



UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**EVALUACION AL PERSONAL DE ENFERMERIA DURANTE EL
ENLACE DE TURNO Y CONTINUIDAD DEL CUIDADO**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN ENFERMERÍA**

P R E S E N T A

L.E HUGO ENRIQUE RAMIREZ MARBAN

**DIRECTORA DE TESIS
DRA. EDITH RUTH ARIZMENDI JAIME**

CUERNAVACA, MORELOS FEBRERO, 2020



Cuernavaca Mor, a 06 de Febrero del 2020.

DRA. CLARA IRENE HERNANDEZ MARQUEZ
JEFE DE POSGRADO
PRESENTE

Por este medio, me permito informar a usted el dictamen de los **votos aprobatorios** de la tesis titulada: **EVALUACIÓN AL PERSONAL DE ENFERMERIA DURANTE EL ENLACE DE TURNO Y CONTINUIDAD DEL CUIDADO**, trabajo que presenta el **C. HUGO ENRIQUE RAMIREZ MARBAN**, quien cursó el Posgrado: **MAESTRÍA EN ENFERMERÍA** en la Facultad de Enfermería de la UAEM.

Lo anterior con la finalidad de continuar con los trámites administrativos correspondientes para la presentación de su examen de grado.

ATENTAMENTE

VOTOS APROBATORIOS			
COMISIÓN REVISORA	APROBADO	CONDICIONADA A QUE SE MODIFIQUEN ALGUNOS ASPECTOS*	SE RECHAZA*
DRA. ABIGAIL FERNÁNDEZ SÁNCHEZ	<i>Abigail Sánchez</i>		
DRA. CLARA IRENE HERNÁNDEZ MÁRQUEZ	<i>Clara Irene Hernández Márquez</i>		
DRA. EDITH RUTH ARIZMENDI JAIME	<i>Edith Ruth Arizmendi Jaime</i>		
MTRA. YULY KENDY ROMAN ARTEAGA	<i>Yuly Kendy Roman Arteaga</i>		
MTRA. ANA MARIA LOPEZ TRINIDAD	<i>Ana María López Trinidad</i>		

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme llegar hasta este momento con su acompañamiento y bendición, por la gran oportunidad que me ha dado para realizar mis estudios de post grado en compañía de mi familia.

A la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, por abrirme las puertas de esta casa de estudio y dejarme cumplir uno de mis objetivos profesionales al concluir la Maestría en Enfermería, siendo el parteaguas para lograr el éxito.

Agradezco con aprecio y respeto a la Dra. Edith Ruth Arizmendi Jaime, por su asesoría y apoyo incondicional para concluir mis estudios y la presente investigación, por darme la oportunidad de conocer nuevas experiencias y por ser un ejemplo a seguir.

Agradezco con cariño y admiración a la Dra. Abigail Fernández Sánchez por todo el apoyo brindado a lo largo de mi formación académica, por la asesoría para poder concluir esta investigación, por ser un ejemplo a seguir y por las experiencias vividas a su lado.

Agradezco con aprecio y respeto a la Dra. Clara Irene Hernández Márquez por el apoyo brindado a lo largo de mis estudios, por la asesoría para el desarrollo de mis actividades y por ser un gran ejemplo a seguir.

Agradezco a mis profesores quienes fueron fuente de inspiración para poder concluir mis estudios de maestría en enfermería, quienes me enseñaron a ser crítico y a tomar las mejores decisiones.

DEDICATORIAS

A mis padres, Silvia Marbán Bahena y José Luis Ramírez Salgado, quienes formaron parte fundamental de este proceso brindándome su apoyo incondicional en todos los aspectos, quienes me alentaron a seguir adelante y no desistir, quienes son los pilares fundamentales de mi vida, cómplices de mis proyectos personales y profesionales, gracias a de todo corazón, Los Amo.

A mis hermanos José Luis Ramírez Marban, Geovana Ramírez Marbán y Marco Antonio Ramírez Marban, quienes me han brindado su apoyo y han estado al pendiente de mí, quienes son una gran inspiración para mí y que a pesar de no estar juntos siempre los tengo presente y los llevo en mi mente y en mi corazón.

A Jesús Antonio Galena Galicia, quien ha sido mi compañero, mi cómplice y una inspiración para hacer las cosas, quien me ha brindado su apoyo incondicional, a quien alguna vez tuve que abandonar en momentos importantes para poder cumplir con mis obligaciones como estudiante, gracias infinitas.

A mis amigos, quienes con sus consejos y apoyo me han alentado a ser un gran ser humano y profesional, especialmente a Raúl Guevara Tenorio, con quien tenía muchos proyectos y quien desafortunadamente ya no está con nosotros, pero celebro este día con el hasta el cielo.

INDICE

INTRODUCCIÓN	8
CAPITULO I GENERALIDADES	11
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.2 JUSTIFICACION	13
1.3 OBJETIVOS.....	14
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	14
1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	14
CAPITULO II MARCO TEORICO	15
2.1 ANTECEDENTES.....	15
2.2 MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	18
2.3 MARCO TEÓRICO REFERENCIAL.....	25
2.4 INDICADORES DE CALIDAD	28
2.5 APORTE TEÓRICO, KRISTEN M. SWANSON	29
CAPITULO III METODOLOGIA	45
3.1 PROCEDIMIENTO.....	45
3.2 INSTRUMENTO.....	46
3.3 ANALISIS ESTADISTICO	47
3.4 CONSIDERACIONES ETICAS	47
CAPITULO IV RESULTADOS	48
CAPITULO V DISCUSIÓN.....	53
CAPITULO VI CONCLUSIONES.....	55
AENXOS.....	56
BIBLIOGRAFIA	58

RESUMEN

El enlace de turno es una actividad cotidiana que realiza el personal de enfermería, la cual consiste en la transferencia de la responsabilidad del cuidado del paciente a otro profesional para la continuidad de los cuidados, es importante mencionar que las causas principales para que esta actividad se lleve a cabo de manera correcta es la comunicación efectiva y el apego a los indicadores de calidad.

Objetivo: Evaluar al personal de enfermería durante el enlace de turno y la continuidad del cuidado en un hospital de segundo nivel, durante el periodo de febrero a mayo del 2019.

Material y Métodos: Es un estudio cuantitativo; observacional, descriptivo y longitudinal; la muestra fue de 28 enfermeros y enfermeras del servicio de hospitalización, de medicina interna, cirugía y traumatología de todos los turnos del Hospital General de Huitzuco Guerrero. Se utilizó el instrumento validado por Yañez & Zarate, 2016 "Evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de enfermería", con 45 ítems, de respuesta dicotómica y se analizó a través del programa SPSS Vs-19.

Las limitantes para el desarrollo del enlace de turno son: falta de apego a la higiene de manos, la no verificación de las soluciones I.V., así como un déficit en los informes del comportamiento del paciente durante el turno anterior incluyendo los indicadores de calidad. Además la falta de eficiencia en la preparación del enlace de turno y la poca optimización del Talento Humano.

Mediante el presente estudio se comprueba que los factores incidentes interfieren en el enlace de turno por el personal de enfermería, así mismo la comunicación efectiva, la optimización de recursos y la organización del mismo son fundamentales para lograr un apego y garantizar la continuidad de los cuidados.

Palabras clave: evaluación, cuidado, gestión, enfermería

ABSTRACT

The shift link is a daily activity carried out by the nursing staff, which consists in the transfer of the responsibility of patient care to another professional for the continuity of care, it is frequently important the main causes for this activity to take a carried out correctly is effective communication and adherence to quality indicators.

Objective: To evaluate the nursing staff during the shift connection and the continuity of care in a second level hospital, during the period from February to May 2019.

Material and Methods: It is a quantitative study; observational, descriptive and longitudinal; The sample consisted of 28 nurses from the hospitalization, internal medicine, surgery and traumatology service of all shifts of the Huitzucó Guerrero General Hospital. The instrument validated by Yañez & Zarate, 2016 "Evaluation of the quality of the nursing shift link process" was used, with 45 items, of dichotomous response and analyzed through the SPSS Vs-19 program.

The limitations for the development of the shift link are: lack of adherence to hand hygiene, non-verification of IV solutions, as well as a deficit in the reports of patient behavior during the previous shift including quality indicators. In addition the lack of efficiency in the preparation of the shift link and poor optimization of Human Talent.

Through this study, it is verified that the incident factors interfere in the liaison of the nursing staff, as well as effective communication, optimization of resources and the organization of the same are essential to achieve an attachment and ensure continuity of care.

Keywords: evaluation, care, management, nursing

INTRODUCCIÓN

Enfermería es proporcionar a las personas asistencia directa, según sus necesidades, en el ambiente hospitalario que se proporciona una atención continua por lo tanto estriba la necesidad de mantener una comunicación directa entre el personal de salud, paciente y familiares durante el turno así como la entrega recepción del mismo que implica un proceso organizativo tanto de la gestión de los cuidados otorgados, así como la continuidad del cuidado en el siguiente turno para recuperarse de la enfermedad, conservar la Salud y la vida (Elers Mastrapa & Gilbert Lamad , 2016).

El cuidado humanizado que otorga el profesional de enfermería en la actualidad tiene como objetivo brindar la mejor atención con estándares y normas de calidad de satisfacción en la atención de los pacientes, aplicando las acciones esenciales para la seguridad del paciente, indicadores de calidad, normas oficiales mexicanas, así como la misión y la visión del hospital, que refleja la capacidad resolutive en la salud de la persona.

Según la OMS la enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración otorgada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.

Con el propósito de mejorar la gestión del cuidado es importante que, durante el cambio de turno el profesional de enfermería valore e identifique las necesidades de la persona, para la ejecución y retroalimentación del cuidado que se transfiere al siguiente turno, así como evaluar la evolución que obtuvo de acuerdo a los cuidados otorgados previamente, los procedimientos realizados al paciente, la puesta en marcha de indicadores de calidad, acciones esenciales para la seguridad del paciente así como todas las eventualidades que se presentaron a lo largo del turno anterior.

La cobertura, la calidad y la seguridad de la atención es el resultado del permanente crecimiento profesional, guiado a realizar en su día a día la mejor práctica con calidad y calidez, es necesario educar, realizar seguimiento, evaluación y retroalimentación para permitir mejoras de los grupos y fomentar su práctica diaria (Guevara Lozano, El cambio de turno: un eje central para el cuidado de enfermería , 2015).

En el proceso administrativo de la entrega recepción de paciente que es una actividad donde la comunicación juega un papel fundamental para el desarrollo del proceso en la cual interviene un emisor, el mensaje y el receptor, debe ser congruente de acuerdo al entorno en el que se desarrolla el mismo, la comunicación inefectiva entre profesionales de enfermería es el principal factor que impide que el proceso se desarrolle de manera correcta, eficiente y eficaz (Kozier, 2013).

La calidad a lo largo de los años ha ido evolucionado, Deming afirma que “Un producto o servicio tiene calidad si ayuda a alguien y goza de un mercado sustentable”. Desde el punto de vista de Deming, la variación es la principal culpable de la mala calidad, por su parte, Juran sugiere que la calidad debe considerarse desde una perspectiva interna y externa; es decir, la calidad se relaciona con el desempeño del producto que da como resultado la satisfacción del cliente; productos libres de las deficiencias, lo que evita la insatisfacción del cliente”. Las normas en que los productos y servicios se diseñan, fabrican y entregan, así como los servicios que se les dan, contribuyen a la adaptación del uso.

De acuerdo a Donabedian, son tres los componentes de la calidad asistencial que se deben tener en cuenta, el componente técnico, el cual es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona, de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos, por otra parte, el componente interpersonal, el cual está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general, finalmente, el tercer componente lo constituyen los aspectos de confort, los cuales son

todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable (Suñol Sala & Alvar, 2010).

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, lanzada formalmente el 22 de enero de 2001, fue la primera estrategia de alcance nacional en México que permitió, por una parte, integrar proyectos para mejorar la calidad de la atención médica que se desarrollaban de manera aislada, tanto en el sector público como en el privado y, por la otra, estimular aquellas organizaciones que nunca habían enfocado sus acciones en mejorar la atención para sus pacientes (Salud S. , 2012).

