado cuenta con la validez y confiabilidad suficientes para ser aplicado en la población para la cual fue diseñado. La estandarización y la incorporación de aspectos de seguridad del paciente, en el proceso de enlace de turno de enfermería, contribuyen en la prevención de eventos adversos y aseguran la calidad en el cuidado.

Derechos Reservados © 2016 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: abemariay@hotmail.com, anamariayanezcorral@gmail.com (A.M. Yáñez-Corral).

La revisión por pares es responsabilidad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

KEYWORDS

Nurse-shifting process;
Patient safety;
Instrument validation;
Nursing administration research;
Mexico

PALAVRAS-CHAVE

Processo da passagem de turno;
Segurança do paciente;
Validação do instrumento;
Pesquisa em administração de enfermagem;
México

Design of an instrument for assessing time link process of nursing

Abstract Considering the highest importance of patient security, it is certain that adequate nurse-shifting contributes to preventing adverse events, as it favors communication and coordination among health teams, while promoting continuity of care.

Objective: To design an instrument to assess the quality in the nurse-shifting process.

Methods: A quantitative transversal study was performed using 42 observation guides. The measurement instrument covers 4 areas: social and demographic data, organization issues, patient delivery and reception (with 3 sub-dimensions), and observations. Validation was performed through the expert-judge technique and calculating Cohen and Kuder Richardson Kappa coefficients.

Results: The instrument, named «Assessment of the quality in the process of nursing shifting», Yáñez and Zárate, 2014, had a satisfactory content validity result according to the experts participating. The observers concordance was $k=0.92$ with internal consistency of $r=0.93$.

Conclusions: The instrument has enough validity and reliability to be used with the target population. The standardization of the nurse-shifting process contributes to preventing adverse events, and assuring quality of care.

All Rights Reserved © 2016 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. This is an open access item distributed under the Creative Commons CC License BY-NC-ND 4.0

Desenho de um instrumento para avaliar o processo de passagem de turno de enfermagem

Resumo A partir da importância que atualmente tem a segurança do paciente, tem-se identificado que realizar com qualidade as passagens de turno contribui à prevenção de eventos adversos, já que favorece a comunicação e coordenação entre as equipes de saúde, assim mesmo melhora a continuidade do cuidado.

Objetivo: Desenhar um instrumento para avaliar a qualidade do processo de passagem de turno que realiza a enfermagem.

Métodos: Realizou-se um estudo qualitativo, transversal, aplicaram-se 42 guias de observação, o instrumento de medição inclui 4 apartados: dados sócio demográficos, aspectos organizativos, entrega recepção de pacientes (com 3 sub dimensões) e observações. A validação realizou-se mediante a técnica do julgamento de experientes, aplicação do coeficiente Kappa de Cohen e Kuder Richardson, obtiveram-se resultados de índices de validação suficientes para sua utilização.

Resultados: O instrumento denominado «Avaliação da qualidade do processo da passagem de turno de enfermagem», Yáñez e Zárate 2014, teve um resultado satisfatório em validade de conteúdo, conforme à guia utilizada pelos participantes experientes. Respeito à concordância entre observadores obteve $k=0.92$ e a consistência interna de $r=0.93$.

Conclusões: O instrumento apresentado conta com a validade e confiabilidade suficientes para ser aplicado na população para a qual foi desenhado. A estandardização e a incorporação de aspectos de segurança do paciente, no processo da passagem de turno de enfermagem, contribuem na prevenção de eventos adversos e seguran a qualidade no cuidado.

Direitos Reservados © 2016 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a licença de Creative Commons CC License BY-NC-ND 4.0

Introducción

Los enlaces de turno son esenciales en enfermería. Consisten en transferir la responsabilidad de los pacientes a otro profesional, con base en la comunicación sobre aspectos relevantes de la atención; contribuyen en gran medida a la continuidad del cuidado y coadyuvan a la seguridad del paciente, ya que pueden ser utilizados en la prevención de eventos adversos. El enlace de turno incluye varias fases: en

primer lugar la preparación de aspectos organizativos relacionados con la identificación de la información necesaria y relevante del paciente, previa al enlace de turno, asimismo, la entrega-recepción de cada uno de los pacientes y finalmente el cierre que incluye las observaciones importantes del turno saliente.

