

## Calidad del proceso de enlace de turno de enfermería y seguridad del paciente

*Quality of the nursing shift link process and patient safety*

Ana María de Jesús Yáñez Corral,\* Rosa Amarilis Zárate Grajales\*\*

### RESUMEN

**Introducción:** La seguridad del paciente es un elemento fundamental de la calidad en la atención a la salud. En este sentido, se ha identificado que los enlaces de turno contribuyen en la prevención de incidentes en hospitales. **Objetivo:** Analizar la calidad del proceso de enlace de turno de enfermería en una unidad médica de tercer nivel de atención del sector público en Culiacán, Sinaloa. **Material y métodos:** Es un estudio cuantitativo, observacional, prospectivo y transversal. El tamaño de la muestra: 120 guías de observación aplicadas en medicina interna y cirugía general. El instrumento utilizado cuenta con validez y confiabilidad suficiente. Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva e inferencial. **Resultados:** En calidad del enlace de turno y seguridad del paciente se obtuvo un no cumplimiento de 62.8 y de 75.0%, respectivamente en los servicios estudiados. **Conclusión:** En cuanto a la calidad del enlace de turno se observan grandes oportunidades de mejora. Dadas las debilidades que se presentan, se requiere implementar estrategias de mejora continua con respecto a estandarización del proceso, seguridad del paciente, comunicación y aplicación de auditorías.

**Palabras clave:** Enfermería, organización y gestión, calidad, seguridad del paciente, tercer nivel de atención, hospitalización.

### ABSTRACT

**Introduction:** Patient safety is a key element of quality in health care; it has been identified as links turn contribute to the prevention of incidents in hospitals. **Objective:** To analyze the quality of the nursing shift liaison process, in a medical unit of third level of care, of the public sector in Culiacan, Sinaloa. **Material and methods:** A quantitative, observational, prospective and cross-sectional study. The sample size: 120 observation guides applied in Internal Medicine and General Surgery. The instrument used has sufficient validity and reliability. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics. **Results:** Shift link quality and patient safety, a non compliance with 62.8%. **Conclusion:** As for the quality of the shift link, it has great opportunities for improvement, given the weaknesses that are observed; it is necessary to implement continuous improvement strategies with respect to; standardization of the process, patient safety, communication and application of audits.

**Key words:** Nursing, organization and management, quality, patient safety, third level of attention, hospitalization.

\* Gestión de Calidad. Hospital Regional «Dr. Manuel Cárdenas de la Vega» del ISSSTE, Culiacán, Sinaloa. Maestra en Enfermería.

\*\* Coordinación de Investigación, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Ciudad de México, Responsable del proyecto PAPIIT IN304414, México. Maestra en Enfermería.

### Correspondencia:

AMJYC, abemariay@hotmail.com

### Conflicto de intereses:

Los autores declaran que no tienen.

**Citar como:** Yáñez CAMJ, Zárate GRA. *Calidad del proceso de enlace de turno de enfermería y seguridad del paciente.* Rev CONAMED 2019; 24(1): 11-20.

Recibido: 14/06/2018.

Aceptado: 25/09/2018.

[www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx)

## INTRODUCCIÓN

Dentro de las perspectivas de la calidad de la atención en salud subyace la seguridad del paciente (SP), la cual constituye un reto constante entre los equipos de salud, de quienes asumen la responsabilidad ética y profesional de brindar atención con eficiencia y eficacia. En este sentido, el enlace de turno es un proceso fundamental de comunicación en enfermería y requiere la colaboración entre equipos para lograr su objetivo: la transmisión de información relevante de las personas sujetas de cuidado al finalizar e iniciar cada turno que es realizada por el equipo de enfermería mediante la entrega-recepción de pacientes; así pues, las omisiones o errores durante la atención pueden incidir en la presencia de eventos adversos (EA) en los pacientes hospitalizados.