La presente investigación tiene relación con la teoría de Kristen M. Swanson debido a que en la propuesta de su estructura del cuidado el resultado previsto es el bienestar del cliente, manteniendo una comunicación del estado clínico del paciente mediante la transmisión de la información generada sobre el cuidado otorgado con la finalidad de llevar a cabo acciones terapéuticas que nos lleven al resultado esperado, la recuperación del cliente y la continuidad del cuidado.

CAPITULO I GENERALIDADES

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El profesional de enfermería en el área operativa/administrativa cumple con múltiples funciones entre las que destacan la asistencia, gestión, investigación y docencia, dentro de ellas se encuentra la entrega recepción de pacientes la cual es esencial para la continuidad de los cuidados que se les brinda a los pacientes, Nogueira, lo define como los informes verbales que tienen como finalidad relatar lo ocurrido en las asistencias profesionales a un paciente durante el turno anterior, para que los integrantes del turno siguiente conozcan los aspectos fundamentales de su condición actual y garanticen la continuidad de la atención.

Si bien en México no existen datos oficiales acerca del enlace de turno, la continuidad del cuidado y tratamiento del paciente, existe un déficit en los informes proporcionados por el personal de enfermería a cargo del paciente hospitalizado, lo cual tiene una alta prevalencia de errores por omisión durante el enlace de turno, debido a la falta de comunicación entre profesionales de enfermería, este proceso no se lleva a cabo de la manera correcta, lo que conlleva a que las intervenciones proporcionadas no sean las adecuadas.

La comunicación eficaz es un elemento esencial en todas las profesiones que se dedican a ayudar a los demás, entre ellas enfermería, la comunicación da forma a las relaciones entre las enfermeras (Kozier , Wilkinson , Erb , & Blais , 2002).

La comunicación inefectiva entre profesionales de enfermería es un factor que impide que el proceso se desarrolle de manera correcta eficiente y eficaz, la falta de cordialidad de parte del personal al momento de realizar la entrega recepción de pacientes, el apego escaso a los indicadores de calidad, obviando la seguridad del paciente, la falta de registros de sucesos relevantes en la atención por parte del turno saliente, la falta de interés por parte del personal entrante en la verificación del funcionamiento del equipo en

uso para la atención del paciente, así como la falta de interés por higiene del paciente y de la unidad del mismo.

Existen otros factores que influyen directamente en el desarrollo del enlace de turno, como las interrupciones médicas, llamadas telefónicas, retraso en la hora de entrada del personal, la falta de ética y profesionalismo por parte de los compañeros, motivo por el cual existe un déficit en la calidad de la atención brindada a los usuarios por parte del personal de enfermería debido a que se ve afectado el proceso administrativo.

En el Hospital General de Huitzucó, se ha detectado que no se cuenta con una herramienta que evalúe al personal de enfermería durante la entrega recepción de pacientes, así mismo se observó que se presenta una entrega de turno superficial, deficiente y muy generalizada ya que no existen registros sobre hechos relevantes del paciente durante el turno anterior.

También se detectó que los informes realizados durante el cambio de turno carecen de una estructura organizacional, no se toman en cuenta los indicadores de calidad y los informes sobre tratamientos pendientes o suspendidos no son realizados, lo que puede generar el retraso en el tratamiento del paciente. Estos son los principales factores administrativos y de comunicación que impiden que se desarrolle de manera exitosa el proceso de enlace de turno, el cual es una herramienta para que la atención que proporciona el profesional de enfermería tenga continuidad.

Para garantizar la atención del personal de enfermería es de vital importancia llevar a cabo la evaluación del enlace de turno, esto es un punto desfavorable debido a que a consecuencia de esto el personal no lo lleva a cabo de manera correcta, omitiendo puntos clave y esenciales, los cuales pueden desencadenar un evento adverso.

¿Cuál es el apego que tiene el personal de enfermería en el proceso de enlace de turno?

1.2 JUSTIFICACION

El proceso de entrega recepción de pacientes resulta una tarea compleja en la cual se lleva a cabo la transferencia de información y responsabilidad del cuidado a otro profesional para dar continuidad a la atención otorgada por parte de los profesionales de enfermería. Esta actividad esta vulnerable a errores, debido a que no existe un protocolo estandarizado de enlace de turno, lo cual se ve reflejado en la baja calidad de la atención brindada y por ende la seguridad del paciente.

En la actualidad existen pocas investigaciones que hagan referencia a la evaluación del proceso de enlace de turno en enfermería a nivel nacional, ya que es un proceso poco estudiado por parte de los profesionales, en base a la literatura encontrada señalan que el llevar a cabo un enlace de turno de forma adecuada, garantiza la continuidad de los cuidado otorgados por los profesionales de enfermería durante las 24 horas del día, lo cual se refleja en la satisfacción del paciente.

Con la presente investigación se pretende contribuir al mejoramiento del proceso de enlace de turno por parte del personal de enfermería, que día a día desarrolla esta actividad en los centros hospitalarios, para garantizar la gestión y continuidad del cuidado, asimismo la importancia del presente trabajo recae en conocer el escenario practico por parte del profesional que realiza el proceso de entrega recepción de turno.

Es factible la realización del presente trabajo, porque con ello, serán beneficiados los familiares y específicamente los pacientes que reciben la atención médica en la institución de salud a estudiar, en el área de hospitalización adultos.

Esta investigación es un aporte importante para el Hospital General de Huitzuco ya que se logrará el mejoramiento de la calidad en la atención, lo cual se verá reflejado en los niveles de satisfacción de los usuarios y en el mejoramiento de su estado de salud.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar al personal de enfermería durante el enlace de turno y la continuidad del cuidado en un hospital de segundo nivel, durante el periodo de febrero a mayo del 2019.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Aplicar un instrumento de evaluación de enlace de turno
- Medir la eficiencia con la que se desarrolla el enlace de turno
- Detectar los factores del enlace de turno que determinan la gestión del cuidado

CAPITULO II MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES

Historia del Hospital

La construcción del Hospital General de Huitzuco Guerrero, inicia en el año de 1981 con la construcción del área de consulta externa, una sala de urgencias, una sala de partos, una sala de observación con dos camas y archivo clínico, desde su fundación en el mes de enero de 1982, fue creado bajo las políticas del IMSS Coplamar (Solidaridad), en la región fue en sus tiempo muy bien recibido, para entonces las instalaciones crecieron y contaba con los servicios de consulta externa, farmacia, quirófano, CEYE, tococirugia con una sala de labor y una más de expulsión, una sala de pediatría, y área de hospitalización hombres y otra área de mujeres con un total de 30 camas censables para adultos, 10 pediátricas y 19 camas no censables, también contaba con áreas de apoyo diagnostico como laboratorio de análisis clínicos y rayos X, área administrativa, almacén, lavandería, y mantenimiento, brindando atención a los municipios de Huitzuco, Atenango del Rio y Copalillo.

Fue inaugurado el día 2 de noviembre de 1982 por el presidente de la República Mexicana Lic. José López Portillo y el gobernador del estado de Guerrero el Lic. Alejandro Cervantes Delgado, bajo la coordinación y supervisión del programa IMSS COPLAMAR, funcionando a base de personal becario como médicos residentes de 3er año de las especialidades de anestesiología, medicina familiar, ginecología, medicina interna, cirugía y pediatría los cuales permanecían las 24 horas del día durante 3 meses, contaba con pasantes de enfermería del Centro Médico Siglo XXI quienes permanecían durante un año en la unidad y eran los responsables directos de la atención, así como personal capacitado en el Hospital de Tlapa de Comonfort en un curso con duración de 3 meses para desempeñar la función de auxiliar de Enfermera.

El 15 de noviembre del año 1985 deja de pertenecer al IMSS COPLAMAR, pasando a formar parte de los Servicios Estatales de Salud del estado de Guerrero, a finales del año 2007 es contemplado en el Sistema de Protección Social en Salud, mejor conocido como

Seguro Popular, con 1200 familias afiliadas de 12000 que se tenían contempladas, en la actualidad se cuentan con más de 54 000 familias afiliadas en el sistema.

Actualmente el Hospital se ha visto beneficiado gracias al programa Seguro Popular y es por ello que se han podido realizar mejoras en cuanto a infraestructura, servicios y personal, contando con una plantilla de 306 trabajadores cabe destacar que la unidad cuenta con 103 enfermeros y enfermeras con diversos perfiles académicos como técnicos, personal con cursos posttécnicos, licenciados, con especialidad en epidemiología, maestrías en enfermería con énfasis en gestión del cuidado y en salud pública.

Se encuentra ubicado dentro de la Secretaria de Salud del estado de Guerrero, como un Hospital de segundo nivel de atención, trabajando en coordinación con el centro de salud de esta comunidad, el cual se encarga de otorgar el primer nivel de atención, a la fecha cuenta con los servicios de urgencias, tococirugía, dos salas de quirófano, CEYE, hospitalización, terapia intermedia, pediatría, rehabilitación, consulta externa (cirugía, traumatología, medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia, dental), servicios amigables, nutrición, módulo de lactancia materna, módulo de ERAS EDAS y tamiz, módulo de detección de violencia, salud mental, trabajo social, archivo clínico, epidemiología, estadística, módulo de información, departamento de calidad, enlace de seguro popular, laboratorios de análisis clínicos, rayos X, puesto de sangrado, farmacia, almacén, módulo de información, mantenimiento, lavandería, comedor y cocina, área de gobierno y módulo de afiliación a seguro popular, cuenta con 40 camas censables y 25 no censables, brindando atención a los municipios y comunidades de Huitzuc de los Figueroa, Atenango del Rio, Copalillo y Tepecuacuilco principalmente.

Misión

Somos un equipo de profesionales de la salud, administrativos, mantenimiento y servicios generales; que brindamos servicios de salud con la cultura de calidad y sentido humano centrado en el usuario, así como en los valores éticos.

Visión

Ser en el 2021 el mejor Hospital de segundo nivel de atención del estado de Guerrero por otorgar atención de calidad, amable, en un ambiente seguro, de acuerdo a los estándares de calidad establecidos por la secretaria de salud, además de ofrecer a nuestros trabajadores la oportunidad de capacitación integral y continua.

Hospital General de Huitzuco, cuenta con una plantilla de 306 trabajadores, entre los que destacan 103 profesionales de enfermería, los cuales cuentan con diferentes perfiles académicos, tales como licenciados, especialistas y maestros en enfermería y salud pública, 27 médicos especialistas entre los que se encuentran, cirujanos, ginecólogos, anesthesiólogos, pediatras, traumatólogos, urgenciólogos, e internistas; 31 médicos generales, 47 profesionales como químicos, odontólogos, psicólogos, nutriólogos, y trabajadores sociales, por último 98 trabajadores no médicos tales como auxiliares administrativos y de servicios generales.

2.2 MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

Calidad

Desde los 80's la Calidad de la atención se inicia a evaluar tomando como aporte las teorías de la administración Deming en donde en su último libro afirma que "Un producto o servicio tiene calidad si ayuda a alguien y goza de un mercado sustentable". Desde el punto de vista de Deming, la variación es la principal culpable de la mala calidad. (Suñol Sala & Alvar, 2010)

Deming describe 14 puntos en los cuales da a conocer las perspectivas críticas necesarias para diseñar prácticas administrativas eficaces y tomar decisiones en el complejo ambiente de negocios de hoy en día.

1. Crear y dar a conocer a todos los empleados una declaración de los objetivos y propósitos de la empresa. La administración debe demostrar en forma constante su compromiso con esta declaración.
2. Aprender la nueva filosofía, desde los altos ejecutivos hasta las bases de la empresa.
3. Entender el propósito de la inspección, para la mejora de los procesos y reducción de los costos.
4. Terminar con la práctica de premiar los negocios basándose únicamente en el precio.
5. Mejorar el sistema de producción y servicio en forma continua y permanente.
6. Instituir la capacitación y el entrenamiento.
7. Aprender e instituir el liderazgo.
8. Eliminar el temor. Crear confianza. Crear el ambiente adecuado para la innovación.
9. Optimizar los procesos en busca del logro de los objetivos y propósitos de la empresa mediante el esfuerzo de equipos, grupos y áreas de personal. Mejora de la Productividad Captación de mercado con mayor calidad y menor precio Permanencia en el negocio Crecimiento de más empleos cada vez
10. Eliminar las exhortaciones (instigaciones) en la fuerza laboral.
11. Eliminar las cuotas numéricas para la producción, en cambio, aprende a instituir métodos para mejora. Eliminar la administración por objetivos y en vez de ella aprender las capacidades de los procesos y como mejorarlos.
12. Eliminar las barreras que evitan que las personas se sientan orgullosas de su trabajo.

