



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA**

TEMA:

**Proceso de enlace de turno de enfermería y seguridad del
paciente en el área de medicina interna de un hospital de
Guayaquil.**

AUTORES:

**Alache Maldonado, Paul Andrés
Gómez Pazmiño, Stephany Maylin**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADOS EN ENFERMERÍA**

TUTORA:

Lcda. Franco Poveda, Kristy Glenda, Mgs.

Guayaquil, Ecuador

2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación: **Proceso de enlace de turno de enfermería y seguridad del paciente en el área de medicina interna de un hospital de Guayaquil** ; fue realizado en su totalidad por **Alache Maldonado, Paul Andrés y Gómez Pazmiño, Stephany Maylin** como requerimiento para la obtención del título de **Licenciados en Enfermería**.

TUTORA

f. _____

Lcda. Franco Poveda, Kristy Glenda, Mgs.

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

Lcda. Mendoza Vines, Angela Ovilda, MSc.

Guayaquil, a los 02 días del mes de mayo del año 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Alache Maldonado, Paul Andrés**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación: **Proceso de enlace de turno de enfermería y seguridad del paciente en el área de medicina interna de un hospital de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **Licenciado en Enfermería**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 02 días del mes de mayo del año 2024

EL AUTOR



Paul Andrés
Alache Maldonado

f. _____

Alache Maldonado, Paul Andrés



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Gómez Pazmiño, Stephany Maylin**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación: **Proceso de enlace de turno de enfermería y seguridad del paciente en el área de medicina interna de un hospital de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 02 días del mes de mayo del año 2024

LA AUTORA



FIRMA ELECTRONICA DE:
**STEPHANY MAYLIN
GOMEZ PAZMINO**

f. _____
Gómez Pazmiño, Stephany Maylin



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA

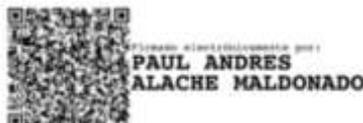
AUTORIZACIÓN

Yo, **Alache Maldonado, Paul Andrés**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Proceso de enlace de turno de enfermería y seguridad del paciente en el área de medicina interna de un hospital de Guayaquil**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 02 días del mes de mayo del año 2024

EL AUTOR:



f. _____
Alache Maldonado, Paul Andrés



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Gómez Pazmiño, Stephany Maylin**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Proceso de enlace de turno de enfermería y seguridad del paciente en el área de medicina interna de un hospital de Guayaquil**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 02 días del mes de mayo del año 2024

LA AUTORA:



Firmado electrónicamente por:
**STEPHANY MAYLIN
GOMEZ PAZMIÑO**

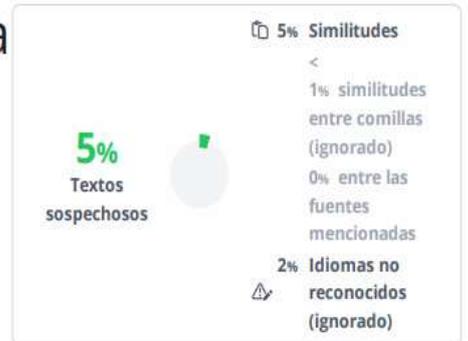
f. _____
Gómez Pazmiño, Stephany Maylin

REPORTE DE COMPILATIO



CERTIFICADO DE ANÁLISIS
magister

Proceso de enlace de turno de enfermería y seguridad del paciente en el área de medicina interna de un hospital de Guayaquil



Nombre del documento: TESIS PAUL Y STEPHANY 23 04 24.docx
ID del documento: 186fe2dda565655e86c99846c166792874e2c48d
Tamaño del documento original: 586,66 kB
Autores: Paul Andrés Alache Maldonado, Stephany Maylin Gómez Pazmiño

Depositante: Paul Andrés Alache Maldonado
Fecha de depósito: 1/5/2024
Tipo de carga: url_submission
fecha de fin de análisis: 2/5/2024

Número de palabras: 18.843
Número de caracteres: 122.842

Número	Origen	Similitud	Palabras idénticas
11	Compilatio Pinto y Gaybar.docx Análisis de los registros clínicos de Enf... El documento proviene de mi biblioteca de referencias.	1%	Palabras idénticas: 1% (216 palabras)
12	Compilatio Pinto y Gaybar.docx Análisis de los registros clínicos de enf... El documento proviene de mi biblioteca de referencias.	1%	Palabras idénticas: 1% (216 palabras)
13	ru.dgb.unam.mx https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/handle/20.500.14330/71501/00824628106824629.pdf	1%	Palabras idénticas: 1% (207 palabras)

Fuentes mencionadas (sin similitudes detectadas) Estas fuentes han sido citadas en el documento sin encontrar similitudes.

- <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- https://www.who.int/es/health-topics/patient-safety#tab=tab_1

AGRADECIMIENTO

A mis padres, Lcda Manuelita Pazmiño y Dr. Clemente Gómez por la formación en valores y principios, fueron la guía, el amor y el apoyo, por guiarme en este largo camino y darme fuerzas para continuar en lo adverso.

A mi hermano Dr. Clemente Gómez P. y abuela Sra. Margarita León por estar siempre presente, acompañándome a lo largo de la carrera y confiar en mí.

A mis amigas de toda la vida porque cada una de ustedes ha motivado mis sueños y esperanzas, gracias por recorrer este camino conmigo.

A mis amigos de la universidad les agradezco el compañerismo y lealtad durante todos estos años, su amistad y apoyo han aportado un alto porcentaje de ganas de seguir adelante en este proyecto.

A mis licenciados y licenciadas por sus conocimientos, enseñanzas, orientaciones, persistencia y paciencia ha sido fundamental para la motivación y formación a lo largo de este año de internado.

A mis queridos y estimados docentes que me guiaron durante toda la carrera, a mi tutora de tesis Lcda. Kristy Franco por su paciencia, su esfuerzo y dedicación a lo largo de este tiempo compartido, a mi Lcda. Martha Holguín por sus conocimientos, responsabilidad y rigor académico sin los cuales no podría tener una formación completa como investigador, a mi querido profesor Lcdo. Daniel Ruiz por sus enseñanzas y apoyo, por creer siempre en mí, por ser ese docente amigo que se necesita a lo largo de la carrera.

Gómez Pazmiño, Stephany Maylin

AGRADECIMIENTO

Agradezco inmensamente a Dios por el hecho de que haya sido su voluntad el yo estar aquí delante de ustedes presentando este trabajo de titulación.

A su vez quiero agradecer a las siguientes distinguidas personas, Lcda Martha Holguín, Lcda Kristy Franco, Lcda Mayra Bajaña, Lcdo Daniel Ruíz. Y felicitarlos por el cumplimiento de su noble e infinita labor de sembrar la semilla del conocimiento en esta futura generación de profesionales de la República Del Ecuador.

Agradecer también a mi madre Lcda Karina Maldonado por ser pilar fundamental y ejemplo a seguir.

A mi abuela Lcda Victoria Macias que es muestra inequívoca de que con disciplina y dedicación agarradas de las manos de Dios todo es posible.

A mi compañera de tesis y colega la Srta Stephany Gómez por ser apoyo incondicional y motivación durante toda la carrera universitaria.

Y por último, pero no menos importante a todos los familiares y amigos que en algún momento me dieron la mano, consejos y apoyo de seguir adelante en mi proceso de crecimiento.

Alache Maldonado, Paul Andres

DEDICATORIA

Les dedico este trabajo de titulación a todos mis seres queridos que me han apoyado en estos 4 años de carrera de alguna u otra manera, que supieron guiarme por el buen camino y darme fuerzas para seguir adelante.

A mi psicólogo por todas las veces que me escucho que no podía y sin embargo me alentó siempre a salir de ahí, a decir que yo si puedo y que soy una buena persona y seré una excelente profesional.

Y a ti mi amor, mi compañero de tesis y de vida que me has acompañado en estos 4 largos años, tu amor y tu apoyo han sido la base fundamental para seguir adelante. Esta tesis es un tributo al trabajo, colaboración, paciencia, y comprensión que me has brindado en este viaje académico y este logro es nuestro.

Gómez Pazmiño, Stephany Maylin

DEDICATORIA

Les dedico este trabajo de titulación a todos mis familiares y allegados que sin duda alguna siempre me impulsaron a seguir adelante. A todos los docentes de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil que compartieron su sabiduría con nosotros. También a mi compañera de tesis que ha sido roca, símbolo de fortaleza en este largo proceso.

Alache Maldonado, Paul Andres



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

**LCDA. ÁNGELA OVILDA MENDOZA VINCES MSC
DIRECTORA DE CARRERA**

f. _____

**LCDA.MARTHA LORENA HOLGUÍN JIMÉNEZ MGS
COORDINADORA DEL ÁREA DE TITULACION**

f. _____

**LCDO. DANIEL ALEJANDRO RUIZ REY MGS
OPONENTE**

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	XV
ABSTRACT	XVI
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPITULO I.....	3
1.1. Planteamiento Del Problema	3
1.2. Preguntas De Investigación.....	5
1.3. Justificación.....	6
1.4. Objetivos.	7
1.4.1. Objetivo General	7
1.4.2. Objetivos Específicos.....	7
CAPÍTULO II.....	8
2. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL.....	8
2.1. Antecedentes De La Investigación.	8
2.2. Marco Conceptual	11
2.2.1. Proceso de enlace de turno	11
2.2.2. Características laborales y organizativas	17
2.2.3. Seguridad del paciente	19
2.2.4. Intervenciones de enfermería	21
2.2.5. Procedimientos y exámenes	23
2.3. Marco Legal	25
Constitución Nacional del Ecuador	25
Ley Orgánica de Salud Ecuador	25
Ley de Derechos y Amparo del Paciente	26
Ley del Ejercicio Profesional de Enfermeras.....	26
Perfil de puesto de Profesional de Enfermería.....	27
Historia Clínica Única del Ministerio de Salud Pública	28
Norma Técnica de Seguridad del Paciente.....	28
CAPÍTULO III.....	29
3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	29
3.1. Tipo De Estudio.....	29
3.2. Diseño.....	29
3.2.1. Según el Tiempo.....	29

3.2.2. Según la naturaleza	29
3.3. Población y Muestra	29
3.4. Criterios de inclusión y exclusión.....	30
3.4.1. Criterios de inclusión.....	30
3.4.2. Criterios de inclusión.....	30
3.5. Procedimientos para la recolección de la información	30
3.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	30
3.7. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humano.	30
3.8. Variables generales y operacionalización.....	31
CAPÍTULO IV	34
4. PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS	34
5. DISCUSIÓN.....	70
6. CONCLUSIONES	73
7. RECOMENDACIONES.....	75
REFERENCIAS	76
ANEXOS	85

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de variables	31
Tabla 2. Características laborales y organizativas	44

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución porcentual de los turnos laborales de los profesionales e internos de enfermería en estudio	34
Figura 2. Distribución porcentual por género	35
Figura 3. Distribución porcentual por edad	36
Figura 4. Distribución porcentual por cargo	37
Figura 5. Distribución porcentual por nivel académico	38
Figura 6. Distribución porcentual por tiempo en el servicio	39
Figura 7. Distribución porcentual por elaboración de informe para enlace de turno.	40
Figura 8. Distribución porcentual por lugar de entrega de turno.....	41
Figura 9. Distribución porcentual por número de pacientes a entregar	42
Figura 10. Distribución porcentual por duración del enlace de turno	43
Figura 11. Distribución porcentual por identificación al paciente por su nombre	45
Figura 12. Distribución porcentual por informe del diagnóstico médico al paciente.....	46
Figura 13. Distribución porcentual por identificación sobre tipo de dieta o ayuno del paciente.....	47
Figura 14. Distribución porcentual por información del tipo de solución instalada al paciente	48
Figura 15. Distribución porcentual por revisión de dispositivos de identificación	49
Figura 16. Distribución porcentual por revisión de soluciones parenterales instaladas	50
Figura 17. Distribución porcentual por revisión de los accesos vasculares del paciente.....	51

Figura 18. Distribución porcentual por revisión del funcionamiento de aparatos electromédicos instalados al paciente.....	52
Figura 19. Distribución porcentual por informe del nivel de riesgo de úlcera por presión.....	53
Figura 20. Distribución porcentual por informe del nivel de riesgo de caída del paciente	54
Figura 21. Dimensión 2 – Seguridad del Paciente	55
Figura 22. Distribución porcentual por informe sobre el manejo de oxigenoterapia	56
Figura 23. Distribución porcentual por informe sobre el manejo de eliminación urinaria	57
Figura 24. Distribución porcentual por informe sobre el manejo de eliminación gastrointestinal	58
Figura 25. Distribución porcentual por informe sobre el cuidado de heridas y estomas	59
Figura 26. Distribución porcentual por informe sobre el cuidado de drenajes	60
Figura 27. Distribución porcentual por informe sobre la valoración del dolor	61
Figura 28. Distribución porcentual por informe sobre el control de glucosa .	62
Figura 29. Distribución porcentual por informe sobre el control de líquidos .	63
Figura 30. Distribución porcentual por informe sobre el control de signos vitales con horario.....	64
Figura 31. Dimensión 3 – Intervenciones de Enfermería	65
Figura 32. Distribución porcentual por informe sobre los procedimientos programados del paciente	66
Figura 33. Distribución porcentual por informe sobre estudios de laboratorio y de radiología e imagen pendientes del paciente	67
Figura 34. Procedimientos y exámenes programados	68
Figura 35. Distribución porcentual de las dimensiones en el proceso de enlace de turno	69

RESUMEN

La investigación sobre proceso de enlace de turno permite entender las principales dificultades y omisiones que se realizan en esta actividad enfermera que promueve el cuidado continuo, mostrando oportunidades de mejora para su aplicación práctica. **Objetivo:** Analizar el proceso de enlace de turno de enfermería y seguridad del paciente en el área de medicina interna de un hospital de la ciudad de Guayaquil. **Metodología:** Descriptiva, cuantitativa, no experimental, prospectiva y transversal, con una muestra de 100 observaciones directas de procesos de enlace de turno. **Instrumento:** Evaluación de calidad del proceso de enlace de turno de enfermería. **Resultados:** Destacó el turno nocturno con 41%, mujeres con 64%, 53% entregaron turno junto a la cama del paciente, 40% entregó entre 6 a 11 pacientes; en la dimensión seguridad del paciente, la escala sí tuvo un promedio de 70%, en donde si se realizó los procedimientos adecuados y la escala no de 28%. **Conclusión:** En general las actividades durante el proceso de enlace de turno se realizaron en 71%, la dimensión más afectada fue la de intervenciones de enfermería, con la opción no de 44,2%, mientras que la dimensión mejor evaluada fue procedimientos y exámenes con la opción si de 89,5%. Se identificaron puntos de inflexión del proceso de enlace de turno que precisan ser abordados y corregidos para mejorar la atención de enfermería en los centros asistenciales de hospitalización.

Palabras clave: Comunicación, Enfermería, Intervención, Medicina Interna, Seguridad del Paciente, Transición De Cuidado.

ABSTRACT

The research on the shift liaison process allows us to understand the main difficulties and omissions that occur in this nursing activity that promotes continuous care, showing opportunities for improvement for its practical application. **Objective:** To analyze the nursing shift liaison process and patient safety in the internal medicine area of a hospital in the city of Guayaquil. **Methodology:** Descriptive, quantitative, non-experimental, prospective and transversal, with a sample of 100 direct observations of shift linking processes. **Instrument:** Quality evaluation of the nursing shift liaison process. **Results:** The night shift stood out with 41%, women with 64%, 53% delivered shifts next to the patient's bed, 40% delivered between 6 to 11 patients; In the patient safety dimension, the scale did have an average of 70%, where appropriate procedures were performed and the scale did not, 28%. **Conclusion:** In general, the activities during the shift liaison process were carried out in 71%, the most affected dimension was nursing interventions, with the option no of 44.2%, while the best evaluated dimension was procedures and exams with the option yes of 89.5%. Inflection points in the shift liaison process were identified that need to be addressed and corrected to improve nursing care in hospitalization care centers.

Keywords: Communication, Nursing, Intervention, Internal Medicine, Patient Safety, Transition of Care.

INTRODUCCIÓN

La comunicación es una de las herramientas fundamentales para intercambiar información, se debe dar la información completa, concisa y precisa a la hora de entregar guardia o realizar el cambio de turno ya que esta es muy importante a la hora de trabajar y dar seguridad a los pacientes (1), ya que así podemos brindarle una continuidad sobre su tratamiento y brindarle los cuidados de enfermería correspondientes (2).

Uno de los errores más comunes que causa una mala comunicación entre el personal sanitario es el método de transferencia de la información en la entrega y recepción de turno (3), puede ser erróneo o incompleto tal como el factor humano y ya sea por su tipo de cargo, su etnia, su experiencia profesional, género (4), la información puede beneficiar o perjudicar la evolución del estado de salud del paciente ya que por medio del correcto uso de la misma podemos evitar eventos adversos y diferentes tipos de complicaciones en nuestro paciente (5).

La importancia de esta investigación está asociada a la creación de conciencia en los trabajadores de la salud en la práctica de entrega y recepción de turno (6), así como contrastar la evolución de la practica entre sus inicios y la actualidad poniendo en evidencia la evolución de esta en beneficio de los pacientes (7). Para contrarrestar esto se analizará diferentes características con un instrumento de medición evaluación de calidad del proceso de enlace de turno de enfermería el cual cuenta con 21 ítems (8).

Este trabajo es de tipo descriptivo, transversal, prospectivo, de observación directa que se lleva a cabo mediante el instrumento de medición: evaluación de calidad del proceso de enlace de turno de enfermería con una población de aproximadamente de 100 profesionales de enfermería entre licenciados e internos.

CAPITULO I

1.1. Planteamiento Del Problema

El presente trabajo se realiza en el área de medicina interna del Hospital IESS Ceibos, localizado en el norte de la ciudad de Guayaquil, perteneciente a la Dirección Distrital 09D08 Pascuales 2 Salud; en esta institución, el proceso de entrega de guardia o cambio de turno se da mediante la transición de información que el personal saliente comunica al personal entrante para generar una continuidad de los cuidados hacia los pacientes, con la finalidad que se contrarresten eventos de alto riesgo para el paciente; se evidencia en el internado rotativo de enfermería 100 procesos de enlace de turno, donde hay particularidades en la entrega de turno destacando la falta de información relevante sobre los pacientes, falta de un formato específico para la entrega y baja responsabilidad de este por los enfermeros.

La seguridad del paciente se define según la Organización Mundial de la Salud – OMS, como una “disciplina de la atención de la salud que surgió con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención de la salud y el consiguiente aumento de los daños a los pacientes en los centros sanitarios” (9). La seguridad del paciente se vincula con la entrega de guardia debido a que es importante que durante el turno entrante se eviten riesgo de caídas, errores en la medicación, daño o eventos adversos (10). Esto es posible si existe una buena comunicación o transición de lo generado durante la guardia, como grado de riesgo de caídas (11), ingresos, egresos de pacientes, cambios – discontinuación de medicamentos, prescripciones de procedimientos, etc. (12).

A nivel mundial se ha descrito el cambio de turno de distintas maneras, según Casimiro et al., comprende el “Procedimiento a través del cual el especialista en enfermería delega la responsabilidad a otro individuo respecto al cuidado del paciente” (13); según Guerra et al., la evaluación del enlace de turno es vital para mantener estándares altos de calidad de la atención y seguridad de los pacientes en el contexto hospitalario, debido a que muchas veces ocurren

eventos adversos propios de la mala o poca comunicación que tienen los profesionales sobre el estado de salud y novedades de los pacientes (14).

En Latinoamérica existen datos concretos que permiten aclarar el panorama del proceso de enlace de turno y seguridad del paciente en la región, desde este punto de vista (15), Charfuelan et al., hallaron que muchas veces el proceso de enlace de turno no se lleva en la habitación del paciente y que esta resta calidad a la entrega de la información útil al personal entrante, además, que el énfasis debe darse en la comunicación efectiva que tienen los enfermeros (16). Mientras tanto, en un estudio en Perú, Soza et al., evidenciaron que muchas veces la sobrecarga de trabajo en las guardias y el poco recurso humano que atiende a la elevada demanda de pacientes son factores que condicionan la calidad del enlace de turno, de modo que hay un elevado riesgo de que se presenten consecuencias ético-legales (17).

El estudio de la calidad del proceso de enlace de turno y seguridad del paciente en Ecuador es deficiente, hay pocas investigaciones concretas y publicaciones científicas que demuestren como se presenta esta problemática (18), por lo que la pesquisa de esta variable es de utilidad y relevancia científica y contextual (19), en Ecuador el enlace de turno consta en el Protocolo de Transferencia de Información de los pacientes en puntos de transición del Ministerio de Salud Pública – MSP, que establece como “un proceso puramente informativo y dinámico de la situación clínica del paciente mediante el cual se traspasa la responsabilidad del cuidado enfermero a otro profesional sanitario” (20).

1.2. Preguntas De Investigación

¿Cómo es el proceso de enlace de turno de enfermería y seguridad del paciente en el área de medicina interna de un hospital de la ciudad de Guayaquil en el periodo de mayo 2023 a abril 2024?

¿Qué características laborales y organizativas tiene los profesionales de enfermería involucrados en el estudio?

¿Cuáles son los elementos de seguridad del paciente a comunicar durante la entrega y recepción de turno?

¿Cuál es la información brindada sobre las intervenciones de enfermería durante la entrega y recepción de turno?

¿Informa sobre los procedimientos y exámenes pendientes durante la entrega y recepción de turno?

1.3. Justificación

Esta investigación es importante realizar ya que así se tendrá una mejor atención de parte del personal de enfermería y problemas causados en la seguridad de los pacientes. Aunque en distintos centros hospitalarios ya existen protocolos de seguridad del paciente y de cambios de turno, se ha visto que aún no se llega a tener el 100% de conocimiento total de esto, este déficit de comunicación genera que no se lleve a cabo la continuidad del tratamiento adecuadamente.

Entre los determinantes sociales y características compartidas en la región latinoamericana, se destacan problemas básicos en materia de salud que afectan indicadores de cobertura y morbilidad. Esta situación refleja el contexto en el que se sitúa el proceso de cambio de guardia como medida de calidad asistencial y seguridad del paciente (21). Cabe mencionar que este proceso no ha recibido mucha atención en Ecuador y por lo tanto no se han identificado las debilidades inherentes, por lo que se considera necesario explorar este tema.

Este estudio es una valiosa contribución a la sociedad, ya que examina una cuestión que surge durante la hospitalización y es importante en la evaluación de la calidad de la atención prestada. Servirá como referente científico para futuras investigaciones realizadas en este hospital, explorando la misma variable. Los hallazgos y recomendaciones que surgen a partir de los resultados de este tema tienen implicaciones tanto para los pacientes como para los profesionales de enfermería desde un punto de vista teórico y práctico.

Es factible porque cada uno de los pasos de este estudio se puede desarrollar en su totalidad debido a que fue sugerido por el comité de investigación de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Esta institución ha autorizado el uso de un instrumento para medir el problema y se dispone amplios recursos humanos y materiales, por lo que es viable.

1.4. Objetivos.

1.4.1. Objetivo General

Analizar el proceso de enlace de turno de enfermería y seguridad del paciente en el área de medicina interna de un hospital de la ciudad de Guayaquil en el periodo de mayo 2023 a abril 2024.

1.4.2. Objetivos Específicos

1. Registrar las características laborales y organizativas de los profesionales de enfermería en estudio.
2. Establecer los elementos de seguridad del paciente durante la entrega y recepción de turno.
3. Identificar la información brindada sobre las intervenciones de enfermería durante la entrega y recepción de turno.
4. Evidenciar los procedimientos y exámenes pendientes durante la entrega y recepción de turno.

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

2.1. Antecedentes De La Investigación.

De acuerdo con Molina J. y Gallo J. en España 2020 (22), en un estudio titulado efectos de la relación enfermera-paciente en la toma de decisiones; con la finalidad de establecer la influencia de esta relación y el efecto que tiene en la praxis de enfermería; la metodología fue fenomenológico y descriptivo, donde se revisaron 61.484 historias clínicas con notas de enfermería; entre los principales resultados encontraron que la relación enfermera-paciente es vital en la reducción de los días de hospitalización de los enfermos y tiene un impacto directo en la pronta recuperación; de igual forma, esta relación debe arraigarse a valores y actitudes positivos con objeto de mantener la seguridad para el paciente.

Tello et al. en México 2023 (19), estudiaron el pensamiento de enfermeros acerca de los elementos de la seguridad del paciente en la praxis clínica, con la finalidad de establecer la asociación de la seguridad del paciente, el tiempo por turnos trabajado de los enfermeros y eventos adversos en un entorno de hospitalización; la metodología fue descriptiva, correlacional, con una muestra de 113 enfermeros; los resultados evidenciaron déficits importantes en el elemento seguridad del paciente, donde hubo oportunidades para mejorar este aspecto y para ejercer intervenciones en la organización en 61%, retroalimentación y detalle de los errores en 59%, franqueza de la interacción 42% y respuesta no sancionada debido a errores 36%.