Ante el gran reto de brindar cuidados de calidad, el personal de enfermería fija los objetivos de la gestión, enfocados en la mejora continua. En particular, la Organización

Mundial de la Salud (OMS) define la calidad como el grado en el que los servicios de salud prestados a las personas y poblaciones aumentan la probabilidad de lograr los resultados sanitarios deseados y son coherentes con los conocimientos profesionales del momento¹.

Desde los orígenes de la enfermería moderna, Florence Nightingale sentó las bases relativas para medir la efectividad de la atención a la salud, con una perspectiva hacia la eficacia y la seguridad². En la actualidad, la evaluación del cuidado es parte de una buena gestión; por consiguiente, se requiere de la elaboración de instrumentos que permitan evaluar los procedimientos en enfermería de forma sistemática, confiable y que orienten sobre el grado de cumplimiento de los mismos al otorgar cuidado.

Particularmente, Avedis Donabedian, considerado como el más importante teórico de la calidad en salud, desarrolló una propuesta basada en conceptos del control de atributos, en la prestación de servicios de salud, y propone un modelo para evaluar la atención sanitaria brindada mediante 3 dimensiones: estructura, proceso y resultado; en ellas se incluyen aspectos organizacionales y tecnológicos, la aplicación de normas y protocolos, y las mediciones concretas y precisas de la eficacia en salud, respectivamente. Todo ello, con el uso de la investigación, con criterios o estándares confiables y válidos³.

La evaluación de la calidad permite hacer un juicio inherente al proceso de atención. En este sentido, los datos pueden obtenerse de diferentes fuentes, tales como revisión documental y observación directa, mediante el uso de indicadores, los cuales son una herramienta esencial y se utilizan para evaluar el nivel de cumplimiento ante un estándar previamente establecido. Son definidos como elementos para medir fenómenos específicos y que, de ser aplicados, muestran la tendencia y/o desviación de una actividad (sujeta a influencias internas o externas), de acuerdo con una unidad de medida convencional⁴.

Desde 2004, en el Sistema de Salud Mexicano, a partir de la implementación de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, se crean indicadores para la evaluación de la práctica de enfermería en el país, mediante el sistema INDICA, como herramienta que permite registrar y monitorear la eficacia y eficiencia de atención brindada; inicialmente, se introducen 3 indicadores: cumplimiento de los criterios básicos para la ministración de medicamentos por vía oral, vigilancia y control de venoclisis instalada y trato digno⁵. Posteriormente, en 2006, se incorporaron: prevención de infecciones en vías urinarias en pacientes con sonda vesical instalada, prevención de úlceras por presión y prevención de caídas.

Esta iniciativa permitió fomentar la cultura de la evaluación en el personal, integrar otros indicadores específicos de acuerdo a las necesidades institucionales e implantar mejoras.

En suma, estas estrategias, entre otras, han planteado retos a las instituciones que se esfuerzan por situarse en mejores niveles de calidad, en donde subyace la seguridad del paciente, misma que emerge como tema para las organizaciones de salud, de tal manera que las evidencias de presencia de eventos adversos en los hospitales se ha vuelto un problema colocado en el centro del debate público en todo el mundo, así como en los programas políticos y

sociales de diversos países. A partir de ello, han surgido estudios para analizar el problema y aportar posibles soluciones.

La OMS, con la colaboración de la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations y la Joint Commission International en 2007, dieron a conocer las 9 soluciones dirigidas a la seguridad; aquí se destaca aquella que se dirige a la *comunicación durante el traspaso de pacientes* (enlace de turno) y recomiendan las siguientes acciones: asegurar que las organizaciones sanitarias implementen un sistema estandarizado para la comunicación entre el personal en el momento del traspaso, en los cambios de turno y en caso de transferencia de las personas sujetas a cuidados a otras unidades⁶.

Por su parte, el Consejo de Salubridad General en México, desde 2009, impulsa las 6 metas internacionales para la seguridad del paciente, cuyo propósito es promover acciones específicas para mejorar la seguridad. Destacan problemas relevantes dentro de la atención a la salud y describen soluciones que abarcan todo un sistema⁷, y pueden ser incluidas en el enlace de turno, a fin de comunicar riesgos de los pacientes, y por ende, sumarse a la prevención de incidentes.