La *National Patient Safety Agency* define el traspaso de pacientes como «la transferencia de la responsabilidad profesional y la rendición de cuentas de algunos o todos los aspectos de la atención de un paciente o grupo de pacientes a otra persona o grupo profesional con carácter temporal o permanente». <sup>1</sup> A pesar de ser un proceso habitual en todo el mundo, se conoce por diversos nombres: traspaso, entrega, enlace de turno, informe de enfermería y firma de salida, entre los más comunes.

El enlace de turno consiste en un proceso administrativo crítico, reflexivo, continuo de intercambio de información que aplica enfermería; de ahí que la comunicación es un elemento medular y se define como «la serie de pasos dinámicos, fluidos y constantes en la transmisión de un mensaje que produce una respuesta» y los principios que la rigen son: oral o verbal, escrita y corporal, <sup>2</sup> mismos que se utilizan en la comunicación efectiva. En el caso del enlace de turno, asegura que las enfermeras identifiquen los problemas de los pacientes para un análisis de la situación que permita planificar la atención adecuada y efectiva a favor de la continuidad del cuidado y la SP. Al respecto, las enfermeras tienen el potencial de disminuir los errores durante la atención así como mejorar la comunicación entre colegas, médicos, paciente/familia, promover la seguridad y calidad, de acuerdo con Flemming. <sup>3</sup>

La *Joint Commission Accreditation of Health Care Organizations* y la *Joint Commission International (JCI)* <sup>4</sup> recomiendan a las organizaciones

de atención sanitaria implementar un enfoque estandarizado en el traspaso de pacientes y cambios de turno a fin de sumarse a la prevención de incidentes en la atención a la salud como una estrategia global.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) el uso de informes estandarizados o herramientas para la entrega-recepción de pacientes reduce la posibilidad de omitir información; asimismo, permite individualizar los datos. Un ejemplo de ello es el acrónimo SBAR (*Situation Background Assessment and Recommendation*) que describe los pasos para llevar a cabo el traspaso de pacientes o cambio de turno: situación, antecedentes, evaluación y recomendación. <sup>4</sup> Esta técnica se caracteriza por ser fácil, concreta, concisa y permite la estandarización en los equipos de salud, principalmente coadyuva en la continuidad del cuidado. Al respecto, Abraham et al. demostraron que el uso de herramientas es un apoyo en las actividades de organización de la información y preparación para las entregas, lo que da como resultado menor número de errores en la información transmitida debido a la sistematización de los contenidos en un formato de lista de verificación y resumen. <sup>5</sup> Esto permite no dejar a la memoria la información relevante de cada persona sujeta a cuidado.

En México el Consejo de Salubridad General impulsó las seis metas internacionales de seguridad del paciente (MISP) <sup>6</sup> con el propósito de promover acciones específicas para mejorar la seguridad. En este sentido, puede utilizarse el enlace de turno para transmitir información con relación a riesgos de los pacientes y con ello contribuir en la prevención de EA.

Actualmente, es posible evaluar la calidad en la atención sanitaria con el uso de la propuesta teórica de Avedis Donabedian utilizada en el presente estudio. Se trata de un modelo que cuenta con tres elementos: estructura, proceso y resultados <sup>7</sup> que con el apoyo de indicadores para evaluar la práctica aportan resultados que orientan al personal operativo y directivo sobre el cumplimiento en procesos y procedimientos, además muestran la tendencia y/o desviación de una actividad de acuerdo con una unidad de medida convencional. <sup>8</sup> El enlace de turno como indicador de la calidad en la continuidad del cuidado requiere evaluarse en cuanto al nivel de su cumplimiento.

