



Simulación clínica para la mejora del “cambio de turno” en estudiantes de enfermería

Clinical simulation for improving “shift change” in nursing students

Irina Elizabeth Juárez-Muñoz,^{*,‡} Lilia Degollado-Bardales,^{*,§} Natalia María Romo-Carbajal,^{*,¶} Regina Garza-Uribe,^{*,¶} Alexa Nicole Stern-Martínez,^{*,¶} LC Galindo-Huerta^{*,||}

Palabras clave:

simulación clínica,
cambio de turno,
educación en
enfermería.

Keywords:

clinic simulation,
shift change, nursing
education.

RESUMEN

Introducción: el “cambio de turno” es uno de los procesos más relevantes en enfermería. La transferencia adecuada de la información del paciente permite evitar los errores y aumentar la seguridad del paciente. El entrenamiento del personal de enfermería en formación es básico para lograr un “cambio de turno” satisfactorio, así como para la adquisición de las habilidades de comunicación efectiva. **Objetivo:** determinar el alcance de la simulación clínica en el entrenamiento de “cambio de turno” en estudiantes de enfermería. **Material y métodos:** se realizó un estudio de intervención educativa experimental (simulación clínica), en el que participaron 18 alumnos de enfermería del segundo y sexto semestre. Todos fueron evaluados pre- y postestrategia educativa para el conocimiento y aplicación del instrumento de “cambio de turno”. Se utilizaron expedientes y pacientes simulados del mismo nivel de complejidad. **Resultados:** se encontró diferencia significativa en ambos grupos en la evaluación pre- y postestrategia educativa. **Conclusión:** consideramos que la simulación clínica es una excelente estrategia en el entrenamiento de enfermería para fortalecer el aprendizaje del “cambio de turno” y, con ello, incrementar la seguridad del paciente y la confianza en sí mismos de los estudiantes.

ABSTRACT

Introduction: the shift change is one of the main nursing tasks. Ensuring the accurate transference of patient information can prevent errors and enhance patient safety. Training nursing students is essential for achieving satisfactory shift changes, along with developing effective communication skills. **Objective:** to determine the effectiveness of clinical simulation training in improving handover skills in nursing students. **Material and methods:** an educative experimental intervention (clinic simulation) was conducted, involving 18 nursing students from 2nd and 6th semesters. All participants attended a workshop to familiarize themselves with the shift change process, and their proficiency was evaluated before and after the workshop using clinical simulation scenarios of equal complexity. **Results:** significant improvements were observed in both groups following the evaluations. **Conclusion:** clinical simulation is deemed an excellent educational strategy for enhancing shift change competency in nursing students to increase patient security and students' self-thrust.

* Universidad

Panamericana
(Campus México),
Ciudad de México.

‡ Dirección del

Centro de Simulación
Clínica (CESIC),
Facultad de Ciencias
de la Salud (FCS).

§ Instructora de
Simulación Clínica,
CESIC, FCS.

¶ Pasantes de
Medicina, FCS.

|| Secretaria Académica,
Escuela de Enfermería.

INTRODUCCIÓN

El proceso de “cambio de turno” debe dar una descripción adecuada de la condición del paciente, procedimientos realizados y pendientes del turno; de no hacerlo, se puede afectar o retrasar la recuperación e incrementar gastos innecesarios en cuanto a recursos materiales y humanos de la institución, familiares o bien del propio paciente.¹

La definición de “cambio de turno” o entrega de guardia, de acuerdo con Nogueira y colaboradores, consiste en los informes verbales entre enfermeras que tienen como finalidad relatar lo ocurrido en la asistencia prestada a un paciente durante el turno anterior para que los integrantes del turno siguiente conozcan los aspectos fundamentales de su condición actual y garanticen así la continuidad de la atención.² Guevara y su equipo lo definen como la transferencia de información