El enlace de turno es un proceso habitual en todo el mundo; se conoce por varios nombres: traspaso, entrega, enlace de turno, informe de enfermería y firma de salida, son los más comunes; para el presente estudio se denomina enlace de turno de enfermería, el cual consiste en aquellas acciones encaminadas a la entrega y recepción de pacientes para procurar la continuidad de la atención, lo que representa el cuidado brindado por distintos proveedores de salud en forma coordinada, con un objetivo y un plan en común, durante un período de tiempo⁸.

La National Patient Safety Agency define los traspasos o enlaces de turno; como «La transferencia de la responsabilidad profesional y la rendición de cuentas de algunos o todos los aspectos de la atención de un paciente o grupo de pacientes, a otra persona o grupo profesional, con carácter temporal o permanente»⁹.

La ausencia o pobreza de una entrega de turno puede tener consecuencias graves y dar lugar a retrasos en la prestación de un servicio, diagnóstico o tratamiento, el extravío de resultados o la duplicidad de los mismos¹⁰. Por otro lado, la evidencia disponible indica que la entrega ineficaz durante el cambio de turno puede llevar a presencia de eventos adversos, aumentos en la duración de la estancia, incrementos en los gastos y quejas¹¹.

Con base en esta problemática se han incrementado las investigaciones relacionadas con el enlace de turno. En este sentido, en 2010, Goldsmith et al. realizaron un estudio cualitativo, en un hospital de Boston, que tuvo como objetivo el desarrollo de una herramienta de traspaso, basada en una aplicación en la web, para ser utilizada por enfermería y promover la seguridad del paciente; la clave del instrumento es evitar la redundancia, la sobrecarga de la información y su adaptación a la población específica de atención. Los resultados reflejaron una gran limitación en los enlaces de turno, específicamente: falta de estandarización, omisiones en la transmisión de información y diferencias en la comunicación. También identificaron que las modalidades más utilizadas fueron: grabado, verbal, escrito y computarizado¹².

Por su parte, Nagpal et al., en 2011, desarrollaron y validaron una herramienta de evaluación de entrega en el postoperatorio, encontraron que solo el 60% de la información esencial y específica del paciente fue transmitida durante la entrega verbal, las alergias en un 55% y las comorbilidades en el 30% de los casos¹³.

Machaczek et al., en 2013, realizaron un estudio e identificaron los obstáculos más comunes, relacionados con el enlace de turno y reportaron lo siguiente: informes desordenados, ilegibles y la influencia de factores ambientales que repercutieron negativamente; tales como tiempo insuficiente, mala planificación del personal, períodos de mucho trabajo en el departamento y las interrupciones¹⁴.

Por consiguiente, estos estudios hacen evidente que el propósito principal del enlace de turno está muy lejos de ser cumplido; de forma importante, está dirigido a proporcionar información precisa acerca del cuidado, tratamiento, servicios, condición actual y cualquier cambio reciente o previsto en los pacientes; es relevante la precisión de la información durante la entrega, que contribuya a los objetivos de seguridad del paciente⁹.

El enlace de turno puede efectuarse de manera verbal, escrita o combinada, según lo estipule cada institución. Actualmente, se utiliza la herramienta Situation, Background, Assessment y Recommendation (SBAR), recomendada por la OMS y la Joint Commission International, las cuales estimulan a todas las organizaciones sanitarias para que implementen un enlace de turno estandarizado. El acrónimo traducido al español, se conoce como SAER (Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación)⁶.

Por lo anterior, se deberá tener en cuenta que la seguridad del paciente es un propósito de la práctica del cuidado de enfermería libre de riesgo; construimos el indicador, enlace de turno de enfermería, a partir del cual se diseñó el instrumento de medición que permitió evaluar el nivel de cumplimiento. El procedimiento para su elaboración y validación se presenta en este artículo.

Metodología

En primer lugar se realizó una revisión de la literatura de las bases de datos electrónicas, tales como Pubmed, Elsevier, Scielo, Redalyc y Ovid, así como páginas electrónicas de organizaciones internacionales como la OMS y la Organización Panamericana de la Salud, para la búsqueda de información científica relacionada con el enlace de turno.