Guerra et al. en México 2022 (14), que tuvieron como finalidad explorar las características que están inmersas en el proceso de enlace de turno enfermero, además de los elementos que influyen en la forma como se brinda el mismo y la seguridad del paciente obtenida como resultado; la metodología fue bibliográfica y descriptiva; en los resultados se halló un factor clave del proceso que es la evaluación y calidad, donde se demuestra que se debe medir el evento del pase de guardia para analizar puntos débiles y fuertes que

optimicen la entrega de turno con la finalidad de asegurar un elevado grado de confianza; la conclusión reflejó que la comunicación es vital en el pase de turno.

Yáñez A. y Zárate R. en México, 2019 (7), estudiaron la calidad del pase de guardia enfermero, con la finalidad de medir este fenómeno; la metodología fue cuantitativa, observacional, prospectiva y transversal, la muestra fue de 120 guías de observación de este proceso; en los resultados se halló que 97% fueron mujeres, con edad promedio de 50 años en el personal de enfermería, la antigüedad laboral media estuvo en los 25 años, hubo más personal con funciones administrativas con 65%; el promedio de las entregas fue de 20 a 45 minutos; el grado general de no realiza fue de 63% en el área de medicina crítica fue de 76% y 52% en cirugía; el no realiza en el turno matutino fue de 63% y en el nocturno fue de 73%.

Pachi K. en Argentina 2022 (6), estudió el aspecto comunicativo del pase de turno enfermero en unidades de cuidado crítico, la finalidad fue analizar en detalle la perspectiva del enfermero sobre la calidad con la que brindan información durante este proceso; la metodología que utilizó fue cuantitativo, observacional y transversal, la muestra fueron 56 enfermeros/as; en los resultados se encontró que las féminas fueron 77%, cerca del 70% de personal no recibió educación formal sobre la forma idónea para realizar el pase de turno, 90% coincidieron que es importante realizarlo de la mejor manera, 71% consideraron tener interrupciones por lo menos 3 veces durante el mismo y 55% hallaron una comunicación efectiva.

Charfuelan et al. en Colombia 2019 (16), realizaron una indagación sobre el enlace de turno enfermero, con la finalidad de explorar este fenómeno con una metodología bibliográfica, documental, sistemática y descriptiva; los resultados detallaron que los indicadores como nombre de pacientes, edad, días de estancia hospitalaria, número de la cama y la participación activa del paciente influye en la calidad del enlace de turno; el lugar idóneo es en la cabecera del usuario, puesto que esto le proporciona control y responsabilidad para la mejora de la salud; los limitantes para un buen enlace de turno son el

déficit de tiempo, información clara y objetiva que se entrega con diligencia, ambiente tranquilo y puntualidad del personal de salud.

Marcos NB. en Perú 2020 (23), analizaron el proceso de interacción profesional y la calidad del pase de turno enfermero en áreas críticas, con la finalidad de establecer cómo se asocia el aspecto comunicativo con la efectividad del enlace de turno enfermero; la metodología fue cuantitativa, descriptiva y correlacional simple, no experimental, con una muestra de 82 enfermeras; en los resultados halló que 14% del personal enfermero tuvieron baja comunicación, 22% regular y 63% buena; la calidad fue 27% baja, 14% media y 58% alta; en la estadística inferencial utilizó el coeficiente RHO de Spearman, demostrando una asociación positiva de 0,898 $P=0,000$, de comunicación efectiva y calidad de enlace de turno.

Otro estudio de Ospino N. et al. Perú 2018 (24) estudiaron los elementos circundantes a la comunicación de enfermeros y la entrega – recepción de turnos en el área médica con la finalidad fue asociar factores que influyen en la calidad de este proceso; la metodología fue cuantitativa, observacional, correlacional; en los resultados se halló que el 50% de los participantes percibieron que estaban presentes aspectos como iluminación, ventilación, sonidos, entrega junto a la cama, así como ausencia de protocolos o normas, etc.; en la asociación encontraron que el factor físico y funcional se relacionaron moderada y negativamente con la calidad de la interacción durante el pase de guardia.

Martínez et al. Ecuador 2023 (25), que estudió sucesos de seguridad del paciente relacionado con eventos adversos por las infecciones de elevada frecuencia; el objetivo fue analizar la recurrencia de acontecimientos desfavorables en individuos con infecciones severas y el impacto en tasas de mortalidad y estancia hospitalaria; la metodología fue cuantitativa, descriptiva y retrospectiva con el estudio de casos antiguos suscitados durante la pandemia, la muestra fue de 405 pacientes; en los resultados hallaron una incidencia de sucesos adversos del 13.3% ,de los cuales 29 pacientes presentaron más de un evento y los más recurrentes fueron infecciones asociadas a la asistencia sanitaria con el 50% y flebitis con 14.3%.

Iza M. en Quito 2023 (26), que estudió la asociación de las habilidades de interacción con la calidad de pase de guardia enfermero; la metodología fue cuantitativa, observacional, transversal, con una muestra de 58 enfermeros; en los resultados se halló una relación directa mediana de las habilidades de interacción con la calidad del pase de guardia, variabilidad en el 21% de la condición buena del enlace de turno; en lo que respecta a los resultados descriptivos, el 88% evidenciaron altas habilidades interaccionales y 91% efectivo pase de guardia.

2.2. Marco Conceptual

2.2.1. Proceso de enlace de turno

La profesión de enfermería es un aspecto concerniente a la atención al paciente, ya que no solo implica brindar atención directa sino también garantizar una transición fluida entre turnos. El pase de guardia, también conocido como cambio de turno o enlace de turno, es un componente de la práctica de enfermería que garantiza la continuidad de la atención y la seguridad del paciente. Este proceso implica la comunicación de información relevante del paciente entre el personal de enfermería durante los cambios de turno, lo que permite que el equipo entrante esté completamente informado y preparado para la atención que brindarán (27).

El proceso de pase de guardia se realiza mejor dentro de la habitación del paciente y debe ser verificado por ambos equipos de enfermería involucrados en el cambio de turno. Este enfoque tiene varios beneficios, que incluyen: mayor seguridad del paciente, reducción de errores de comunicación, mejora de la relación entre los equipos de enfermería (27).

Asimismo, múltiples factores pueden influir en la eficacia del proceso de pase de guardia, como la ubicación del traspaso, la calidad de la información intercambiada y el nivel de colaboración entre los dos equipos. En consecuencia, es esencial que el personal de enfermería sea consciente de estos factores y se asegure de llevar a cabo el proceso de la manera más eficiente y precisa posible (28).

Los errores de comunicación durante el proceso de pase de guardia pueden provocar varios problemas, incluida una atención inadecuada al paciente y un mayor riesgo para la seguridad del paciente. Para minimizar estos riesgos, el personal de enfermería debe ser diligente para garantizar que la información intercambiada sea precisa, completa y verificada por ambos equipos (28).

De modo que, algunas estrategias que pueden ayudar a mejorar la comunicación durante el proceso de pase de guardia incluyen: establecer un formato de presentación de informes estandarizado, fomentar la participación activa de ambos equipos, promoción de una cultura de comunicación abierta y colaboración. Al implementar estas estrategias, el personal de enfermería puede reducir la probabilidad de errores de comunicación durante el proceso de pase de guardia y, en última instancia, mejorar la atención al paciente y la seguridad dentro del entorno hospitalario (28).

2.2.1.1. Preparación

En lo que respecta a la preparación para el pase de guardia en el entorno hospitalario, para superar barreras comunes como la falta de tiempo y de personal, así como las interrupciones durante el proceso, el personal de enfermería debe estar bien organizado y enfocado. Algunos aspectos clave a considerar al prepararse para el pase de guardia incluyen: revisar la información del paciente y los planes de atención, identificar cualquier cambio en las condiciones del paciente o planes de tratamiento, reunir suministros o equipos necesarios para el próximo turno, asegurar que todos los miembros del equipo estén informados y preparados para el pase. Al abordar estos factores, las enfermeras pueden crear una transición fluida y eficiente entre turnos, fomentando una mejor comunicación y colaboración entre los miembros del equipo (16).

Según Charfuelan et al. (16), el lugar más recomendado para realizar el pase de guardia es la habitación del paciente, ya que permite la verificación tanto por parte del equipo de enfermería entrante como saliente. Durante el pase de guardia, el personal de enfermería debe comunicar información esencial sobre el estado del paciente, los planes de tratamiento y cualquier procedimiento que se haya realizado o esté programado para realizarse. La

importancia de evaluar y planificar la atención al paciente durante este tiempo permite una mejor toma de decisiones y coordinación entre los miembros del equipo.

2.2.1.2. Documentación y evidencia

Documentar el pase de guardia es una importante característica del proceso, ya que garantiza que la evidencia de aplicación de este proceso se registre con precisión y sea fácilmente accesible para todos los miembros del equipo de enfermería. Además de la comunicación verbal durante el pase de guardia, el personal de enfermería también debe mantener registros escritos de la atención al paciente, incluidos cualquier cambio en la condición, planes de tratamiento y procedimientos que se hayan realizado (16).

Esto se puede hacer a través de registros médicos electrónicos o documentación física, dependiendo de los protocolos establecidos en el hospital. La documentación adecuada no solo ayuda a mantener una comunicación clara entre turnos, además favorece la optimización de los desenlaces en los pacientes y la calidad integral del cuidado en el contexto hospitalario (16).

2.2.1.3. Estandarización del proceso

Entre las mejoras prácticas para implementar un proceso de pase de guardia exitoso, está el estandarizar el proceso de pase de guardia, como un aspecto para la comunicación efectiva y la seguridad del paciente en el entorno hospitalario. Un proceso estandarizado minimiza la probabilidad de errores y garantiza que la información esencial se transmita de forma precisa y coherente entre los equipos de enfermería; una de las principales barreras para un pase de guardia eficaz es la falta de tiempo y de personal, así como las interrupciones durante el proceso (29).

Para abordar estas cuestiones, se recomienda que el pase de guardia se realice en la habitación del paciente y sea verificado por ambos equipos de enfermería involucrados. Este enfoque no sólo garantiza que se comparta información vital, sino que también permite abordar y resolver cualquier discrepancia de inmediato (29).

2.2.1.4. Habilidades de comunicación

La escucha activa es una habilidad de comunicación imprescindible para los profesionales de la salud, ya que les permite comprender las preocupaciones de los pacientes, aliviar tensiones y establecer una relación sólida con sus pacientes. La escucha activa implica no sólo escuchar lo que dice el paciente, sino también interpretar sus emociones y señales no verbales para obtener una comprensión más profunda de sus necesidades y sentimientos (30).

Esta habilidad es vital en el campo de la salud porque permite a los profesionales de la salud brindar una mejor atención, aumentar el aprendizaje y mejorar la salud mental. Algunos aspectos clave de la escucha activa incluyen: prestar total atención al hablante, proporcionar retroalimentación no verbal, como asentir o mantener contacto visual; reflexionar sobre las palabras y emociones del hablante, así como hacer preguntas abiertas para fomentar la colaboración (31).

La empatía y la compasión son habilidades de comunicación esenciales para el personal de salud, ya que ayudan a construir relaciones sólidas con los pacientes y fomentan una comprensión más profunda de sus experiencias. La empatía en los profesionales de la salud se correlaciona positivamente con mejores habilidades de comunicación y mejores resultados para los pacientes (32).

Además, la empatía y asertividad en la práctica médica actual se consideran herramientas necesarias para una comunicación eficaz. Los profesionales de la salud pueden desarrollar la empatía al: ponerse en el lugar del paciente e intentar comprender sus sentimientos y perspectivas, escuchar atentamente y responder a las emociones del paciente, así como validar la experiencia del paciente reconociendo sus sentimientos e inquietudes (33).

La comunicación clara y concisa es vital para que el personal de salud garantice que los pacientes comprendan la información proporcionada y puedan tomar decisiones informadas sobre su atención. Los profesionales de la salud deben poseer contenido creíble y preciso y presentarlo de manera que los pacientes lo comprendan fácilmente (34).

Las habilidades de comunicación verbal efectiva son necesarias para establecer una comunicación sólida con los pacientes y mejorar los resultados generales de la atención médica. Para lograr una comunicación clara y concisa, los profesionales de la salud deben: utilizar un lenguaje sencillo y directo, usar jerga y términos técnicos cuando sea posible, resumir información compleja y proporcionar ejemplos para mayor claridad, así como hablar a un ritmo y volumen apropiados para el oyente (34).

2.2.1.5. Formación y educación

Proporcionar formación y educación al personal de enfermería es importante para implementar un proceso de pase de guardia exitoso. El personal de enfermería y otros profesionales de la salud deben diseñar, planificar y participar en programas de educación continua para garantizar que cada miembro del equipo esté bien informado y equipado para llevar a cabo el proceso de pase de guardia de manera efectiva (1).

Estos programas pueden cubrir temas como las mejores prácticas de comunicación, la importancia de una documentación precisa y estrategias para minimizar las distracciones durante el proceso de transferencia. El crecimiento profesional continuo es vital para adaptarse a los cambios en los procesos y procedimientos, lo que en última instancia conduce a una mejor atención al paciente (1).

2.2.1.6. Evaluación

La evaluación periódica y la mejora del proceso de pase de guardia son esenciales para garantizar su eficacia y adaptabilidad continuas a las necesidades cambiantes del personal de enfermería y los pacientes. La Evaluación del Proceso de Enlace de Turnos de Enfermería es una herramienta que se puede utilizar para evaluar el éxito del proceso de pase de guardia, con medidas de validación como el kappa de Cohen ($k = 0,92$) y Kuder-Richardson (21).

A través de una evaluación periódica, los equipos de enfermería pueden identificar áreas de mejora e implementar cambios para mejorar la comunicación y la seguridad del paciente. Además de las herramientas de

evaluación formales, se debe alentar al personal de enfermería a brindar comentarios y compartir sus experiencias para informar las mejoras continuas en el proceso de pase de guardia (21).

En la seguridad mejorada, al implementar un proceso de pase de guardia, los hospitales pueden garantizar que solo el personal autorizado tenga acceso a ciertas áreas, lo que ayuda a mantener la privacidad y seguridad del paciente; en la responsabilidad, este proceso también puede ayudar a rastrear el movimiento del personal de enfermería, proporcionando un registro de quién estuvo en un área específica en un momento específico (21).

Esto puede ser crítico en caso de emergencias o problemas que requieran investigación. En el control de la propagación de infecciones, las infecciones adquiridas en hospitales son una preocupación grave. Tener un sistema de acceso controlado puede ayudar a minimizar el riesgo al realizar un seguimiento de quién entra y sale de las áreas de atención al paciente (21).

2.2.1.7. Limitaciones y soluciones

Las limitaciones contemplan el consumo de mucho tiempo, este proceso puede llevar mucho tiempo, especialmente durante emergencias cuando cada segundo importa. Puede ralentizar el tiempo de respuesta del personal de enfermería. Además, las cuestiones técnicas, donde el proceso a menudo depende de tecnología como escáneres de tarjetas o datos biométricos, que pueden funcionar mal o verse afectados por errores humanos. Esto puede provocar retrasos o accesos no autorizados (2).

En las posibles soluciones, el proceso simplificado, puede mitigar el tiempo consumido por el proceso del pase de guardia, los hospitales pueden implementar un proceso simplificado que requiera un tiempo mínimo. Por ejemplo, el uso de credenciales de escaneo rápido o datos biométricos puede acelerar el proceso. También sirve el mantenimiento y capacitación regulares de los sistemas técnicos y la capacitación adecuada del personal pueden ayudar a prevenir fallas de funcionamiento o errores humanos. También debe existir un sistema de respaldo para emergencias (2).

Un proceso de pase de guardia para el personal de enfermería en un hospital puede mejorar en gran medida la seguridad, la responsabilidad y el control sobre la propagación de infecciones. Sin embargo, los desafíos potenciales incluyen el consumo de tiempo y la susceptibilidad a problemas técnicos. Estas limitaciones se pueden abordar de manera efectiva al simplificar el proceso y garantizar un mantenimiento regular y una capacitación adecuada del personal. Por lo tanto, es importante que los hospitales sopesen estos pros y contras al decidir implementar dicho sistema.

2.2.2. Características laborales y organizativas

El impacto del trabajo por turnos en el personal de enfermería es un factor esencial a considerar al examinar las características laborales y organizativas. El trabajo por turnos es un elemento común de las actividades de enfermería y puede influir significativamente en la calidad del sueño y el bienestar general del personal de enfermería. Las investigaciones han demostrado que variables como el turno de trabajo, la situación laboral y las horas extras pueden tener un efecto considerable en la satisfacción laboral y el desempeño del personal de enfermería (35).

Algunos puntos clave a considerar al examinar el impacto del trabajo por turnos en el personal de enfermería incluyen: las horas de inicio y finalización del día, la frecuencia de las vacaciones personales y los fines de semana, el impacto del trabajo por turnos en la calidad del sueño y el bienestar general (36).

La antigüedad del personal de enfermería también puede desempeñar un papel importante a la hora de determinar su satisfacción laboral y su desempeño general. Factores como el nivel de formación, la duración del servicio y la experiencia laboral influyen en la satisfacción laboral entre las enfermeras. Además, la antigüedad puede afectar variables como el compromiso organizacional y la aceptación de los objetivos, valores y cultura de la organización (37).

Factores como el clima organizacional, la satisfacción laboral y el compromiso pueden tener un impacto sustancial en el bienestar general y el desempeño

laboral de los miembros del personal. Las investigaciones han demostrado que un clima organizacional positivo y una alta satisfacción laboral están relacionados con un mejor desempeño y mayores tasas de retención entre el personal de enfermería. Las dimensiones clave que definen el ambiente laboral y el clima organizacional para el personal de enfermería incluyen: evaluación y satisfacción con el sistema de trabajo, metas, valores y cultura organizacional, percepción del estrés laboral y su impacto en el desempeño laboral (38).

Respecto a los beneficios inherentes a la profesión enfermera está la mejor atención al paciente, el personal de enfermería con más experiencia y antigüedad a menudo brinda una mejor atención al paciente. Sus conocimientos y habilidades acumulados contribuyen a estrategias de atención más efectivas, mejores resultados para los pacientes y una mayor satisfacción del paciente.

Además, está la comunicación mejorada, el personal de enfermería superior con más antigüedad en la organización puede convertirse en el punto central de comunicación dentro del equipo. Pueden servir como mentores para los miembros más nuevos y facilitar la transferencia de conocimientos, lo que puede conducir a un equipo más cohesivo y eficiente. De igual forma, la estabilidad y continuidad, en términos de características organizativas, tener un personal de enfermería estable con bajas tasas de rotación puede conducir a una mejor continuidad de la atención y una experiencia más consistente para el paciente (39).

Por otra parte, en las limitaciones, está el agotamiento del personal, ya que turnos más largos y mayores responsabilidades pueden provocar agotamiento del personal, lo que puede afectar negativamente la calidad de la atención brindada y generar mayores tasas de rotación. Así como los desafíos jerárquicos, donde la antigüedad a veces puede crear una jerarquía rígida que puede sofocar la innovación y disuadir a las enfermeras más jóvenes de expresar sus ideas o preocupaciones. De igual manera, implicaciones de costos, retener al personal superior a menudo significa salarios y beneficios

más altos, lo que puede plantear desafíos financieros para la organización (39).

Parte de potenciales soluciones son horarios flexibles, implementar horarios flexibles y garantizar tiempos de descanso adecuados puede ayudar a prevenir el agotamiento y mantener alta la moral del personal, fomentar una cultura abierta; también, fomentar una cultura de comunicación abierta donde todos, independientemente de su antigüedad, se sientan valorados y escuchados (39).

Esto puede estimular la innovación y fomentar un entorno de trabajo más colaborativo. Adicionalmente, la planificación financiera estratégica, donde las organizaciones pueden invertir en planificación financiera estratégica para adaptarse a los costos más altos asociados con la retención del personal superior, posiblemente reasignando recursos o explorando opciones de financiamiento adicionales.

2.2.3. Seguridad del paciente

La seguridad del paciente es definida como la ausencia de daños evitables a los pacientes y la reducción del riesgo a un mínimo aceptable. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la seguridad del paciente hace hincapié en reducir al mínimo el riesgo de daños asociados con la atención sanitaria (40). Este objetivo de las ciencias de la salud resalta la importancia de registrar, analizar y prevenir las fallas en la atención. En esencia, la seguridad del paciente tiene como objetivo proteger a los pacientes de daños innecesarios durante el proceso de atención sanitaria (41).

El concepto de seguridad del paciente es particularmente importante en el ámbito hospitalario, donde los entornos complejos y en continua evolución plantean numerosos desafíos. Algunos eventos adversos comunes que pueden causar daños evitables se deben a errores cometidos durante la identificación del paciente, la administración de medicamentos y la prevención de infecciones. Para abordar estos desafíos, la promoción de una cultura de seguridad del paciente es esencial. Su propósito es integrar, proporcionar y difundir información y conocimiento sobre la seguridad del paciente para crear

soluciones prácticas o soluciones procesables de seguridad del paciente tanto para entornos hospitalarios como ambulatorios (42).

Para mejorar la seguridad del paciente en los hospitales, la adopción de mejores prácticas es necesaria para prevenir eventos adversos. Algunas de estas prácticas incluyen: higiene de manos, para garantizar prácticas adecuadas de higiene de manos entre los trabajadores sanitarios puede reducir significativamente el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria; administración segura de medicamentos, donde la implementación de protocolos estandarizados y sistemas de doble verificación puede ayudar a minimizar los errores de medicación; prevención de infecciones: la adopción de medidas de control de infecciones, como técnicas de esterilización adecuadas y protocolos de aislamiento, puede mitigar la propagación de infecciones dentro del hospital (43).

Estas prácticas, junto con una cultura de seguridad del paciente, contribuyen al desarrollo de instituciones seguras que priorizan el bienestar de los pacientes. Para mejorar aún más la seguridad del paciente, los hospitales también pueden utilizar herramientas como el Manual de Seguridad del Paciente y el Registro de Eventos Adversos, que proporcionan un marco para la autoevaluación y la implementación de buenas prácticas (44).

El fomento de una cultura de seguridad implica crear un entorno en el que todos den prioridad a la seguridad del paciente, desde la administración del hospital hasta los proveedores de atención médica. Significa fomentar la comunicación abierta, aprender de los errores del pasado y mejorar continuamente. Por ejemplo, los hospitales pueden implementar rondas de seguridad en las que el personal discuta cuestiones de seguridad y posibles soluciones. El Organismo para la Investigación y la Calidad del Cuidado Médico defiende este método y destaca que puede derivar en mejores desenlaces para los pacientes (45).

La implementación de procedimientos y protocolos estandarizados, los procedimientos y protocolos estandarizados pueden ayudar a reducir el riesgo de errores al garantizar la coherencia en la atención al paciente. También facilitan la comunicación entre los proveedores de atención médica, ya que

todos están en sintonía con respecto a lo que se debe hacer y cómo. Los ejemplos incluyen protocolos de higiene de manos, procedimientos de administración de medicamentos y listas de verificación de seguridad quirúrgica (46).

La inversión en formación y educación continua, los proveedores de atención médica deben estar adecuadamente capacitados en prácticas de seguridad del paciente y mantenerse actualizados sobre los últimos avances en el campo. Esto se puede lograr a través de programas educativos formales, talleres, seminarios y cursos en línea. La Comisión Conjunta recomienda la educación y capacitación continua para todo el personal de atención médica como estrategia clave para mejorar la seguridad del paciente (47).

El uso de tecnología, como los registros médicos electrónicos (EHR) y los sistemas computarizados de ingreso de órdenes médicas (CPOE), pueden desempeñar un papel importante en la mejora de la seguridad del paciente. Los EHR pueden mejorar la comunicación, reducir los errores de medicación y facilitar el seguimiento del progreso del paciente. Los sistemas CPOE pueden ayudar a prevenir errores en los pedidos de medicamentos (48).

Involucrar a pacientes y familias, los pacientes y sus familias pueden ser socios valiosos para garantizar la seguridad del paciente. Pueden proporcionar información, hacer preguntas y ayudar a controlar la atención. Los proveedores de atención médica deben fomentar su participación y brindarles la educación y los recursos necesarios. El Instituto de Investigación de Resultados Centrados en el Paciente sugiere que la participación del paciente y la familia puede conducir a mejores resultados de salud y una mayor satisfacción del paciente (49).