En la literatura se encuentran diversos estudios relacionados con el tema, al respecto Arora et al. identificaron que los errores de comunicación ocasionaron los peores EA como producto de la omisión de información sobre problemas de salud activos, falta de claridad y legibilidad en los informes durante la entrega-recepción de pacientes.<sup>9</sup> Según Llapa et al. en el proceso de enlace de turno hay falta de planificación, protocolización y comprensión sobre la importancia del mismo.<sup>10</sup>

Así también, Nagpal et al. identificaron que sólo se transmite 60% de la información esencial y específica de los pacientes: alergias en 55% y las comorbilidades en 30% de los casos.<sup>11</sup> Por otro lado, Machaczek et al. observaron informes ilegibles y desordenados en 68.6%, habilidades limitadas para la comunicación en 77.1% e información clínica irrelevante durante la transferencia de pacientes en 54.2%.<sup>12</sup>

A pesar de ser un proceso que forma parte de la responsabilidad profesional diaria del personal de enfermería, sobre todo de jefes de servicio del hospital donde se realizó la investigación, se cuenta con datos empíricos respecto a variabilidad del mismo en algunos turnos; asimismo, olvidos de información relevante de los pacientes, incluso se omite su ejecución, lo que da como resultado problemas de continuidad del cuidado y esto puede afectar el progreso de la salud de las personas sujetas a cuidado. Por otro lado, se encuentra la problemática de los conflictos entre personal por la escasa información transmitida durante este proceso. Cabe mencionar que dentro de los trabajos para la SP en el hospital, se encuentra la implementación de las MISPs; sin embargo, durante el enlace no se les da la importancia debida al no comunicar los riesgos de eventos adversos; por lo tanto, consideramos pertinente estudiar la calidad del enlace de turno y con ello hacer propuestas para la mejora, en las que se incluyan acciones de SP. De ahí que, a partir de los esfuerzos conjuntos de los equipos de salud del hospital objeto de estudio, con relación a la calidad y SP, la importancia que el enlace de turno de Enfermería tiene en la continuidad del cuidado y su injerencia en la prevención de EA, surge la presente investigación con el objetivo de analizar la calidad del proceso de enlace de turno de enfermería en una unidad médica de tercer nivel de atención del sector público en Culiacán, Sinaloa.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, transversal y prospectivo. La población se constituyó por 152 enlaces de turno realizados por el personal de enfermería de un hospital público de tercer nivel de atención en Culiacán, Sinaloa. La muestra se determinó a través del uso de la fórmula para variables cuantitativas y poblaciones finitas. Se utilizó muestreo probabilístico aleatorio simple. El tamaño de la muestra fue de 120 guías de observación aplicadas con las cuales se estudió la entrega-recepción de 3,339 pacientes en total. El instrumento de medición se aplicó de la siguiente manera: 10 en el turno matutino y 10 en el vespertino, 12 en el nocturno, uno y ocho en el nocturno II, 10 en la jornada acumulada diurna y 10 en la jornada acumulada nocturna; en suma, un total de 120 enlaces de turno observados en los servicios de medicina interna y cirugía general. Bajo los siguientes criterios de selección se incluyeron los enlaces de turno que realizó el personal de enfermería. Se excluyeron los realizados por el personal suplente y se eliminaron los no concluidos por presentarse urgencia en el servicio. Las variables estudiadas fueron: intervinientes: sociodemográficas, aspectos organizativos y como variable principal: calidad del proceso de enlace de turno en su dimensión: entrega-recepción de pacientes, la cual contiene tres subdimensiones: SP, intervenciones de enfermería, procedimientos y exámenes programados del paciente.

Para la recolección de datos se utilizó un instrumento de medición para evaluar la calidad del proceso de enlace de turno de enfermería elaborado por las autoras (Yáñez y Zárate). Es una guía de observación conformada por el nombre del instrumento, instrucciones de llenado, fecha de observación y cuatro apartados, el primero contiene datos sociodemográficos sobre el personal de enfermería: 12 ítems, en el segundo se ubican aspectos organizativos: cuatro ítems, en el tercero: entrega-recepción de pacientes 21 ítems, en éste se describe la actividad a realizar por parte de la enfermera 1, quien entrega pacientes, y enfermera 2 quien los recibe y por último un espacio para observaciones donde se registran hechos relevantes durante la guardia (*Anexo 1*).