Con base en la literatura identificada se elaboró un instrumento de medición para evaluar la calidad del proceso de enlace de turno de enfermería.

Respecto a su estructura, se revisaron los protocolos existentes en instituciones de salud mexicanas: la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; además, se retomaron elementos contenidos en informes para enlace de turno y seguridad del paciente de investigaciones previas. Con base en estos antecedentes se integra una guía de observación con 4 apartados: el primero lo conforman los datos sociodemográficos, en segundo término se encuentran los aspectos organizativos del servicio con 4 ítems, en el tercer apartado se sitúa la entrega recepción de pacientes (con 3 subdimensiones: seguridad

del paciente, intervenciones de enfermería, procedimientos y exámenes programados a pacientes) con un total de 21 ítems, y finalmente un espacio para observaciones (Anexo 1).

El nivel de calidad del enlace de turno se establece de acuerdo al cumplimiento en las variables medidas en la entrega recepción de pacientes con 21 ítems, con la siguiente ponderación: no cumple=0, cumple=1 y no aplica=2, y de acuerdo con las siguientes categorías: nivel de cumplimiento alto (90-100%), medio (80-89%), bajo (66-79%) y no cumplimiento ($\leq 65\%$).

Lo anterior se basó en los niveles establecidos y validados en la Guía gerencia de los servicios de enfermería de Bogotá, Colombia¹⁵.

Para la validación de contenido el instrumento se sometió a juicio de 5 expertos profesionales de enfermería de 2 Instituciones del sector público, con experiencia en gestión, docencia, investigación y asistencia; se les solicitó su colaboración por escrito, y se les proporcionó información básica sobre el proyecto de investigación, los objetivos, una copia del instrumento de medición y la matriz de validación, para lo cual se utilizó el formato de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, modificado¹⁶.

Para la modificación o eliminación de ítems, se consideraron los siguientes criterios: aquellos ítems que contaron con el 100% de coincidencia favorable entre los jueces (congruentes, claros en su redacción y no tendenciosos) quedaron incluidos en el instrumento, aquellos que tuvieron el 100% de coincidencia desfavorable entre los jueces quedaron excluidos y los ítems con una coincidencia parcial entre los jueces se revisaron, reformularon o fueron sustituidos¹⁶.

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

- a) Sugirieron eliminar el ítem 6: informa sobre tipo de medidas de precaución que requiere el paciente y coincide con la tarjeta de identificación colocada en la cabecera de la cama. Puesto que es una actividad muy específica y un ítem muy extenso, fue eliminado.
- b) Mejorar la redacción del ítem 7: revisa soluciones parenterales; tipo de catéter, vía, permeabilidad, identificación y cantidad correcta; el cual quedó de la siguiente manera: Revisa tipo de solución parenteral instalada al paciente.
- c) Modificar el ítem 13: informa sobre manejo de eliminación. Dado que este ítem era muy general, sugirieron hacer 2 ítems; los cuales quedaron estructurados de la siguiente forma: Informa sobre manejo de eliminación urinaria e informa sobre manejo de eliminación gastrointestinal.

De acuerdo con aspectos generales, se atendieron las siguientes sugerencias: mejorar la redacción del instructivo y eliminar abreviaturas.

El instrumento original contaba con 20 ítems en la dimensión proceso: entrega recepción de pacientes; a partir de las observaciones anteriormente descritas, quedó integrado por 21 ítems, y de acuerdo al dictamen de los jueces, el instrumento fue aplicable, con algunas modificaciones.

Una vez actualizado se realizó el estudio piloto, y para ello se contó con la autorización del director, jefa de

enfermeras y comité de investigación de un hospital del sector público en Culiacán, Sinaloa, en el cual se aplicaron un total de 42 instrumentos de medición (22 en Medicina Interna y 20 en Cirugía General), donde se efectuó la entrega-recepción de 493 pacientes. En relación con los turnos, la aplicación del instrumento fue de la siguiente manera: matutino 10, vespertino 10, nocturnos 10 y jornada acumulada 12.

Tres enfermeras con experiencia en enlace de turno en los servicios de hospitalización y la investigadora principal se estandarizaron para la aplicación del instrumento a fin de asegurar la confiabilidad de las puntuaciones asignadas. Posteriormente, se evaluó la confiabilidad entre observadores mediante el coeficiente kappa de Cohen.