2.2.4. Intervenciones de enfermería

Las actividades de atención de enfermería abarcan una amplia gama de tareas y responsabilidades que son fundamentales para el sector sanitario. Estas actividades, están relacionados con la evaluación física, la derivación, evaluación de las necesidades de atención de los pacientes, la identificación de problemas de atención, la formulación de diagnósticos y la participación en

la planificación interdisciplinaria y otras funciones esenciales. Las enfermeras desempeñan un papel integral en la concepción e implementación de modelos de atención. Un lenguaje común y una comprensión compartida de las actividades de enfermería son pertinentes para una colaboración eficaz y la prestación de atención de alta calidad (50).

Algunas de las responsabilidades clave de las enfermeras incluyen: prevención de enfermedades, mantenimiento de la salud, atención, rehabilitación e integración social de los enfermos. La atención de enfermería hospitalaria también implica diversas actividades administrativas. Las enfermeras, tanto en puestos directivos como en roles de atención directa, participan en tareas como planificar las actividades realizadas por el equipo de enfermería, discutir casos clínicos y aplicar políticas y procedimientos relevantes (51).

Estas tareas administrativas son relevantes para mantener un entorno de atención eficiente y bien organizado. Como lo describe Castro (52), la construcción de evidencia científica para respaldar las acciones de enfermería es una parte integral de la práctica de enfermería. Al participar en estas actividades administrativas, las enfermeras contribuyen a la calidad y eficacia generales de la prestación de atención sanitaria (53).

La estructura del personal de enfermería, incluida la proporción entre enfermeras y pacientes, la combinación de enfermeras registradas y asistentes de enfermería, y el uso de personal temporal o de agencia, tiene un gran impacto en la calidad de la atención al paciente. Se ha demostrado que los hospitales con proporciones más altas de enfermeras por paciente tienen tasas de mortalidad de pacientes más bajas. Por lo tanto, las organizaciones sanitarias deben esforzarse por conseguir una estructura de personal de enfermería favorable, teniendo en cuenta su población de pacientes y sus necesidades específicas (54).

La enfermería es una profesión que opera las 24 horas del día. El trabajo por turnos es inevitable, pero puede provocar fatiga, disminución de la satisfacción laboral y comprometer la atención al paciente si no se gestiona de forma eficaz. Para mitigar estos riesgos, las organizaciones deben priorizar la

programación justa de turnos, incorporando descansos regulares y turnos rotativos para evitar el agotamiento. La Asociación Estadounidense de Enfermeras recomienda que los turnos de 12 horas no sean consecutivos para evitar la fatiga (55).

La antigüedad en la enfermería no significa sólo un largo servicio; implica una riqueza de experiencia y conocimientos. Las enfermeras superiores pueden actuar como mentoras del personal subalterno, brindándoles orientación y apoyo. También pueden ofrecer información valiosa para mejorar la atención al paciente y los procesos organizativos. Por lo tanto, las organizaciones deben crear una cultura que valore y aproveche la experiencia del personal superior (56).

Ofrecer oportunidades de desarrollo profesional puede mejorar la satisfacción laboral, mejorar la retención del personal y, en última instancia, conducir a mejores resultados para los pacientes. Esto puede incluir capacitación continua, oportunidades de especialización o vías hacia roles de liderazgo. Por ejemplo, el Instituto de Medicina recomienda que las organizaciones de atención médica apoyen a las enfermeras en la búsqueda de educación y capacitación adicionales para avanzar en sus carreras (57).

Un ambiente de trabajo de apoyo es esencial para que el personal de enfermería se desempeñe al máximo. Esto incluye una cultura laboral positiva, una comunicación eficaz y un liderazgo sólido. Las investigaciones muestran que un entorno laboral de apoyo se asocia con una mayor satisfacción laboral, un menor agotamiento y mejores resultados para los pacientes. Por lo tanto, las organizaciones de atención médica deberían implementar medidas para fomentar dicho entorno, como actividades periódicas de formación de equipos, líneas de comunicación abiertas y un fuerte apoyo de la gerencia (58).

2.2.5. Procedimientos y exámenes

Durante el enlace de turno de enfermería, varios procedimientos y exámenes son objeto de especial atención, cubriendo áreas como laboratorio, imagen, terapia física y respiratoria; estos procesos son especialmente importantes en

áreas críticas, pues de no realizarlos puede ocurrir una complicación en el estado de salud del paciente (2).

- Resultados de Laboratorio: Exámenes de sangre, como hemogramas, pruebas de coagulación y análisis bioquímicos, son revisados para evaluar la respuesta del paciente al tratamiento y la presencia de cualquier anomalía.
- Imágenes Diagnósticas: Información sobre estudios radiológicos, resonancias magnéticas, ecografías u otras imágenes diagnósticas para evaluar cambios en la anatomía y condiciones médicas.
- Tratamientos Farmacológicos: Revisión de medicamentos administrados, dosis y horarios, así como la evaluación de cualquier reacción adversa o necesidad de ajuste en la medicación.
- Terapia Física y Rehabilitación: Indicaciones sobre sesiones de terapia física, ejercicios o actividades de rehabilitación prescritas, asegurando que el paciente participe y progrese adecuadamente.
- Terapia Respiratoria: Información sobre tratamientos respiratorios, como inhaloterapia o ejercicios de fisioterapia pulmonar, para mejorar la función respiratoria del paciente.
- Cambios en las Constantes Vitales: Revisión de las constantes vitales, incluyendo la frecuencia cardíaca, presión arterial, frecuencia respiratoria y temperatura, destacando cualquier cambio significativo.
- Cuidados Especiales y Procedimientos: Detalles sobre cuidados especializados, procedimientos realizados (por ejemplo, cambios de apósitos, manejo de drenajes) y cualquier necesidad específica de la terapia.
- Cambios en el Estado Mental o Emocional: Observaciones sobre cambios en el estado mental o emocional del paciente, especialmente relevantes para la terapia ocupacional o intervenciones psicológicas.
- Resultados de Pruebas Específicas: Información sobre resultados específicos, como pruebas de función renal o hepática, que pueden influir en las decisiones de tratamiento.
- Necesidades Educativas del Paciente: Identificación de las necesidades educativas del paciente y la familia relacionadas con los

tratamientos y procedimientos, proporcionando información clara y comprensible.

2.3. Marco Legal

Constitución Nacional del Ecuador

Art 32. La garantía de buena salud se describe en la Constitución Nacional del Ecuador (2008), consolidándola como un derecho fundamental sostenido por el gobierno. Además, la preservación de varios otros derechos como la educación, el acceso a los alimentos y al agua y la participación en deportes, están vinculados a su cumplimiento. Esto también abre canales para el empleo y la seguridad social, al tiempo que garantiza la limpieza ecológica y otros factores importantes necesarios para mantener condiciones de vida favorables (59).

En diversos sectores como la economía, la sociedad, la cultura, la educación y el medio ambiente, el Estado ha garantizado el derecho al bienestar sexual y reproductivo. Para promover la salud integral, la prestación de estos servicios debe seguir estrictamente ciertos principios, como la universalidad, la equidad, la interculturalidad, la solidaridad, la eficiencia y la eficacia. El desempeño impulsado por la calidad y las prácticas de precaución basadas en la bioética son principios rectores adicionales que garantizan una perspectiva regulatoria sensible al género en todas las generaciones. Además, el Estado ha garantizado el acceso perpetuo y sin trabas a los servicios y programas para promover la atención de salud (59).

Ley Orgánica de Salud Ecuador

Art 1. Se describe en la Ley Orgánica de Salud del Ecuador como objetivo principal, regular las acciones que promuevan los derechos irrestrictos a la salud establecidos en la constitución y las leyes del país. Sus principios fundamentales, entre ellos la integridad, la unidad, la solidaridad y la universalidad, constituyen una lista amplia e inclusiva (60).

Además, la participación social, junto con altos estándares de calidad y efectividad, hace que esta ley sea única y difícil de comparar con otras. Tiene

un fuerte énfasis en defender los derechos humanos y relacionados con la salud, abogar por la inclusión basada en diferencias culturales y generacionales y considerar cuidadosamente las cuestiones de prejuicios de género, todo ello respetando estándares bioéticos (60).

Art 10. Los participantes del Sistema Nacional de Salud utilizarán medidas de atención médica integrales y avanzadas. Estas medidas implican iniciativas proactivas de promoción, exclusión y restauración, junto con disposiciones de rehabilitación y atención de confort para todos los asuntos médicos públicos y privados.

Art 1. Todo lo cual se basa en principios y estrategias explícitamente establecidos de este estatuto (60).

Ley de Derechos y Amparo del Paciente

Capítulo 2, Art 2. Revisada por última vez en 2006, la Ley de Protección y Derechos del Paciente de 1995 proporciona directrices sobre lo siguiente: está claro que los pacientes tienen derechos. Los derechos de los pacientes son el tema central de la discusión se centra en el DERECHO A UNA ATENCIÓN DECENTE. Es imperativo que cualquier centro de salud visitado por un paciente proporcione un tratamiento rápido y adecuado. Dado que la dignidad es una característica de la humanidad, no es algo que pueda pasarse por alto. Una pareja debe esperar, no sólo deseo, sino también cortesía y respeto anticipados durante su trato (61).

Ley del Ejercicio Profesional de Enfermeras

Apartado 7. Las facultades y deberes de la enfermería se establecen del artículo. Esto incluye realizar tareas asistenciales, gerenciales, educativas y de investigación de enfermería en campos profesionales especializados y afines, siendo parte de la formulación y ejecución de la política de salud; dirigir departamentos o servicios de enfermería a escala nacional, regional, provincial o local (62).

Dirigir las instituciones y academias de enfermería e impartir docencia en ellas; capacitar de manera profesional, de conformidad con la ley, las normas

y reglamentos correspondientes, y brindar atención integral a todos los sectores de la población, sin discriminación; promover trabajos de investigación que mejoren la propia profesión o contribuyan a la solución de los problemas de salud prioritarios; y por último brindar educación sobre salud a los pacientes, las familias e incluso a la comunidad (62).

Art 13. Según estas son ciertas responsabilidades de las enfermeras bajo esta ley: siguiendo principios que son éticos y morales en el ejercicio de su profesión, los pacientes deben recibir cuidados de enfermería directamente de una persona que garantice que reciban un servicio de atención; Las enfermeras deben garantizar el estricto cumplimiento de las prescripciones o tratamientos del médico. Con referencia a otro punto mencionado en este artículo, estos son sólo algunos otros requisitos incluidos en esta Ley así como en su Reglamento (62).

Perfil de puesto de Profesional de Enfermería

De acuerdo con la descripción del puesto de Licenciado en Enfermería, el trabajo consiste en ayudar al pediatra en todo lo relacionado con la salud del niño, el control médico es un aspecto del trabajo administrativo. Los requisitos para este puesto incluyen un nivel mínimo de educación con un título de enfermera registrada, habilidades necesarias para organizar, colaborar y comunicarse de manera efectiva, una actitud que fomente el respeto, la dedicación y la confiabilidad (63).

Tiene una serie de responsabilidades que incluyen la supervisión administrativa de la parte médica: organizar el centro médico, predecir qué equipos y otros recursos se necesitarán para administrar esta área, informar cualquier problema al supervisor inmediato y mantener registros precisos de todo el bienestar infantil. asuntos. Es necesario garantizar que el entorno en el que se sitúan las personas esté libre de peligros que puedan afectar a su salud o seguridad. En relación con esto, contactar al jefe de la clínica y mantenerlo siempre informado sobre las condiciones de la zona y sobre cualquier situación que deba considerarse como amenaza para los niños o el personal del CDI (63).

Historia Clínica Única del Ministerio de Salud Pública

El documento es legal y profesional y recoge todos los datos del paciente. Comienza con una lista de información personal sobre el individuo y su familia, seguida de un historial detallado de eventos médicos pasados y acontecimientos actuales, incluidas quejas, exámenes y resultados de pruebas. También incluye un diagnóstico, investigaciones propuestas, plan de atención y detalles de procedimientos y tratamientos (64). En el Anexo 6 se evidencia uno de los formularios de la historia clínica que utiliza el personal de enfermería.

Norma Técnica de Seguridad del Paciente

El objetivo de esta Norma es seguir eficientemente los lineamientos técnicos en Seguridad del Paciente, como parte integral del control de calidad y efectividad en la prestación de los servicios de salud. Hay un objetivo particular detrás de este enfoque. El propósito fue incrementar las capacidades de los recursos humanos para abordar la seguridad del paciente, de tal manera que reconocieran su importancia para el desarrollo de sus carreras profesionales (65).

Otra función era emplear la mejor evidencia científica para la toma de decisiones. Una función más implicó la creación de una estructura organizativa adecuada y esencial que pueda facilitar la gestión eficiente de la seguridad del paciente dentro de una organización. Por último, la metodología implicará la difusión de metodologías, herramientas e instrumentos técnicos eficaces, de fácil aplicación y necesarios para su implementación (65).

CAPÍTULO III

3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo De Estudio

Nivel. Descriptivo, porque se descompone la variable de estudio según las dimensiones e indicadores que permiten exponer a detalle la problemática (66).

Métodos. Cuantitativo, ya que se utilizó el método numérico y se analizaron los resultados mediante porcentajes y frecuencias (67).

3.2. Diseño

No experimental, porque no se manipuló la variable proceso de enlace de turno de enfermería y seguridad del paciente, en su lugar se realizó una observación desde el enfoque elegido para exponer la problemática según su realidad inmediata (68).

3.2.1. Según el Tiempo

Prospectivo porque se trabajó con datos actuales, recogidos directamente del sujeto de estudio (69).

3.2.2. Según la naturaleza

Transversal porque se trabajó en un área y tiempo específico (70), en este caso es el hospital IESS Ceibos, en el área de medicina interna, teniendo el lapso de tiempo de mayo 2023 a abril 2024.

3.3. Población y Muestra

La población estuvo compuesta por 100 entregas de turno de profesionales e internos de enfermería del área de medicina interna. La muestra fue del 100% de población mediante el tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia,

ya que se seleccionaron a las observaciones participantes según la disponibilidad de tiempo y recursos de los investigadores (71).

3.4. Criterios de inclusión y exclusión

3.4.1. Criterios de inclusión

Entregas de turno de profesionales e internos de enfermería del área de hospitalización de medicina interna, que corresponden a nefrología, cardiología, neurología y traumatología del hospital IESS CEIBOS.

3.4.2. Criterios de inclusión

Entregas de turno de profesionales e internos de enfermería que no pertenezcan al área de medicina interna del hospital IESS CEIBOS.

3.5. Procedimientos para la recolección de la información

Técnica: Observación directa

Instrumento: Matriz de recolección de datos asociada al instrumento de Evaluación de calidad del proceso de enlace de turno de enfermería (7).

3.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

La técnica de procesamiento que se incorporó consistió en una hoja de cálculo de Microsoft Excel y se examinaron en SPSS.

3.7. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos.

En la investigación sobre la evaluación de la calidad del enlace de turno de enfermería en el Hospital IESS Ceibos Norte de Guayaquil, el proceso ético comenzó con la obtención de la información teniendo en cuenta los principios bioéticos de autonomía, beneficencia y no maleficencia; la información se recogió observando el fenómeno directamente en el contexto de estudio.

3.8. Variables generales y operacionalización

Variable general. Proceso de enlace de turno y seguridad del paciente

Tabla 1. Operacionalización de variables

Dimensión	Indicador	Escala
Características laborales y organizativas	Turno	Matutino/Vespertino/Nocturno
	Género	Femenino/Masculino
	Edad	20-30/31-41/42-52/53-63/64 o más
	Cargo	Enfermera(o) cuidado directo/ Enfermera(o) coordinador de área
	Nivel académico	Tercer nivel/Cuarto nivel/Doctorado
	Tiempo en el servicio	Menor a 1 año/2 a 3 años/4 o más
	Elabora informe para el enlace de turno	Si/No
	Lugar de entrega de turno	Junto a la cama del paciente/Central de enfermería/en el pasillo/Cuarto de procedimiento/Hall de descanso
	Número de pacientes a entregar	1 a 5/6 a 11/12 a 17/ más de 18
Duración del enlace de turno	1 a 5 min/6 a 11 min/12 a 17 min/18 o más	
Seguridad del paciente	Identifica al paciente por su nombre	Si/No/ No aplica
	Informa el diagnóstico médico del paciente	
	Informa sobre tipo de dieta o ayuno del paciente	
	Informa el tipo de solución instalada al paciente	

	<p>Revisa dispositivos de identificación</p> <p>Revisa soluciones parenterales instaladas</p> <p>Revisa los accesos vasculares del paciente</p> <p>Revisa funcionamiento de aparatos electro médicos instalados al paciente</p> <p>Informa nivel de riesgo de úlcera por presión</p> <p>Informa nivel de riesgo de caída del paciente</p>	
Intervenciones de enfermería	<p>Informa sobre manejo de oxigenoterapia</p> <p>Informa sobre manejo de eliminación urinaria</p> <p>Informa sobre manejo de eliminación gastrointestinal</p> <p>Informa sobre cuidado de heridas y estomas</p> <p>Informa sobre cuidado de drenajes</p> <p>Informa sobre valoración del dolor</p> <p>Informa sobre control de glucosa</p> <p>Informa sobre control de líquidos</p> <p>Informa sobre control de signos vitales con horario</p>	Si/No/ No aplica
Procedimientos y exámenes programados	Informa sobre procedimientos programados del paciente	Si/No/ No aplica

Informa sobre estudios de laboratorio y de radiología e imagen pendientes del paciente

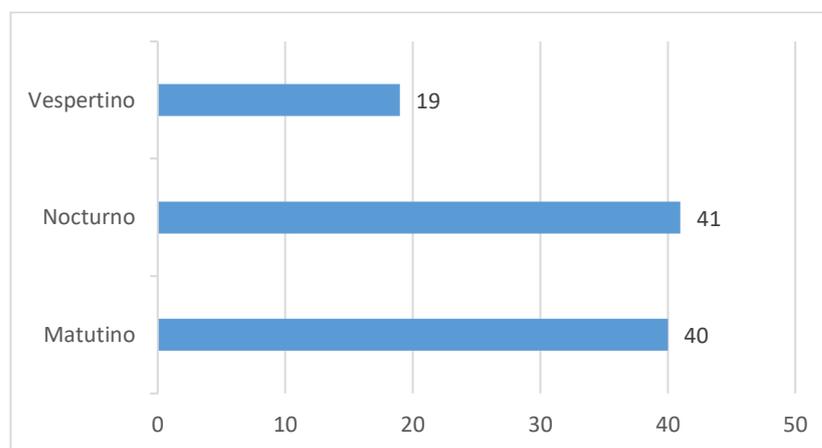
Elaborado por: Alache Maldonado, Paul Andrés y Gómez Pazmiño, Stephany Maylin.

CAPÍTULO IV

4. PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS

Dimensión 1: Características laborales y organizativas

Figura 1. Distribución porcentual de los turnos laborales de los profesionales e internos de enfermería en estudio



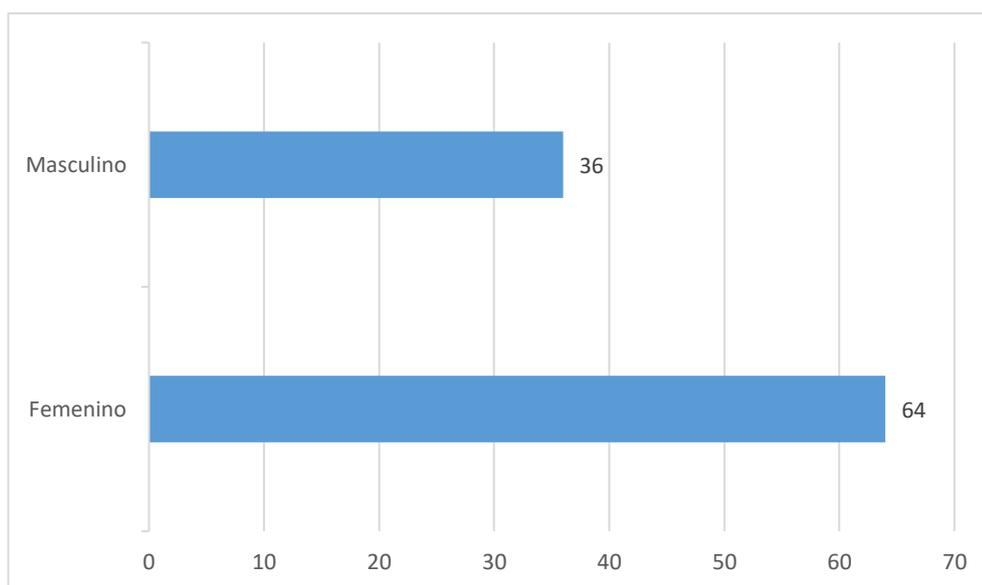
Fuente. Matriz de observación directa de enlaces de turno de enfermería del Hospital IESS Ceibos Norte. Elaborado por. Alache Maldonado, Paul Andrés y Gómez Pazmiño, Stephany Maylin.

Análisis.

Se evidenció que los turnos nocturno y matutino con 41% y 40% fue donde más se realizaron las observaciones de los enlaces de turno, siendo el vespertino el menos frecuente con 19%. Esto refleja que generalmente los cambios de guardia se acoplan a los horarios matutinos y nocturnos porque son cuando mayor cantidad de profesionales ingresan y salen de guardia; además, en estos horarios hubo disponibilidad de los investigadores para recolectar la información.

Uno de los posibles factores, podría ser la fatiga del horario nocturno que merma la capacidad para realizar el proceso de enlace eficaz y eficientemente, otro factor podría ser que surge situaciones de índole personal y por eso el proceso no se puede llevar a cabo debido a la inasistencia o retraso del personal.

Figura 2. Distribución porcentual por género



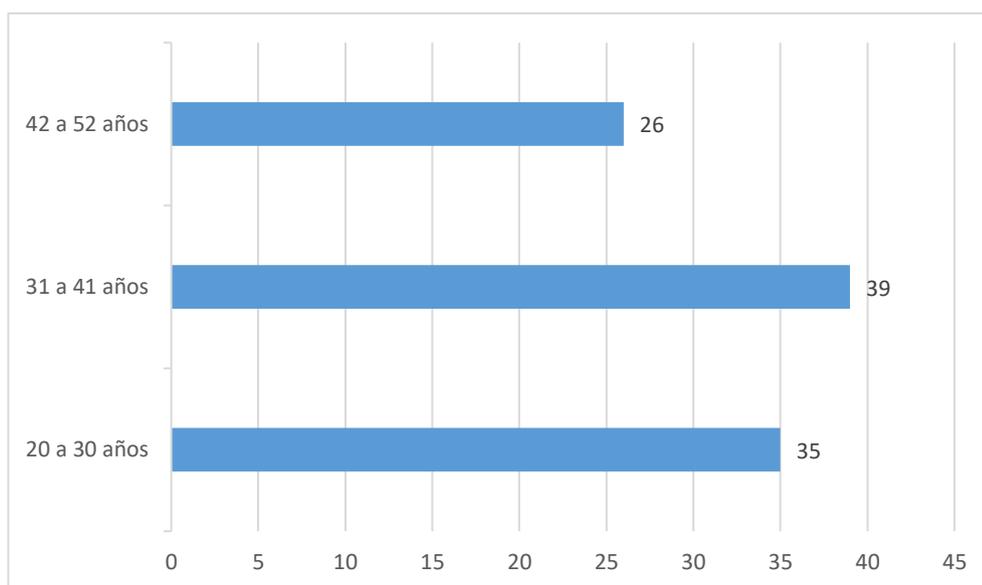
Fuente. Matriz de observación directa de enlaces de turno de enfermería del Hospital IESS Ceibos Norte. Elaborado por. Alache Maldonado, Paul Andrés y Gómez Pazmiño, Stephany Maylin.

Análisis.

En el presente gráfico se evidencia que los profesionales de enfermería de sexo femenino con 64% sobresalieron sobre los masculinos con 36%; esto sugiere que hay una proporción de 2 mujeres enfermeras por cada 3 profesionales de esta rama, la disparidad podría estar vinculada a roles de género tradicionales que históricamente han asociado la enfermería con el trabajo femenino; además, la diferente proporción de género podría tener implicaciones en la dinámica del equipo de enfermería.

Es importante considerar cómo estas diferencias pueden afectar la comunicación, la colaboración y la percepción del paciente sobre la atención de salud. Este fenómeno refleja la necesidad de abordar estereotipos de género y fomentar la diversidad en la profesión de enfermería; la diversidad en el equipo de enfermería podría aportar perspectivas diversas, lo que posiblemente beneficie la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

Figura 3. Distribución porcentual por edad



Fuente. Matriz de observación directa de enlaces de turno de enfermería del Hospital IESS Ceibos Norte. Elaborado por. Alache Maldonado, Paul Andrés y Gómez Pazmiño, Stephany Maylin.