Recibido: 30/05/2024

Aceptado: 02/10/2025

doi: 10.35366/122068

Citar como: Juárez-Muñoz IE, Degollado-Bardales L, Romo-Carbajal NM, Garza-Uribe R, Stern-Martínez AN, Galindo-Huerta LC. Simulación clínica para la mejora del “cambio de turno” en estudiantes de enfermería. Rev Latinoam Simul Clin. 2025; 7 (3): 98-105. <https://dx.doi.org/10.35366/122068>



del personal saliente al personal entrante, refiriendo que este informe es una parte compleja e importante de la práctica profesional que atiende varios propósitos, incluyendo la comunicación, la información actualizada, la continuidad y la calidad del cuidado del paciente.³ Por su parte, White y su grupo lo refieren como un reporte vital para la continuidad del cuidado del paciente, en el cual un grupo de enfermeras puede reportar al grupo entrante información actualizada.⁴

Las características reportadas de un “cambio de turno” o entrega de guardia son: el promedio de tiempo en el que se realiza es de 15 a 45 minutos, aunque puede variar según el número y complejidad de los pacientes. Generalmente se da información sobre los aspectos físicos, psicosociales y hasta espirituales de los pacientes, así como los hechos, impresiones médicas por resolver, problemas a cuidar, dar o recibir apoyo, construir relaciones y resolver conflictos.³ Por lo general los lugares donde se lleva a cabo esta actividad son: estaciones de enfermería, salas de conferencias, cabecera de los pacientes o en los pasillos.^{3,5}

Una de las principales causas de eventos adversos en los hospitales se debe a problemas en el “cambio de turno”.¹ Algunos de los factores que influyen en la falta de apego al “cambio de turno” son: falta de comunicación, carga laboral y, como consecuencia, un déficit del tiempo estimado para cada paciente; asimismo, el desinterés y la poca vocación del personal de enfermería, lo que impide brindar una atención adecuada a cada paciente.^{1,3} De acuerdo con lo reportado por Riesenber y su equipo en 2010, así como en otros estudios similares, dentro de las barreras en la transferencia de la información se encuentran: 1) diferentes problemas de comunicación, 2) problemas de la estandarización o políticas que aseguren el proceso, 3) dificultades en los equipos tecnológicos, 4) factores del entorno, 5) disponibilidad de tiempo, 6) dificultades asociadas a la complejidad y número de pacientes por enfermera/o, 7) educación y entrenamiento personal, así como factores humanos (situaciones emocionales de los trabajadores).^{1,6,7}

Diversos autores refieren que la principal barrera para un buen desarrollo de la entrega de guardia es la brecha de comunicación, es decir, dificultades en la comunicación entre el personal de enfermería, entre el paciente y la enfermera, y entre el equipo de salud.⁸ Otros factores son los distractores como conversaciones paralelas durante la entrega de guardia, movimiento de carros de suministro, máquinas de limpieza de pisos, volumen alto del radio u

otros dispositivos, llamadas telefónicas, interrupciones por parte del personal médico, así como conversaciones en el corredor, sobre todo en los turnos matutino y vespertino.²

El aspecto ético es también relevante, ya que representa el compromiso principal de las enfermeras frente al cuidado del paciente, lo que implica equilibrar los beneficios y las cargas de compartir la información a la que se tiene acceso con otros. Asimismo, saber manejar la información confidencial relevante del paciente implica juicios de valor sobre lo que es importante para su cuidado y lo que está autorizado o no a compartir el personal de enfermería y bajo qué circunstancias.⁹

En 2019, Charfuelan-Laguna y su equipo publicaron una revisión sistemática sobre la entrega o “cambio de turno”, concluyendo que éste es una actividad fundamental para dar continuidad al cuidado de los pacientes y que se realiza como cumplimiento obligatorio de una tarea en el quehacer laboral.¹⁰ Realizarlo frente al paciente permite que éste adquiera un sentido de control y responsabilidad frente a su salud.¹¹

Meissner y colaboradores reportaron que 22% de las enfermeras inglesas y 61% francesas estuvieron insatisfechas con el “cambio de turno” que realizan, debido a la falta de espacios en hospitales para esta actividad, lo que tiene una influencia negativa en la calidad de la información.¹² La literatura sugiere que el uso de marcos de referencia para realizar el “cambio de turno” en enfermería, como el SBAR (situación, antecedentes, evaluación y recomendaciones), el Handoff CEX-Italian u otros, pueden mitigar este problema.^{7,13-15}