De igual forma, se calculó la prueba de confiabilidad interna, mediante el coeficiente Kuder Richardson, el cual determina el grado en que la aplicación requerida del instrumento de medición al mismo fenómeno genera resultados similares a partir de respuestas dicotómicas.

Para el procesamiento de los datos se construyó una base en el programa Statistical Package for the Social Sciences versión 21; la captura de la información fue realizada únicamente por la responsable principal de la investigación. Se obtuvieron resultados a partir del cálculo de frecuencias, porcentajes y la relación entre variables cualitativas mediante el uso del estadístico de Chi cuadrada.

Consideraciones éticas. Se tomaron en cuenta los lineamientos éticos de Helsinki, en primer término, se atendieron precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participó en la investigación y la confidencialidad de su información personal¹⁷.

También se observó lo contenido en la Ley General de Salud en lo referente a investigación; en este sentido, se destaca que el estudio es considerado sin riesgo, respecto a las técnicas y métodos utilizados para su realización¹⁸. Del mismo modo, se consideraron los principios señalados en el código de ética de enfermeras y enfermeros en México, en particular los de privacidad y veracidad¹⁹.

Igualmente, se contó con el consentimiento informado del personal que participó en el enlace de turno de enfermería, quienes recibieron información necesaria acerca de los objetivos, métodos utilizados y los beneficios del mismo; se procuró una participación libre y voluntaria.

Resultados

La validez de contenido efectuada por 5 jueces expertos profesionales de enfermería fue favorable dado que se plantearon observaciones mínimas.

En cuanto a la confiabilidad entre observadores, medida a través del coeficiente kappa de Cohen se obtuvo como resultado $k = 0.92$.

Respecto a la confiabilidad interna, valorada por el coeficiente de correlación Kuder Richardson, el resultado fue de $r = 0.93$.

En cada enlace de turno participan 2 enfermeras (os) (quien recibe y quien entrega), por tanto en el apartado I del instrumento referente a datos sociodemográficos se consiguan los datos de este personal, en este caso 84 personas. En el apartado II correspondiente a la estructura organizacional se toman datos por enlace de turno realizado, en este

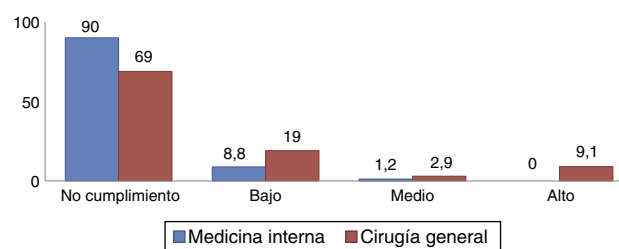


Figura 1 Niveles de calidad en el proceso de enlace de turno de enfermería por servicio (Medicina Interna $n = 250$, Cirugía General $n = 243$).

$\chi^2 = 50.2$ (con razón de verosimilitud), $p < 0.05$.

caso, consistió en la observación de 42 enlaces de turno, en los servicios de Medicina Interna y Cirugía General; y en el apartado III se consignan los datos de cada uno de los pacientes hospitalizados incluidos en cada enlace de turno, en este caso fueron un total de 493 pacientes.

Con relación a las variables sociodemográficas del personal de enfermería ($n = 84$) que participó en la entrega-recepción de pacientes, en cuanto al género, el 71.4% fueron mujeres y el 28.6% hombres. Respecto al nivel académico, el 47.8% eran de nivel técnico y el 51.2% de nivel profesional. Referente al puesto que ocupaban, el 72.6% eran enfermeras generales, el 11.9% enfermeras especialistas (con postécnico) y el 15.5% se desempeñaban como enfermeras jefas de servicio.

En relación con los aspectos organizativos de los 42 enlaces de turno evaluados, el personal no realizó informe para el enlace de turno. Se observó que la duración media del enlace de turno fue de 15 min: con un mínimo de 10 y máximo de 20 min.