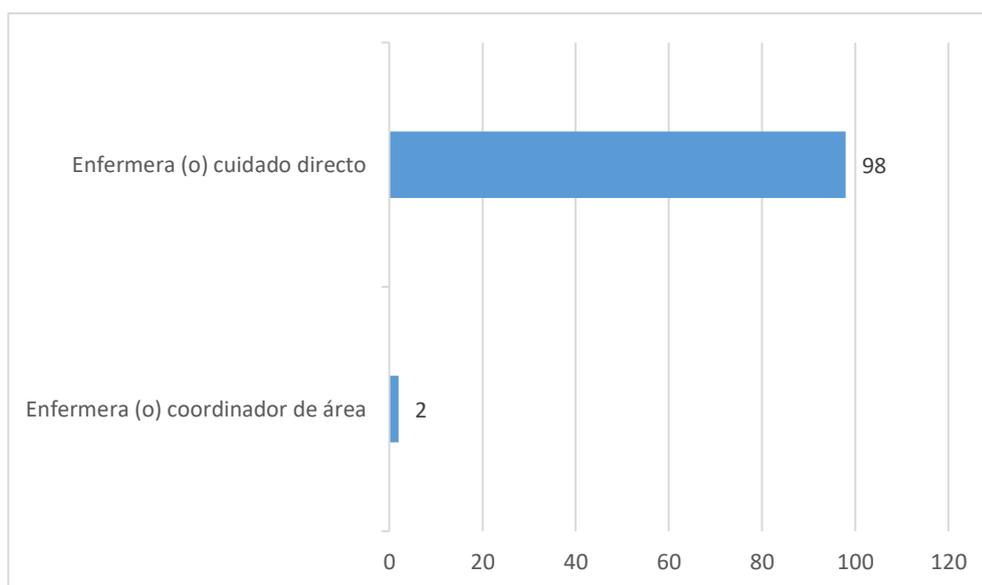
Análisis.

En la distribución por edad, el 39% tuvieron entre 31 a 41 años; seguido del grupo etario de 20 a 30 años con 35%, en este grupo predomina el personal interno, este segmento más joven puede aportar una perspectiva fresca y energía al equipo, aunque también puede enfrentar desafíos asociados con la experiencia limitada, por lo que la combinación de habilidades y perspectivas diversas que influyen en la dinámica del equipo.

Por último, el de 42 a 52 años tuvo una participación de 26%, su experiencia laboral es valiosa en la gestión de situaciones críticas y en la transmisión de conocimientos a generaciones más jóvenes. De modo que, la combinación de experiencia, energía y perspectivas frescas puede contribuir a un entorno de atención equilibrado y centrado en la seguridad del paciente.

La edad del personal de enfermería puede influir en la efectividad del proceso de enlace de turno y en la seguridad del paciente, puesto que diferentes grupos de edad pueden tener enfoques y estilos de comunicación distintos. Por lo tanto, la gestión eficaz de la transición entre turnos requiere de estrategias que tengan en cuenta estas diferencias generacionales.

Figura 4. Distribución porcentual por cargo



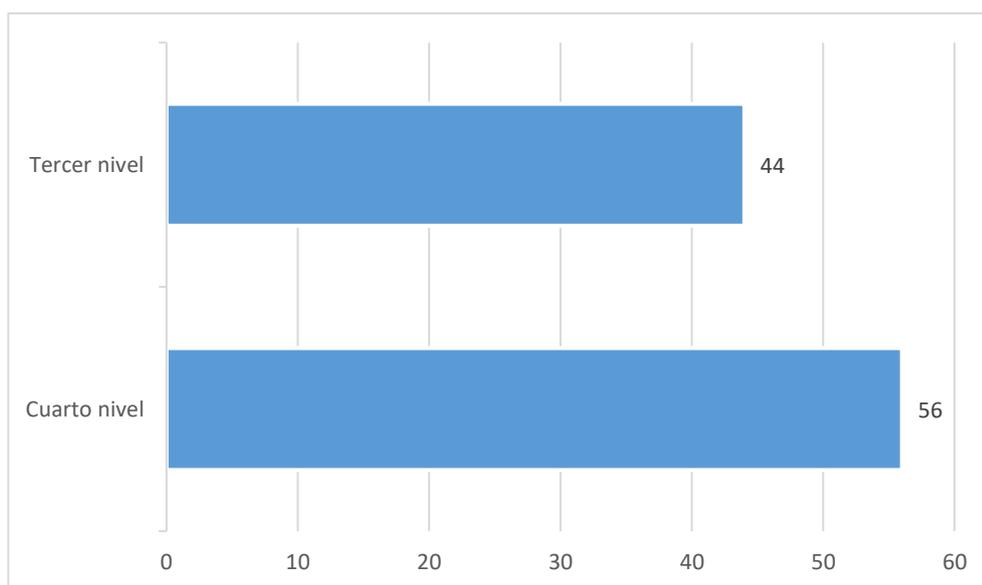
Fuente. Matriz de observación directa de enlaces de turno de enfermería del Hospital IESS Ceibos Norte. Elaborado por. Alache Maldonado, Paul Andrés y Gómez Pazmiño, Stephany Maylin.

Análisis.

En lo que refiere al cargo se obtiene que un 98% de profesionales de salud realizan un cuidado directo o trabajo operativo, mientras que el 2% desempeña un cargo de coordinador de área o administrativo, los profesionales de salud que desempeñan roles de cuidado directo muestran la importancia de la atención práctica y directa al paciente en este contexto, este enfoque refleja la naturaleza central del personal de enfermería y otros profesionales en el cuidado diario y la interacción directa con los pacientes.

El 2% de profesionales que desempeñan roles de coordinador de área indican que la gestión y coordinación son funciones menos comunes en comparación con el cuidado directo, por lo que la mayoría del personal de salud en el área de medicina interna está directamente involucrado en el cuidado del paciente, destacando la importancia de este aspecto en el proceso de enlace de turno y la seguridad del paciente, mientras que el papel de coordinadores de área, aunque pequeño en número, es estratégico y debe ser considerado para lograr una atención coordinada y segura, ya que partes de sus funciones es asegurar que todos los procesos sean debidamente llevados a cabo, tales como identificación del paciente etc.

Figura 5. Distribución porcentual por nivel académico



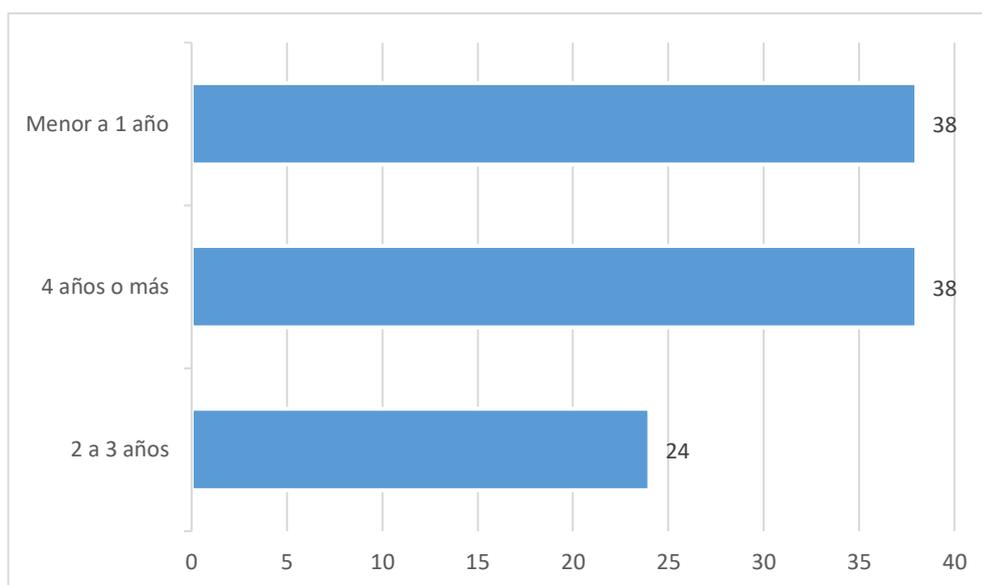
Fuente. Matriz de observación directa de enlaces de turno de enfermería del Hospital IESS Ceibos Norte. Elaborado por. Alache Maldonado, Paul Andrés y Gómez Pazmiño, Stephany Maylin.

Análisis.

En el presente gráfico se evidencia que 56% de las enfermero/as tienen un título de cuarto nivel y en un 44% tienen únicamente su tercer nivel, de los cuales gran parte de este porcentaje es personal interno, lo cual explicaría la carencia de un cuarto nivel, de acuerdo con los resultados destaca un nivel más avanzado de educación en este grupo, esto indica una mayor especialización, conocimientos y habilidades en comparación con aquellos con un tercer nivel académico.

La distribución resalta la relevancia de la formación académica en el área de medicina interna y el proceso de enlace de turno, los profesionales con un cuarto nivel académico evidentemente están aptos para abordar situaciones complejas, promover prácticas basadas en evidencia y contribuir a la seguridad del paciente de manera más integral.

Figura 6. Distribución porcentual por tiempo en el servicio



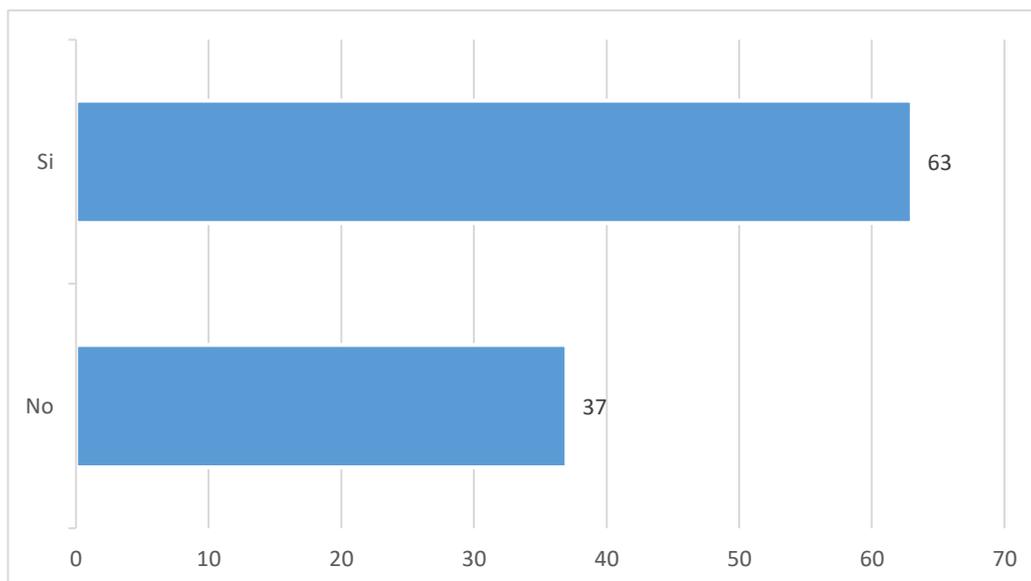
Fuente. Matriz de observación directa de enlaces de turno de enfermería en el área de medicina interna del Hospital IESS Ceibos Norte. Elaborado por. Alache Maldonado, Paul Andrés y Gómez Pazmiño, Stephany Maylin.

Análisis.

El tiempo del servicio tuvo una similitud en los profesionales de salud que tienen menos de un año en un 38% esto reflejaría que este grupo es perteneciente al personal interno, así como los que tienen 4 años o más en un 38%, por otro lado, en un 24% los profesionales que tienen de 2 a 3 años en el servicio, dos de estos resultados destacan un equilibrio relativo en la distribución del tiempo de servicio, la experiencia y el tiempo laborando dentro de la institución lo que probablemente interviene en la dinámica del proceso de enlace de turno.

Los de 2 a 3 años en el servicio representan un grupo significativo, este rango intermedio de experiencia aporta nuevas ideas, así como experiencia acumulada. La distribución del tiempo de servicio en el personal de salud del área de medicina interna presenta un impacto significativo en el proceso de enlace de turno y, por ende, en la seguridad del paciente, la adaptación y la colaboración efectiva entre profesionales con diferentes niveles de experiencia son fundamentales para lograr una transición de turno exitosa y una atención segura y continua.

Figura 7. Distribución porcentual por elaboración de informe para enlace de turno.



Fuente. Matriz de observación directa de enlaces de turno de enfermería en el área de medicina interna del Hospital IESS Ceibos Norte. Elaborado por: Alache Maldonado, Paul Andrés y Gómez Pazmiño, Stephany Maylin.

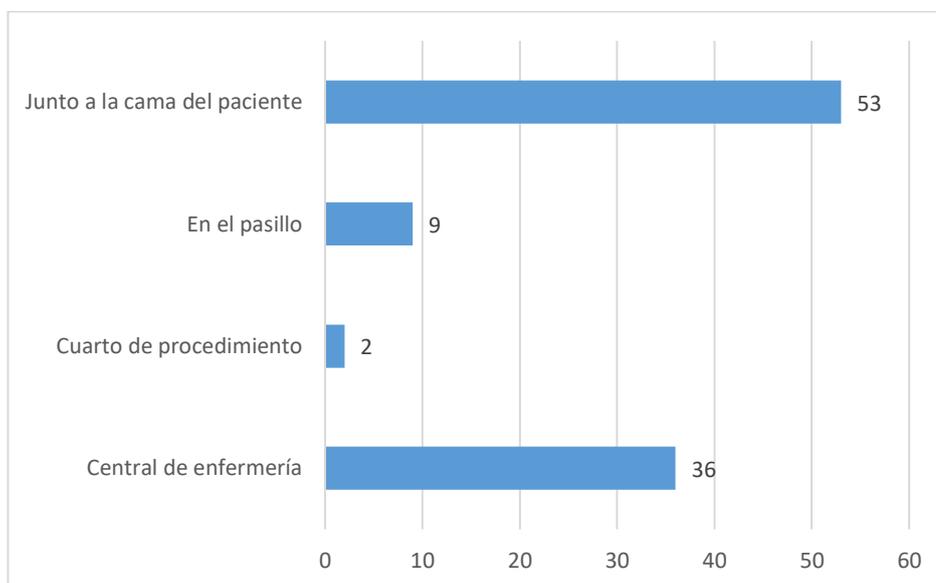
Análisis.

En el presente gráfico se evidencia que en un 63% de profesionales de la salud si elaboran un informe para enlace de turno, mientras que un 37% no realizan el informe, por lo tanto, destaca la importancia atribuida a la comunicación estructurada y la transferencia de información entre turnos, la elaboración de informes es una herramienta que garantiza la persistencia del tratamiento y la protección del paciente.

Los profesionales de la salud que no lo hacen ya que en ocasiones no se dan abasto por la saturación de trabajo esto representa una proporción considerable, e indica diferencias en las prácticas de comunicación y resalta la necesidad de evaluar razones por el incumplimiento de informes en este grupo, la práctica de elaborar informes para el enlace de turno es común en el área de medicina interna, pero la proporción significativa que no lo hace destaca la importancia de comprender las razones detrás de esta variabilidad.

Establecer prácticas estándar y brindar capacitación pueden ser estrategias útiles para mejorar la consistencia y la efectividad del proceso de enlace de turno y a su vez la satisfacción del usuario.

Figura 8. Distribución porcentual por lugar de entrega de turno



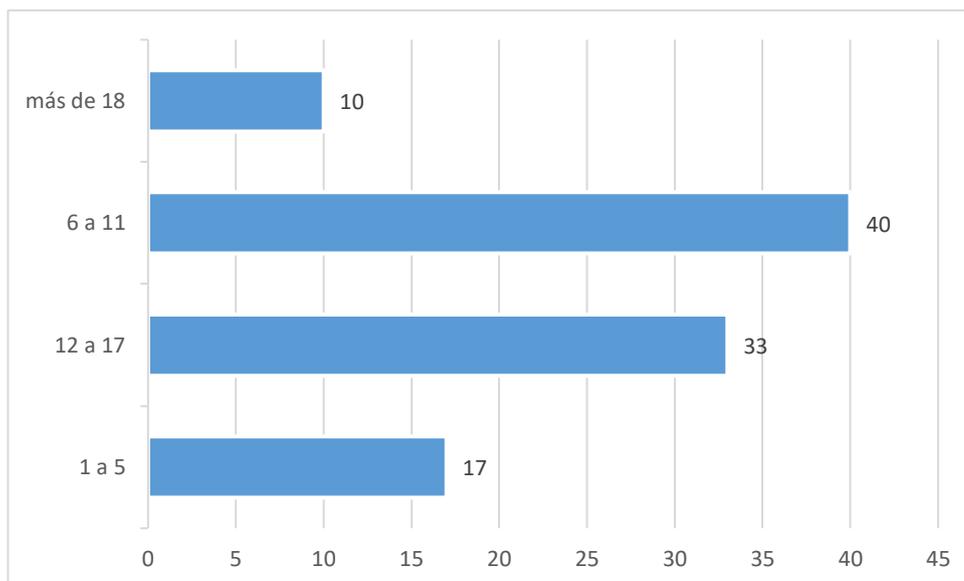
Fuente. Matriz de observación directa de enlaces de turno de enfermería del Hospital IESS Ceibos Norte. Elaborado por. Alache Maldonado, Paul Andrés y Gómez Pazmiño, Stephany Maylin.

Análisis.

En cuanto al lugar de entrega de turno se obtiene que en un mayor porcentaje 53% lo hace junto a la cama del paciente, en un 36% en la central de enfermería porque en ocasiones el personal entrante se retrasa, 9% en el pasillo este porcentaje sacrifica eficacia en el procedimiento con el fin de acelerar el proceso de entrega, y por último con un 2% en el cuarto de procedimiento. Mayor es el porcentaje de los profesionales que entregan el turno junto a la cama del paciente esto afirma la importancia de comunicación directa y la transferencia de información en el lugar donde ocurre la atención directa.

La variabilidad en los lugares de entrega sugiere la necesidad de considerar la privacidad y la concentración durante el enlace de turno. Garantizar un entorno propicio para la comunicación efectiva puede contribuir a una transferencia de información más precisa y completa.

Figura 9. Distribución porcentual por número de pacientes a entregar



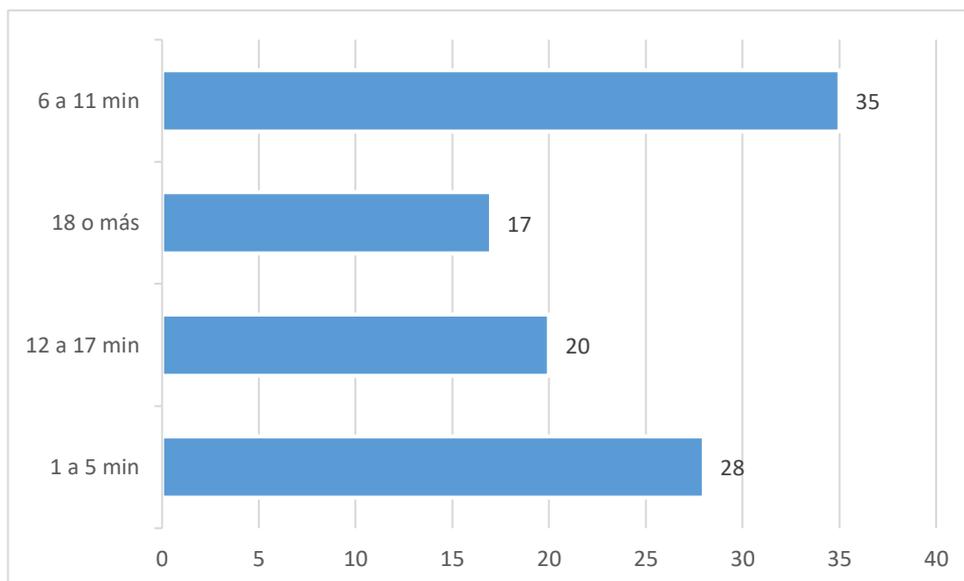
Fuente. Matriz de observación directa de enlaces de turno del personal de enfermería del Hospital IESS Ceibos Norte. Elaborado por. Alache Maldonado, Paul Andrés y Gómez Pazmiño, Stephany Maylin.

Análisis.

En el presente gráfico se evidencia que el número de pacientes a entregar es más frecuente de 6 a 11 que representa un 40%, esto sugiere una carga de trabajo considerable y la necesidad de una gestión eficiente para garantizar la calidad y seguridad del proceso., seguido de 12 a 17 con un 33%, esta cifra considerable destaca la necesidad de un enfoque organizado y una comunicación efectiva durante el enlace de turno, especialmente considerando la cantidad significativa de información que debe transferirse.

Por otra parte, de 1 a 5 pacientes con el 17% y por último más de 18 con un 10%, la información destaca que la mayormente los profesionales de enfermería tiene la responsabilidad de entregar entre 6 y 11 pacientes durante el enlace de turno. El número de pacientes a entregar puede tener un impacto directo en la seguridad del paciente, un enlace de turno efectivo y detallado garantiza la continuidad del cuidado, la comprensión de las necesidades del paciente y la identificación temprana de problemas potenciales.

Figura 10. Distribución porcentual por duración del enlace de turno



Fuente. Matriz de observación directa de enlaces de turno de enfermería del Hospital IESS Ceibos Norte. Elaborado por. Alache Maldonado, Paul Andrés y Gómez Pazmiño, Stephany Maylin.

Análisis.

En el siguiente gráfico acerca de la duración del enlace de turno se evidencia que el 35% lo realiza de 6 a 11 minutos, indica una duración relativamente corta pero significativa este rango de tiempo ofrece un enfoque eficiente y conciso para la transferencia de información, priorizando la relevancia y la brevedad. Por otro lado, un 28% se toma de 1 a 5 minutos destacando una tendencia hacia la eficiencia y la rapidez sacrificando parte del proceso como lo es visitar a cada paciente de manera individual, este ofrece un enfoque más directo y enfocado, posiblemente adecuado para situaciones donde la carga de trabajo o el tiempo disponible son factores críticos, afectando así el proceso de enlace sin ser el adecuado, tomándose 1 min o ½ min por paciente.

Un 20 % realiza esta actividad en un tiempo de 12 a 17 minutos de este modo se obtiene un enfoque más detallado y extenso, posiblemente destinado a asegurar una transferencia de información más completa y detallada y por último un 17% se toma 18 minutos o más para dicha actividad, a elección de la duración depende de factores como la carga de trabajo, la cantidad de información a compartir y la preferencia individual, destacando la importancia

de adaptar el proceso a las necesidades específicas del área de medicina interna del hospital de Guayaquil.

Tabla 2. Características laborales y organizativas

	Indicador	%
Turnos	Vespertino	19%
	Nocturno	41%
	Matutino	40%
Género	Masculino	36%
	Femenino	64%
Edad	20 a 30 años	26%
	31 a 41 años	39%
	42 a 52 años	35%
Cargo	Enfermera(o) de cuidado directo	98%
	Enfermera(o) coordinador de área	2%
Nivel académico	Tercer nivel	44%
	Cuarto nivel	56%
Tiempo en el servicio	Menor a 1 año	38%
	2 a 3 años	24%
	4 años o más	38%
Elabora informe para enlace de turno	Si	63%
	No	37%
Lugar de entrega de turno	Junto a la cama del paciente	53%
	En el pasillo	9%
	Cuarto de procedimiento	2%
	Central de enfermería	36%
Número de pacientes a entregar	Más de 18	10%
	6 a 11	40%
	12 a 17	33%
	1 a 5	17%
Duración del enlace de turno	6 a 11 minutos	35%
	18 o más	17%
	12 a 17 minutos	20%
	1 a 5 minutos	28%

Fuente. Matriz de observación directa de enlaces de turno del personal de enfermería en el área de medicina interna del Hospital IESS Ceibos Norte. Elaborado por. Alache Maldonado, Paul Andrés y Gómez Pazmiño, Stephany Maylin.

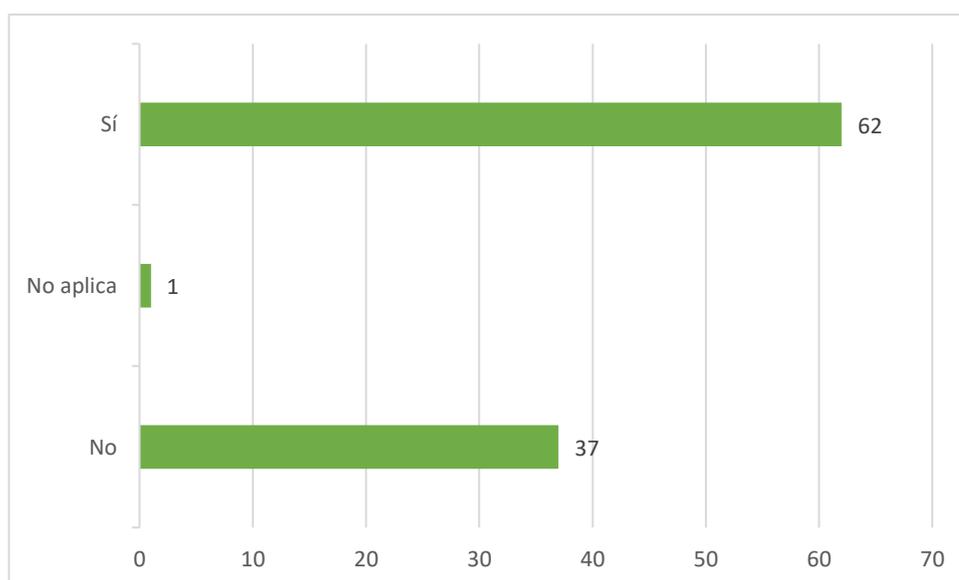
Análisis.