13. Fomentar la educación y la automejora en cada persona.

14. Aprender acciones para lograr la transformación. (Evans & Lindsay , 2005)

Calidad, es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes propuso Avedis Donabedian en el año de 1980, años más tarde la International Organization for Standardization (ISO) acuña la "Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado" en el año de 1989, esta definición transmite dos conceptos fundamentales el primero es que la calidad de la asistencia puede medirse y de otro lado que la calidad es el grado de cumplimiento de un objetivo y por tanto depende de cómo se define éste. (Suñol Sala & Alvar , 2010)

En el año de 1991 la Organización Mundial de la Salud afirmaba que: "Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población, de una forma total y precisa, la cual destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual que el conocimiento permite". (Suñol Sala & Alvar , 2010)

De acuerdo a Donabedian, son tres los componentes de la calidad asistencial que se deben tener en cuenta, el componente técnico, el cual es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos, por otra parte, el componente interpersonal, el cual está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general, finalmente, el tercer componente lo constituyen los aspectos de confort, los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable. (Suñol Sala & Alvar , 2010)

El modelo propuesta del médico Avedis Donabedian, establece las dimensiones de estructura, proceso y resultado y sus indicadores para evaluarla, la relación entre

métodos de proceso y resultado, así como la sistematización de los criterios, genera reflexiones importantes sobre la responsabilidad en la mejora de la calidad en dicho servicio. (Torres , 2011)

MODELO DE CALIDAD DE LA ATENCION MÉDICA



Fuente: Torres(2011) a partir de Donabedian (1966)

Indicador

En el glosario de términos de la OMS, aparece el siguiente párrafo para definir el término *indicador*:

Variable con características de calidad, cantidad y tiempo, utilizada para medir, directa o indirectamente, los cambios en una situación y apreciar el progreso alcanzado en abordarla. Provee también una base para desarrollar planes adecuados para su mejoría (Jimenez Paneque, 2004).

Los indicadores son a veces estandarizados por autoridades nacionales o internacionales. Variable que contribuye a medir los cambios en una situación de salud, directa o indirectamente, y evaluar el grado en que los objetivos y metas de un programa se han alcanzado. En la atención hospitalaria, los indicadores de calidad y eficiencia sirven de base para medir el desempeño de los servicios que brinda o debe brindar el hospital y facilitar las comparaciones en el espacio y en el tiempo. Por tal motivo, existe la posibilidad del desarrollo de indicadores específicos a nivel local, la necesidad de indicadores de valor general ha sido y es una necesidad cada día más comprendida (Jimenez Paneque, 2004)

Pero, el desarrollo de buenos indicadores no es una tarea fácil ni puede abordarse sin un conocimiento profundo de medicina, unido al de otras disciplinas como la Administración de Salud, la Estadística y la Epidemiología. Un buen indicador por lo menos deberá cumplir con cuatro características:

- *Validez*: debe reflejar el aspecto de la calidad para el que se creó o estableció y no otro.
- *Confiable*: debe brindar el mismo resultado en iguales circunstancias.
- *Comprensible*: debe comprenderse fácilmente qué aspecto de la calidad pretende reflejar.
- *Sencillez*: debe ser sencillo de administrar, de aplicar y de explicar.

El desarrollo y utilización de buenos indicadores deberá además sustentarse sobre buenos sistemas de información. Es decir que habrá que tener en cuenta cuestiones

como: la fuente de datos, las características de los recolectores o la necesidad de velar por la confidencialidad de datos sobre los pacientes (Jimenez Paneque, 2004).

Enlace de turno

El enlace de turno es una de las actividades más comunes y cotidianas que realiza el personal de enfermería, el cual consiste en la transferencia de la responsabilidad del cuidado de los pacientes a otro profesional, con base en la comunicación sobre aspectos relevantes de la atención (Yañez Corral & Zarate Grajales , 2016)

Actividad que se realiza entre profesionales de enfermería sobre cuestiones relevantes en la atención previa brindada por el personal saliente, la cual será de gran ayuda e importancia para dar continuidad a los cuidados proporcionados al paciente con el objetivo de mejorar y reestablecer el estado de salud del mismo, garantizando una atención de calidad brindada.

Es un proceso que consiste en la preparación organizacional, en donde se identifican aspectos relevantes del paciente, entrega recepción de cada uno de los clientes y por último el cierre, que incluye las observaciones y sugerencias del turno saliente (Yañez Corral & Zarate Grajales , 2016).

Esta actividad propia de enfermería se puede realizar por grupos o subgrupos, en la cual pueden interactuar el personal profesional responsable del cuidado directo, el jefe de servicio y/o supervisor de turno mediante informe verbal o escrito, la entrega recepción se debe realizar en la unidad del paciente esto con la finalidad de hacer una revisión minuciosa sobre el estado general del mismo (Llapa Rodriguez , 2013)

Objetivos del enlace de turno

- Asegurar la continuidad del cuidado de enfermería en forma secuencial durante las 24 horas de cada día de hospitalización.

- Mantener informado al personal de enfermería sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes, el plan de atención de enfermería y los aspectos específicos de cada uno, que faciliten una mayor calidad en el cuidado.
- Informar los cuidados de enfermería realizados a cada paciente y los procedimientos pendientes
- Aclarar conceptos, intercambiar conocimientos y unificar criterios sobre el plan de cuidado de Enfermería de cada paciente y actualizar los datos que sean necesarios
- Actualizar al personal con relación a información administrativa de la institución, tanto de las diferentes dependencias como del departamento de enfermería
- Entregar y verificar inventario de equipos materiales devolutivos, y suministro, pendientes o ausentes.

Características de la entrega y recepción de turno.

Al finalizar cada turno las enfermeras transmiten la información sobre los clientes asignados a las enfermeras que van a trabajar en el turno siguiente. El propósito de este informe es proporcionar cuidados continuos entre las enfermeras que están prestando cuidados a un cliente.

Durante la entrega y recepción de turno la transmisión de la información debe realizarse de manera presencial, directa cara-cara: deben estar presente el personal de enfermería tanto del turno saliente como del entrante con un buen trato; para estar informado sobre todo lo que acontece de la situación del paciente y pueda intervenir si es necesario a fin de completar la información (Rivero Rosales & Perez Castro , 2016).

Además es importante la participación del personal para una mejor planificación de cuidados distribuyéndose tareas y/o actividades a cada personal de Enfermería

Actualmente se utilizan herramientas las cuales son útiles para las instituciones de salud que hacen uso de ellas para lograr un proceso de enlace de turno estandarizado garantizando que este sea llevado a cabo a manera que faciliten el seguimiento de las intervenciones y actividades de enfermería brindada a los usuarios (Yañez Corral & Zarate Grajales , 2016)

El enlace de turno también llamado, traspaso, entrega recepción, informe de enfermería, firma de salida, son las denominaciones más comunes que se manejan a nivel global, el cual consiste en la entrega y recepción de pacientes con la finalidad de dar continuidad a la atención brindada por los profesionales de enfermería de los diferentes turnos asegurando una atención de calidad encaminada al cumplimiento de los objetivos del usuario (Yañez Corral & Zarate Grajales , 2016).

La importancia del proceso de entrega recepción de turno de enfermería se fundamenta porque:

- Garantiza la continuidad del cuidado y la seguridad del paciente.
- Es dinámico pues responde a un cambio continuo.
- Es interactivo pues está basado en las relaciones que se establecen entre el personal de enfermería, el paciente, su familia y los demás profesionales de salud.
- Flexible ya que se adapta a las necesidades individuales de cada paciente con una base científica que aplica un modelo teórico de enfermería según los requerimientos, valoración ya que incluye la recolección y organización de los datos concernientes a los pacientes.

2.3 MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

En la actualidad existen factores que influyen para que el enlace de turno se pierda y con ello la continuidad del cuidado no sea granizada en los pacientes hospitalizados. Engwald y Padilla realizó un estudio en Buenos Aires Argentina para analizar el contenido del pase de guardia de enfermería reportando: que la optimización y estandarización de una herramienta para el pase de guardia en enfermería permite mejorar el cuidado de los pacientes, ya que previene los errores de comunicación, así mismo observó que la estandarización del proceso fue muy bien recibida por el personal de enfermería.

Llapa y Oliveira, evaluaron la programación del cambio de turno desde la óptica de los profesionales de enfermería en un hospital de Brasil, en donde utilizó el análisis de la planificación estratégica para romper los paradigmas existentes y facilitar el proceso de enlace de turno en la institución estudiada, señaló que para lograr una atención de calidad se requiere la colaboración directa de la administración del hospital. Por otro lado, hace notar que la transmisión de información durante el cambio de turno debe ser objetiva y concisa para garantizar la comprensión de la información

Gilabert y Villamor, evaluaron el traspaso de información en equipos de enfermería de urgencias en un hospital de Barcelona, menciona que la estandarización del traspaso garantiza una óptima transferencia de información, destaca que el utilizar una herramienta de traspaso de turno puede normalizar y mejorar el contenido de información así como la seguridad del paciente haciendo traspasos más satisfactorios y eficientes.

Estefo y Paravic, en su artículo publicado acerca del rol de la enfermera como gestora de los cuidado, afirma que en Chile se le confiere la responsabilidad de la gestión del cuidado, la cual como líder debe tener habilidades de comunicación, información y conocimientos para la correcta toma de decisiones, lo que permitirá asegurar que todas las personas involucradas en el cuidado del paciente obtengan la información necesaria, garantizando la continuidad del cuidado en enfermería durante las 24 horas.

De acuerdo con la revisión que hizo Guevara Lozano en diferentes bases de datos, ratifica que los informes no son una oportunidad de un momento y que es necesario educar, realizar un seguimiento, evaluar y retroalimentar el enlace de turno para permitir mejoras en los grupos y fomentar su práctica diaria, afirma que un cambio de turno adecuado aplicando su concepto proporciona a los profesionales disminución en los errores o eventos adversos en sus cuidados y la satisfacción del paciente, así mismo propone que los familiares deben ser incluidos en el proceso de comunicación para que sus cuidados trasciendan en el tiempo.

Es significativo señalar que en México solo se encontraron dos estudios referentes al enlace de turno, el primero elaborado por Yañez y Zarate, realizado en un hospital público de Sinaloa, mediante una investigación cuantitativa y transversal en donde da a conocer un instrumento de medición del enlace de turno, el cual incluye cuatro apartados: datos sociodemográficos, aspectos organizativos, entrega de pacientes y observaciones, genero evidencia sobre el bajo nivel del proceso de enlace de turno en enfermería, al no comunicar información relevante que permita a las enfermeras hacer un juicio clínico pertinente de cada paciente, tampoco se favorece la continuidad del cuidado ni coadyuva en la prevención de eventos adversos.

Dentro de los resultados obtenidos destaca que la duración media del enlace de turno fue de 15 minutos, en cuanto al lugar donde se efectuó la entrega recepción fue el 100% se realizó al lado de la cama del paciente, resaltó la importancia del uso de una herramienta para brindar cuidados seguros y libres de riesgo para los pacientes hospitalizados en materia de calidad y seguridad del paciente, obtuvo evidencia de que a nivel global el 80% de los enlaces evaluados no dio cumplimiento y se obtuvo menos del 10% entre el nivel medio y el nivel alto, lo cual refleja que gran cantidad de información sumamente importante de los pacientes no fue transmitida, lo que ocasiona que la continuidad del cuidado no sea garantizada y como consecuencia no se brinde atención segura y de calidad a los pacientes.