En cuanto al lugar donde se efectuó la entrega-recepción de pacientes, el 100% se realizó al lado de la cama de la persona hospitalizada. El índice enfermera/paciente en promedio fue de una enfermera por cada 4 pacientes en el 2%, en el 67% de los enlaces el promedio fue de 5 pacientes por enfermera durante la jornada y en el 31% el personal de enfermería tuvo bajo su responsabilidad a 6 pacientes durante el turno. El índice enfermera paciente en ambos servicios se aplicó de acuerdo al estándar estipulado por la institución (1 a 6), inclusive como se mostró aquí los resultados muestran tendencia inferior.

La calidad global del enlace de turno de enfermería, de acuerdo con el total de variables evaluadas en cada paciente ($n = 493$), mostró los siguientes resultados en los 4 niveles de cumplimiento: no cumplimiento en el 79.5% ($n = 392$), bajo en el 14% ($n = 69$), medio en el 2% ($n = 10$) y alto en el 4.5% ($n = 22$) (tabla 1).

El nivel de cumplimiento del proceso de enlace de turno de enfermería en los servicios evaluados (fig. 1) permite apreciar que en Medicina Interna hubo el mayor porcentaje de no cumplimiento (90 vs. 69% en Cirugía General), y en contraparte en Cirugía general hubo un 12% entre nivel medio y alto de cumplimiento vs. solo el 1.2% en Medicina Interna; estas diferencias fueron estadísticamente significativas.

La calidad del proceso de enlace de acuerdo al nivel de cumplimiento según turno (tabla 1) permite observar que el rango de no cumplimiento fue del 51-98%, los mayores

Tabla 1 Nivel de cumplimiento en el enlace de turno. Global y según turno (porcentajes)

Turno	No cumplimiento	Bajo	Medio	Alto
Matutino (n = 108)	50.9	21.3	7.4	20.4
Vespertino (n = 160)	83.1	16.9	0.0	0.0
Nocturno I (n = 69)	94.2	5.8	0.0	0.0
Nocturno II (n = 45)	95.6	4.4	0.0	0.0
Jornada acumulada diurna (n = 67)	98.5	1.5	0.0	0.0
Jornada acumulada nocturna (n = 44)	68.2	27.3	4.5	0.0
Global (n = 493)	79.5	14.0	2.0	4.5

$\chi^2 = 139.8$ (con razón de verosimilitud), $p < 0.05$.

porcentajes en este correspondieron a los turnos nocturnos y la jornada acumulada diurna, el menor fue para el turno matutino; también solo en este último turno es donde hubo cumplimiento alto (20.4%), y en los otros turnos, en general, hubo no cumplimiento o cumplimiento bajo.

Del mismo modo, se realizó el análisis global para cada una de las 3 subdimensiones, y en estas los denominadores fueron diferentes, ya que algunos rubros no aplicaban. Así, el nivel de no cumplimiento para seguridad del paciente fue del 81.4%; en intervenciones del 48.9%, y en procedimientos y exámenes programados a pacientes del 16.1%.

Discusión

En la mayoría de los hospitales existe la percepción de que el no cumplimiento de la calidad y seguridad de los pacientes está asociada a la escasez de personal de enfermería. En el hospital donde se realizó el estudio se identificó que el índice enfermera/paciente estaba en el rango adecuado; conforme a esto, las enfermeras no tenían sobrecarga de trabajo, no obstante, la calidad del proceso enlace turno no fue la deseable, ya que a nivel global hubo un 80% de nivel de no cumplimiento y se obtuvo menos de un 10% entre el nivel medio y alto; se identificaron diferencias en el nivel de cumplimiento entre los 2 servicios seleccionados, fue mayor el porcentaje de no cumplimiento en Medicina Interna que en Cirugía General, tal vez porque en este último servicio el no cumplimiento tiene su reflejo en forma más inmediata; a pesar de esto, el porcentaje aunque menor, es todavía alto (70%). En la diferenciación según turno fue posible apreciar que solo el turno matutino se distingue de los otros en mayor medida, tiene el nivel más bajo de no cumplimiento y 5 veces más de cumplimiento alto que el obtenido globalmente. Finalmente, las diferencias de acuerdo a las 3 subdimensiones reflejan que respecto a la seguridad del paciente se requiere mayor atención porque fue la subdimensión con el más alto porcentaje de no cumplimiento, en cambio respecto a exámenes y procedimientos es la dimensión con mejor calidad en la entrega-recepción de los pacientes.