La distribución por turno en que se recogió la observación fue la mayoría el nocturno con 41%, las mujeres destacan con 64%, con edades entre 31 a 41 años con 39%; tienen cuarto nivel el 56%, con experiencia laboral menor a 1 año y 4 años o más, ambos rangos con 38% cada una; 63% sí elaboran informe de enlace de turno, 53% es efectuado junto a la cama del paciente,

40% entrega entre 6 a 11 pacientes por guardia, dura entre 6 a 11 minutos en el 35% de los casos.

Dimensión 2: Seguridad del Paciente

Figura 11. Distribución porcentual por identificación al paciente por su nombre



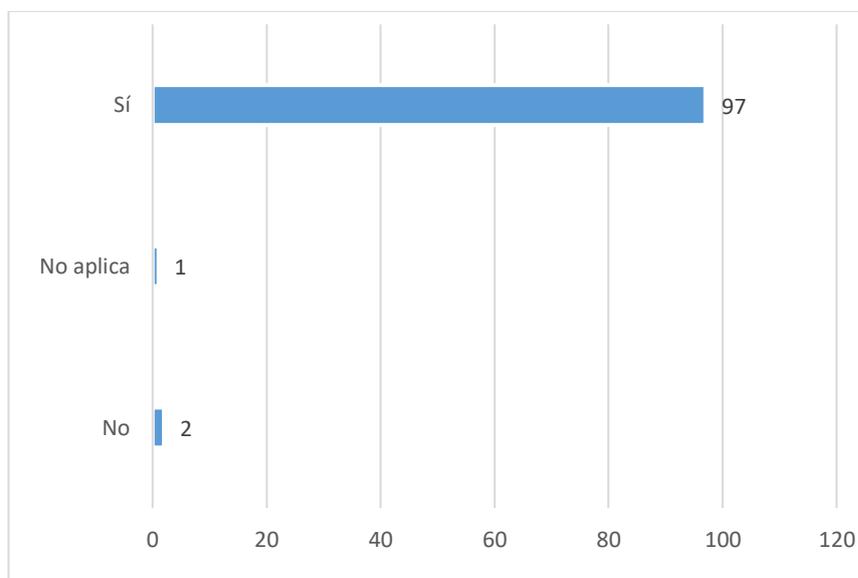
Fuente. Matriz de observación directa de enlaces de turno del Hospital IESS Ceibos Norte. Elaborado por. Alache Maldonado, Paul Andrés y Gómez Pazmiño, Stephany Maylin.

Análisis.

Respecto a la dimensión de seguridad del paciente, 62% si identificaron al paciente por su nombre ya que esta forma parte de los 10 correctos para minimizar errores o eventos adversos en la atención, 37% no podría deberse a que la falta de retentiva combinado con la continua rotación y cambios de los nombres de los pacientes se los identifica por número de cama y 1% no aplicaron este proceso. La identificación precisa es fundamental para asegurar que la información correcta se comparta y que el personal esté consciente de la identidad del paciente.

Es posible que parte de los que no identificaron al paciente por su nombre no estén completamente conscientes de la importancia de este proceso para la seguridad del paciente. También puede deberse a una falta de capacitación o recordatorio sobre las prácticas seguras en el enlace de turno. Adicionalmente, los profesionales de enfermería a menudo enfrentan cargas de trabajo intensas y demandas de tiempo significativas. Esto podría hacer que algunos se centren más en tareas urgentes o procedimientos médicos críticos, descuidando aspectos más simples pero cruciales, como la identificación del paciente por su nombre.

Figura 12. Distribución porcentual por informe del diagnóstico médico al paciente



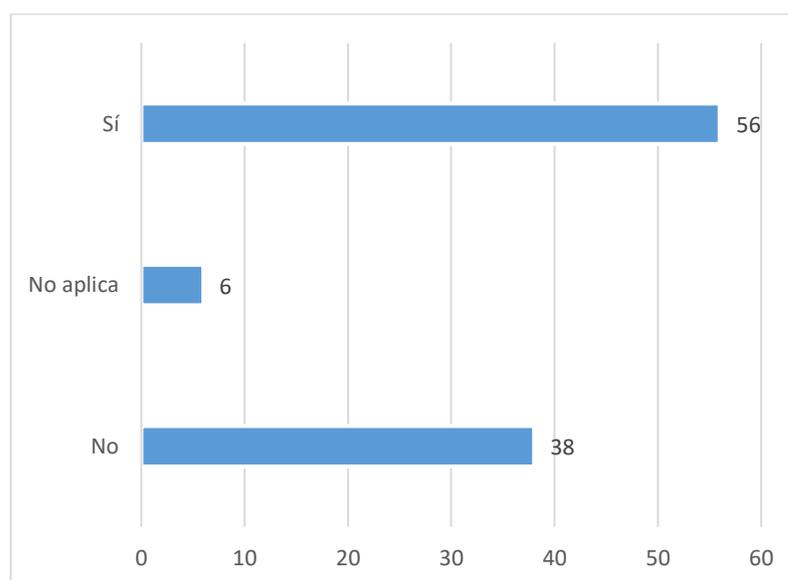
Fuente. Matriz de observación directa de enlaces de turno del Hospital IESS Ceibos Norte. Elaborado por. Alache Maldonado, Paul Andrés y Gómez Pazmiño, Stephany Maylin.

Análisis.

En el 97% de los casos se informó el diagnóstico médico al paciente, lo que evidencia un alto grado de realización de esta actividad, esto indica un fuerte énfasis en la comunicación del diagnóstico médico al paciente; debido a que la institución tiene políticas o protocolos claros que destacan la importancia de informar a los pacientes sobre sus diagnósticos, situación que ha sido internalizada por el personal de enfermería.

Un enfoque centrado en el paciente y la humanización de la atención puede haber llevado a un compromiso más fuerte por parte del personal de enfermería para informar a los pacientes sobre sus diagnósticos, reconociendo el impacto emocional y la necesidad de comprensión. La existencia de sistemas efectivos de retroalimentación y supervisión puede motivar al personal a cumplir con los protocolos establecidos.

Figura 13. Distribución porcentual por identificación sobre tipo de dieta o ayuno del paciente

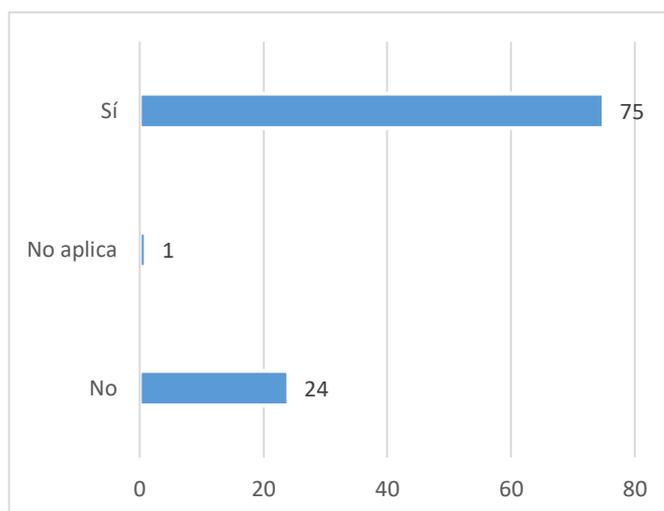


Fuente. Matriz de observación directa de enlaces de turno del personal de enfermería del Hospital IESS Ceibos Norte. Elaborado por. Alache Maldonado, Paul Andrés y Gómez Pazmiño, Stephany Maylin.

Análisis.

En cuanto a la identificación del tipo de dieta o ayuno del paciente, 56% si cumplen, mientras que 38% no cumplen; lo que demuestra que en un poco más de la mitad de los casos los profesionales de enfermería están siguiendo los protocolos y procedimientos establecidos para identificar el tipo de dieta o ayuno del paciente. La presencia o ausencia de sistemas de registro eficientes y tecnología puede influir en su aplicabilidad; si existen herramientas tecnológicas que facilitan la documentación precisa del tipo de dieta, es más probable que se cumpla, sin embargo, herramientas como el censo brindan tal ayuda que muchos profesionales dan por hecho que se está haciendo la gestión de las dietas correctamente.

Figura 14. Distribución porcentual por información del tipo de solución instalada al paciente



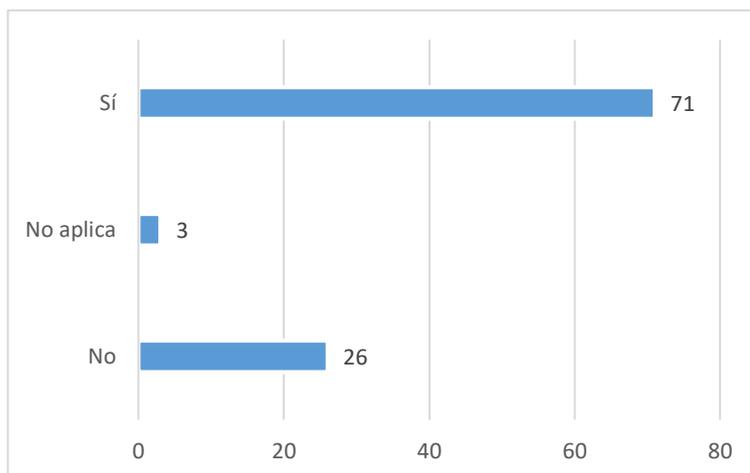
Fuente. Matriz de observación directa de enlaces de turno del personal de enfermería del Hospital IESS Ceibos Norte. Elaborado por. Alache Maldonado, Paul Andrés y Gómez Pazmiño, Stephany Maylin.

Análisis.

El 75% de las observaciones evidenciaron que las enfermeras sí informan el tipo de solución administrada al paciente, seguido de 24% que no realiza esta actividad debido al exceso de actividades por realizar en el turno. La institución tiene una responsabilidad importante por tener políticas que destaquen la importancia de esta comunicación para garantizar la seguridad del paciente.

La transparencia en la información sobre el tratamiento administrado contribuye a la confianza del paciente y refleja un compromiso con la seguridad. Además, la conciencia de las posibles consecuencias de no informar adecuadamente el tipo de solución administrada puede ser un motivador. De modo que, la comprensión de que esta información es importante para el seguimiento del tratamiento y la seguridad del paciente puede influir en el comportamiento del personal.

Figura 15. Distribución porcentual por revisión de dispositivos de identificación



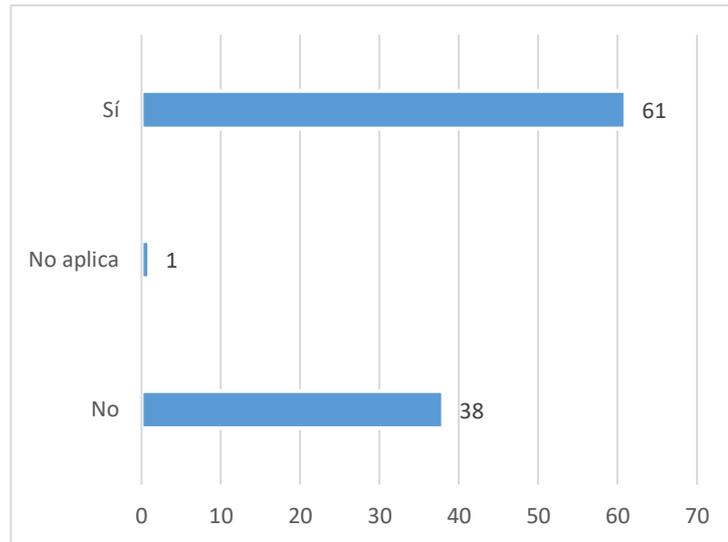
Fuente. Matriz de observación directa de enlaces de turno del personal de enfermería del Hospital IESS Ceibos Norte. Elaborado por. Alache Maldonado, Paul Andrés y Gómez Pazmiño, Stephany Maylin.

Análisis.

En el 71% de los casos los enfermeros revisaron dispositivos que contenían la identificación del paciente, mientras que 26% no cumplían con esta función por el exceso de tareas a realizar en el área y optimización de tiempo. El hecho de que la mayoría de los enfermeros revisaron dispositivos que contenían la identificación del paciente es positivo, pues indica que el personal de enfermería está consciente de la importancia de verificar la identificación del paciente en los dispositivos que utilizan.

Existen barreras que impiden que se desarrolle totalmente esta y otras actividades como la carga de trabajo, falta de conciencia sobre la importancia de esta actividad o la necesidad de una capacitación adicional. Los errores en este aspecto pueden llevar a administraciones incorrectas de medicamentos, tratamientos o procedimientos, lo que podría tener consecuencias adversas para la salud del paciente.

Figura 16. Distribución porcentual por revisión de soluciones parenterales instaladas



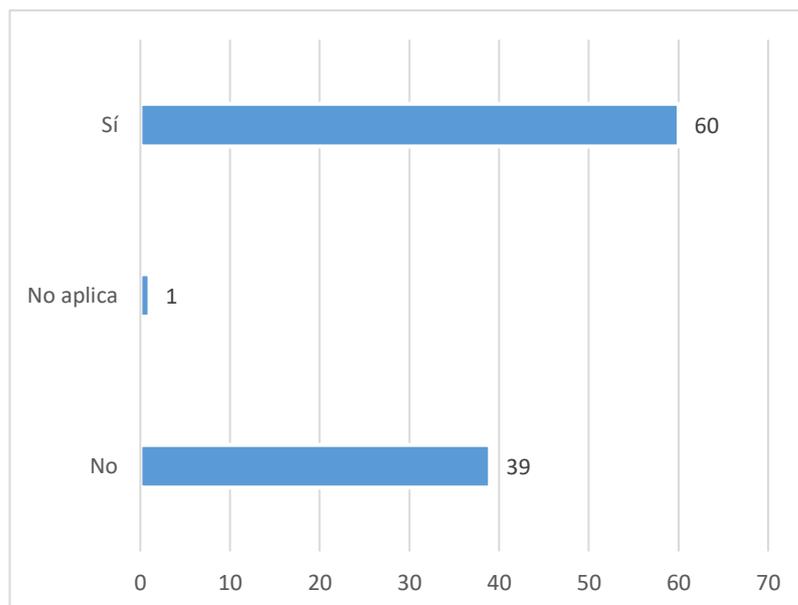
Fuente. Matriz de observación directa de enlaces de turno del Hospital IESS Ceibos Norte. Elaborado por. Alache Maldonado, Paul Andrés y Gómez Pazmiño, Stephany Maylin.

Análisis.

En el 61% de las observaciones, los enfermeros sí revisaron las soluciones parenterales instaladas ya que verifican que este colocado lo que esta prescrito y así se evite un evento adverso, donde 38% no realizaron esta actividad. Los motivos por los cuales existe una importante cantidad de profesionales que no realizaron esta actividad son generalmente la falta de consciencia de esta actividad, pues en ocasiones no se fija el goteo oportunamente para que las soluciones acaben según lo planificado.

La carga de trabajo intensa y las demandas operativas pueden afectar la capacidad de los enfermeros para realizar todas las actividades de manera adecuada y exhaustiva. En entornos con alta demanda, los profesionales de enfermería pueden sentir presión para acelerar ciertos procesos, lo que puede afectar la realización de tareas de verificación. Además, suele afectar la comunicación o coordinación entre profesionales del mismo turno, falta de recursos, así como cultura organizacional.

Figura 17. Distribución porcentual por revisión de los accesos vasculares del paciente

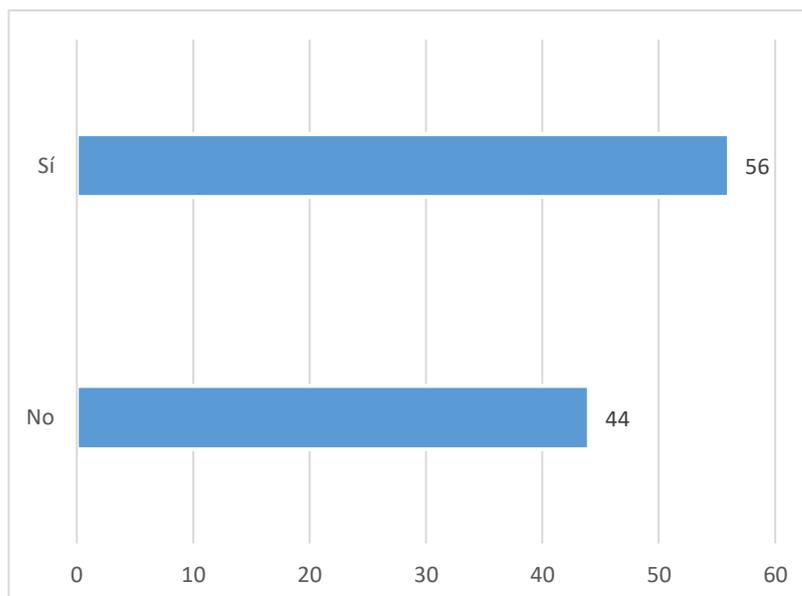


Fuente. Matriz de observación directa de enlaces de turno del Hospital IESS Ceibos Norte. Elaborado por. Alache Maldonado, Paul Andrés y Gómez Pazmiño, Stephany Maylin.

Análisis.

El 60% sí revisó los accesos vasculares del paciente, como vías periféricas y centrales ya que en caso de haber algún evento adverso relacionado a estos se podría notificar al instante o corregir la falla del profesional responsable de manera oportuna, mientras que 39% no lo hicieron por exceso de confianza entre colegas en el área. En situaciones de alta carga de trabajo, algunos profesionales de enfermería pueden percibir que otras tareas son más urgentes y esenciales, relegando la revisión de accesos vasculares a un segundo plano. La percepción de la prioridad de ciertas actividades puede afectar la consistencia en la realización de procedimientos de seguridad. Además, la ausencia de protocolos claros o la inconsistencia en los procedimientos establecidos pueden contribuir a la variabilidad en las prácticas.

Figura 18. Distribución porcentual por revisión del funcionamiento de aparatos electromédicos instalados al paciente

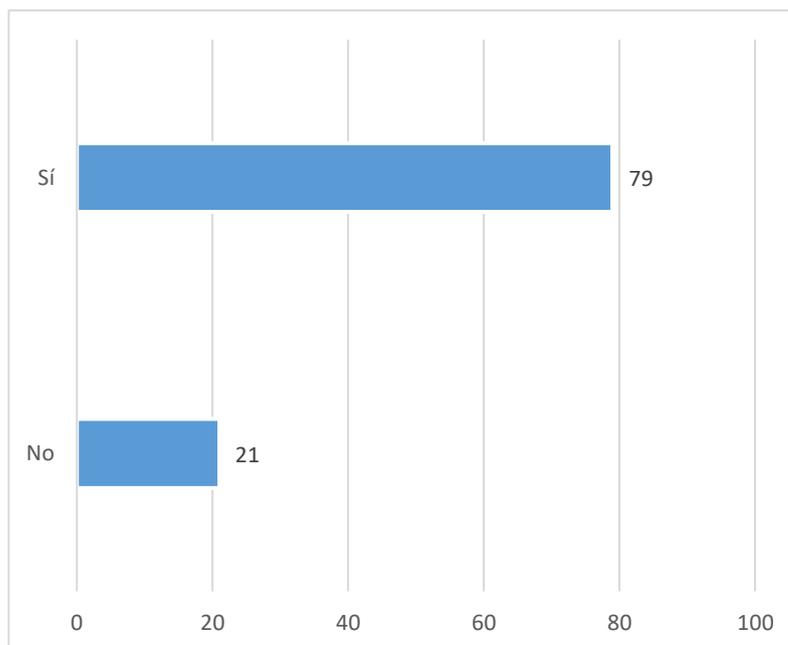


Fuente. Matriz de observación directa de enlaces de turno en el área de medicina interna del Hospital IESS Ceibos Norte. Elaborado por. Alache Maldonado, Paul Andrés y Gómez Pazmiño, Stephany Maylin.

Análisis.

El 56% sí revisaban el funcionamiento de aparatos electromecánicos instalados en el paciente para asegurarse de que las dosis de los medicamentos y las demás indicaciones sean las correctas etc. Mientras que 44% no lo hacía; en este caso se observa que no se realizaba tiene un porcentaje elevado llegando casi a representar la mitad de la muestra. Puede ser que algunos profesionales de la salud no estén completamente conscientes de la importancia de revisar el funcionamiento de los aparatos electromecánicos instalados en los pacientes. La falta de comprensión sobre los riesgos asociados con el mal funcionamiento de estos dispositivos contribuye a la baja realización.

Figura 19. Distribución porcentual por informe del nivel de riesgo de úlcera por presión

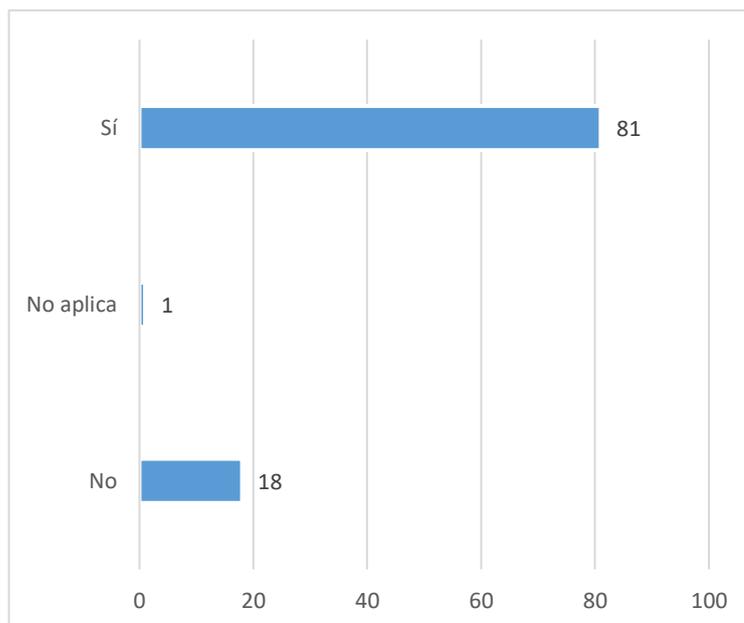


Fuente. Matriz de observación directa de enlaces de turno del personal de enfermería del Hospital IESS Ceibos Norte. Elaborado por. Alache Maldonado, Paul Andrés y Gómez Pazmiño, Stephany Maylin.

Análisis.

El 79% de las observaciones evidenció que los enfermeros sí informaron el nivel de riesgo de úlcera por presión, por otra parte, el 21% no cumplió con esta actividad. Este indicador demuestra que la mayoría de los profesionales, prácticamente 4 de cada 5 enfermeros realizan esta actividad, entonces, es importante fortalecer estas actividades. Si existe falta de uniformidad en la aplicación de escalas de evaluación de riesgo o si los enfermeros no están completamente familiarizados con estas herramientas, podría haber discrepancias en la comunicación del riesgo.