En México y Latinoamérica existen actualmente diversos centros de simulación clínica en donde se realizan múltiples prácticas con la finalidad de evitar el error médico, aumentar la seguridad del paciente y aumentar la confianza del estudiante. La simulación clínica se considera una estrategia educativa en la que se enfrenta al estudiante a diferentes situaciones –lo más acercadas a la realidad– con pacientes simulados en un ambiente controlado, donde el estudiante puede, sin temor, repetir la práctica hasta alcanzar la competencia y la experiencia necesarias. Por lo que, en el contexto de la simulación clínica, se puede realizar la práctica de la entrega de guardia de manera adecuada.¹⁵⁻¹⁸

Los maniqués utilizados para experiencias de alta fidelidad en simulación permiten recrear escenarios de entrenamiento clínico sin correr ningún riesgo, como sería en el caso de un paciente real. Se pueden utilizar también para el

entrenamiento de las habilidades no técnicas como trabajo en equipo, liderazgo y priorización, comunicación, profesionalismo y otros, así como favorecer la educación interprofesional.¹⁹

La etapa de *debriefing* permite a los estudiantes, después de sus prácticas, reflexionar sobre sus acciones realizadas durante éstas y determinar qué se hizo bien, qué se debe mejorar y qué se llevan, entre otras cosas.^{20,21} Como lo mencionan Teles y su equipo: “la percepción de las enfermeras peditras sobre la enseñanza a través de la simulación clínica representa una manera diferente de aprender el cuidado de los pacientes”.²²

Existen limitaciones que afectan la formación en traspaso entre los estudiantes de enfermería. En la práctica, la mayoría de los casos de educación sobre el “cambio de turno” para las nuevas enfermeras consiste simplemente en observar los traspasos de sus compañeras de enfermería o aprender de sus superiores a través de sencillas instrucciones orales,²³ lo que ha ocasionado bajo desempeño del “cambio de turno” en la práctica de las nuevas enfermeras. Frente a ello, la simulación en enfermería es una estrategia educativa valiosa que permite a los estudiantes practicar habilidades clínicas y situaciones complejas de manera segura y controlada.^{16,23} El objetivo de este estudio es determinar el alcance de la simulación clínica para mejorar el proceso de “cambio de turno” en estudiantes de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal, experimental y analítico de intervención educativa en estudiantes de segundo y sexto semestre de la licenciatura de enfermería de la Universidad Panamericana, México. El tamaño de muestra fue por conveniencia. Se contó con la aprobación del Comité de Ética e Investigación de la universidad (CIM_PI_110_2024_2), así como con el consentimiento informado de los estudiantes, quienes recibieron información necesaria acerca de los objetivos, métodos utilizados y los beneficios del estudio; se procuró una participación libre y voluntaria. Asimismo, se tomaron las precauciones para resguardar la intimidad y la confidencialidad de su información personal.

La intervención educativa (simulación clínica) se realizó en tres etapas.

En el primero llamado (*prebriefing*), se llevó a cabo una evaluación inicial del “cambio de turno” utilizando tres escenarios de pacientes simulados con sus expedientes respectivos,

siguiendo la norma oficial mexicana del expediente clínico dentro del Centro de Simulación Clínica de la universidad.²⁴

Para la evaluación se aplicó la sección de entrega de guardia del instrumento validado para el “cambio de turno” de Handoff CEX de Horwitz del año 2013, el cual consta de seis partes: 1) entorno (si había o no interrupciones y ruido), 2) organización/eficiencia (entrega ordenada o desordenada), 3) habilidades de comunicación (si es o no cara a cara, y si se usa lenguaje vago o claro y concreto), 4) contenido (información omitida, irrelevante o esencial; si describe o no condición clínica y plan de pendientes), 5) juicio clínico (anticipa o no posibles complicaciones) y 6) cualidades humanas y profesionalismo (apresurado, comentarios inapropiados, no es atento/se centra en tareas, comentarios apropiados). La rúbrica consta de tres categorías (satisfactorio, insatisfactorio y superior).²⁵ Este instrumento fue traducido al español por Delgado-Ribenack asociados en el año 2023.