En otro sentido, el nivel de no cumplimiento sumamente alto refleja que gran cantidad de información valiosa sobre la salud de los pacientes no fue transmitida. Estos datos son superiores a los reportados en el estudio de Nagpal et al., donde identificaron que solo el 60% de la información esencial y específica del paciente fue transferida durante

la entrega verbal y las comorbilidades en el 30% de los casos¹³.

Por otro lado, Machaczek et al. reportaron que durante el traspaso de pacientes el 54.2% de la información clínica transmitida fue irrelevante y el 61% tuvo dificultad para reconocer que la información es esencial para la atención al paciente¹⁴.

Al instrumento diseñado para evaluar la calidad del proceso de enlace de turno de enfermería se le incorporaron elementos que permiten promover la seguridad del paciente, lo cual coincide con Goldsmith et al., en el estudio donde desarrollaron una herramienta de traspaso en enfermería para mejorar la seguridad; la clave de esta herramienta es evitar la redundancia, la sobrecarga de la información y su adaptación a la población específica de pacientes¹².

Este estudio generó evidencia sobre el bajo nivel de calidad del proceso de enlace de turno en enfermería, cuyos efectos se relacionan con la seguridad del paciente, al no comunicar información relevante que permita a las enfermeras hacer un juicio clínico pertinente de cada paciente hospitalizado; tampoco se favorece la continuidad del cuidado, ni coadyuvar en la prevención de eventos adversos. Sin embargo, fortalece la gestión del cuidado, como un aporte a la disciplina, dado que destaca la importancia de la estandarización, sistematización y evaluación del proceso de enlace de turno, por lo tanto, da pauta a los procesos de mejora continua, entre ellos, la capacitación de personal de enfermería. Además, proporciona elementos que orientarán a los directivos para la toma de decisiones, basadas en la importancia de la estandarización y la evaluación de la calidad del enlace de turno, y con ello, se contribuirá a la seguridad del paciente.

Conclusiones

El nivel de cumplimiento identificado permite resaltar la importancia de brindar cuidados seguros y libres de riesgo para los pacientes hospitalizados, en cumplimiento a las políticas y acciones sanitarias; en materia de calidad y seguridad del paciente, se requiere del diseño de instrumentos que sean acordes al contexto de las instituciones nacionales.

La calidad y seguridad de los pacientes representan grandes desafíos para los profesionales de enfermería, y sin duda la evaluación de procesos y procedimientos es una herramienta valiosa que orienta hacia una gestión exitosa.

En la actualidad se han incrementado las investigaciones relacionadas con el enlace de turno, en su mayoría realizadas en países desarrollados; sin embargo, el asunto de la calidad y seguridad del paciente no tiene excepciones, por lo tanto, mejorar los procesos de atención con base en la investigación es un compromiso de los profesionales de la salud en cualquier parte del mundo.

El instrumento aquí reportado está enfocado en la seguridad del paciente, con la validez y confiabilidad suficientes para ser aplicado en un contexto similar, lo que permitirá su uso con algunas modificaciones, a fin de obtener información útil para mejorar y sistematizar el proceso de enlace de turno que realiza enfermería y tomar decisiones basadas en resultados.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiamiento

Proveniente de la UNAM a través del proyecto PAPIIT IN304414. La autora principal fue becaria CONACyT mientras desarrolló este proyecto.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Anexo 1. Instrumento «Evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de enfermería».

Apartados	Contenido	Ítems
I	<i>Datos sociodemográficos</i>	Turno Género Edad Antigüedad Puesto
II	<i>Estructura: aspectos organizativos.</i> Definición: Es la integración de elementos necesarios para realizar el proceso de enlace de turno de enfermería, consiste en manejo de información escrita, planeación de tiempo y lugar para efectuar la entrega recepción de pacientes, así como asignación de personal	1. Elabora informe para enlace de turno (novedades) 2. Lugar de enlace de turno 3. Índice enfermera paciente 4. Duración de enlace de turno
III	<i>Proceso: entrega recepción de pacientes.</i> Definición: Acción que realiza el personal de enfermería para entregar y recibir a cada uno de los pacientes en el proceso de enlace de turno, utilizando la comunicación escrita y oral, para informar aspectos de seguridad del paciente, intervenciones de enfermería y procedimientos y exámenes programados Subdimensiones: Seguridad del paciente	1. Identifica al paciente por su nombre 2. Informa el diagnóstico médico del paciente 3. Informa sobre tipo de dieta o ayuno del paciente 4. Informa el tipo de solución parenteral instalada al paciente 5. Revisa dispositivos de identificación 6. Revisa soluciones parenterales instaladas 7. Revisa que los accesos vasculares del paciente estén libres de flebitis 8. Revisa funcionamiento de aparatos electromédicos instalados al paciente 9. Informa nivel de riesgo de úlcera por presión 10. Informa nivel de riesgo de caída del paciente