El nivel de calidad del enlace de turno se establece de acuerdo con el cumplimiento en

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

La validez de contenido fue efectuada por cinco jueces expertos profesionales de enfermería y en cuanto a la confiabilidad entre observadores medida a través del coeficiente Kappa de Cohen se obtuvo como resultado  $k = 0.92$ . La confiabilidad interna valorada por el coeficiente de correlación Kuder-Richardson, el resultado fue de  $r = 0.93$ . Por lo tanto, el instrumento utilizado cuenta con la confiabilidad y validez suficiente para su uso, previa prueba piloto.

Se aplicaron 60 instrumentos en medicina interna y 60 en cirugía general durante el mes de febrero de 2015. En un segundo momento, inmediatamente posterior al término del enlace de turno, se realizó revisión del expediente clínico de cada paciente en búsqueda de omisión de información relacionada con la SP, intervenciones de enfermería, procedimientos y exámenes de laboratorio o gabinete programados; con ello se efectuó el completo llenado del instrumento con base en la ponderación: cumple, no cumple y no aplica.

Para el procesamiento de datos se usó una base construida en *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 21, posteriormente la información fue capturada por la investigadora principal y se procedió a aplicar pruebas estadísticas a partir del cálculo de frecuencias, porcentajes y la relación entre variables cualitativas mediante el uso del estadístico  $\chi^2$ .

Consideraciones éticas: este estudio fue aprobado por el comité de ética local y nacional de la institución donde se realizó; asimismo, se observaron los lineamientos éticos de Helsinki en lo que respecta a la confidencialidad para el manejo de la información personal.<sup>13</sup> En concordancia con lo descrito en el Reglamento de la Ley General de Salud en México, referente a la investigación, es un estudio sin riesgo respecto a las técnicas y métodos utilizados para su realización.<sup>14</sup> También se obtuvo carta de consentimiento informado de los participantes en el enlace de turno, procurando siempre una participación libre y voluntaria.

## RESULTADOS

En cuanto a la caracterización de la muestra con relación con las variables sociodemográficas participó un total de 240 profesionales de enfermería, de los cuales 120 realizaron la entrega de pacientes y 120 la recepción: 97.1% ( $n = 233$ ) fueron mujeres y 2.9% ( $n = 7$ ) hombres. La edad promedio fue de  $50 \pm 6.4$  años. La media de antigüedad laboral fue de  $25.65 \pm 3.9$  años. Referente al puesto, las jefas de servicio representaron 65% ( $n = 156$ ), las enfermeras especialistas (con postécnico) únicamente 2.1% ( $n = 5$ ) y enfermeras generales constituyeron 32.9% ( $n = 79$ ).

En 100% de los enlaces de turno ( $n = 120$ ) se observó la entrega-recepción de 3,339 pacientes al lado de la cama, la duración fue entre 20 y 45 minutos. Respecto al índice enfermera-paciente, en medicina interna la mayoría de las enfermeras atendió en promedio ocho pacientes durante la jornada, en comparación con la relación enfermera-paciente en cirugía general como se describe en la *figura 1*.

Al medir el nivel de calidad global del proceso de enlace de turno de enfermería, en los servicios de medicina interna y cirugía general con base en las actividades que aplicaron a los pacientes ( $n = 2,492$ ) y de acuerdo con el estándar por nivel de cumplimiento, el nivel de no cumplimiento fue de 62.8% ( $n = 1,565$ ); en medicina interna de 76.3% ( $n = 855$ ) y en cirugía general de 52% ( $n = 710$ ) (*Figura 2*).