Posterior a la evaluación inicial, se realizó un taller, cuya finalidad fue reconocer la importancia del “cambio de turno”, los factores que intervienen y las consecuencias de no hacerlo correctamente, así como su repercusión en la seguridad del paciente. Asimismo, se dio a conocer a los participantes un instrumento de evaluación de entrega de guardia que les sirvió como guía para realizar este proceso. Por último, se les explicó sobre el área en la que harían la práctica y las características de los simuladores que utilizarían.

En la segunda etapa, se realizó la práctica con un paciente simulado utilizando el instrumento como guía. Al final de esta práctica, se realizó la tercera etapa de la estrategia (*debriefing*). Después de ésta, se realizó la evaluación final, utilizando el mismo escenario de la inicial. Todos los evaluadores eran instructores certificados.

Por otra parte, a los alumnos del sexto semestre también se les evaluó otros aspectos clínicos que se consideran convenientes para el “cambio de turno”, dado que ellos ya han tenido un mayor acercamiento a la clínica, como son: nombre del paciente, edad, fecha de nacimiento, alergias, diagnóstico, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial, saturación de O₂, temperatura, escala visual análoga del dolor (EVA), escala de caídas, escala de úlceras, escala de Ramsay, dieta, último alimento, restricciones, soluciones, velocidad de solución, medicamentos, última dosis, catéter periférico, ingresos, egresos, baño, lavado de dientes y pendientes.

Todos los resultados fueron recolectados en una base de datos para su análisis. Se utilizó el programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versión 21. Se realizaron pruebas de estadística descriptiva y analítica utilizando la t de muestras dependientes.

Tabla 1: Resultados globales de los alumnos de enfermería de ambos semestres de acuerdo con el instrumento de “cambio de turno” (N = 18).

Apartado	Media ± DE	p*
Entorno antes	6.33 ± 2.058	0.000
Entorno después	8.78 ± 0.428	
Organización/eficiencia antes	4.83 ± 2.065	0.000
Organización/eficiencia después	8.11 ± 0.758	
Comunicación antes	3.67 ± 1.645	0.000
Comunicación después	7.94 ± 0.725	
Contenido antes	5.06 ± 2.338	0.000
Contenido después	8.39 ± 0.850	
Juicio antes	4.33 ± 2.029	0.000
Juicio después	7.83 ± 1.150	
Profesionalismo antes	5.39 ± 1.883	0.000
Profesionalismo después	8.39 ± 0.916	

DE = desviación estándar.
* Prueba t pareada p ≤ 0.05.

RESULTADOS

Participaron un total de 18 estudiantes, siete mujeres del segundo semestre de la licenciatura de enfermería, de entre 19 y 22 años de edad (19.71 ± 1.11), y 11 del sexto semestre, un hombre y 10 mujeres de entre 20 y 27 años de edad (22.27 ± 1.90). En ambos grupos se encontró diferencia significativa en la evaluación previa y posterior a la intervención educativa en todos los apartados del instrumento (*Tabla 1*).

Al realizar el análisis de los estudiantes por semestre se observó que, en el segundo semestre, hubo mayor significancia en los apartados de entorno, comunicación y juicio, mientras que la menor significancia se encontró en el apartado de profesionalismo. En cambio, los estudiantes de sexto semestre mostraron diferencia estadísticamente significativa en todos los apartados (*Tabla 2*).

En la *Tabla 3* se puede apreciar, de manera global (n = 18), el porcentaje de estudiantes que alcanzaron el nivel insatisfecho, satisfecho y superior, antes y después de la intervención educativa. Se puede apreciar que, en todos los apartados, se muestra un aumento significativo en el número de estudiantes que alcanzaron el nivel superior posterior a la intervención educativa.

En las *Tablas 4 y 5* se muestra el análisis de los estudiantes por semestre considerando los mismos

Tabla 2: Resultados de los alumnos por semestre de enfermería de acuerdo con el instrumento de “cambio de turno”.