Figura 20. Distribución porcentual por informe del nivel de riesgo de caída del paciente

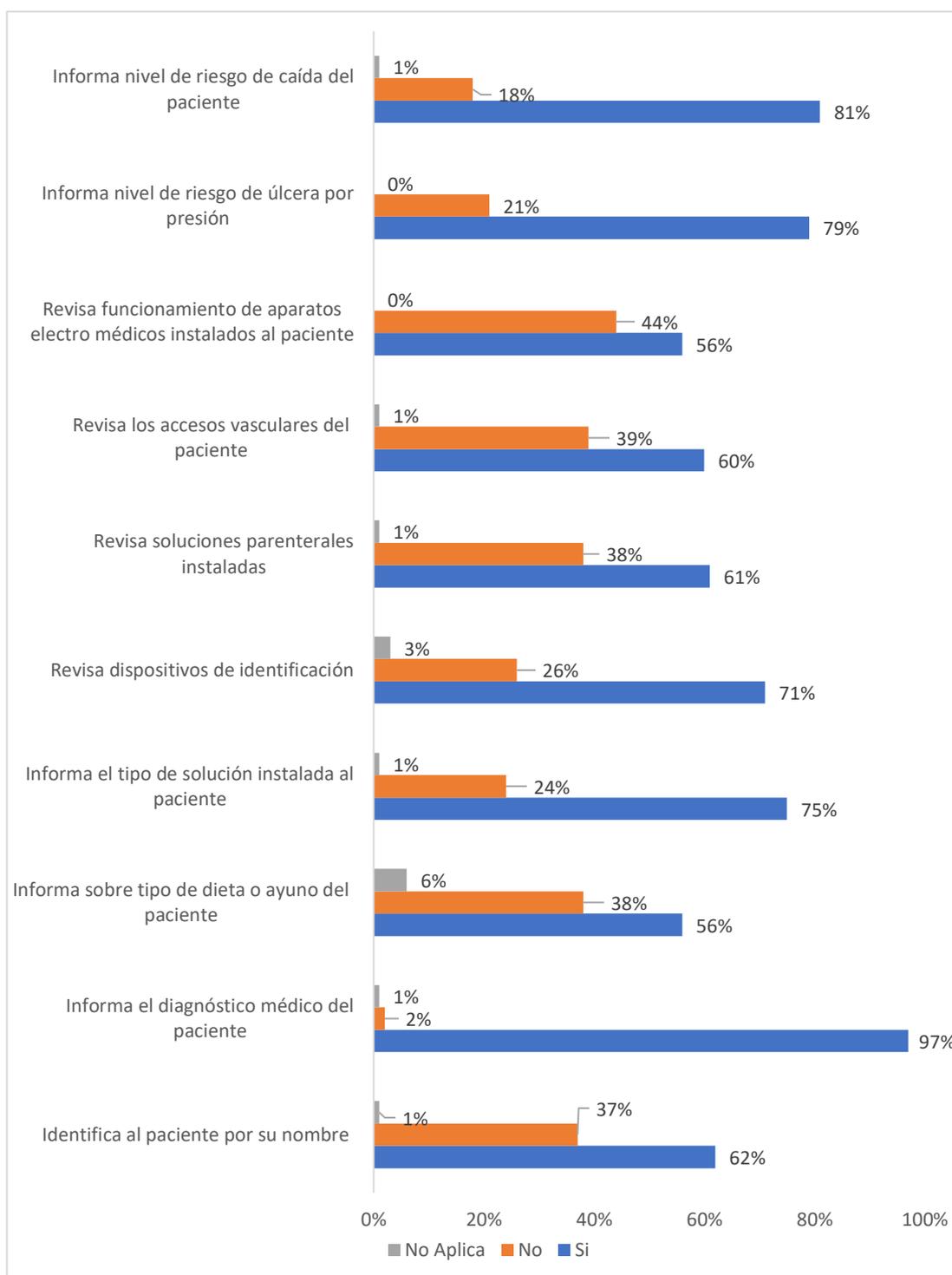


Fuente. Matriz de observación directa de enlaces de turno del Hospital IESS Ceibos Norte. Elaborado por. Alache Maldonado, Paul Andrés y Gómez Pazmiño, Stephany Maylin.

Análisis.

El 81% de los enfermeros informaron el nivel de riesgo de caída del paciente, mientras que 18% no cumplieron esta actividad ya que esta actividad está relacionada más con los auxiliares de enfermería, ellos son los encargados de realizar esta tarea. Al igual que el indicador anterior, esta actividad tiene un alto grado de aplicabilidad; desde esta perspectiva, la variabilidad en la forma en que se evalúa el riesgo de caídas puede influir en los resultados. Si hay falta de uniformidad en la aplicación de escalas de evaluación de riesgo o si los enfermeros no están completamente familiarizados con estas herramientas, se presentan discrepancias en la comunicación del riesgo.

Figura 21. Dimensión 2 – Seguridad del Paciente



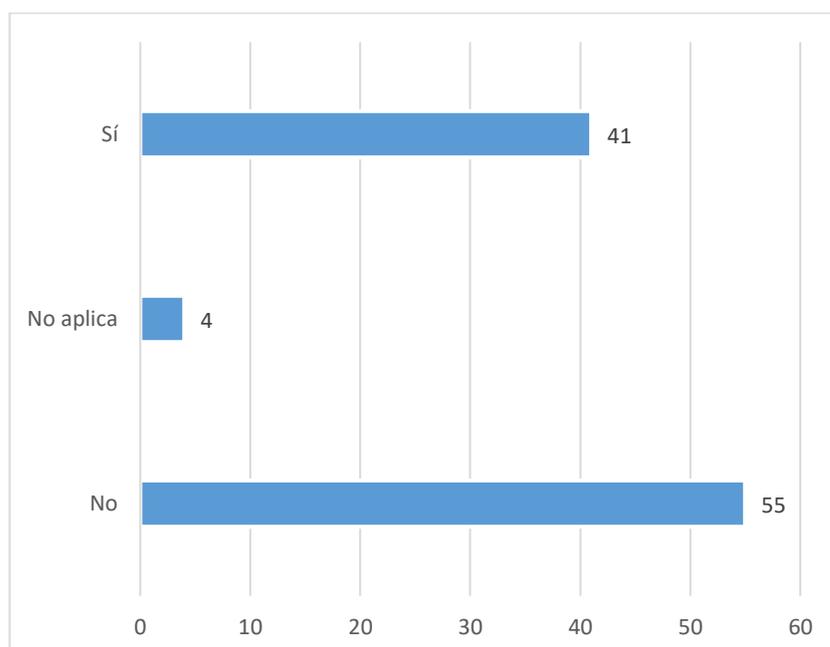
Fuente. Matriz de observación directa de enlaces de turno del personal de enfermería del Hospital IESS Ceibos Norte. Elaborado por. Alache Maldonado, Paul Andrés y Gómez Pazmiño, Stephany Maylin.

Análisis:

En la dimensión seguridad del paciente, la escala sí tuvo un promedio de 70%, la escala no de 28% y la escala no aplica de 2%.

Dimensión 3: Intervenciones de enfermería

Figura 22. Distribución porcentual por informe sobre el manejo de oxigenoterapia

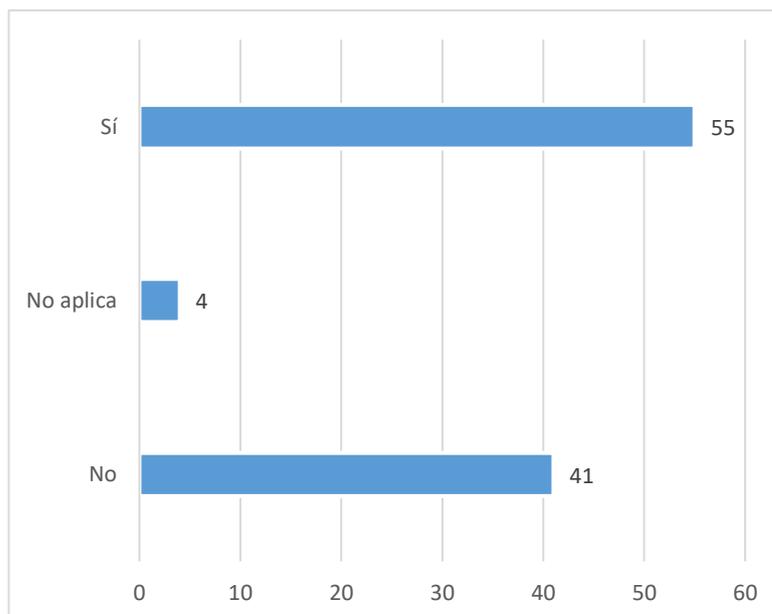


Fuente. Matriz de observación directa del Hospital IESS Ceibos Norte. Elaborado por. Alache Maldonado, Paul Andrés y Gómez Pazmiño, Stephany Maylin.

Análisis.

El 55% de los enfermeros no informaron sobre el manejo de oxigenoterapia debido a la poca frecuencia de cambios en las terapias de oxígeno mayormente se informa cuando hay algún cambio, mientras que 41% sí cumplieron con esta actividad. Este indicador se ve especialmente afectado, puesto que no en todos los pacientes se requería el uso de ventilación asistida, por lo que el alto índice de no realizado fue porque no había la necesidad de especificar esos detalles sino los más importantes de acuerdo con cada caso.

Figura 23. Distribución porcentual por informe sobre el manejo de eliminación urinaria

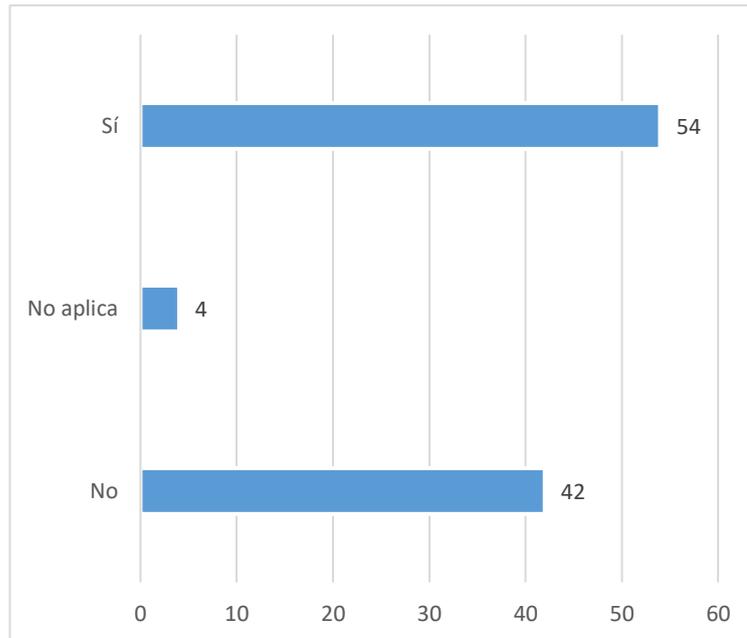


Fuente. Matriz de observación directa de enlaces de turno del personal del Hospital IESS Ceibos Norte. Elaborado por. Alache Maldonado, Paul Andrés y Gómez Pazmiño, Stephany Maylin.

Análisis.

El 55% de los enfermeros sí informaron sobre el manejo de la eliminación urinaria, mientras que 41% no lo hicieron podría deberse a que los valores están graficados en el balance hídrico; a pesar que más de la mitad de las observaciones reflejaron un valor positivo, es preocupante que cerca de la mitad de los enfermeros no comunicaran esta actividad, siendo una de las más básicas en el área de medicina, en pacientes que generalmente presentan balance hídrico, ingestas y excretas.

Figura 24. Distribución porcentual por informe sobre el manejo de eliminación gastrointestinal

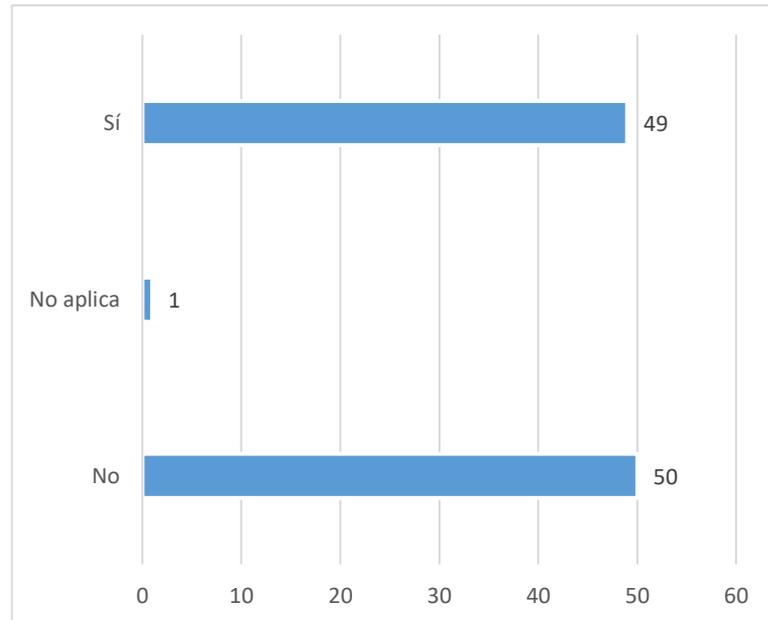


Fuente. Matriz de observación directa de enlaces de turno del personal del Hospital IESS Ceibos Norte. Elaborado por. Alache Maldonado, Paul Andrés y Gómez Pazmiño, Stephany Maylin.

Análisis.

El 54% de los enfermeros sí comunicaron acerca del manejo de eliminación gastrointestinal, mientras que 42% no cumplieron con esta actividad. Esta actividad es particularmente importante en pacientes que presentan alteraciones a nivel gastrointestinal, los mismos que suelen estar en el área de medicina interna. Los motivos que pueden condicionar el alto índice de no realizado, es por priorizar la comunicación de aspectos más relevantes.

Figura 25. Distribución porcentual por informe sobre el cuidado de heridas y estomas

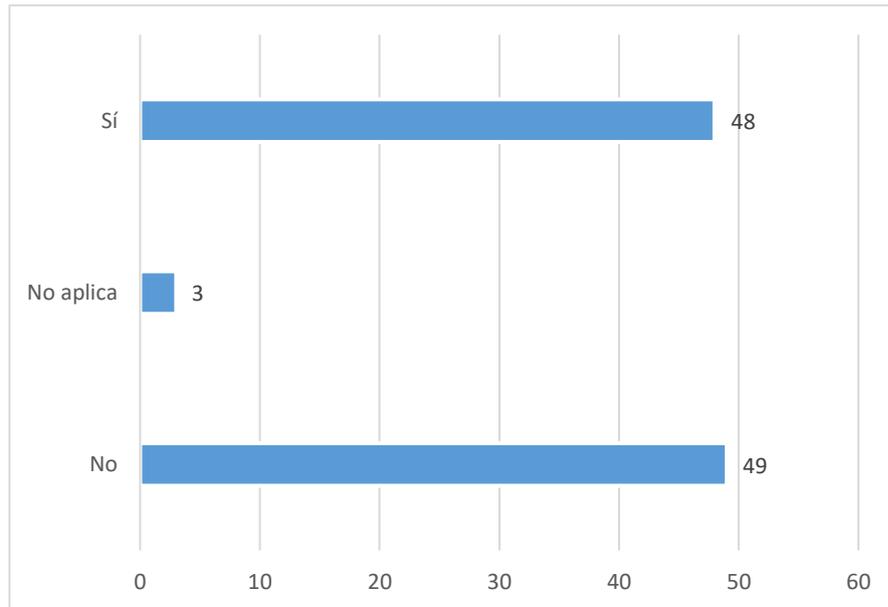


Fuente. Matriz de observación directa de enlaces de turno del Hospital IESS Ceibos Norte. Elaborado por. Alache Maldonado, Paul Andrés y Gómez Pazmiño, Stephany Maylin.

Análisis.

El 50% de los enfermeros no informaron sobre cuidado de heridas y estomas, mientras que 49% sí cumplieron con esta actividad. Esta acción enfermera se precisa cuando los pacientes tienen una lesión que requiere de curaciones, se aprecia que no se informa sobre el cuidado de las heridas y estomas, porque únicamente se manifiestan breves detalles del estado de salud del paciente, más el tiempo no abastece para especificar detalles de este tipo.

Figura 26. Distribución porcentual por informe sobre el cuidado de drenajes

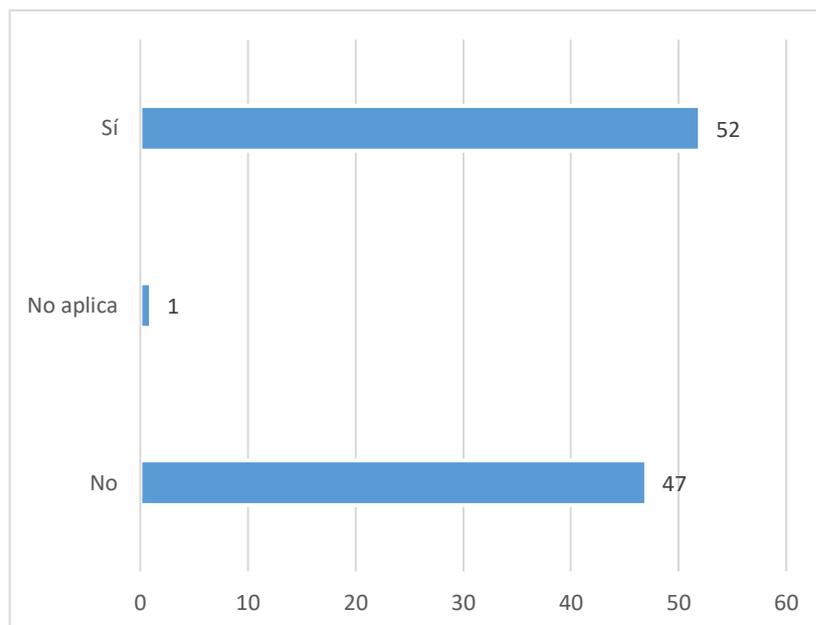


Fuente. Matriz de observación directa de enlaces de turno del personal del área de medicina interna del Hospital IESS Ceibos Norte. Elaborado por. Alache Maldonado, Paul Andrés y Gómez Pazmiño, Stephany Maylin.

Análisis.

El 49% de los enfermeros no informaron sobre cuidado de drenajes, mientras que 48% sí lo hicieron; esta práctica refleja que durante el cambio de turno, el proceso no está bien esquematizado y se obvian detalles como los mencionados en la mayoría de los casos.

Figura 27. Distribución porcentual por informe sobre la valoración del dolor

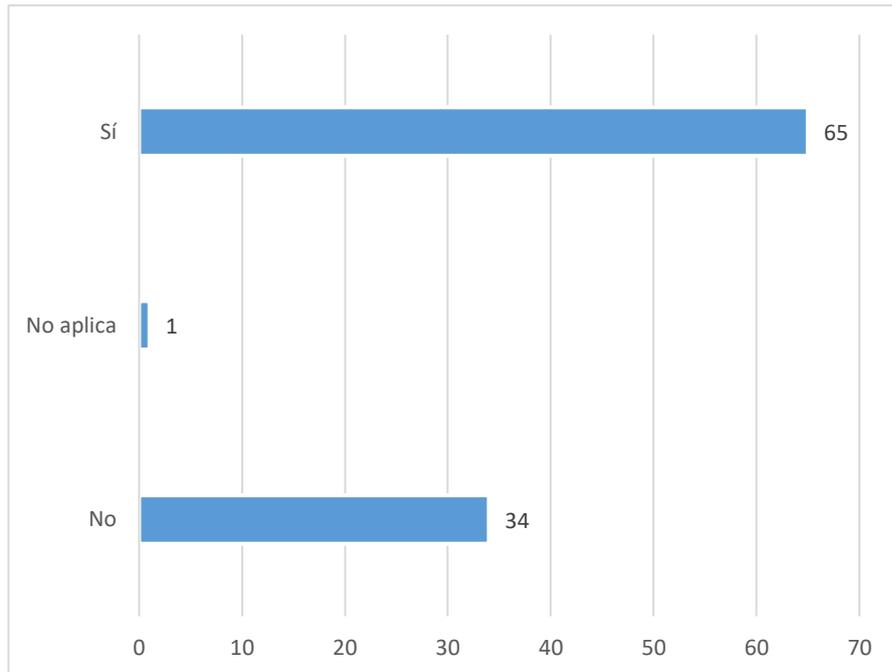


Fuente. Matriz de observación directa de enlaces de turno, del Hospital IESS Ceibos Norte. Elaborado por. Alache Maldonado, Paul Andrés y Gómez Pazmiño, Stephany Maylin.

Análisis.

El 52% de las observaciones ejecutadas a los enfermeros evidenciaron que sí informan sobre la valoración dolor practicada al paciente, para medir a la vez su nivel de confort y efecto de los analgésicos administrados, mientras que 47% no cumple con esta actividad. La carga de trabajo intensa o la presión de tiempo pueden afectar la capacidad de los enfermeros para realizar todas las tareas de manera completa y oportuna. Priorizar ciertas actividades sobre otras puede ser una razón por la cual algunos enfermeros no informan consistentemente sobre la valoración del dolor.

Figura 28. Distribución porcentual por informe sobre el control de glucosa

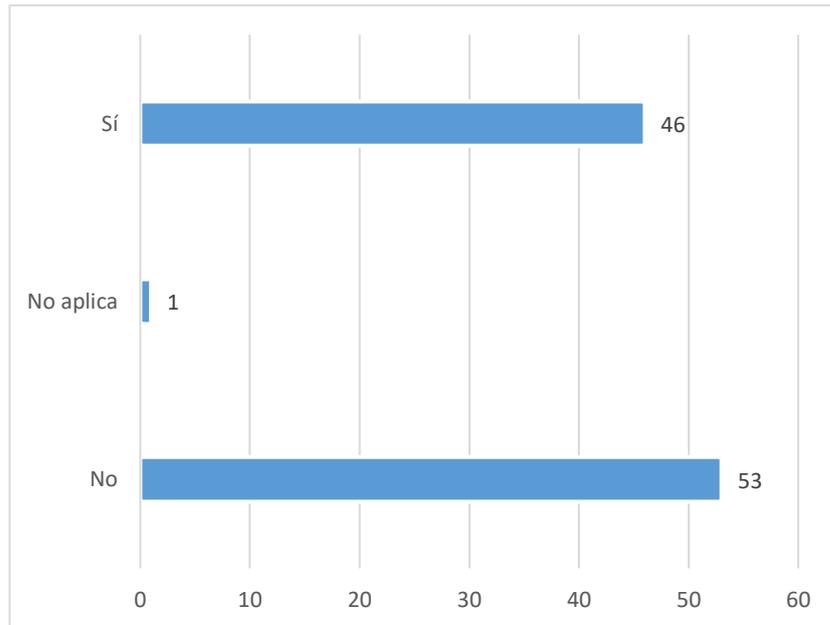


Fuente. Matriz de observación directa de enlaces de turno del Hospital IESS Ceibos Norte. Elaborado por. Alache Maldonado, Paul Andrés y Gómez Pazmiño, Stephany Maylín.

Análisis.

En el 65% de los casos, los enfermeros sí informaron sobre el control de glucosa, mientras que en el 34% no se realizó esta actividad. El control de la glicemia es importante en áreas como medicina interna, ya que aquí están pacientes hemodinámicamente inestables, los cuales requieren de valoración constante de estos indicadores que evalúen su progreso y pronóstico próximo; por tal motivo, esta actividad presenta ligeramente más de opción sí que las mencionadas anteriormente.

Figura 29. Distribución porcentual por informe sobre el control de líquidos

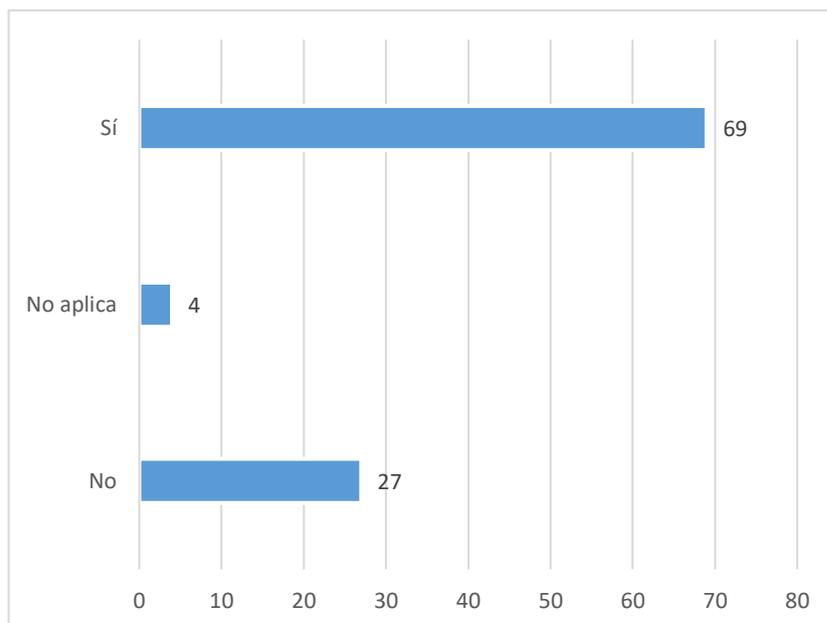


Fuente. Matriz de observación directa de enlaces de turno del Hospital IESS Ceibos Norte. Elaborado por. Alache Maldonado, Paul Andrés y Gómez Pazmiño, Stephany Maylín.

Análisis.

El 53% de los enfermeros no informan sobre el control de líquidos en el paciente; nuevamente, hay un valor elevado de no realizado en lo que respecta a esta actividad; cabe destacar que este procedimiento es básico e importante para hemodinamia del paciente, situación que precisa mencionarse durante los pases de guardia y registrados en el balance hídrico.