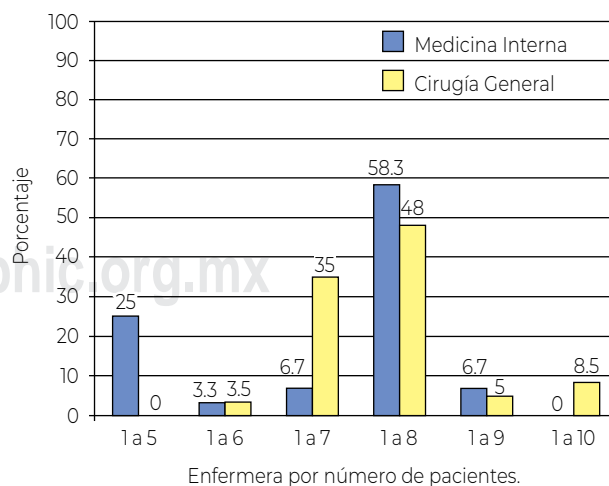
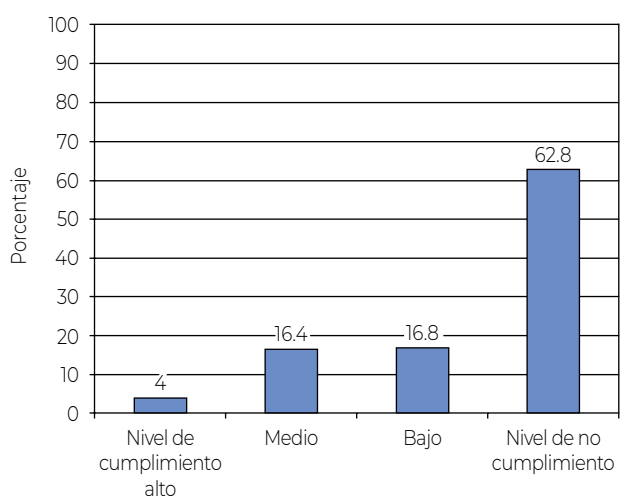


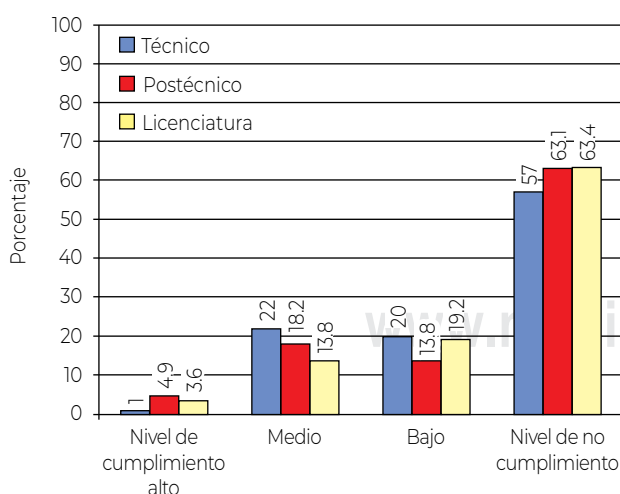
Figura 1. Índice enfermera-paciente por servicio.

Según el turno (n = 2,492), el nivel de no cumplimiento fue: en el matutino 63.1% (n = 315), vespertino 61.7% (n = 229), nocturno I 72.7% (n = 418), nocturno II 73.9% (n = 292), jornada acumulada diurna 68.4% (n = 221) y en jornada acumulada nocturna 27.8% (n = 90). Estos resultados revelan una diferencia estadísticamente significativa entre turnos,  $\chi^2 = 341.605$ ,  $p < 0.05$ . En la *figura 3* se muestra que a mayor nivel académico, mayor nivel de no cumplimiento. Estos datos revelan que existe diferencia significativa en la calidad