El segundo estudio corresponde a la CONAMED, quien tras consultar diversas fuentes de información en el año 2016, enfatiza la importancia de la comunicación la cual se ve ensombrecida por el desvío de atención, desinterés, indisciplina, desmotivación, falta de respeto, ausentismo e interrupciones por el personal de enfermería durante el enlace de turno, así mismo da a conocer que este impacto negativo, genera dificultades en el proceso de comunicación, permitiendo que las consecuencias sean directas en cuanto a calidad, satisfacción y seguridad de los pacientes, trascendiendo en el incremento de eventos adversos, desapego al tratamiento y aumento en los días de estancia, se puntualiza que la comunicación asertiva permite que el cuidado que se brinda al paciente sea continuo (Rivero Rosales & Perez Castro , 2016)

También habla de un impacto positivo y de oportunidad consiste en trabajar en el diseño de nuevas propuestas e implementación de estrategias adaptadas a cada uno de los esquemas de atención de enfermería de las instituciones, hospitales y servicios, sin perder de vista que dicho modelo debe cubrir las necesidades detectadas por la dirección de enfermería y considerando dentro de estas la formación del personal específicamente para mejorar el proceso de comunicación.

2.4 INDICADORES DE CALIDAD

Desde 2002, en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud insta a los Estados Miembros a prestar la mayor atención posible al problema y consolidar sistemas que mejoren la seguridad del paciente y para dar resolución a dicha Asamblea, en 2004 se crea la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente para coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad (Salud S. d., Dirección de calidad y educación en salud , 2018).

La seguridad del paciente se define como la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro (Salud S. d., Dirección de calidad y educación en salud , 2018).

El Gobierno Federal Mexicano, como parte del apoyo a las iniciativas de seguridad del paciente promovidas por la Organización Mundial de la Salud, reconoce desde 2007 a la seguridad del paciente como un componente fundamental de la mejora de la calidad en los servicios de salud, establecido en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y en el Programa Sectorial de Salud del mismo periodo (Salud S. d., Dirección de calidad y educación en salud , 2018).

En México se desarrollan diversas acciones para la reducción y prevención de eventos adversos derivados de la atención médica principalmente en hospitales públicos de mediana y alta complejidad del sector salud, entre las que destaca la puesta en marcha de los indicadores de calidad en enfermería: ministración de medicamentos por vía oral, trato digno, vigilancia y control de venoclisis instalada, prevención de caídas en pacientes hospitalizados, prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados y prevención de infecciones por sonda vesical instalada (Salud S. d., Dirección de calidad y educación en salud , 2018).

2.5 APORTE TEÓRICO, KRISTEN M. SWANSON

Kristen M. Swanson, nació en Providence (Rhode Island). Se licenció con calificación cum laude en la University of Rhode Island College of Nursing en 1975. Swanson comenzó su carrera como enfermera en el University of Massachusetts Medical Center, en Worcester, debido a la orientación del fundador hacia una visión de la práctica profesional de la enfermería y que trabajaba activamente con las enfermeras para aplicar esos ideales al trabajo con los clientes (Swanson, 2001).

Lo que más deseaba Swanson como enfermera principiante era convertirse en una profesional técnicamente informada y hábil, con el objetivo de enseñar a otros. De ahí que completara el posgrado Adult Health and Illness Nursing en la University of Pennsylvania, en Filadelfia. Tras obtener un máster en Enfermería, en 1978 trabajó brevemente como instructora clínica de enfermería médico-quirúrgica en la University of Pennsylvania School of Nursing y, posteriormente, se matriculó en el programa de doctorado de Enfermería en la University of Colorado, en Denver, donde estudió Enfermería Psicosocial, haciendo hincapié en los conceptos de pérdida, estrés, adaptación, relaciones interpersonales, persona y ser persona, entorno y cuidados.

Además de sus responsabilidades docentes y administrativas en la Universidad de Washington, dirigió investigaciones financiadas por los National Institutes of Nursing Research; publicó y dirigió a profesores y estudiantes en sus trabajos y actuó como consultora a escala nacional e internacional. Ha sido conferenciante invitada o profesora visitante en multitud de ocasiones, en el Instituto Karolinska en Suecia, el IWK (Isaac Walton Killam) Health Center, un hospital de atención especializada para mujeres, niños y sus familiares en Halifax, Nueva Escocia, Canadá, y, más recientemente, en la Universidad Nacional Cheng Kung de Taiwán, Taiwán, entre otros.

Durante su estancia en la Universidad de Washington en 2009, Swanson ocupó también el puesto de profesora en Liderazgo en Enfermería en el University of Washington Medical Center.

En 2009, Swanson fue nombrada decana y profesora distinguida en la University of North Carolina (UNC) School of Nursing en Chapel Hill y directora adjunta de Enfermería para asuntos académicos en los hospitales de la UNC. La Dra. Swanson prosigue con su labor académica, que en los últimos años se ha trasladado a la investigación traslacional y a la consultoría con diversas organizaciones para aplicar la teoría de los cuidados en la práctica clínica, la formación y la investigación. Entre sus contribuciones destacan servicios en la junta editorial o como revisora para las revistas Journal of Nursing Scholarship, Nursing Outlook, Research in Nursing and Health e International Journal of Human Caring. En reconocimiento por sus numerosas y sobresalientes contribuciones a la disciplina de la enfermería, entre otras distinciones, Swanson fue elegida miembro de la American Academy of Nursing en 1991, recibió un Distinguished Alumnus Award de la Universidad de Rhode Island en 2002 y fue elegida miembro del programa Robert Wood Johnson Foundation Nurse Executive Fellows en 2004.

Fuentes teóricas

Swanson ha recurrido a diversas fuentes teóricas para desarrollar su teoría de los cuidados. Ella recuerda que desde el comienzo de su carrera de enfermería, su educación y experiencia clínica la hicieron muy consciente de la profunda diferencia que los cuidados podían marcar en la vida de las personas a las que atendía: Observar a los pacientes moverse en un espacio de total dependencia y salir de allí restablecidos era como ser testigo de un milagro. Sentarse con los cónyuges mientras confiaban el corazón (y la vida) de su pareja al equipo quirúrgico era sobrecogedor. Era alentador observar los recursos internos a los que podían apelar los miembros de la familia para transferir lo que no podían controlar. Me animaba tener el privilegio de ser invitada a los espacios que creaban los pacientes y sus familias para soportar sus transiciones a través de la enfermedad, la recuperación y, en algunos casos, la muerte.

Swanson reconoce a algunos especialistas de enfermería que le dieron la oportunidad de modelar sus opiniones sobre la disciplina enfermera y que influyeron en su programa de investigación. Reconoce que asistir al curso de la doctora Jacqueline Fawcett sobre las bases conceptuales de la práctica de la enfermería le hizo comprender las diferencias entre los objetivos de la enfermería y los de otras disciplinas sanitarias, así como darse cuenta de que cuidar a otros a través de las transiciones vitales de salud, enfermedad, curación y muerte era congruente con sus valores personales (Swanson, 2001).

Swanson escogió a la doctora Jean Watson como directora de sus estudios de doctorado. Atribuye a la influencia de la doctora Watson el énfasis de explorar el concepto de los cuidados en su tesis doctoral. Sin embargo, a pesar de la estrecha relación de trabajo y del énfasis sobre los cuidados en la tesis de Swanson, el programa de investigación de los cuidados y el aborto no es una aplicación de la teoría del cuidado humano de Watson (Watson, 1979, 1988, 1999). En su lugar, tanto Swanson como Watson reivindican que la compatibilidad de los hallazgos sobre los cuidados en sus programas individuales de investigación añade credibilidad a sus afirmaciones teóricas (Swanson, 2001). Swanson agradece a la doctora Kathryn E. Barnard que la animara a hacer la transición desde el paradigma interpretativo hasta el empírico contemporáneo, a transferir lo que aprendió y postuló sobre los cuidados a lo largo de varias investigaciones fenomenológicas para dirigir la investigación de intervención y la práctica clínica con mujeres que han abortado.

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Cuidados

Los cuidados son una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal (Swanson, 1991).

Conocimiento

El conocimiento es esforzarse por comprender el significado de un suceso en la vida del otro, evitando conjeturas, centrándose en la persona a la que se cuida, buscando claves, valorando meticulosamente y buscando un proceso de compromiso entre el que cuida y el que es cuidado (Swanson, 1991).

Estar con

Estar con significa estar emocionalmente presente con el otro. Incluye estar allí en persona, transmitir disponibilidad y compartir sentimientos sin abrumar a la persona cuidada (Swanson, 1991).

Hacer por

Hacer por significa hacer por otros lo que se haría para uno mismo, si fuera posible, incluyendo adelantarse a las necesidades, confortar, actuar con habilidad y competencia y proteger al que es cuidado, respetando su dignidad (Swanson, 1991).

Posibilitar

Posibilitar es facilitar el paso del otro por las transiciones de la vida y los acontecimientos desconocidos, centrándose en el acontecimiento, informando, explicando, apoyando, dando validez a sentimientos, generando alternativas, pensando las cosas detenidamente y dando retroalimentación (Swanson, 1991).

Mantener las creencias

Mantener las creencias es mantener la fe en la capacidad del otro de superar un acontecimiento o transición y de enfrentarse al futuro con significado, creyendo en la capacidad del otro y teniéndolo en alta estima, manteniendo una actitud llena de esperanza, ofreciendo un optimismo realista, ayudando a encontrar el significado y estando al lado de la persona cuidada en cualquier situación (Swanson, 1991).

Uso de datos empíricos

Swanson formuló su teoría de los cuidados de manera inductiva como resultado de varias investigaciones. Para su tesis doctoral Swanson analizó los datos obtenidos con entrevistas en profundidad a 20 mujeres que habían abortado recientemente utilizando fenomenología descriptiva. Como resultado de esta investigación fenomenológica, Swanson propuso dos modelos: 1) el modelo de los cuidados, y 2) el modelo de la experiencia humana del aborto. El modelo de los cuidados, en el que Swanson propuso cinco procesos básicos (conocimientos, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las

creencias) que dan significado a actos etiquetados como cuidados (Swanson-Kauffman, 1985, 1986, 1988a, 1988b), llegó a ser más tarde la base de la teoría de nivel medio de los cuidados de Swanson (1991).

Cuando era una estudiante posdoctoral, Swanson realizó un estudio fenomenológico que exploró cómo se proporcionaban los cuidados a lactantes vulnerables en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN). Swanson (1990) descubrió que el proceso de los cuidados que identificó en las mujeres que habían abortado también era aplicable a madres, padres, médicos y enfermeras responsables de cuidar a los niños en la UCIN. Por tanto, decidió conservar la formulación que describía los actos de los cuidados y propuso que el cuidado integral en un ambiente complejo abarca un equilibrio entre cuidados (de uno mismo y de la persona a la que se cuida), acompañamiento (a otros y roles), enfrentarse a responsabilidades (asignadas por uno, por otros y por la sociedad) y evitar malos desenlaces (Swanson, 1990).

En una investigación fenomenológica posterior realizada con madres de alto riesgo social, Swanson (1991) exploró lo que había sido para estas madres recibir una intensa intervención de enfermería a largo plazo. Swanson recuerda que, después de este estudio, finalmente fue capaz de definir los cuidados y de mejorar la comprensión de los procesos de los cuidados. Las investigaciones fenomenológicas realizadas colectivamente con mujeres que habían abortado, con sanitarios de la UCIN y con madres de alto riesgo social sentaron las bases para que el modelo de cuidados evolucionara hasta la teoría de nivel medio de los cuidados (Swanson, 1991, 1993).

Swanson probó su teoría de los cuidados con mujeres que abortaron, en investigaciones financiadas por los National Institutes of Nursing Research y otros proveedores de financiación. La investigación de intervención de Swanson (1999a, 1999b) (n = 242) examinó los efectos de las sesiones de orientación basadas en los cuidados sobre la aceptación de la pérdida por la mujer y sobre el bienestar emocional durante el primer año después del aborto. Algunos objetivos adicionales del proyecto fueron examinar los efectos del paso del tiempo sobre la curación durante ese primer año y desarrollar estrategias para controlar intervenciones de los cuidados. Este estudio estableció que,

aunque el paso del tiempo tenía efectos positivos sobre la curación de la mujer tras el aborto, las intervenciones de cuidados ejercían un impacto positivo sobre la reducción global de la alteración del estado de ánimo, del enfado y del nivel de depresión.