Figura 30. Distribución porcentual por informe sobre el control de signos vitales con horario

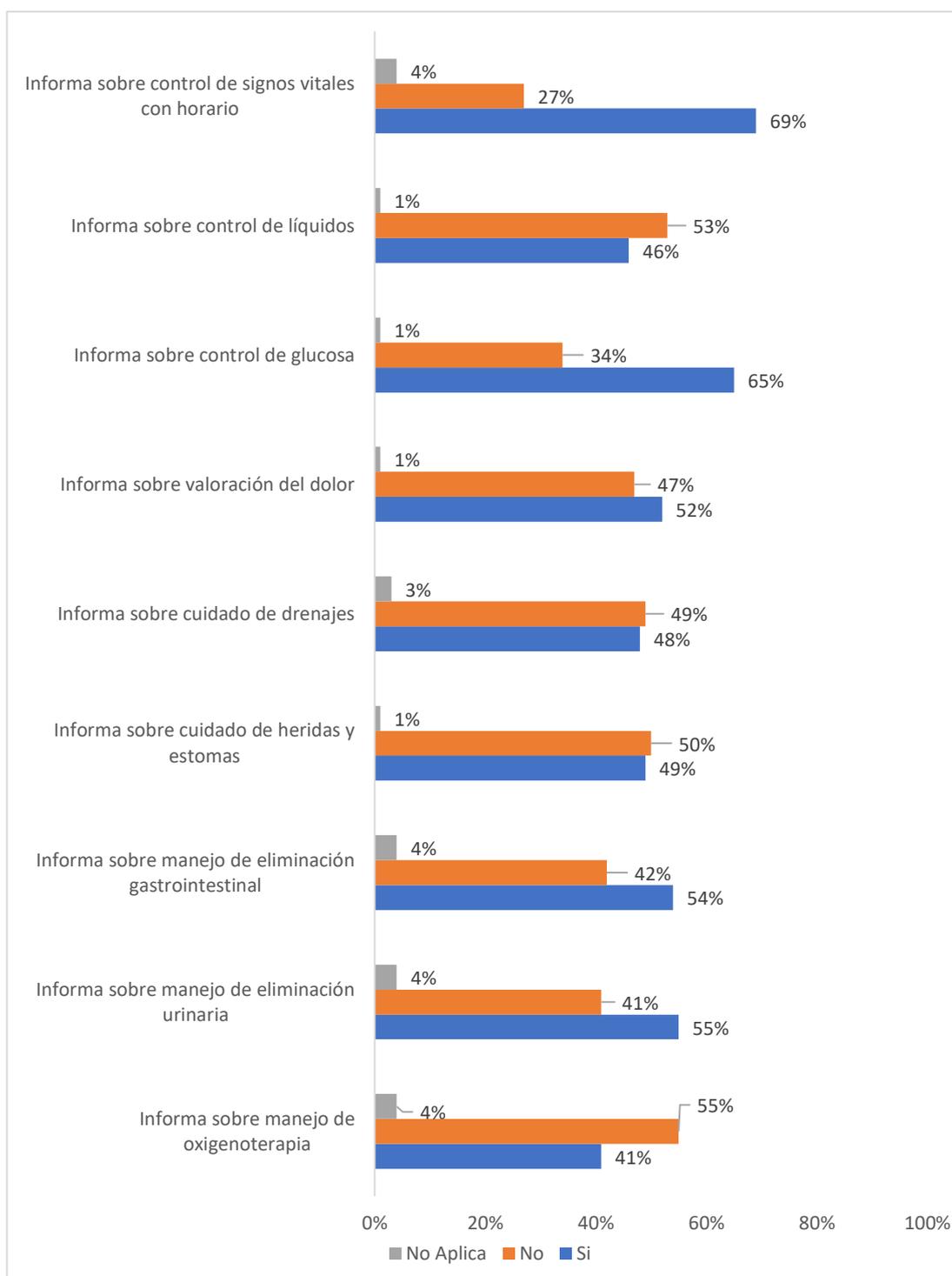


Fuente. Matriz de observación directa de enlaces de turno del personal de enfermería en el Hospital IESS Ceibos Norte. Elaborado por. Alache Maldonado, Paul Andrés y Gómez Pazmiño, Stephany Maylín.

Análisis.

El 69% de las observaciones registró que los enfermos sí informaron sobre control de signos vitales con horarios específicos a los turnos entrantes, de esta actividad se encargan los auxiliares de enfermería, donde 27% no cumplieron con esta actividad. El control de signos es una actividad fundamental y esencial dentro de la atención al paciente, especialmente en pacientes con cuadros complejos y con alto porcentaje de riesgo de alteraciones en presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, etc.

Figura 31. Dimensión 3 – Intervenciones de Enfermería



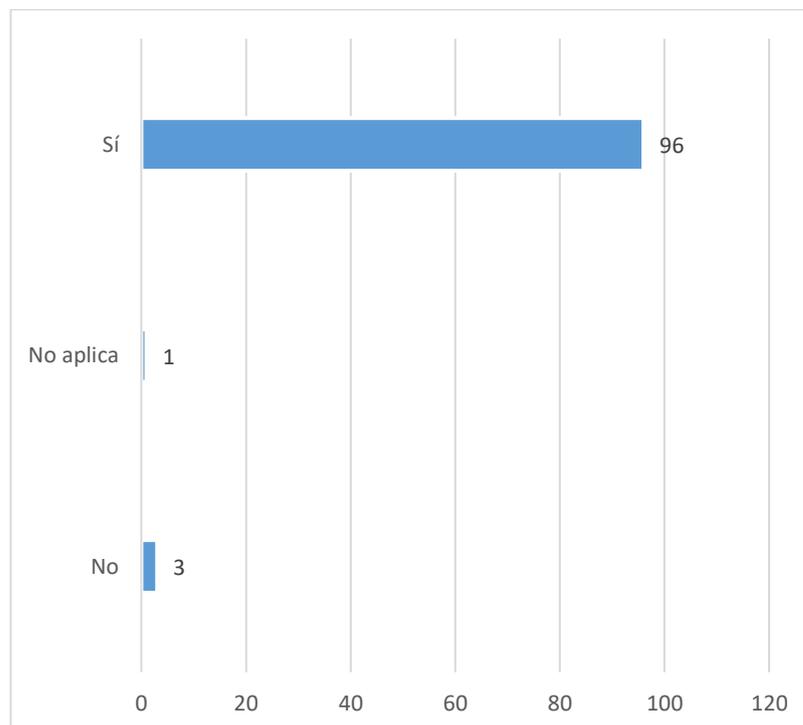
Fuente. Matriz de observación directa de enlaces de turno del Hospital IESS Ceibos Norte. Elaborado por. Alache Maldonado, Paul Andrés y Gómez Pazmiño, Stephany Maylin.

Análisis.

La dimensión intervenciones de enfermería, tuvo un promedio en la escala sí de 53%, la escala no tuvo 44% y la escala no aplica 3%.

Dimensión 4: Procedimientos y exámenes

Figura 32. Distribución porcentual por informe sobre los procedimientos programados del paciente

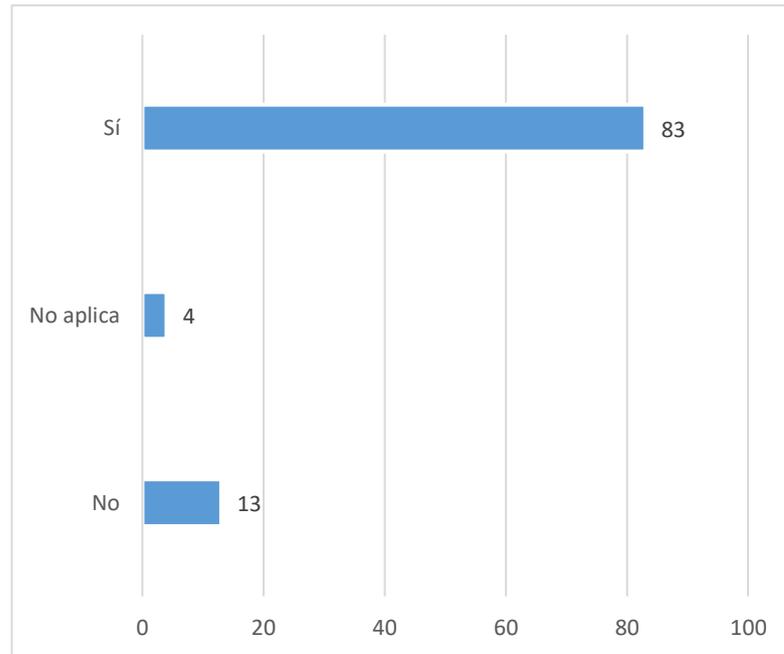


Fuente. Matriz de observación directa de enlaces de turno del personal de enfermería en el área de medicina interna del Hospital IESS Ceibos Norte. Elaborado por. Alache Maldonado, Paul Andrés y Gómez Pazmiño, Stephany Maylin.

Análisis.

El 96% de los enfermeros sí informaron sobre los procedimientos que tenían programados los pacientes; esto deja entrever que una acción tan importante como esta, sí está siendo priorizada por los profesionales durante el cambio de guardia, ya que, en su omisión, pueden surgir problemas que derivan en complicaciones por retraso en el diagnóstico y tratamiento.

Figura 33. Distribución porcentual por informe sobre estudios de laboratorio y de radiología e imagen pendientes del paciente

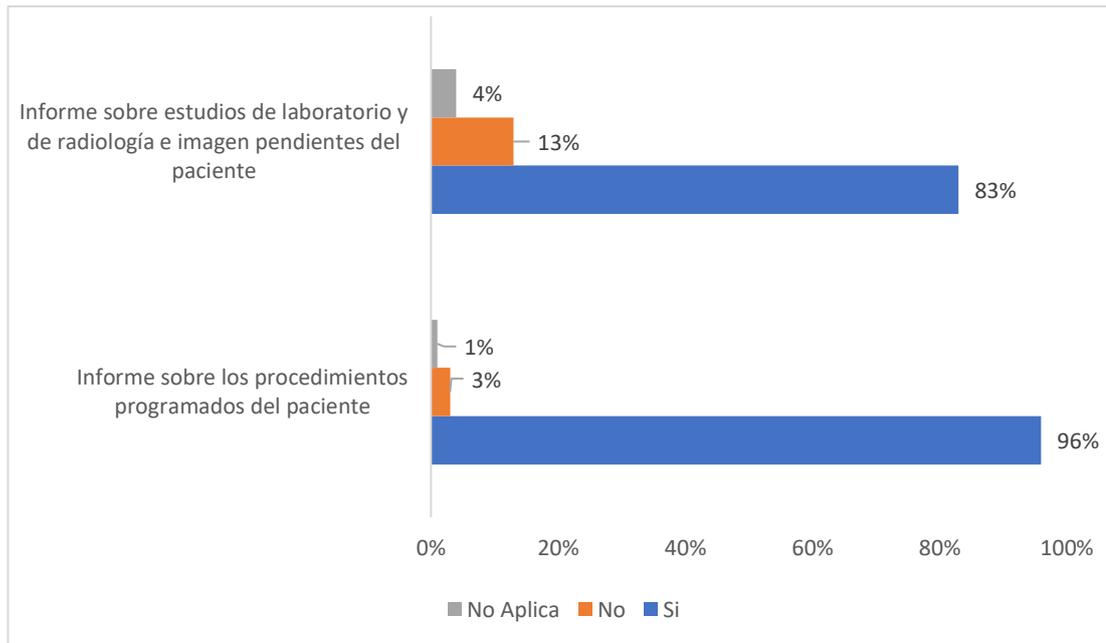


Fuente. Matriz de observación directa de enlaces de turno del Hospital IESS Ceibos Norte. Elaborado por. Alache Maldonado, Paul Andrés y Gómez Pazmiño, Stephany Maylin.

Análisis.

El 83% de los enfermeros efectivamente reportaron sobre análisis de laboratorio y radiológicos – imágenes en espera del paciente, mientras que 13% no comunicaron este aspecto; nuevamente se observa que este tipo de actividad son especialmente priorizadas por los profesionales, por las consecuencias directas que tiene en el estado de salud inmediato de cada paciente.

Figura 34. Procedimientos y exámenes programados

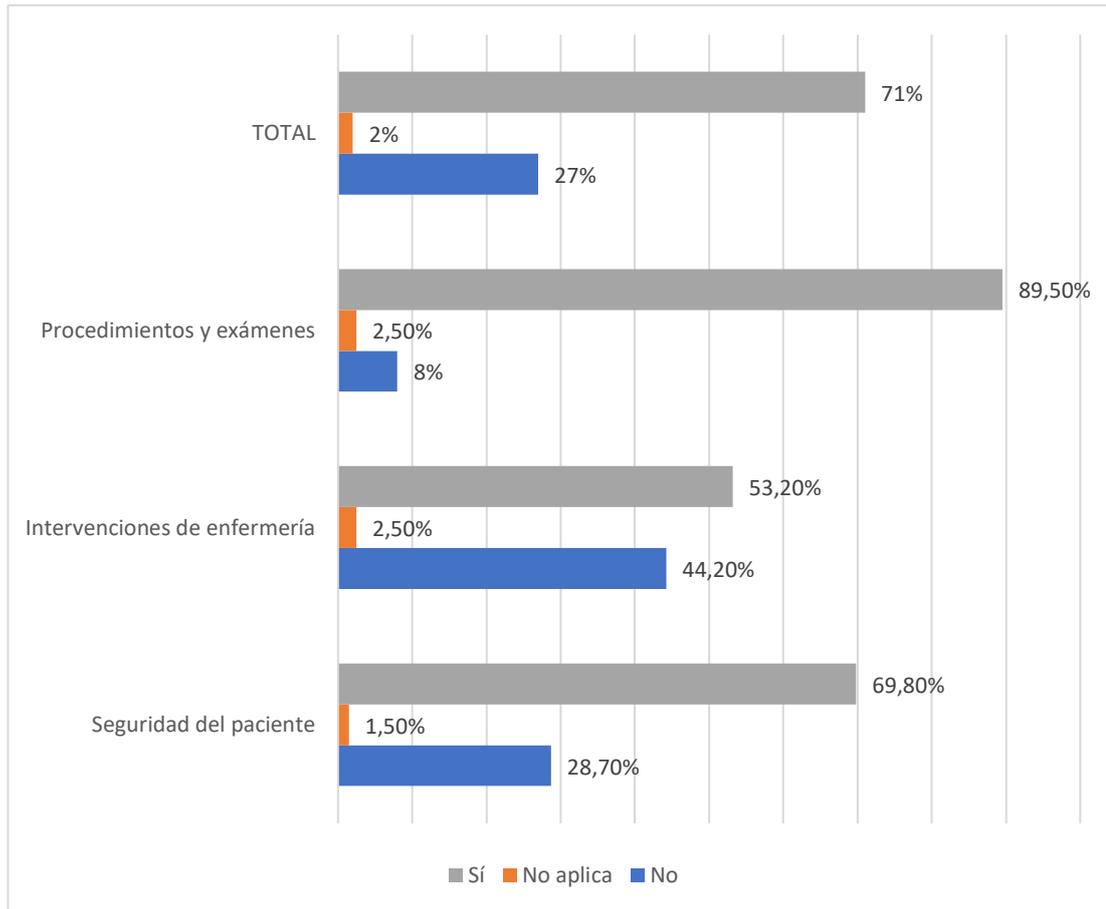


Fuente. Matriz de observación directa de enlaces de turno en el área de medicina interna del Hospital IESS Ceibos Norte. Elaborado por. Alache Maldonado, Paul Andrés y Gómez Pazmiño, Stephany Maylin.

Análisis.

En la dimensión Procedimientos y exámenes programados, la escala sí tuvo un promedio de 90%, la escala no 8% y la escala no aplica 2%.

Figura 35. Distribución porcentual de las dimensiones en el proceso de enlace de turno



Fuente. Matriz de observación directa de enlaces de turno en el área de medicina interna del Hospital IESS Ceibos Norte. Elaborado por. Alache Maldonado, Paul Andrés y Gómez Pazmiño, Stephany Maylin.

Análisis.

En este gráfico se puede evidenciar que el realizado general de las actividades dentro del proceso de enlace de turno es de 71%, cumpliendo generalmente con todas las intervenciones que se le deben realizar al paciente para que exista una buena entrega y recepción del turno, así no se pierde la discontinuidad, el no realizado fue 27%; la dimensión más alterada de no realizado fue intervenciones de enfermería con 44,2%, seguido de seguridad del paciente con 28,7%.

5. DISCUSIÓN

Respecto a las características laborales y organizativas de los profesionales de enfermería en estudio, 41% pertenecieron al turno nocturno, 64% fueron mujeres, 39% tenían entre 31 a 41 años de edad, 98% ejecutaban funciones operativas, 58% con cuarto nivel, 38% representaban los profesionales con menos de 1 año y otros 38% 4 años o más ejerciendo; 63% sí elaboraron informes de enlace de turno, 53% ejecutaron la entrega de turno junto a la cama del paciente, 40% generalmente entregando de 6 a 11 pacientes, con una duración promedio de 6 a 11 minutos en el 35% de los casos; el porcentaje de no realizado general fue de 21%. Esto coincide con lo evidenciado por Yáñez A. y Zárate R. en México, 2019 (7), quienes sugirieron que 97% de mujeres se encargan del enlace de turno, edad promedio de 50 años, aunque con una antigüedad laboral de 25 años generalmente, también divergió en la aplicación de funciones administrativas con 65%; el porcentaje general de no realizado fue del 63%, evidenciándose en mayor medida en la noche en el 73% de los casos. También coincide con lo encontrado por Pachi K. en Argentina 2022 (6), quien halló una mayor proporción de mujeres en el 77% de los casos, un aspecto importante fue que 71% sugirieron que se dan mínimo 3 interrupciones durante la entrega de turno. Asimismo, Charfuelan et al. en Colombia 2019 (16), evidenció que el mejor lugar para realizar el proceso es junto a la cama del paciente. Adicionalmente, Iza M. en Quito 2023 (26), no coincidió con lo hallado en este estudio, puesto encontró que se da un buen enlace de turno únicamente en el 21% de los casos.

Además, en lo concerniente a las alteraciones en los elementos de seguridad del paciente durante la entrega y recepción de turno; 44% no revisaron el funcionamiento de aparatos electromédicos, 39% no revisaron los accesos vasculares del paciente, 38% no identificaron al paciente por su nombre, 38% no identificaron el tipo de dieta o ayuno y 38% no revisaron estado de soluciones parenterales. Esto está relacionado con lo hallado por Martínez et al. Ecuador 2023 (25), quienes encontraron que en 13,3% de los casos se presentan eventos adversos como consecuencia de una mala condición de seguridad del paciente.

Así mismo, en las alteraciones de la información brindada sobre las intervenciones de enfermería durante la entrega y recepción de turno; se detallan los no informes: 55% sobre manejo de oxigenoterapia, 53% sobre control de líquidos, 50% sobre cuidado de heridas y estomas, 49% sobre cuidado de drenajes, 47% sobre valoración del dolor, 42% sobre manejo de eliminación gastrointestinal y 41% de eliminación urinaria. Esto coincide con lo mencionado por Tello et al. en México 2023 (19), quien evidenció además que en el 61% de los casos, se puede mejorar en las intervenciones de enfermería, aplicando retroalimentación y detalle de errores en el 59%, así como franqueza en el 42%.

Por último, respecto a las alteraciones en la evidencia de los procedimientos y exámenes pendientes durante la entrega y recepción de turno; 96% sí informaron sobre procedimientos programados del paciente y 83% sí informaron acerca de estudios de laboratorio, radiología e imagen pendientes. Esto coincidió con lo evidenciado por Marcos NB. en Perú 2020 (23), ya que demostró que el personal de enfermería generalmente tiene buena comunicación y prioriza los detalles importantes durante el enlace de turno, teniendo una comunicación efectiva como base para este procedimiento.

Los beneficios que se obtuvieron por la metodología utilizada consistieron en que la cuantitativa buscó objetividad en la recopilación y análisis de datos, así como técnicas estadísticas que permitieron realizar análisis detallados y generalizables, lo que puede fortalecer la validez y confiabilidad de los resultados. Además, al centrarse en datos numéricos y medibles, se facilitó la obtención de resultados cuantificables y comparables.

La posibilidad de aplicar análisis estadísticos permite identificar patrones, relaciones y tendencias en los datos, esto ayudó a establecer asociaciones entre prácticas de enlace de turno y la seguridad del paciente. La metodología cuantitativa, permite generalizar los resultados a una población más amplia, situación que puede tener implicaciones prácticas y aplicables a otros contextos hospitalarios similares.

Respecto a las limitaciones de la metodología cuantitativa, no Experimental y descriptiva, aunque proporcionó información cuantificable, la metodología careció de la profundidad necesaria para comprender completamente la complejidad de las prácticas de enlace de turno y la seguridad del paciente, dado que no exploró a fondo las experiencias y percepciones de los profesionales de enfermería.

Además, hubo una rigidez en la recopilación de datos numéricos, lo que limitó la capacidad de capturar información subjetiva del enlace de turno que quedaron fuera de consideración. De igual forma, la metodología cuantitativa tiende a centrarse en resultados medibles, lo que suele pasar por alto el contexto y las circunstancias específicas que podrían influir en las prácticas del problema abordado.

También, fue menos adaptable a cambios o descubrimientos inesperados durante el estudio, esta falta de flexibilidad pudo limitar la capacidad para explorar nuevos aspectos o dimensiones importantes del enlace de turno de enfermería. El aporte del estudio se ve reflejado en los datos estadísticos que brinda de un procedimiento poco estudiado en el contexto ecuatoriano, de modo que se generan fuentes de conocimiento y de puntos de base para medir y comparar con resultados de otras indagaciones. El nivel de aplicabilidad es relativamente bueno, no obstante, existen puntos de mejor importantes que permitirían elevar el nivel de calidad de atención en esta institución de salud.

6. CONCLUSIONES

* Se concluye que hubo un 71% de cumplimiento regular del proceso de enlace de turno. Las mujeres entre 31 a 41 años de edad, entre menos de 1 a más de 4 años de antigüedad laboral, prevalecieron en el presente estudio; el turno en el que más se registró información fue en el turno nocturno, la cantidad de pacientes que generalmente se entregan en una guardia es de 6 a 11, misma cantidad en minutos que suele demorarse la entrega de cada paciente, abordando datos prioritarios de su estado de salud en una valoración breve junto a la cama.

* Los elementos de seguridad del paciente que se valoran durante las entregas de turno presentaron alteraciones importantes, ya que una cantidad significativa de observaciones evidenciaron que no se revisa el funcionamiento de aparatos electromédicos, otra de las alteraciones fue que no se revisan los accesos vasculares del paciente, así como no identifican al paciente por su nombre, situación que muestra parte de la realidad problemática que viven los pacientes en el área de medicina interna, donde en varios casos son obviados los procesos del enlace de turno, por no contar con un protocolo formal para tal labor.

* Las alteraciones en las intervenciones de enfermería durante la entrega y recepción de turno fueron principalmente la información sobre manejo de oxigenoterapia, control de líquidos y cuidado de heridas y estomas; en algunos casos, los pacientes no requieren de este tipo de procedimientos, por lo que suele obviarse durante la entrega de turno; aun así, esta actividad suele generalmente dejarse evidenciado únicamente por escrito durante los reportes de enfermería, mas no se especifican al momento hablado.

* Finalmente, en lo concerniente a los procedimientos y exámenes pendientes durante la entrega y recepción de turno, estas actividades no presentaron grandes alteraciones como sí lo hicieron las dimensiones de seguridad del paciente e intervenciones de enfermería, evidenciando así que existe un déficit en los protocolos de atención de estos procesos, generando un sentido

de compromiso con la profesión de publicar estos resultados para brindar mayor atención de la comunidad científica al problema identificado.

7. RECOMENDACIONES

Sería recomendable realizar un análisis más detallado de las prácticas y desafíos específicos que enfrentan los enfermeros durante el turno nocturno. Además, se sugiere explorar cómo la antigüedad laboral podría influir en la eficacia del proceso de enlace de turno, ya que podría haber diferencias en las prácticas entre personal con menos y más experiencia.

Se recomienda implementar un protocolo formal y estandarizado para el enlace de turno en el área de medicina interna. Este protocolo debería incluir una lista de verificación detallada que aborde aspectos como la revisión de aparatos electromédicos, accesos vasculares y la identificación adecuada del paciente. La implementación de un protocolo puede mejorar la consistencia y calidad de las entregas de turno, mitigando así las alteraciones en la seguridad del paciente.

Se sugiere la implementación de un sistema de comunicación más claro y efectivo. Podría considerarse el uso de herramientas digitales o tableros visuales que destaquen los procedimientos importantes, asegurando que la información crítica sobre manejo de oxigenoterapia, control de líquidos y cuidado de heridas y estomas se comunique de manera efectiva durante las entregas de turno. Además, se podría enfocar en brindar capacitación adicional sobre la importancia de comunicar verbalmente estas intervenciones elementales.