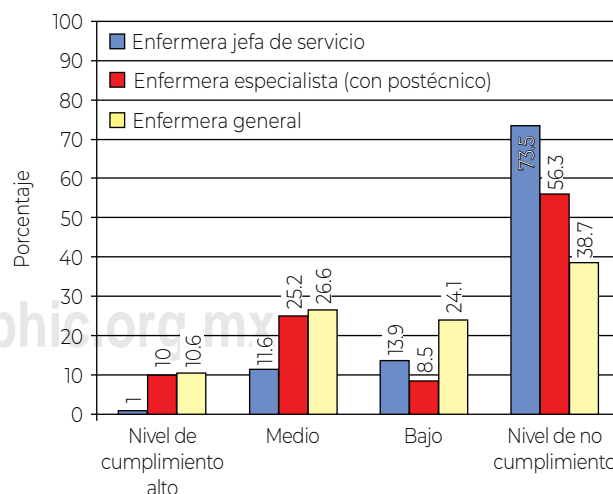
del proceso de enlace de turno de enfermería según el nivel académico del personal,  $\chi^2 = 32.916$ ,  $p$ . En cuanto al puesto que ejerce el personal de enfermería se observó que las jefas de servicio tuvieron un nivel de no cumplimiento de 73.5% (n = 1,243), superior al de las enfermeras especialistas (con postécnico) y enfermeras generales. Como se aprecia en la *figura 4* los resultados indican diferencia estadística entre los diferentes puestos del personal de enfermería,  $\chi^2 32.876$ ,  $p < 0.05$ . En las tres subdimensiones exploradas en este estudio con respecto a SP, todas las actividades aplicaron y fueron evaluadas en todos los pacientes con un total de 3,339. Se obtuvo un nivel de cumplimiento alto de 0.1% (n = 4), medio de 7% (n = 232), bajo de 17% (n = 598) y no cumplimiento de 75.0% (n = 2,505). La subdimensión intervenciones de enfermería no se aplicó a todos los pacientes por no tener indicadas las actividades contenidas en el instrumento de evaluación, se aplicó a un total de 2,492 pacientes, alcanzó nivel de cumplimiento alto de 4% (n = 101), medio de 16.4% (n = 408), bajo de 16.8% (n = 418) y un nivel de no cumplimiento de 62.8% (n = 1,565). Con relación a la subdimensión procedimientos y exámenes programados de los pacientes, en este caso un total de 2,657 pacientes tenía indicado el contenido en esta subdimensión, los resultados revelan un nivel de cumplimiento alto de 63.7% (n = 1,692) y un nivel de no cumplimiento de 36.3% (n = 965).



**Figura 2.** Nivel de calidad del proceso de enlace de turno de enfermería global.



**Figura 3.** Nivel de calidad del proceso de enlace de turno de enfermería por nivel académico.



**Figura 4.** Nivel de calidad del proceso de enlace de turno por puesto del personal de enfermería.

En la *tabla 1* se observa el nivel de cumplimiento por actividad; las actividades que menos se toman en cuenta son riesgo de úlcera por presión y riesgo de caída de los pacientes.

## DISCUSIÓN

Al medir la calidad global del proceso de enlace de turno de enfermería imperó el nivel de no cumplimiento, aunado a que las jefas de servicio realizaron el proceso con menor calidad; aunque

este grupo de enfermeras es el responsable directo de la entrega-recepción de pacientes, el resultado puede estar relacionado con una práctica rutinaria y falta de estándares en el proceso de atención como lo señalan Llapa et al.: proceso sin planificación, protocolización y comprensión sobre la importancia del cambio de turno, lo cual repercute en la continuidad del cuidado de los pacientes.<sup>10</sup>

Durante el enlace de turno no se contribuye a la SP, puesto que no se comunican los riesgos de las personas sujetas a cuidado relacionados con