Apartado	Segundo semestre N = 7		Sexto semestre N = 11	
	Media ± DE	p*	Media ± DE	p*
Entorno antes	6.14 ± 2.116	0.022	6.45 ± 2.115	0.003
Entorno después	8.43 ± 0.535		8.43 ± 0.535	
Organización antes	5.43 ± 2.225	0.031	4.45 ± 1.968	0.000
Organización después	8.14 ± 1.069		8.09 ± 0.539	
Comunicación antes	3.86 ± 1.864	0.002	3.55 ± 1.572	0.000
Comunicación después	7.43 ± 0.535		8.27 ± 0.647	
Contenido antes	5.43 ± 2.760	0.063	4.82 ± 2.136	0.000
Contenido después	8.00 ± 1.155		8.64 ± 0.505	
Juicio antes	3.43 ± 1.902	0.010	4.91 ± 1.973	0.000
Juicio después	6.86 ± 0.900		8.45 ± 0.820	
Profesionalismo antes	6.43 ± 1.813	0.103	4.73 ± 1.679	0.000
Profesionalismo después	8.14 ± 1.215		8.55 ± 0.688	

DE = desviación estándar.
* Prueba t pareada p ≤ 0.05.

Tabla 3: Resultados de las evaluaciones de los estudiantes de acuerdo con el nivel alcanzado antes y después de la intervención educativa (N = 18).

Apartado	Categoría alcanzada		
	Insatisfecho n (%)	Satisfecho n (%)	Superior n (%)
Entorno antes	1 (5.56)	9 (50.00)	8 (44.4)
Entorno después	0 (0.00)	0 (0.00)	18 (100.00)
Organización/eficiencia antes	8 (44.4)	5 (27.78)	5 (27.78)
Organización/eficiencia después	0 (0.00)	1 (5.56)	17 (94.44)
Comunicación antes	12 (66.67)	4 (22.22)	2 (11.11)
Comunicación después	0 (0.00)	0 (0.00)	18 (100.00)
Contenido antes	4 (22.22)	9 (50.00)	5 (27.78)
Contenido después	0 (0.00)	1 (5.56)	17 (94.44)
Juicio antes	6 (33.33)	10 (55.56)	2 (11.11)
Juicio después	0 (0.00)	3 (16.67)	15 (83.33)
Profesionalismo antes	3 (16.67)	9 (50.00)	6 (33.33)
Profesionalismo después	0 (0.00)	1 (5.56)	17 (94.44)

niveles, donde se observa que los estudiantes del segundo semestre mostraron un mayor cambio en el nivel superior en los apartados de habilidades de comunicación, contenido y juicio, y un menor cambio en el apartado de organización y profesionalismo. En cambio, los estudiantes de sexto semestre mostraron un nivel superior en todos los apartados.

En la [Tabla 6](#) se muestran los resultados relacionados a los aspectos extras que los estudiantes del sexto semestre consideraron relevante mencionar durante el “cambio de turno”: 7 (64%) consideraron < 60% de los aspectos esperados y 4 (36%) entre 61 y 80% de los aspectos; ninguno arriba del 81%. Mientras que, después de la intervención educativa, ningún estudiante realizó < 60% de los aspectos extras, 2 (9%) entre 61 y 80% y 9 (81%) hicieron más del > 80%. En general se observó mejora en el número de aspectos preguntados durante la entrega de guardia en todos los estudiantes de sexto semestre.

DISCUSIÓN

En los entornos de salud, el “cambio de turno” en enfermería es comúnmente referido como una práctica de intercambio de información clínica de uno o varios pacientes, entre uno o más profesionales de la salud. El “cambio de turno” implica la transferencia responsable de los pacientes, incluyendo aspectos clínicos y legales.

La Organización Mundial de la Salud, en colaboración con el Centro de Soluciones para la Seguridad del Paciente,²⁶ han hecho énfasis en la importancia de los problemas de comunicación como causas frecuentes de los eventos centinela (incidentes inesperados como caída de las camas, reacciones alérgicas prevenibles, así como cirugías y procedimientos equivocados o erróneos, que pueden causar daño físico o psicológico a los pacientes).²⁷ Mejorar los procesos de comunicación en el “cambio de turno” de enfermería se considera un punto necesario que impacta en la calidad del cuidado del paciente y la reducción de riesgos y, con ello, en la seguridad del paciente.