Se recomienda aprovechar esta área relativamente estable para identificar las prácticas exitosas o elementos que contribuyen a su eficacia. Este conocimiento puede utilizarse para fortalecer otras dimensiones del proceso de enlace de turno. Además, se sugiere que la falta de protocolos y la identificación de un déficit en los mismos sirvan como base para el desarrollo y la implementación de protocolos específicos que aborden las áreas identificadas como problemáticas.

REFERENCIAS

1. García , Rodríguez. La entrega de guardia en los hospitales. Un comentario breve. MediSur. 2019 Abril; 17(2).
2. Arora , Farnan , Auerbach , Givens. Traspasos de pacientes. UpToDate. 2022 Junio.
3. Vásquez S, González M. La sobrecarga laboral del personal de enfermería que influye en la atención a pacientes. Revista de Ciencias de la Salud. 2020 Enero; 1(47).
4. Meléndez , Macías , Álvarez. Cultura de seguridad del paciente en la formación de enfermería. Revista Cubana de Enfermería. 2020; 36(2).
5. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Desarrollo de una aplicación móvil para el manejo de turnos de emergencia utilizando la National Early Warning Score. Enfermería Intensiva. 2023; 44.
6. Pachi K. Comunicación en el pase de guardia en las áreas de cuidados intensivos en el personal de enfermería. Salud, Ciencia y Tecnología. 2022; 2(60).
7. Yáñez , Zárate. Calidad del proceso de enlace de turno de enfermería y seguridad del paciente. Revista CONAMED. 2019 Enero; 24(1).
8. Yáñez , Zárate. Diseño de un instrumento para evaluar el proceso de enlace de turno de enfermería. Enfermería universitaria. 2016 Junio; 13(2).
9. OMS. Seguridad del paciente. [Online].; 2019. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>.
10. Espinoza P, Peduzzi M, Agreli H, Sutherland. Satisfacción del miembro del equipo interprofesional: un estudio de métodos mixtos de un hospital chileno. Human Resource Health. 2018 Julio; 16(30).
11. Penagos , Henao. Comunicación y transferencia del cuidado en el servicio de urgencias. Index de Enfermería. 2022 Junio; 30(3).

12. Morán , Luna. Traspasos de cambio de turno entre enfermeras en Unidades de Cuidados Críticos. *Enfermería Intensiva*. 2023 Junio; 34(2).
13. Casimiro , Mena , Alba. Evaluación del proceso de enlace de turno del personal de enfermería en un hospital de segundo nivel de atención. *Revista de Enfermería Neurológica*. 2020 Marzo; 18(1).
14. Guerra , Estévez , Basset , Sánchez. El proceso de enlace de turno de enfermería, una reflexión sistematizada. *Revista CONAMED*. 2022 Enero; 27(1).
15. Rijpkema , Bos , Brandenburg , Homburg , Beugel , Barkema , et al. ¿Qué podemos aprender de las experiencias en la práctica general durante la pandemia de COVID-19? Un estudio cualitativo. *Investigación de servicios de salud de BMC*. 2023 Junio; 23(696).
16. Charfuelan , Hidalgo , Acosta , Espejo , Tibaquicha , Montaña , et al. Paso de guardia en enfermería: Una revisión sistemática. *Enfermería universitaria*. 2020 Febrero; 16(3).
17. Soza , Bazán , Díaz. Percepción de las enfermeras sobre el uso de sus registros para garantizar la continuidad del cuidado. *Ene*. 2020 Noviembre; 14(1).
18. Sirgo , Chico , Gordo , García , Holanda , Azcarate , et al. Traspaso de información en Medicina Intensiva. *Medicina Intensiva*. 2018 Abril; 42(3).
19. Tello , Pérez N, Torres , Nuncio , Pérez D, Covarrubias. Percepción del personal de enfermería sobre la cultura y seguridad del paciente. *Enfermería Global*. 2023 Abril; 22(2).
20. MSP. Protocolo de Transferencia de Información de los pacientes en puntos de transición. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Dirección Nacional de Atención Integral en Salud; 2022.
21. Nieto , Amaya , Cadena. Factores que influyen en la calidad y seguridad de la atención de enfermería durante el enlace de turno. *Revista del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2020; 29(1): p. 35-44.

22. Molina J, Gallo J. Impact of Nurse-Patient Relationship on Quality of Care and Patient Autonomy in Decision-Making. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Febrero; 17(3).
23. Marcos N. Comunicación efectiva y calidad del enlace de turno en enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatales de un Instituto Nacional de Salud. 2019. Lima: Universidad César Vallejo, Escuela de Posgrado. Programa Académico de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud; 2020.
24. Ospino N, Romero M, Verastegui D. Factores que interfieren la comunicación del profesional de enfermería durante la entrega y recepción de turno en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco 2018. Huánuco: Universidad Nacional Hermilio Valdizán, Facultad de Enfermería; 2018.
25. Martínez D, Ruilova M, Hoyos J, Vargas C, Vanegas J. Eventos adversos durante la pandemia de COVID-19 en Ecuador: alta frecuencia de infecciones asociadas a la atención médica y aumento de la estancia hospitalaria y los costos. *Prevención de infecciones en la práctica*. 2023 Agosto; 10(3).
26. Iza M. Habilidades comunicativas y calidad del enlace de turno en profesionales de enfermería de una Clínica de Quito, 2022. Quito: Universidad César Vallejo, Escuela de Posgrado; 2023.
27. Paredes F, López P, Lázaro E, Marín P. Impacto en la seguridad del paciente del pase de guardia a pie de cama en cuidados intensivos. *Revisión sistemática. An Sist Sanit Navar*. 2022 Agosto; 45(2).
28. Hernández R, Moreno M, Cheverría S, Díaz A. Factores que influyen en el cuidado de enfermería perdido en pacientes de un hospital privado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017 Agosto; 25(28).
29. Aguirre F, Manzotti M, Gitelman M, González N, Díaz M. Diseño y desarrollo de una herramienta de pase de guardia estandarizado en un hospital de alta complejidad. Argentina: Universidad Nacional de La Plata, X Congreso Argentino de Informática y Salud (CAIS); 2019.

30. Mercado C. Estrategias para el desarrollo de habilidades de comunicación en el personal de salud: escucha activa, asertividad e inteligencia emocional. *Orbis Tertius - UPAL*. 2023 Junio; 7(13).
31. Raba I, Hauché R, Gago L. Empatía y habilidades comunicativas en profesionales de la salud que trabajan con enfermedades crónicas pediátricas. *Revista de Investigación en Psicología*. 2021 Junio; 24(1).
32. Raba R, Gago L. Empatía y habilidades comunicativas en profesionales de la salud que trabajan con enfermedades crónicas pediátricas. *Revista de investigación en psicología*. 2021 Enero; 24(1).
33. Frago A, Sanjuán M, Navascues C, García C, Pilar V, Pola S. Importancia de las habilidades comunicativas como enfermera para la comprensión de los pacientes. *Revista Sanitaria de Investigación*. 2023 Marzo.
34. Maza G, Motta G, Motta G, Jarquin P. La empatía, la comunicación efectiva y la asertividad en la práctica médica actual. *Revista de sanidad militar*. 2023 Junio; 77(1).
35. Rivas E, Barraza A. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería y su relación con cuatro variables laborales. *Enfermería Universitaria*. 2018 Agosto; 15(2).
36. Castillo B, Guance L, Méndez C, Pérez A. Impacto de los turnos de trabajo en la calidad del sueño del personal de enfermería en dos hospitales de tercer nivel de Canarias. *Medicina y Seguridad del Trabajo*. 2023 Febrero; 68(267).
37. Jaime J. Edad y antigüedad laboral de los profesionales de enfermería como antecedentes del compromiso afectivo en los hospitales privados de Jalisco, México. *Geosciencie*. 2021 Noviembre; 9(4).
38. García E, Gallegos R. Percepción de la Satisfacción Laboral del Personal de Enfermería del Hospital General de Ticomán. *European Scientific Journal*. 2020 Julio; 16(21).

39. Luengo C, Paravic T, Burgos M. Influencia de las condiciones de trabajo en la percepción de la calidad del cuidado de profesionales de enfermería. *Index de Enfermería*. 2022 Abril; 30(1-2).
40. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2023. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>.
41. Howard S. Reforzar la seguridad o bloquear a los pacientes: cómo responder a la violencia de los pacientes. *BMJ*. 2023 Mayo; 36(11).
42. Dalla C, Gomes M. Desafíos de la seguridad del paciente en la atención primaria de salud: una revisión exploratoria. *Rev Bras Enferm*. 2020 Junio; 73(5).
43. Lorenzini E, Oelke N, Marck P. Cultura de seguridad en el ámbito sanitario: estudio de método mixto. *J Gestión de órganos de salud*. 2021 Julio; 10(1).
44. Rohrich R. La seguridad del paciente es lo primero en cirugía plástica. *Plast Reconstr Surg*. 2021 Noviembre; 148(55).
45. Vogelsang A, Swenne C, Åkesdotter B, Falk K. Competencia del especialista en enfermería de quirófano para garantizar la seguridad del paciente en el quirófano: Un artículo discursivo. *Enfermería Abierta*. 2019 Noviembre; 7(2).
46. Bani W, Akour I, Ibrahim U, Almarzouqi A, Abbas S, Hisham F, et al. Preocupaciones sobre la privacidad, la confidencialidad, la seguridad y la seguridad del paciente sobre los registros médicos electrónicos. *Int Nurs Rev*. 2020 Junio; 67(2).
47. Cardoso R, Vilar B, Cruz A, Lima L, Rocha M. Seguridad del paciente en la formación de técnicos de enfermería. *Rev Bras Enferm*. 2021 Septiembre; 75(1).
48. Lee S, Morse B, Kim N. Intervenciones educativas sobre la seguridad del paciente: una revisión sistemática con recomendaciones para educadores de enfermería. *Enfermería Abierta*. 2022 Julio; 9(4).

49. Harbell M, Methangkool E. Educación sobre la seguridad del paciente en anestesia: estado actual y direcciones futuras. *Curr Opin Anesthesiol.* 2021 Diciembre; 34(6).
50. Gaudêncio A, Pontífice P. Delirio en pacientes adultos en cuidados intensivos: intervenciones de enfermería. *Hno. J Nurs.* 2021 Mayo; 30(9).
51. Colin J. Intervenciones basadas en la evidencia para la retención de estudiantes de enfermería: una revisión de la literatura. *Enfermera Educ.* 2020 Diciembre; 45(6).
52. Castro M, Simian D. La enfermería y la investigación. *Revista Médica Clínica Las Condes.* 2018 Junio; 29(3).
53. Muñoz L. Intervenciones para aumentar la matrícula en los programas de doctorado en filosofía (PhD) de enfermería. *Perspectiva de Nurs.* 2022 Febrero; 70(1).
54. Araujo M, Da Silva D, Wilson A. Intervenciones de enfermería en cuidados paliativos en la unidad de cuidados intensivos: una revisión sistemática. *Enferm Intensiva (Engl Ed).* 2023 Septiembre; 34(3).
55. Sartini T, Zinato C, Guo J, Noce F. Efectos de un turno de 12 horas en los estados de ánimo y somnolencia de las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. *Revista Da Escola de Enfermagem DA SP.* 2017 Septiembre; 51(3).
56. Ordóñez J, Ponce J, Robles J, Gómez J, Jiménez N, Romero M. Efectividad de las intervenciones de Enfermería de Práctica Avanzada en el paciente con insuficiencia cardíaca: una revisión sistemática. *Enfermería Abierta.* 2021 Julio; 8(4).
57. Xu J, Zhou X, Wang C, Hu J. El valor de la modalidad de enfermería de emergencia en el tratamiento de pacientes con shock traumático. *J Healthc Eng.* 2022 Enero; 22(68).
58. Grešš B, Dimunová L, Rónayová I, Knap V, Lizáková L. Enfermería de Práctica Avanzada en Cardiología: La Perspectiva Eslovaca para el

- Desarrollo e Implementación del Rol. Int J Environ Res Salud Pública. 2021 Agosto; 18(16).
59. Constitución de la República del Ecuador. Constitución de la República del Ecuador. ; 2008.
60. Ley Orgánica de Salud. Ley Orgánica de Salud. ; 2006.
61. Ley de Derechos y Amparo del Paciente. Ley de Derechos y Amparo del Paciente. ; 1995.
62. Ley de ejercicio profesional de las enfermeras y enfermeros del Ecuador. Ley de ejercicio profesional de las enfermeras y enfermeros del Ecuador. ; 2009.
63. Perfil de Puesto de Enfermera. Universidad de Sonora, Secretaría General Administrativa. Dirección de Recursos Humanos.
64. MSP. Reglamento para el manejo de información confidencial en el sistema nacional de salud. Quito;; 2016.
65. MSP. Norma Técnica de Seguridad del Paciente. Ministerio de Salud Pública; 2016.
66. Romero H, Real J, Ordóñez J, Gavino G, Saldarriaga G. Metodología de la investigación. Primera ed. Vera M, editor. Guayaquil: Edicumbre Editorial Corporativa; 2022.
67. Spinak E. Reproducción & Replicación en investigación científica – parte 3. Scielo en Perspectiva. 2023 Enero.
68. Ramírez S, Pérez O, Lozano O. Perspectiva de la Investigación en Enfermería: El caso México. Ene. 2020 Junio; 13(4).
69. Salinas Y, Sucari W, Sarmiento L, Huaman R, Paullo Y, Chavez G. ¿Cómo debería implementarse el marco teórico en la investigación cuantitativa? Revista científica en ciencias sociales. 2023 Junio; 6(1).
70. García J, Sánchez P. Diseño teórico de la investigación: instrucciones metodológicas para el desarrollo de propuestas y proyectos de investigación científica. Información tecnológica. 2020 Diciembre; 31(6).

71. Maldonado F, Álvarez R, Maldonado P, Cordero G, Capote M. Metodología de la Investigación: De la teoría a la práctica. Primera ed. Santillán J, Caichug D, editors. La Plata - Argentina: Puerto Madero Editorial; 2023.
72. Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería: Elsevier Health Sciences; 2022.
73. Potter , Perry , Stockert , Hall. Fundamentos de enfermería. Edición Premium: Elsevier Health Sciences; 2023.
74. Zacarías H. Metodología de la Investigación Científica: Amazon Digital Services LLC - Kdp; 2020.
75. Pereyra L. Metodología de la Investigación: Klik; 2022.
76. Mar , Barbosa , Molar. Metodología de la Investigación. Métodos y técnicas Ciudad de México: Patria Educación; 2020.
77. Guerrero G, Guerrero C. Metodología de la investigación Ciudad de México: Patria Educación; 2020.
78. Hernández , Mendoza. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta Ciudad de México: Mc Graw Hill Education; 2018.
79. Caminotti M, Toppi H. Metodología de la investigación social: Caja de herramientas Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Eudeba; 2020.
80. Soza , Bazán , Díaz. Percepción de las enfermeras sobre el uso de sus registros para garantizar la continuidad del cuidado. Ene. 2020 Noviembre; 14(1).
81. Nieto , Amaya , Cadena. Factores que influyen en la calidad y seguridad de la atención de enfermería durante el enlace de turno. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2021 Octubre; 29(1).
82. OMS. Situación de la Enfermería en el mundo. Invertir en educación, empleo y liderazgo. Organización Mundial de la Salud; 2020.

83. Casimiro , Mena , Alba. Evaluación del proceso de enlace de turno del personal de enfermería en un hospital de segundo nivel de atención. Revista de Enfermería Neurológica. 2019; 18(1).
84. OMS. Seguridad del paciente. [Online].; 2019. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>.
85. Del Valle K. La sobrecarga laboral del personal de enfermería que influye en la atención a pacientes. Revista San Gregorio. 2021 Noviembre; 1(47).
86. OMS. Seguridad del paciente. [Online].; 2019. Available from: https://www.who.int/es/health-topics/patient-safety#tab=tab_1.
87. Morán, Pozo. Traspasos de cambio de turno entre enfermeras en Unidades de Cuidados Críticos. Enfermería Intensiva. 2023 Junio; 34(2).
88. Cuevas , González , Álvarez , Barrera , Almeida , González , et al. Diseño y validación de un nuevo registro clínico de enfermería, para la continuidad de los cuidados y seguridad del paciente en hemodiálisis. Enfermería Nefrológica. 2019 Junio; 22(2).

ANEXOS

Anexo 1. Carta de Autorización de la Carrera de Enfermería



CARRERAS:
Medicina
Odontología
Enfermería
Nutrición, Dietética y Estética
Terapia Física

Tel. 5804600
Ext. 1801-1802
www.ucag.edu.ec
Apartado 09-01-4671
Guayaquil-Ecuador

Guayaquil, 23 de noviembre del 2023

Sr. Alache Maldonado Paul Andrés
Srta. Gómez Pazmiño Stephany Maylin
Estudiantes de la Carrera de Enfermería
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

De mis consideraciones:

Reciban un cordial saludo de parte de la Dirección de la Carrera de Enfermería, a la vez les comunico, que su tema de trabajo de titulación: **“Proceso de enlace de turno de enfermería y seguridad del paciente en el área de medicina interna de un hospital de Guayaquil.”**, ha sido aprobado por la Comisión Académica de la Carrera, su tutora asignada es Lic. Kristy Franco Poveda.

Me despido deseándoles éxito en la realización de su trabajo de titulación.

Atentamente,



LCDA. ÁNGELA MENDOZA VINES
DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Anexo 2. Carta de Autorización de la Institución



Oficio N. HGNGC-SDI-20240502-1

Guayaquil, 02 de Mayo del 2024

CERTIFICADO

La Subdirección de Docencia e Investigación del Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos, **CERTIFICA** que, se ha revisado y aprobado el proyecto final de titulación realizado por los estudiantes, **PAUL ANDRÉS ALACHE MALDONADO, STEPHANY MAYLIN GÓMEZ PAZMIÑO, INTERNOS ROTATIVOS DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL** con el Tema: "Proceso de enlace de turno de enfermería y seguridad del paciente en el área de medicina interna de un hospital de Guayaquil".

Particular: que se certifica para fines pertinentes

Atentamente,



MOISES CASTRO
CARRASCO

Dr. MOISES CASTRO CARRASCO
Subdirector de Docencia e Investigación
Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Ceibos.

Anexo 3. Instrumento



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

ENCUESTA DIRIGIDA A ESTUDIANTES

Tema: Proceso de enlace de turno de enfermería y seguridad del paciente en el área Gineco obstétrica de un hospital de Guayaquil.

Objetivo: Registrar la seguridad del paciente, intervenciones de enfermería y procedimientos y exámenes programados durante el proceso de entrega recepción de turno entre profesionales de enfermería.

CARACTERÍSTICAS LABORALES Y ORGANIZATIVAS

Turno laboral

Matutino Vespertino Nocturno

Género

Femenino Masculino

Edad

20-30 31-41 42-52 53-63 64 o más

Cargo

Enfermera(a) Cuidado directo/enfermera(a) Coordinador de área

Nivel académico

Tercer nivel Cuarto nivel Doctorado

Tiempo en el servicio

Menor a 1 año 2 a 3 años 4 o más años

Elabora informe para el enlace de turno

Sí No

Lugar de entrega de turno

Junto a la cama del paciente
 Central de enfermería/en el pasillo
 Cuarto de procedimiento/Sala de descanso

Número de pacientes a entregar

1 a 5 6 a 11 12 a 17 más de 18

Duración del enlace de turno

1 a 5 min 6 a 11 min 12 a 17 min 18 o más

EVALUACIÓN DEL PROCESO DE ENLACE DE TURNO

ITEMS	SI	NO	NO APLICA
Identifica al paciente por su nombre			
Informa el diagnóstico médico del paciente			

Informa sobre tipo de dieta o ayuno del paciente			
Informa el tipo de solución instalada al paciente			
Revisa dispositivos de identificación			
Revisa soluciones parenterales instaladas			
Revisa los accesos vasculares del paciente			
Revisa funcionamiento de aparatos electro médicos instalados al paciente			
Informa nivel de riesgo de úlcera por presión			
Informa nivel de riesgo de caída del paciente			
Informa sobre manejo de oxigenoterapia			
Informa sobre manejo de eliminación urinaria			
Informa sobre manejo de eliminación gastrointestinal			
Informa sobre cuidado de heridas y estomas			
Informa sobre cuidado de drenajes			
Informa sobre valoración del dolor			
Informa sobre control de glucosa			
Informa sobre control de líquidos			
Informa sobre control de signos vitales con horario			
Informa sobre procedimientos programados del paciente			
Informa sobre estudios de laboratorio y de radiología e imagen pendientes del paciente			

Anexo 4. Formulario 004 de la Historia Clínica

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO		NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA													
			M	F															
FECHA																			
DIA DE INTERNACION																			
DIA POSTQUIRURGICO																			
1 SIGNOS VITALES TRAZAR EN ROJO EL PULSO Y EN AZUL LA TEMPERATURA																			
PULSO O TEMP ▲	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	
140																			
130																			
120 42																			
110 41																			
100 40																			
90 39																			
80 38																			
70 37																			
60 36																			
50 35																			
40																			
FRECUENCIA RESPIRATORIA																			
PREISION ARTERIAL																			
2 BALANCE HIDRICO																			
INGRESOS CC	PARENTERAL																		
	VIA ORAL																		
	TOTAL																		
ELIMINACIONES CC	ORINA																		
	DRENAJE																		
	OTROS																		
	TOTAL																		
3 MEDICIONES Y ACTIVIDADES																			
ASEO / BAÑO																			
PESO Kg																			
DIETA ADMINISTRADA																			
NUMERO DE COMIDAS																			
NUMERO DE MICCIONES																			
NUMERO DE DEPOSICIONES																			
ACTIVIDAD FISICA																			
CAMBIO DE SONDA																			
RECANALIZACION VIA																			
RESPONSABLE																			

SNS-MSP / HCU-form.004 / 2007

SIGNOS VITALES (1)

Fuente: Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada. Ministerio de Salud Pública (2021)

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Alache Maldonado, Paul Andrés**, con C.C: # **0931006431** autor del trabajo de titulación: **Proceso de enlace de turno de enfermería y seguridad del paciente en el área de medicina interna de un hospital de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **Licenciado en Enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **02 de mayo del 2024**

f.



PAUL ANDRES
ALACHE MALDONADO

Nombre: **Alache Maldonado, Paul Andrés**
C.C: **0931006431**



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Gómez Pazmiño, Stephany Maylin**, con C.C: # **0929156503** autora del trabajo de titulación: **Proceso de enlace de turno de enfermería y seguridad del paciente en el área de medicina interna de un hospital de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **02 de mayo del 2024**



Proceso de titulación registrado para:
**STEPHANY MAYLIN
GOMEZ PAZMIÑO**

f. _____

Nombre: **Gómez Pazmiño, Stephany Maylin**

C.C: **0929156503**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Proceso de enlace de turno de enfermería y seguridad del paciente en el área de medicina interna de un hospital de Guayaquil.		
AUTOR(ES)	Alache Maldonado, Paul Andrés Gómez Pazmiño, Stephany Maylin		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Licenciada. Kristy Glenda Franco Poveda, Mgs		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Enfermería		
TÍTULO OBTENIDO:	Lcdo./as en Enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	02 de mayo del 2024	No. DE PÁGINAS:	89
ÁREAS TEMÁTICAS:	Gestión en Servicios de Salud, Seguridad del Paciente, Enfermería		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Comunicación, Enfermería, Intervención, Medicina Interna, Seguridad del Paciente, Transición de Cuidado		
RESUMEN:	<p>El objetivo de la presente investigación fue analizar el proceso de enlace de turno de enfermería y seguridad del paciente en el área de medicina interna de un hospital de la ciudad de Guayaquil en el periodo de mayo 2023 a abril 2024. Metodología utilizada fue descriptiva, cuantitativa, no experimental, prospectiva y transversal, con una muestra de 100 observaciones de procesos de enlace de turno, Instrumento que se utilizó fue Evaluación de calidad del proceso de enlace de turno de enfermería. Resultados, destaco el turno nocturno con 41%, mujeres con 64%, 58% con cuarto nivel de educación, 53% entregaron turno junto a la cama del paciente, 40% entregó entre 6 a 11 pacientes; el cumplimiento general de las actividades durante el proceso de enlace de turno fue de 71%, la dimensión más afectada fue la de intervenciones de enfermería, la cual tuvo un no cumplimiento de 44,2%, mientras que la dimensión mejor evaluada fue procedimientos y exámenes con 89,5% de cumplimiento. Conclusión, estos resultados permitieron identificar puntos de inflexión del proceso de enlace de turno que precisan ser abordados y corregidos para mejorar la calidad de atención de enfermería en los centros asistenciales de hospitalización del segundo y tercer nivel de atención.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-992039649 - +593-979755306	E-mail: stephany.gomez@cu.ucsg.edu.ec , paul.aloche@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN(COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Lcda. Holguín Jiménez Martha Lorena, Mgs		
	Teléfono: +593- 993142597		
	E-mail: martha.holguin01@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			