El segundo objetivo era controlar la variable de los cuidados e identificar si estos eran administrados como se pretendía. Para hacerlo, se controlaron los cuidados de las tres maneras siguientes:

1. Se transcribieron aproximadamente el 10% de las sesiones orientativas y se analizaron los datos mediante un análisis del contenido inductivo y del deductivo.
2. Antes de cada sesión, el consejero completó el Perfil de Estados de Ánimo de McNair, Lorr y Droppleman (1981) para comprobar si el estado de ánimo del consejero se asociaba con las puntuaciones de los cuidados de cada mujer después de cada sesión, usando una Escala Profesional de Cuidados desarrollada por el investigador.
3. Después de cada sesión, el consejero completaba una Escala de Puntuación del Consejero desarrollada por el investigador y tomaba notas descriptivas sobre su propia actuación.

El hallazgo más notable del control de los cuidados era que los clientes estaban muy satisfechos con el cuidado recibido durante las sesiones de orientación, lo que sugería que se daban y se recibían cuidados previstos.

La siguiente investigación de Swanson (1999c) fue un metaanálisis de la bibliografía sobre los cuidados. Una revisión en profundidad de 130 investigaciones sobre los cuidados la llevó a proponer que el conocimiento sobre los cuidados puede ser catalogado en cinco dominios (niveles) y que la investigación realizada en cualquiera de los dominios asume la presencia de todos los dominios previos (Swanson, 1999c).

- El primer dominio se refiere a las capacidades de la persona para dar cuidados.
- El segundo, a las preocupaciones y compromisos individuales que llevan a las acciones de los cuidados.
- El tercero, a las condiciones (enfermera, cliente, organización) que aumentan o reducen la probabilidad de suministrar cuidados.

- El cuarto, a las acciones de los cuidados.
- El quinto hace referencia a las consecuencias de los resultados intencionales y no intencionales de los cuidados para el cliente y para el profesional (Swanson, 1999c).

Realizar el meta análisis de la bibliografía aclaró el significado del concepto de cuidado tal como se utiliza en la disciplina de enfermería y dio validez a la transferibilidad de la teoría de nivel medio de los cuidados de Swanson, más allá del contexto perinatal.

Posteriormente, Swanson intervino como autora o coautora en numerosos artículos académicos y capítulos de libros sobre la aplicación de las relaciones de cuidados-curación en la práctica clínica y la formación y contrastó empíricamente la teoría de los cuidados. También fue coautora de un artículo sobre la herencia histórica de la enfermería como una profesión dirigida a los cuidados y la curación, y sobre el significado, la importancia y las consecuencias de entornos curativos óptimos para la moderna práctica, formación e investigación enfermeras (Swanson y Wojnar, 2004).

El artículo presentaba los focos centrales de la enfermería como disciplina: el sentido de ser persona y vivir la identidad propia; el significado de la salud en los niveles individual, familiar y social; la forma en que los entornos fomentan o menoscaban el potencial para la promoción, el mantenimiento o la recuperación del bienestar; y las terapias enfermeras para los cuidados-curación. A continuación escribió un capítulo para impulsar la capacidad de los profesionales de enfermería dirigida a unos cuidados compasivos (Swanson, 2007). En él, Swanson exploró la importancia de los cuidados para el bienestar de las personas y describió situaciones que influyen en la calidad de los cuidados enfermeros, desde las relaciones interpersonales a través de los entornos físicos hasta el liderazgo ejecutivo/directivo. Los trabajos en los que Swanson participó como coautora se centraron en los factores sociales y económicos que afectan a la escasez de enfermería y a la calidad de los cuidados (Grant y Swanson, 2006) y en la satisfacción de los consumidores con la atención sanitaria (Mowinski-Jennings, Heiner, Loan, et al, 2005). Swanson et al exploraron también las actitudes frente a la medicina complementaria y alternativa (MCA) y las competencias de los profesores y estudiantes

de enfermería y los resultados de integrar la MCA en los planes de estudios de enfermería como un enfoque holístico de esta disciplina (Booth-Laforce, Scott, Heitkemper, et al, 2010).

En su propio programa de investigación, Swanson verificó la utilización práctica de la teoría de los cuidados.

La teoría de los cuidados de Swanson ha sido contrastada en una amplia variedad de utilizaciones en investigación, formación y práctica clínica.

Principales premisas

En 1993, Swanson desarrolló aún más su teoría de los cuidados haciendo explícitas sus principales asunciones sobre los cuatro fenómenos de interés fundamentales en la disciplina enfermera: enfermería, persona-cliente, salud y entorno.

Enfermería

Swanson (1991,1993) define la enfermería como la disciplina concedora de los cuidados para el bienestar de otros. Afirma que la disciplina de la enfermería está fundada por el conocimiento empírico de la enfermería y de otras disciplinas relacionadas, así como por «el conocimiento ético, personal y estético derivado de las humanidades, la experiencia clínica y los valores y expectativas personales y sociales»

Persona

Swanson (1993) define a las personas como «seres únicos que están en proceso de creación y cuya integridad se completa cuando se manifiestan en pensamientos, sentimientos y conductas» (pág. 352). Postula que las experiencias vitales de cada individuo están influidas por una compleja interacción de «una herencia genética, el legado espiritual y la capacidad de ejercer el libre albedrío». Así pues, las personas modelan y son modeladas por el entorno en el que viven.

Swanson (1993) considera a las personas como seres dinámicos, en crecimiento, espirituales, que se autorreflejan y que anhelan estar conectadas con otros. Sugiere que:

«... el legado espiritual conecta a cada ser con una fuente eterna y universal de bondad, misterio, vida, creatividad y serenidad. El legado espiritual puede ser un alma, poder superior/Espíritu Santo, energía positiva o, simplemente, gracia. El libre albedrío se identifica con la elección y la capacidad de decidir cómo actuar cuando se afronta un rango de posibilidades». Sin embargo, Swanson (1993) observó que las limitaciones impuestas por la raza, la clase social, el sexo o el acceso al cuidado pueden impedir que las personas ejerzan su libre albedrío. Por tanto, admitir el libre albedrío exige a la disciplina de la enfermería que acepte la individualidad y que tenga en cuenta todo un abanico de posibilidades que son aceptables o deseables para las personas a las que atienden las enfermeras.

Además, Swanson postula que el otro, a cuya persona sirve la disciplina de la enfermería, se refiere a familias, grupos y sociedades. Así, con esta comprensión de la persona, las enfermeras reciben el mandato de asumir papeles de liderazgo en la lucha por los derechos humanos, la igualdad del acceso a la asistencia sanitaria y otras causas humanitarias. Finalmente, cuando las enfermeras piensan sobre el otro, hacia el que dirigen sus cuidados, también necesitan pensar en sí mismas y en otras enfermeras y su cuidado, así como ser cuidadas por los demás.

Salud

Según Swanson (1993), la experiencia de la salud y el bienestar son: «... vivir la experiencia subjetiva y llena de significado de la plenitud. La plenitud implica una sensación de integridad y de desarrollo en la que todas las facetas del ser pueden expresarse libremente. Las facetas del ser incluyen los muchos seres que nos hacen humanos: nuestra espiritualidad, pensamientos, sentimientos, inteligencia, creatividad, capacidad de relación, feminidad, masculinidad y sexualidad, por mencionar solo unas pocas».

Así, Swanson considera el restablecimiento del bienestar como un complejo proceso de cuidados y curación que incluye «desprenderse del dolor interno, establecer nuevos significados, restaurar la integridad y emerger con un sentimiento de renovada plenitud»

Entorno

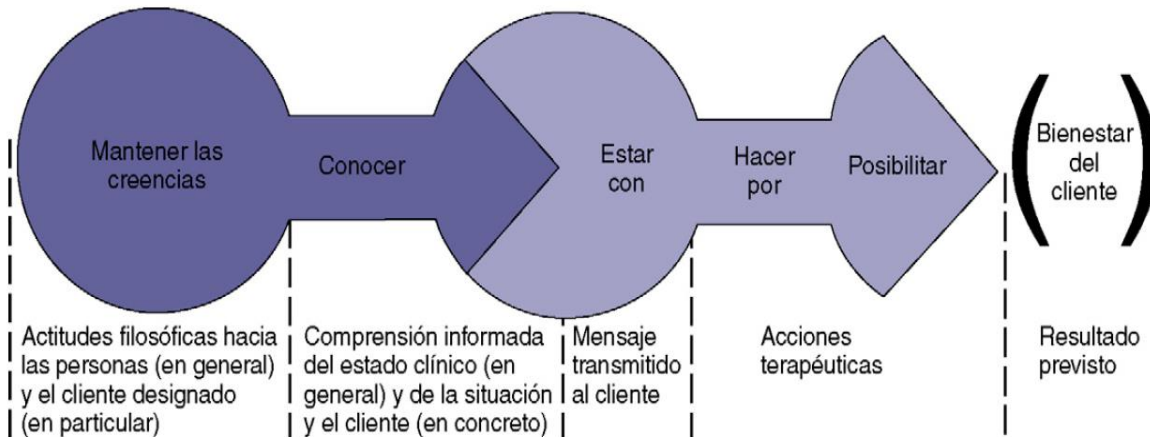
Swanson (1993) define el entorno de manera situacional. Sostiene que el entorno para la enfermería es «cualquier contexto que influye o que es influido por el cliente». Swanson afirma que hay muchos tipos de influencias sobre el entorno, como los aspectos culturales, sociales, biofísicos, políticos y económicos, por nombrar solo unos pocos. Según Swanson (1993), los términos entorno y persona-cliente en enfermería pueden verse de forma intercambiable. Por ejemplo, Swanson plantea: «Con fines heurísticos, el objetivo sobre el entorno/cliente puede ser especificado a nivel intraindividual, en el que el “cliente” puede estar en el nivel intracelular y el ambiente pueden ser los órganos, tejidos o cuerpo del que la célula es parte». Por tanto, lo que se considera un entorno en una situación puede ser considerado cliente en otra.

Fundamentos teóricos

La teoría de los cuidados de Swanson (Swanson, 1991, 1993, 1999b) derivó empíricamente de una investigación fenomenológica. Ofrece una clara explicación de lo que significa para las enfermeras el modo de cuidar en la práctica y hace hincapié en que el objetivo de la enfermería es promover el bienestar. Swanson (1991) define los cuidados como «una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado, hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal».

Según Swanson, un componente fundamental y universal de la buena enfermería es atender el bienestar biopsicosocial y espiritual del cliente. Swanson (1993) afirma que los cuidados se basan en el mantenimiento de una creencia básica en los seres humanos, apoyada por el conocimiento de la realidad del cliente, expresada por estar emocional y físicamente presente, y representada por hacer por

La estructura del cuidado



La estructura del cuidado está en relación con la actitud filosófica de la enfermera, el conocimiento dado, la transmisión del mensaje, la acción terapéutica y los resultados esperados. (Tomado de Swanson, K M. [1993]. Nursing as informed caring for the well-being of others. Image: The Journal of Nursing Scholarship, 25[4], 352-357.)

y posibilitar al cliente. Los procesos de los cuidados se superponen y pueden no existir separados. Cada uno es un componente integral de la estructura ramificada de los cuidados. Swanson (1993) se dio cuenta de que el repertorio de los tratamientos de cuidados de las enfermeras principiantes podía ser algo limitado y estar restringido por la inexperiencia. Por otro lado, las técnicas y el conocimiento que envuelven los cuidados de las enfermeras con experiencia pueden ser tan complicados y sutiles que los cuidados pueden pasar desapercibidos para un observador profano.

Sin embargo, Swanson (1993) afirma que, independientemente de los años de experiencia de una enfermera, los cuidados se dan como un conjunto de procesos secuenciales (subconceptos) creados por la propia actitud filosófica de la enfermera (mantener las creencias), la comprensión (conocimiento), los mensajes verbales y no verbales transmitidos al cliente (estar con) y las acciones terapéuticas (hacer por y posibilitar) y las consecuencias de los cuidados (desenlace deseado por el cliente).

Planteamiento lógico

La teoría de nivel medio de los cuidados de Swanson fue desarrollada empíricamente mediante el empleo de un enfoque inductivo. Chinn y Kramer (2011) observan que «con la inducción, las personas inducen hipótesis y relaciones observando o experimentando una realidad empírica y llegando a una conclusión». La teoría de Swanson se generó a partir de investigaciones fenomenológicas con mujeres que sufrían una pérdida inesperada de su embarazo, con personas que cuidaban de niños prematuros y enfermos en unidades neonatales de cuidados intensivos y con madres socialmente en riesgo que recibían atención de larga duración de profesionales de enfermería con preparación de máster. Swanson defiende que su metaanálisis en profundidad de la investigación sobre los cuidados ha avalado la generalidad de su teoría más allá de un contexto perinatal (Swanson, 1999c).