El “cambio de turno” en enfermería es crucial durante las estancias de los pacientes, debido a las implicaciones en su seguridad y los posibles riesgos. De acuerdo a Yáñez-Corral y Zárate-Grajales, la entrega de turno es esencial en enfermería porque consiste en transferir la responsabilidad de los pacientes a otro profesional con base en la comunicación sobre aspectos relevantes de la atención, con lo cual contribuyen en gran medida a la continuidad del cuidado y coadyuvan a la seguridad del paciente, ya que dicha información puede ser utilizada en la prevención de eventos adversos.²⁷

Como lo demuestran diversos autores,^{2,3,7} contar con un marco de referencia permite tener un estándar que puede dirigir las diferentes acciones necesarias para realizar un “cambio de turno” adecuado.

Para la enseñanza de estos temas no es suficiente la revisión teórica; es necesario contar con laboratorios para practicar y contar con algún instrumento como guía. La simulación clínica resulta una estrategia educativa y necesaria para la formación de los y las licenciadas en enfermería. La evidencia señala que ésta presenta numerosos

beneficios y su uso es cada vez más frecuente en diferentes partes del mundo.^{16,23}

Los resultados obtenidos concuerdan con otros autores: la intervención educativa basada en simulación clínica es un método eficaz para mejorar las habilidades de entrega de guardia de los estudiantes de enfermería.^{16,23} En ambos

Tabla 4: Resultados de las evaluaciones de los alumnos de segundo semestre de acuerdo con el nivel alcanzado antes y después de la intervención educativa (N = 7).

Apartado	Categoría alcanzada		
	Insatisfecho n (%)	Satisfecho n (%)	Superior n (%)
Entorno antes	1 (14.29)	2 (28.57)	4 (57.14)
Entorno después	0 (0.00)	0 (0.00)	7 (100.00)
Organización/eficiencia antes	2 (28.57)	3 (42.85)	2 (28.57)
Organización/eficiencia después	0 (0.00)	1 (14.29)	6 (85.71)
Comunicación antes	4 (57.14)	2 (28.57)	1 (14.29)
Comunicación después	0 (0.00)	0 (0.00)	7 (100.00)
Contenido antes	2 (28.57)	3 (42.86)	2 (28.57)
Contenido después	0 (0.00)	1 (14.29)	6 (85.71)
Juicio antes	4 (57.14)	3 (42.86)	0 (0.00)
Juicio después	0 (0.00)	3 (42.86)	4 (57.14)
Profesionalismo antes	0 (0.00)	3 (42.86)	4 (57.14)
Profesionalismo después	0 (0.00)	1 (14.29)	6 (85.71)

Tabla 5: Resultados de las evaluaciones de los alumnos de sexto semestre de acuerdo con el nivel alcanzado antes y después de la intervención educativa (N = 11).

Apartado	Categoría alcanzada		
	Insatisfecho n (%)	Satisfecho n (%)	Superior n (%)
Entorno antes	0 (0.00)	7 (63.64)	4 (36.36)
Entorno después	0 (0.00)	0 (0.00)	11 (100.00)
Organización/eficiencia antes	6 (54.55)	2 (18.18)	3 (27.27)
Organización/eficiencia después	0 (0.00)	0 (0.00)	11 (100.00)
Comunicación antes	8 (72.73)	2 (18.18)	1 (9.09)
Comunicación después	0 (0.00)	0 (0.00)	11 (100.00)
Contenido antes	2 (18.18)	6 (54.55)	3 (27.27)
Contenido después	0 (0.00)	0 (0.00)	11 (100.00)
Juicio antes	2 (18.18)	7 (63.64)	2 (18.18)
Juicio después	0 (0.00)	0 (0.00)	11 (100.00)
Profesionalismo antes	3 (27.27)	6 (54.55)	2 (18.18)
Profesionalismo después	0 (0.00)	0 (0.00)	11 (100.00)

Tabla 6: Distribución de frecuencias y cambio observado del número de aspecto preguntado al emisor durante la entrega de guardia antes y después de la intervención educativa.