**Tabla 1.** Nivel de cumplimiento en el proceso de enlace de turno de enfermería por actividad.

Actividades	n = 3,339*	Frec.	%
Seguridad del paciente	1. Identifica al paciente por su nombre	1,350	40.4
	2. Informa el diagnóstico médico del paciente	1,263	37.8
	3. Informa sobre tipo de dieta o ayuno del paciente	499	14.9
	4. Informa el tipo de solución instalada al paciente	2,921	<b>87.5</b>
	5. Revisa dispositivos de identificación	1,460	43.7
	6. Revisa soluciones parenterales instaladas	2,744	<b>82.2</b>
	7. Revisa los accesos vasculares del paciente	2,269	<b>68</b>
	8. Revisa funcionamiento de aparatos electromédicos instalados al paciente	2,160	64.7
	9. Informa nivel de riesgo de úlcera por presión	10	0.3
	10. Informa nivel de riesgo de caída del paciente	8	0.2
Intervenciones de enfermería	n = 2,492*		
	11. Informa sobre manejo de oxigenoterapia	1,035	57.6
	12. Informa sobre manejo de eliminación urinaria	1,553	<b>74.1</b>
	13. Informa sobre manejo de eliminación gastrointestinal	526	43.2
	14. Informa sobre cuidado de heridas y estomas	484	14.5
	15. Informa sobre cuidado de drenajes	756	54.6
	16. Informa sobre valoración del dolor	530	37.1
	17. Informa sobre control de glucosa	779	56.2
	18. Informa sobre control de líquidos	704	50.7
19. Informa sobre control de signos vitales con horario	957	28.7	
Procedimientos y exámenes programados	n = 2,657*		
	20. Informa sobre procedimientos programados del paciente	<b>1,551</b>	<b>64.6</b>
	21. Informa sobre estudios de laboratorio y de radiología e imagen pendientes del paciente	<b>807</b>	<b>83.4</b>

\*Total de pacientes a quienes tenía indicada la actividad evaluada.

la atención a la salud, lo que puede incrementar la presencia de EA como lo indica Arora al identificar que los problemas de comunicación durante la entrega de turno ocasionaron los peores EA.<sup>9</sup> Por otra parte, el resultado también representa oportunidades perdidas muy valiosas en cuanto a reportes de riesgos de los pacientes, dado que este proceso puede utilizarse como barrera de seguridad con el apoyo de un informe estandarizado que permita transmitir información relevante y con ello, coadyuvar en la prevención de incidentes derivados de la atención. También, existe evidencia suficiente sobre la probabilidad de que el alto índice enfermera-paciente propicia la presencia de EA, lo anterior se refleja en agotamiento y sobrecarga de trabajo en enfermeras(os).

En la literatura se identifica que en la subdimensión intervenciones de enfermería se comunican pocos datos relevantes del paciente, aun cuando esto forma parte medular del proceso de atención de enfermería y la omisión de los mismos puede ocasionar fallas innecesarias en el proceso de cuidado, situación que también es referida por Nagpal sobre la pérdida de un gran número de intervenciones de cuidado secundaria a la omisión de los datos durante el cambio de turno.<sup>11</sup>

En cuanto a la comunicación que concierne a los procedimientos y exámenes programados de los pacientes, predominó el alto cumplimiento, lo cual refleja que el personal de enfermería da más importancia a las intervenciones dependientes, probablemente por la relación con el seguimiento que se da a las indicaciones médicas.

Por otro lado, se identificó el enlace de turno con menor calidad, caracterizado por una mínima información transmitida, es decir, un enlace deficiente, lo que pone en riesgo la SP, circunstancia que coincide con los reportes de Arora y Machaczek, quienes identificaron informes ilegibles, desordenados, habilidades limitadas para la comunicación, información clínica irrelevante y dificultad para reconocer qué información es esencial para la atención al paciente.<sup>9,12</sup>

## CONCLUSIONES

Con relación a las tres subdimensiones estudiadas en el proceso de enlace de turno se observaron debilidades en el mismo, ya que predominó el

no cumplimiento, sobre todo en SP, de manera que al estudiar esta subdimensión se identificó un mínimo cumplimiento en los dos servicios sujetos de estudio. Existe diferencia en la calidad de enlace entre los turnos, nivel académico y el puesto del personal de enfermería.

El aporte de este estudio permite, ante todo, fortalecer la gestión del cuidado al destacar la importancia del proceso de enlace de turno de enfermería como un aspecto sustantivo en la calidad de atención y SP. Incluso con el instrumento utilizado se dan pautas para identificar la calidad de este proceso en instituciones de salud, puesto que los resultados como producto de una evaluación sistematizada son orientadores para el personal directivo y operativo, de manera que puedan aprovecharse las oportunidades de mejora con respecto a la entrega-recepción de pacientes. Así también, coadyuva al conocimiento de la calidad de la atención y la seguridad, sumándose a la contribución de enfermería con base en el cumplimiento de políticas y normas de orden internacional y nacional en materia de seguridad, en particular las soluciones para la SP así como las MISPs, ahora denominadas Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.