Aceptación por la comunidad de enfermería Práctica profesional

La utilidad de la teoría de los cuidados de Swanson se ha demostrado en la investigación, en la educación y en la práctica clínica. La proposición de que los cuidados son fundamentales para la práctica de la enfermería tuvo su comienzo en la comprensión por la teórica de la importancia de los cuidados en la práctica profesional de la enfermería y en los hallazgos de las investigaciones fenomenológicas de Swanson. Sus investigaciones posteriores demostraron la aplicabilidad de la teoría de los cuidados en la práctica clínica, la formación y la investigación de enfermería.

La teoría de Swanson ha sido adoptada como marco de la práctica profesional de la enfermería en Estados Unidos, Canadá y Suecia.

Actitudes filosóficas hacia las personas (en general) y el cliente designado (en particular) del cliente (en concreto)

Comprensión informada del estado clínico (en general) y de la situación como su marco para la práctica profesional de la enfermería. Los cuidados enfermeros se manifiestan de diversas formas y en distintos contextos prácticos. Por ejemplo, en un contexto de posparto, la demostración a unos padres primerizos de cómo se baña a un bebé incluye

los cinco procesos de cuidados. La acción implica estar con para enseñar a los padres cómo se baña al recién nacido.

El tiempo del baño, sin prisas, de manera que el lactante esté despierto y los padres presentes, transmite una buena disposición (hacer por o posibilitar); y la observación, las preguntas y la implicación de los padres en la tarea los compromete en los cuidados que proporcionan a su bebé (resultado previsto), a la vez que se reconoce que son perfectamente capaces de cuidar de su hijo recién nacido y que sus preferencias importan (conocimiento y mantener la creencia). Al realizar esta acción, aparentemente sencilla, el profesional de enfermería crea un entorno óptimo para aprender que facilita que los nuevos padres tomen decisiones sobre los cuidados de su bebé, a la vez que establece un equilibrio entre la tarea como una oportunidad para conseguir la implicación en un encuentro social con significado y el desarrollo de una relación de confianza.

Formación

El cuidado humano y altruista tiene lugar cuando se aplica la teoría en varias áreas prácticas como la alimentación o el aseo de una persona mayor incapacitada, el control y tratamiento de un paciente que ha sufrido un ictus o el aumento de las habilidades de los nuevos padres para el cuidado de los niños. Los cuidados de enfermería reconocen la importancia de atender la plenitud de los seres humanos en sus vidas cotidianas, como demostró Swanson en sus investigaciones con mujeres que habían abortado, profesionales de la UCIN y madres de alto riesgo social. Así, la teoría de Swanson ofrece a los educadores de enfermería una forma sencilla de iniciar a los estudiantes en la profesión, sumergiéndoles en el lenguaje de lo que significa cuidar y ser cuidado para promover, restaurar o mantener el bienestar óptimo de las personas.

Investigación

Swanson ha insistido en el desarrollo de su teoría, desde describir y definir el concepto de los cuidados y los procesos básicos de los mismos hasta instrumentar el desarrollo de la investigación de intervención con mujeres y hombres que sufren pérdidas gestacionales inesperadas. Una reciente revisión de las bases de datos computarizadas

(MEDLINE, CINHALL y Digital Dissertations) indicó que el trabajo de Swanson sobre los cuidados y el aborto ha sido citado, o utilizado de otra forma, en más de 160 publicaciones de las bases de datos. Los ejemplos de aplicación de la teoría de los cuidados de Swanson en investigación clínica incluyen explorar la erudición clínica en la práctica (Kish y Holder, 1996); pautas para enfermeras que trabajan con pacientes diagnosticados de esclerosis múltiple (Yorkston, Klasner y Swanson, 2001); evaluar el impacto de los cuidados en el trabajo con poblaciones vulnerables (Kavanaugh, Moro, Savage, et al., 2006); la importancia de crear un entorno de cuidados en el trabajo con ancianos (Sikma, 2006); el estudio de Wojnar (2007) de parejas de lesbianas que habían sufrido un aborto, y la investigación de Roscigno en niños con una lesión por traumatismo cerebral persistente (Roscigno y Swanson, 2011; Roscigno, Swanson, Solchany, et al., 2011).

Evolución

Swanson está interesada en desarrollos posteriores mediante la verificación y aplicación de su teoría en la práctica clínica. Existe un gran potencial de desarrollo adicional a través de la contrastación de la teoría de los cuidados de Swanson en diversos contextos de salud y enfermedad. Además, sus procesos de cuidados sugieren que la teoría es aplicable en otras disciplinas de ayuda como la enseñanza, el trabajo social y la medicina, así como en diferentes situaciones vitales para la enfermería.

Crítica Claridad

El concepto de cuidados y procesos de cuidados (conocimiento, estar con, hacer por, posibilitar y mantener la creencia) que son centrales en la teoría están definidos y organizados claramente en una secuencia lógica que describe los procesos del suministro de los cuidados. La teoría de Swanson ofrece definiciones y enlaces contextuales claros con los conceptos de la disciplina enfermera (persona, profesional de enfermería, entorno y salud) en interacciones entre profesionales de enfermería y clientes, con lo que se explican adicionalmente las definiciones.

Sencillez

Una teoría sencilla tiene un número mínimo de conceptos. La teoría de los cuidados de Swanson es simple y, a la vez, elegante. Traslada la importancia de los cuidados al primer plano e ilustra los valores de la disciplina. El objetivo principal de la teoría es impulsar el suministro de cuidados de enfermería centrados en las necesidades de las personas a la vez que se fomenta su dignidad, respeto y otorgamiento de poderes. La simplicidad y el lenguaje consistente utilizado para definir los conceptos y los procesos permiten a los estudiantes y a los profesionales de enfermería comprender y aplicar la teoría de Swanson en la práctica.

Generalidad

La teoría de los cuidados de Swanson puede ser aplicada en la investigación y en el trabajo clínico en diversas poblaciones. Se han descrito con claridad las condiciones esenciales para proporcionar cuidados que promuevan la plenitud de la persona a lo largo de su trayectoria vital (Swanson, 1999c). Por tanto, la teoría es generalizable a cualquier relación enfermera-cliente en cualquier contexto clínico.

Accesibilidad

Los conceptos y supuestos de la teoría de los cuidados de Swanson están basados en la práctica de la enfermería clínica y en la investigación mediante el empleo de un enfoque empírico. La naturaleza simple y completa de las definiciones operativas refuerza la precisión empírica de esta teoría. Swanson et al. han aplicado con éxito dicha teoría en numerosos estudios. Swanson y su equipo de investigación comprobaron la teoría de los cuidados en un ensayo clínico con mujeres y hombres que sufrieron los efectos de un aborto espontáneo, demostraron que la intervención de cuidados dio como resultado una mejora en el estado anímico depresivo y facilitaron una recuperación sana del duelo en los dos sexos. Swanson ha publicado directrices de investigación con colaboradores para valorar el impacto de las relaciones entre cuidados y curación en enfermería clínica (Quinn, Smith, Ritenbaugh, et al., 2003), y desarrolló instrumentos de autoinforme para medir los cuidados proporcionados por profesionales de atención sanitaria y por las parejas entre sí (Swanson, 2002). La plantilla para suministrar intervenciones basadas

en los cuidados y los instrumentos apoyados en la investigación ofrecen nuevas posibilidades para su utilización y su comprobación adicional con otras poblaciones.

Importancia

La teoría de los cuidados de Swanson describe las relaciones entre profesionales de enfermería y clientes que promueven la integridad y la curación. La teoría ofrece un marco de trabajo para impulsar la práctica, la formación y la investigación de la enfermería contemporánea a la vez que lleva a la disciplina a sus valores tradicionales y a sus raíces de cuidados-curación. Esta teoría ha sido aplicada a relaciones de cuidados interdisciplinarios más allá de las interacciones entre profesionales de enfermería y clientes. Las aplicaciones recientes en la práctica de enfermería clínica muestran resultados positivos tangibles. Por ejemplo, desde su nombramiento en la UNC School of Nursing en Chapel Hill como decana, Swanson se ha concentrado en reforzar los vínculos entre la formación, la investigación y la práctica de la enfermería.

En colaboración con la Dra. Mary Tonges, profesora clínica, directora de Enfermería y vicepresidenta de los Servicios de Atención a los Pacientes del UNC Hospital, Swanson ha trabajado en fortalecer la base académica que sustenta la práctica de la enfermería y promueve la importancia de la formación y la investigación en enfermería para la práctica clínica a través de proyectos de mejora de la calidad. Esta colaboración en investigación ha tenido ya resultados positivos en cuanto a satisfacción en el lugar de trabajo de enfermería y seguridad de los pacientes. Análogamente, la teoría de los cuidados de Swanson ha sido aplicada en la práctica clínica y evaluada en variables seleccionadas en el Virginia Mason Medical Center en Seattle, Washington, con resultados positivos para pacientes y profesionales de enfermería.

CAPITULO III METODOLOGIA

Estudio, cuantitativo, descriptivo, observacional y longitudinal, la población estuvo representada por el personal que labora en el Hospital General de Huitzucó Guerrero, mientras que la muestra a conveniencia es de 28 enfermeras y enfermeros de los servicios de hospitalización (medicina interna, cirugía, traumatología y ortopedia), los criterios de selección fueron, el personal de enfermería de base y eventual que participo en la entrega recepción de pacientes en el servicio de hospitalización turno, matutino, vespertino, nocturno guardia A, nocturno guardia B y jornada acumulada, mientras que dentro de los criterios de exclusión se encontraron, el personal de enfermería ajeno al servicio que acudió a cubrir alguna incidencia del personal, profesionales que acuden a conocer servicios, pasantes y estudiantes de enfermería, para los criterios de eliminación se consideró al personal que cumpla con los criterios de inclusión y no desee participar en la investigación, así como el personal que se encuentres de vacaciones o incapacidad.

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia ya que la muestra estuvo disponible durante el periodo de la investigación y de acuerdo a los criterios de selección, el estudio se centró en el personal de enfermería de los servicios en los que se lleva a cabo el enlace de turno del Hospital General de Huitzucó, seleccionando al personal de acuerdo a los criterios de inclusión descritos.

3.1 PROCEDIMIENTO

Se basó en la aplicación de un instrumento de evaluación a 28 enlaces de turno del servicio de hospitalización de medicina interna, cirugía, traumatología y ortopedia, de los turnos matutino, vespertino, nocturno A, nocturno B y jornada acumulada, al personal que cumpla con los criterios de selección mencionados anteriormente, mediante la observación directa, la cual permitió obtener datos objetivos del proceso, los cuales serán la parte medular para poder realizar la evaluación del mismo y así poder obtener los resultados.

3.2 INSTRUMENTO

Se utilizó el instrumento validado por Yañez & Zarate, 2016 “Evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de enfermería”, con 45 ítems, de respuestas dicotómicas, conformado por 6 grupos distribuidos de la siguiente manera:

1. Seguridad en donde los criterios están enfocados a identificar si el personal cumple con el lavado de manos de acuerdo a los protocolos establecidos, la presentación y portar el uniforme de manera correcta, identificación correcta del paciente, la limpieza y el orden de la unidad y el buen funcionamiento del equipo.
2. Efectividad que tiene el personal ante el proceso atención enfermería, evaluando el cumplimiento de la cordialidad que tiene durante el proceso, la limpieza y congruencia de los registros clínicos, la información generada en relación al diagnóstico tratamiento y evolución del cliente, así como los procedimientos realizados, verificación y funcionalidad de los dispositivos auxiliares de tratamiento con el paciente y la limpieza del mismo incluyendo ropa.
3. Atención centrada en el paciente, que está relacionada a la forma en como es el trato directo con el paciente, se evaluara si el personal que participa se presenta con el paciente, le saluda, escucha, así como la amabilidad y el respeto que tiene hacia con él.
4. Eficiencia, oportunidad y equidad en donde se evalúa la capacidad que tiene el personal para realizar y cumplir adecuadamente la entrega recepción del paciente optimizando recursos, asimismo será medido si el enlace de turno se lleva a cabo con puntualidad de manera eficiente, y si personal de ambos turnos comparten las responsabilidades para llevar acabo la acción.