Aspecto	Antes	Después
Nombre del paciente	11 (100.0)	11 (100.0)
Edad	9 (81.8)	11 (100.0)
Fecha de nacimiento	8 (72.7)	11 (100.0)
Expediente	8 (72.7)	11 (100.0)
Alergias	10 (90.1)	11 (100.0)
Diagnóstico	9 (81.8)	11 (100.0)
FC	9 (81.8)	11 (100.0)
FR	9 (81.8)	11 (100.0)
TA	9 (81.8)	11 (100.0)
SaO ₂	9 (81.8)	11 (100.0)
Temperatura	7 (63.6)	10 (90.9)
EVA	5 (45.5)	9 (81.8)
Escala de caídas	2 (18.2)	10 (90.9)
Escala de úlceras	4 (36.4)	9 (81.9)
Escala de Ramsay	1 (9.1)	9 (81.8)
Dieta	5 (45.5)	11 (100.0)
Último alimento	3 (27.3)	8 (72.7)
Restricciones	2 (18.2)	7 (67.6)
Solución	8 (72.7)	11 (100.0)
Velocidad de solución	3 (27.3)	10 (90.9)
Medicamentos	7 (63.6)	11 (100.0)
Última dosis	1 (9.1)	6 (54.5)
Próxima dosis	2 (18.2)	7 (63.6)
Catéter periférico	5 (45.5)	9 (81.8)
Ingresos	2 (18.2)	8 (72.7)
Egresos	4 (36.4)	11 (100.0)
Baño	5 (45.5)	7 (63.6)
Lavado de dientes	2 (18.2)	10 (90.9)
Pendientes	6 (54.5)	10 (90.9)
Comentarios	6 (54.5)	8 (72.7)

EVA = escala visual analógica. FC = frecuencia cardíaca. FR = frecuencia respiratoria. SaO₂ = Saturación de oxígeno arterial (medida en muestra de sangre arterial). TA = presión arterial.

grupos estudiados encontramos que la simulación clínica permitió lograr un cambio significativo en la entrega de información del paciente, no obstante que son dos grupos con un nivel de experiencia y formación distinto. También se observó en ambos grupos que las habilidades de comunicación y juicio fueron dos de los aspectos más favorecidos con la práctica utilizando la simulación clínica. Además de que, a través de ésta, se logró que los estudiantes de enfermería consideraran hasta un 60% de los aspectos clínicos generales del paciente.

No obstante, consideramos que no es suficiente realizar una sola práctica para alcanzar el nivel satisfactorio de esta competencia, sin embargo, el poder realizarla las veces que sea necesario sin afectar directamente a un paciente real, ayudará posteriormente a incrementar la seguridad de los pacientes en la clínica.

Sin duda el “cambio de turno” es uno de los ejes centrales del cuidado en enfermería. La comunicación es un aspecto vital en el proceso, especialmente en la transferencia de información, que con el tiempo y el avance de la tecnología ha traído consigo nuevos enfoques y retos.

CONCLUSIÓN

Consideramos que la simulación clínica es una estrategia educativa que permite mejorar diferentes procesos en la atención de la salud, entre ellos favorece adquirir habilidades de comunicación y fomenta el pensamiento crítico y reflexivo. Incorporar la simulación clínica a los programas académicos permite adquirir nuevas experiencias que conllevan un aprendizaje significativo, lo que representa un aumento en la seguridad del paciente y la optimización de los procesos.²⁸ El presente estudio tiene la limitación del tamaño de muestra, ya que sólo representa a dos grupos de la universidad, por lo que consideramos pertinente realizar otros estudios para confirmar los resultados.