Anexo 1 (Continuación)

Apartados	Contenido	Ítems
	Intervenciones de enfermería	11. Informa sobre manejo oxigenoterapia 12. Informa sobre manejo de eliminación urinaria 13. Informa sobre manejo eliminación gastrointestinal 14. Informa sobre cuidado de heridas y estomas 15. Informa sobre cuidado de drenajes 16. Informa sobre valoración del dolor 17. Informa sobre control de glucosa 18. Informa sobre control de líquidos 19. Informa sobre control de signos vitales con horario
	Procedimientos y exámenes de laboratorio o radiología e imagen programados al paciente	20. Informa sobre procedimientos programados del paciente 21. Informa sobre estudios de laboratorio y de radiología e imagen pendientes del paciente
iv.	Observaciones: (Hechos relevantes durante la guardia)	

Referencias

- Organización Mundial de la Salud. Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. Versión 1. 1. Informe técnico definitivo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.
- Nightingale F. Notas sobre enfermería: Qué es y qué no es. Barcelona, España: Salvat; 1990.
- Donabedian A. La calidad de la asistencia. ¿Cómo podría ser evaluada? Rev Calid Asit. 2001;1:80–7.
- Donabedian A. Una reconsideración de las responsabilidades profesionales e institucionales ante la garantía de calidad asistencial. Rev Calid Asit. 2001;1:112–6.
- Comisión Interinstitucional de Enfermería. Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería. Tres indicadores de aplicación hospitalaria. México: Secretaría de Salud; 2003.
- Organización Mundial de la Salud [Internet].; [Consulta 4 diciembre 2014]. Disponible en: <http://bit.ly/1dLV8bW> Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Ginebra: OMS; 2007.
- Consejo de Salubridad General. Estándares para la certificación de hospitales 2012: Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica. México: Secretaría de Salud; 2012. p. 41–56.
- Haggerty J, Reid R, Freeman G, et al. Continuity of care: A multidisciplinary review. BMJ. 2003;327:1219–21.
- Junior Doctors Committee, BMA. Safe handover: Safe patients. Guidance on clinical handover for clinicians and managers. London: BMA; 2004.
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Safety and quality improvement guide standard 6: Clinical Handover. Sydney: ACSQHC; 2012.
- Government of Western Australia. WA health clinical handover policy. Australia: Department of Health; 2013.
- Goldsmith D, Boomhower M, Lancaster D, et al. Development of a nursing handoff tool: A web-based application to enhance patient safety. AMIA Annu Symp Proc. 2010;25:6–60.
- Nagpal A, Abboudi M, Fischler L, et al. Evaluation of postoperative handover using a tool to assess information transfer and teamwork. Ann Surg. 2011;253:831–7.
- Machaczek K, Whietfield M, Kilner K, et al. Doctors' and nurses' perceptions of barriers to conducting handover in hospitals in the Czech Republic. AJNR. 2013;1:1–9.
- Sánchez CI, Maya MC, Obregón P. Guía Gerencia de los Servicios de Enfermería. Colombia: Guías ACOFAEN; 2005 [Consultado 14 diciembre 2014]. Disponible en: <http://bit.ly/1RoHjyR>
- Corral Y. Validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de datos. Rev Cienc Educ. 2009;19:228–47.
- Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Francia: AMM; 2013 [Internet] [Consultada 13 abril 2014]. Disponible en: <http://bit.ly/1dBM5rn>
- Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud. México: Diario Oficial de la Federación; 2014 [Consulta 1 mayo 2014]. Disponible en: <http://bit.ly/1RIVuRQ>
- Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México. México: Comisión Permanente de Enfermería; 2001.