Cuenta con 45 ítems los cuales se aplicaron al personal que cumplió con los criterios de selección, obteniendo una puntuación de 2 si cumplió con el criterio, 1 si cumplió

parcialmente y 0 si no cumplió, la puntuación máxima obtenida fue de 90 puntos que representa el 100% del cumplimiento.

3.3 ANALISIS ESTADISTICO

EL respectivo procesamiento de la información recolectada, se realizó a través del programa stata versión 11 y para la presentación de los datos se efectuara mediante gráficos y tablas con el respectivo porcentaje y el análisis correspondiente para así facilitar la interpretación de los resultados.

Se estratifico y se identificaron tres categorías de acuerdo al porcentaje alcanzado en cada medición, se le otorgo la clasificación de deficiente cuando las acciones realizadas eran del 70% o menos, regular cuando las acciones realizadas eran del 71% al 85% y cuando el cumplimiento de las acciones realizada fue mayor de 86% se clasifico como bueno. Se dividieron las cuatro categorías (seguridad, efectividad, atención centrada en el paciente y eficiencia) y cada una fue tratada de la misma forma, en la categoría de efectividad la puntuación máxima fue de 16 puntos, en la categoría de atención centrada en el paciente la puntuación máxima fue de 4 puntos, y en la categoría de eficiencia la puntuación máxima obtenida fue de 12 puntos.

3.4 CONSIDERACIONES ETICAS

El proyecto de evaluación al personal de enfermería durante el enlace de turno y continuidad del cuidado del cuidado, fue sometido al comité de investigación y al comité de ética de la institución de salud para su aprobación.

En base a los principios éticos de Helsinki en donde se tomó en cuenta toda clase de precauciones para resguardar la intimidad y la confidencialidad de los participantes y se especificó que al término de la investigación se darán a conocer los resultados obtenidos en la misma institución.

CAPITULO IV RESULTADOS

El universo de estudio estuvo constituido por 28 enfermeras y enfermeros, del servicio de hospitalización adultos de medicina interna, cirugía, traumatología y ortopedia del Hospital General de Huitzucó. El 82.14% estuvo conformado por el sexo femenino, con diferentes perfiles académicos siendo los licenciados en enfermería con mayor porcentaje (85.71%), el 100% con categoría de enfermera general, dentro de su estatus laboral el 60.71% es personal eventual, dentro de los años de servicio el 57.14% tienen de 5 a 9 años de servicio. Se incluyeron profesionales de todos los turnos, siendo un mayor porcentaje del turno nocturno A (25%) (Tabla 1)

Tabla 1. Descripción de la población

Características	N	Porcentaje
Perfil académico:		
Técnicos en enfermería	5	14.29
Licenciados en enfermería	23	85.71
Experiencia laboral:		
De 0 a 4 años	1	3.57
15 años y mas	3	10.71
De 10 a 14 años	8	28.57
De 5 a 9 años	16	57.14
Turno:		
Nocturno B	4	14.29
Matutino	5	17.86
Vespertino	6	21.43
Jornada acumulada	6	21.43
Nocturno A	7	25
Servicio:		
Traumatología y ortopedia	6	21.43
Cirugía	10	35.71
Medicina interna	12	42.86

Fuente: cuestionario aplicado

De acuerdo al tiempo en el que se desarrolla el enlace de turno, el mayor porcentaje de profesionales de enfermería (67.9%) lo realiza en más de 15 minutos, tiempo promedio citado en la literatura consultada. El máximo tiempo de enlace de turno fue de 30 minutos mientras que el mínimo fue de 8 minutos.

Del total de los enlaces evaluados se estratifico por categorías, obteniendo los siguientes resultados, en relación a la seguridad el 42.86% de los profesionales de enfermeria evaluados tuvieron un apego regular, referente a la efectividad el 75% de la muestra presento un apego deficiente, dentro de la atención centrada en el paciente el 92.86% del personal tuvo un apego bueno y de acuerdo a los resultado obtenidos el 53.57% presento un apego bueno en relación a la eficiencia. (Tabla 2)

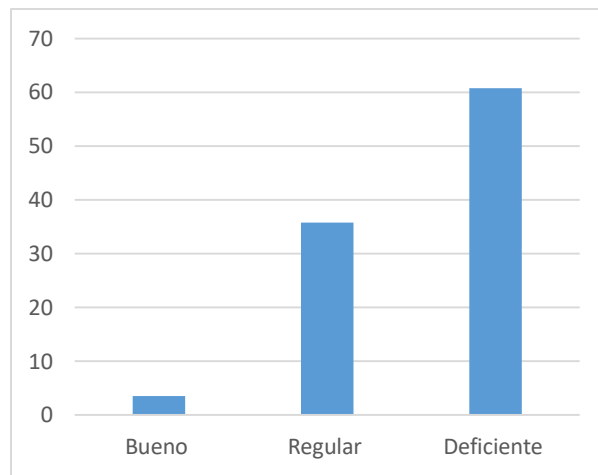
Tabla 2 evaluación estratificada por grupo

Característica	Bueno	Regular	Deficiente
Seguridad	17.86%	42.86%	39.29%
Efectividad	3.57%	21.43%	75%
Atención centrada en el paciente	92.86%	3.57%	3.57%
Eficiencia	53.57%	42.86%	3.57%

Fuente: cuestionario aplicado

Del total de los enlaces de turnos evaluados se identificó que de manera general el 60.71% de las enfermeras y los enfermeros lo realiza con un apego deficiente. (Grafica 1)

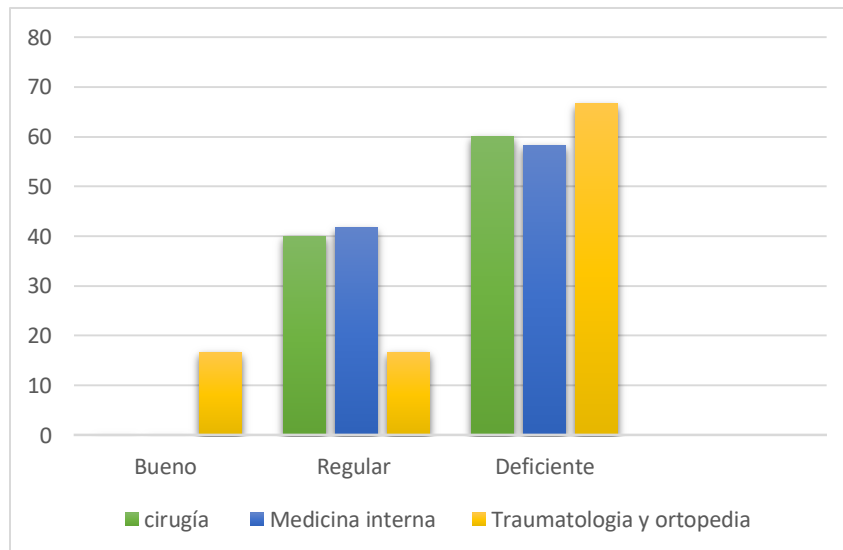
Grafico 1. Apego en el enlace de turno



Fuente: cuestionario aplicado

Se realizó un análisis estratificado por servicio de las variables por turno y se identificó que, los tres servicios evaluados tuvieron un apego deficiente en un alto porcentaje. (Grafica 2)

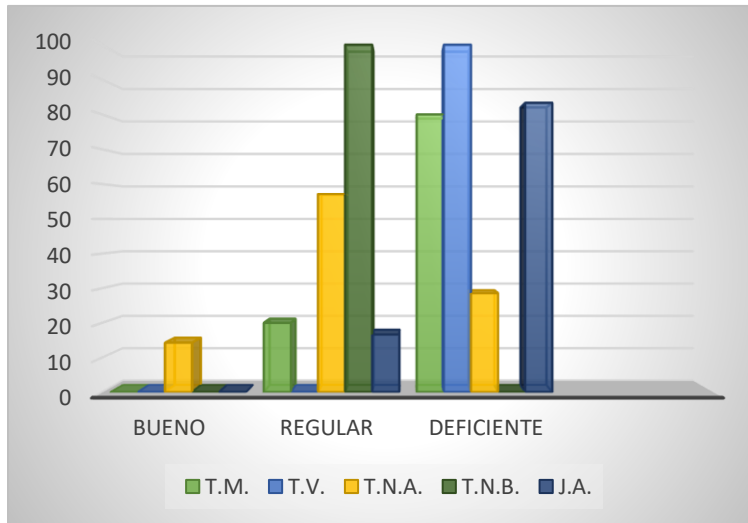
Grafica 2 apego del enlace de turno por servicio



Fuente: cuestionario aplicado

Se identificó que el turno con menor apego al enlace de turno es el vespertino con el 100% de la evaluación deficiente, mientras que el turno que tuvo un alto índice de apego regular fue el nocturno B. (Grafico 3)

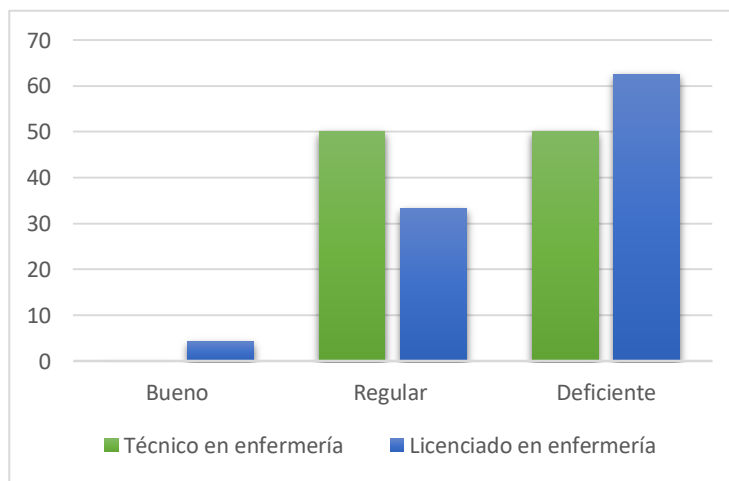
Grafico 3 apego del enlace de turno por turno



Fuente: cuestionario aplicado

Referente al nivel académico se comprobó que el 62.50% de los profesionales de enfermería con licenciatura realizan el proceso de enlace de turno de forma deficiente. (Grafico 4)

Grafico 4 apego del enlace de turno de acuerdo al perfil académico



Fuente: cuestionario aplicado

De acuerdo al estatus laboral de los profesionales, el personal eventual (76.47) tiene un apego deficiente del enlace de turno, mientras que en el personal de base el 54.55% contó con un apego regular. (Tabla 3)

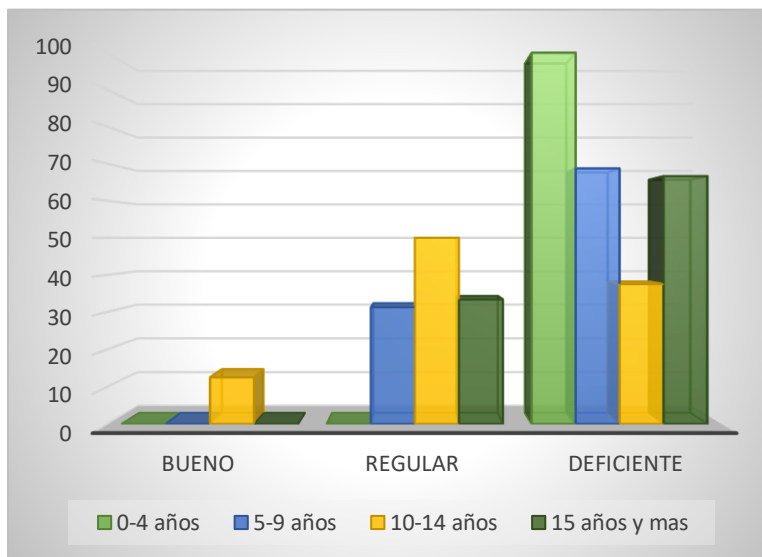
Tabla 3 apego del enlace de turno por estatus laboral

Apego	Base		Eventual	
	n	Porcentaje	n	Porcentaje
Bueno	1	9.09	0	0
Regular	6	54.55	4	23.53
Deficiente	4	36.36	13	76.47

Fuente: cuestionario aplicado

Se obtuvo evidencia de que el personal de enfermería que se encuentra en el grupo 10 a 14 años de antigüedad realiza el enlace de turno con un apego regular (50%). (Grafico 5)

Grafico 5 apego al enlace de turno por antigüedad



Fuente: cuestionario aplicado

CAPITULO V CONCLUSIÓN

Los resultados del presente estudio permitieron determinar la evidencia científica que a continuación se describe.