A partir de los resultados se recomienda incrementar la cultura de calidad y seguridad en los hospitales, fortalecer la comunicación efectiva en los equipos de trabajo, estandarizar el proceso con enfoque en SP utilizando la herramienta SBAR y evaluar sus resultados mediante auditorías de proceso y resultado para compararlos con estándares e indicadores como parte de la gestión del cuidado. Del mismo modo, sería trascendental que las facultades y escuelas de enfermería incorporaran en los planes de estudios las temáticas antes mencionadas. Por otro lado, es fundamental impulsar la investigación relacionada con la seguridad, sobre todo de tipo cualitativo, que permita profundizar en el conocimiento de lo cotidiano de los profesionales de salud y del entorno laboral y la manera en la que intervienen en el proceso de cambio de turno y la información efectiva con el fin de disminuir el riesgo clínico y su impacto en la SP.

En cuanto a las limitaciones de este estudio puede existir la posibilidad de una muestra reducida de actividades estudiadas con respecto a las que comprende el proceso de enlace de turno.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Safety and Quality Improvement Guide Standard 6: Clinical Handover (October 2012). Sydney: Australian Commission on Safety and Quality in Health Care; 2012.
2. Balderas PM. Administración de los servicios de Enfermería. 5a ed. México: McGraw Hill; 2012.
3. Flemming D, Hübner U. How to improve change of shift handovers and collaborative grounding and what role does the electronic patient record system play? Results of a systematic literature review. *Int J Med Inform.* 2013; 82 (7): 580-592.
4. Organización Mundial de la Salud. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente [Internet]. Ginebra: OMS; 2007. [Consulta 4 de diciembre de 2014] Disponible en: <http://bit.ly/1dLV8bW>
5. Abraham J, Kannampallil T, Patel B, Almoosa K, Patel VL. Ensuring patient safety in care transitions: an empirical evaluation of a Handoff Intervention Tool. *AMIA Annu Symp Proc.* 2012; 2012: 17-26.
6. Consejo de Salubridad General. Estándares para la certificación de hospitales. Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica. México: Secretaría de Salud; 2012. pp. 31-38.
7. Donabedian A. Criterios y estándares para evaluar y monitorizar la calidad I. *Rev Calid Asist.* 2001; 16: 68-78.
8. Ortega VC, Leija HC, Puntunet BM. Manual de evaluación de la calidad del servicio de Enfermería. México: Panamericana; 2014.
9. Arora V, Johnson J, Lovinger D, Humphrey HJ, Meltzer DO. Communication failures in patient sign-out and suggestions for improvement: a critical incident analysis. *Qual Saf Health Care.* 2005; 14 (6): 401-407.
10. Llapa-Rodríguez EO, Oliveira-Cleiton S, França-Tâmara RS, Andrade-Joseilze S, Pontes de Aguiar Campos M, Pinto da Silva FJC. Programación del cambio de turno desde la óptica de los profesionales de enfermería. *Enferm Glob [Internet].* 2013 [citado 4 de octubre de 2014]; 12 (31): 2019-231.
11. Nagpal K, Abboudi M, Fischler L, Schmidt T, Vats A, Manchanda C et al. Evaluation of postoperative handover using a tool to assess information transfer and teamwork. *Ann Surg.* 2011; 253 (4): 831-837.
12. Machaczek K, Whietfield M, Kilner K, Allmark P. Doctors' and nurses' perceptions of barriers to conducting handover in hospitals in the Czech republic. *AJNR.* 2013; 1 (1): 1-9.
13. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. [Consultada 13 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
14. Ley General de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. México: Cámara de Diputados; 2014. [Internet]. [Consultada 1 de mayo de 2014]. Disponible en: [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MIS.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf)