En relación a la seguridad se generó evidencia del apego regular que tiene el personal de enfermería. Sexton (2004) lo define como un “proceso importante de intercambio de información para asegurar y mantener la continuidad del cuidado y la calidad de la atención en pro de la seguridad del paciente”.

Referente a la efectividad, el contenido de información durante la entrega recepción de pacientes, los profesionales lo realizaron con un apego deficiente, al respecto Kozier menciona que los profesionales de enfermería que se comunican de forma efectiva son más capaces de recoger datos de evaluación de resultados de las intervenciones, iniciando cambios que favorezcan la salud, previniendo problemas de seguridad, por su parte Balderas define “la comunicación como un intercambio de información”, esta comunicación es esencial para el desarrollo de la relación del equipo de salud, si cada grupo se desempeñara sin una comunicación adecuada, los servicios de asistencia brindados al paciente carecerían de cohesión.

Relacionado a la atención centrada en el paciente, durante el enlace de turno la mayoría del personal de enfermería evaluado presento un buen apego, ya que dentro de las características del proceso de entrega recepción de turno de enfermería Grajales 2016 menciona que debe ser interactivo, basado en las relaciones que se establecen entre el personal de enfermería, el paciente, su familia y los demás profesionales de salud. Así mismo Guevara Lozano refiere que el enlace de turno es el momento para conectarse con el paciente, su familia y el resto del personal, para resolver con el equipo completo las dificultades tenidas en el transcurso de su turno y así mismo socializar, compartir las estrategias de cómo se resolvieron problemas y lo que aún está pendiente.

En relación a la eficiencia, la mayoría del personal evaluado cumple con un buen apego, con la corresponsabilidad en el proceso, en comparación con el estudio realizado por Yañez y Zarate, coincide que la mayoría del personal de enfermería no lleva a cabo la preparación del enlace de turno, así como del tiempo promedio en que se realiza el mismo, el cual es mayor a 15 minutos.

El presente estudio generó evidencias sobre el apego deficiente que se tiene del proceso de enlace de turno, el cual se ve reflejado en la calidad de atención brindada al usuario, obviando la seguridad del paciente y la información transmitida la cual es incompleta, no obstante el aporte obtenido fortalecerá la gestión del cuidado, dado a que se está comprobando la importancia que tiene realizar la entrega recepción de pacientes de forma organizada, estandarizada y que este sea evaluado de manera continua. Además proporciona los elementos a los directivos para la elaboración del manual de procedimientos, la puesta en marcha de un instrumento de evaluación del enlace de turno y la implementación de un programa de capacitación continua al personal que participa en el proceso antes mencionado.

CAPITULO VI DISCUSIÓN

Es necesario mejorar el proceso de enlace de turno que actualmente se lleva a cabo en el servicio de hospitalización para mejorar las condiciones del paciente relacionado con nivel de atención, la seguridad

Es necesario la implementación de nuevas estrategias y protocolos que estandaricen el proceso de enlace de turno de enfermería, la comunicación efectiva durante la entrega recepción de pacientes es una herramienta necesaria de la que los profesionales de enfermería hacen uso diariamente para el desarrollo de sus actividades, por lo que es necesario fortalecerla para garantizar un proceso correcto.

La calidad y seguridad del paciente en la actualidad representa un gran desafío para el profesional de enfermería, por lo que es necesario contar con una herramienta para la evaluación continua del proceso de enlace de turno, fortaleciéndolo con los resultados obtenidos, orientándolo hacia una gestión acorde a las necesidades del servicio.

Un cambio de turno estandarizado proporciona a los profesionales de enfermería la oportunidad de disminuir errores o eventos adversos en el proceso de atención, logrando así, la continuidad del cuidado, la satisfacción y la seguridad del paciente, alcanzando niveles óptimos de seguridad.

Mediante el presente estudio se comprueba que el nivel de apego del enlace de turno por el personal de enfermería es bajo, debido a que no se cuenta con una estandarización del proceso, así mismo la falta de comunicación durante la entrega, la optimización de recursos y la organización del mismo, afectan la calidad de atención que se ve reflejado en la falta de seguridad del paciente la continuidad del cuidado y la satisfacción del cliente

AENXOS

Anexo 1

GUIA DE EVALUACION DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA DURANTE EL ENLACE DE TURNO DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION

Instrucciones: marcar como una X el dato correspondiente del personal evaluado según corresponda

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

1. Sexo

Hombre	Mujer
--------	-------

 2. Nivel académico

Técnico	Licenciatura
---------	--------------

 3. Estatus laboral

Base	Eventual
------	----------

4. Antigüedad	0-4 años	5-9 años	10-14 años	25 años o mas	5. Turno	Matutino	Vespertino
Nocturno A	Nocturno B	Jornada	6. Servicio	Cirugía	Medicina I	Ortopedia	7. Duración de enlace

Instrucciones: de acuerdo al criterio evaluado coloque el número que corresponde

No	CRITERIOS	CUMPLE (2)	CUMPLE PARCIAL (1)	NO CUMPLE (0)
SEGURIDAD				
1	El personal que participa realiza higiene de manos con técnica correcta y en el momento indicado			
2	El personal que participa porta uniforme reglamentario y cuida la presentación personal			
3	Entrega y recibe a cada uno de los paciente con identificación correcta			
4	Revisa dispositivos de identificación			
5	Aplica precauciones estándar y de aislamiento por mecanismos de transmisión			
6	El entorno del paciente muestra orden y limpieza			
7	La unidad del paciente se encuentra libre de contaminación visual (carteles, etiquetas, avisos, tela adhesiva, etc.)			
8	La unidad del paciente está libre de fallas en el funcionamiento de equipo e instalaciones			
EFFECTIVIDAD				
9	El personal que participa muestra cordialidad durante la entrega-recepción del servicio			
10	Entrega y verifica que los registros clínicos se encuentren limpios, actualizados y congruentes con indicaciones medicas			
11	Entrega y recibe pacientes en el punto de atención con información de diagnóstico, tratamiento y evolución y procedimientos efectuados			
12	Entrega y registra funcionalidad de equipos			
13	Entrega y verifica funcionalidad de soluciones IV conforme a normatividad			
14	Entrega y verifica funcionalidad de dispositivos y drenajes invasivos			
15	Entrega y verifica la higiene del paciente, incluyendo ropa limpia y seca			
16	Informa sobre el manejo de oxigenoterapia			
17	Informa sobre manejo de eliminación urinaria			
18	Informa sobre eliminación gastrointestinal			
19	Informa sobre cuidados de heridas y estomas			
20	Informa sobre el cuidado de drenajes			
21	Informa sobre valoración del dolor			
22	Informa sobre control de glucosa			
23	Informa sobre control de líquidos			
24	Informa sobre signos vitales con horario			
25	Informa sobre procedimientos programados del paciente			
26	Informa sobre cirugías diferidas			
27	Informa sobre tratamiento suspendido			
28	Informa sobre interconsultas pendientes			
29	Informa sobre estudios de laboratorio y de radiología e imágenes pendientes			
30	Manejo adecuado de RPBI			

31	Informa sobre hemoderivados pendientes por transfundir			
32	Informa sobre instalación de venoclisis pendiente por instalar			
33	Informa sobre prevención de Ulceras por Presión			
34	Informa sobre prevención de caídas			
35	Informa sobre altas pendientes			
36	Informa sobre traslados pendientes			
37	Informa sobre hechos relevantes durante la guardia			
ATENCION CENTRADA EN EL PACIENTE				
38	El personal que participa saluda, escucha, responde y se presenta con el paciente			
39	Atiende con respeto y amabilidad al paciente			
EFICIENCIA, OPORTUNIDAD Y EQUIDAD				
40	Personal de turno saliente prepara enlace de turno			
41	Se observa optimización de recursos			
42	La entrega-recepción del paciente se realiza con puntualidad			
43	Registra oportunamente datos			
44	Personal de ambos turnos participa en el enlace de turno			
45	Personal de turno saliente permanece en el servicio hasta el término de la entrega y recepción del mismo			
SUBTOTAL				
TOTAL				

BIBLIOGRAFIA

1. Berman , A., & Snyder , S. (2013). *Fundamentos de enfermería* . Madrid : Pearson.
2. Eaile Alligood , M., & Marriner Tomey , A. (2002). *Modelos y teorías en enfermería* . Madrid : S.A. Elsevier España .
3. Elers Mastrapa , Y., & Gilbert Lamad , M. d. (2016). Relación enfermera-paciente : una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales . *Revista Cubana de enfermería*.
4. Engwald , C., Padilla , I., & Bevilacqua, E. (2016). Analisis de contenidos del pase de guardia de enfermería en un hospital de Argentina .

5. Evans , J., & Lindsay , W. (2005). *Administración, control y calidad* .
6. Gilabert Clairol , M., Villamor Ordozgoiti , A., & Olmo Lugo , D. (2017). Evaluacion del traspaso de informacion en equipos de enfermeria de urgencias . *Revista Cubana de enfermeria* .
7. Guevara Lozano , M., Arrollo , M., & Ligia , P. (2015). El cambio de turno: un eje central del cuidado de enfermería . *Enfermería global* .
8. Guevara Lozano, M. (2015). El cambio de turno: un eje central para el cuidado de enfermeria . *Enfermería global* .
9. Jimenez Paneque , R. (2004). Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. *Revista Cubana de Salud Publica* .
10. Kozier , B., Wilkinson , J., Erb , G., & Blais , K. (2002). *Fundamentos de enfermería* (Vol. 1). MEXICO: MCGRAW - HILL INTERAMERICANA.
11. Landeta Belda , L. (2012). La comunicación pieza clave en enfermería. *Enfermería dermatologica* .
12. Llapa Rodriguez , E. O. (2013). Programación del cambio de turno desde la optica de los profesionales de enfermería. *Enfermería Global* .
13. Rivero Rosales , A. M., Perez Castro , J. A., & Recio España , F. I. (2016). Características de la comunicacion durante el enlace de turno de enfermería . *Conamed* , 150-157.
14. Rivero Rosales , A., & Perez Castro , J. A. (2016). Características de la comunicación durante el enlace de turno en enfermería . *CONAMED* .
15. Salud , S. (12 de 2012). La calidad de la atencion a la salud en México a traves de sus instituciones: 12 años de experiencia . México , México .
16. Salud, S. d. (2008). Obtenido de Direccion de calidad y educacion en salud: http://www.salud.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/campanas/2001-01-25/cruzada-nacional.htm
17. Salud, S. d. (2008). *Direccion de calidad y educacion en salud*. Obtenido de http://www.salud.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/campanas/2001-01-25/cruzada-nacional.htm
18. Salud, S. d. (18 de 05 de 2018). *Direccion de calidad y educacion en salud* . Obtenido de http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/seguridad_paciente.html
19. Suñol Sala , R., & Alvar , N. (2010). La calidad de la atencion. *Ponències I Jornades* .
20. Torres , M. (29 de OCTUBRE de 2011). *INFOcalSER: Investigación en Calidad del Servicio, Información y Productividad*. Obtenido de <http://infocalser.blogspot.mx/2011/10/modelo-de-calidad-de-la-atencion-medica.html>
21. Yañez Corral , A., & Zarate Grajales , R. (2016). Diseño de un instrumentos para evaluar al proceso de enlace de turno en enfermeria. *Enfermeria Universitaria ENEO UNAM* .

22. Yañez, C., & Zarate, G. (2016). Diseño de un instrumento para evaluar el procesp de enlace de turno de enfermeria. *Enfermeria universitaria* , 3.
23. Zarza Arizmendi , M. (2007). La calidad del cuidado y la satisfaccion de la persona . *Revista de enfermeria universitaria ENEO*.