REFERENCIAS

1. Casimiro BE, Mena GI, Alba LA. Evaluación del proceso de enlace de turno del personal de enfermería en un hospital de segundo nivel de atención. *Rev Enferm Neurol.* 2019; 18 (1): 13-20.
2. Nogueira MS, Mendes IAC, Trevizan MA, Hayashida M. Entrega de turno: análisis de factores en la comunicación. *Horizonte de Enfermería.* 1999; 10 (1): 8-18.
3. Guevara LM, Arroyo ML. El cambio de turno: eje central del cuidado de enfermería. *Enfermería Global.* 2015; 37: 404-415.
4. White L, Duncan G, Baumle W editors. *Foundations of basic nursing.* Third ed. USA NY: Delmar Cengage Learning; 2011.
5. Siqueira ILCP, Kurcgant P. Shift report: talking about paradigms and strategies. *Acta Paul Enferm.* 2005; 18 (4): 446-451.
6. Riesenberger LA, Leitzsch J, Cunningham JM. Nursing Handoffs: a systematic review of the literature. *Am J Nurs.* 2010; 110 (4): 24-34.
7. Ghosh S, Ramamoorthy L, Pottakat B. Impact of structured clinical handover protocol on communication and patient satisfaction. *J Patient Exp.* 2021; 3 (8): 1-6.

8. Silva MF, Anders JC, Rocha PK, Souza AIJ, Burciaga VB. Communication in nursing shift handover: pediatric patient safety. *Enferm.* 2016; 25 (3): e3600015.
9. Rushton CH. Ethics of nursing shift report. *AACN Advanced Critical Care.* 2010; 21 (4): 255-260.
10. Charfuelan-Laguna Y, Hidalgo-Bolaños D, Acosta-Franco L, et al. Paso de guardia en enfermería: una revisión sistemática. *Enfermería Universitaria.* 2029; 16 (3): 313-321.
11. Hemant K, Zaheda J. Managing change in the nursing handover from traditional to bedside handover-a case study shift from Mauritius. *BMC Nurs.* 2005; 4 (1): 1-10.
12. Meissner A, Hasselhorn HM, Estry-Behar M, Nézet O, Pokorski J, Gould D. Nurses' perception of shift handovers in Europe: results from the european nurses' early exit study. *J Adv Nurs.* 2007; 57 (5): 535-542.
13. Porteous JM, Steward-Wyme EG, Connolly M, Crommelin PF. iSoBAR: a concept and handover checklist: the National Clinic Handover initiative. *Med J Aust.* 2009; 190 (S11): S152-156.
14. Quattrin R, Calligaris L, Londero C, Zlateu E, Brusafiero S. Shift to shift handoff: A comparison between two methods of conveying essential information in a University Hospital in North-eastern Italy. *Journal of Hospital Administration.* 2014; 3 (5): 40-45.
15. Ferrara P, Terzoni S, Salvatore, Bisesti A, Destrebeck A. A toll for assessing the quality of nursing handovers: a validation study. *Br J Nurs.* 2017; 26 (15): 882-887.
16. Kim JH, Hur MH, Kim HY. The efficacy of simulation-based and peer-learning handover training for new graduate nurses. *Nurse Educ Today.* 2018; 69: 14-19.
17. Hernández GL, Barona NAV, Durán CC, et al. La seguridad del paciente y la Simulación Clínica. En *La Simulación y la Calidad en la atención médica.* Rev Fac Med. 2017; Supl 1: 11-18.
18. Latugay D, Escudero ZE. Uso de la simulación en la enseñanza de enfermería en Argentina. *Revista Iberoamericana de Educ Investi Enferm.* 2017; 7 (3): 19-31.
19. Pachuco FA, Chipantiza CT, López PG, Manzano QD, Cajamarca ChK. Desarrollo de habilidades no técnicas en simulación para el proceso de formación de enfermería. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades.* 2023; 4 (2): 5876-5887.
20. Martins JC, Mazzo A, Negrao CB, Días Coutinho RV, Godoy S, Costa MA, Trevizan MA. The simulated Clinical experience in nursing education: a historical review. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25 (4): 619-625.
21. Jaye P, Thomas L, Reedy G. "The Diamond": a structure of simulated debriefing. *Clin Teach.* 2015; 12 (3): 171-175.
22. Teles MG, Mendes-Castillo AMC, Oliveira-Kumakura ARS, Silva JLG. Clinical simulation in teaching Pediatric Nursing: students' perception. *Rev Bras Enferm.* 2020; 73 (2): e20180720.
23. Lee DH, Lim EJ. Effect of a Simulation-Based Handover Education Program for Nursing Students: A Quasi-Experimental Design. *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18 (11): 5821.
24. Secretaría de Salud [SSA]. (2012). NOM-004-SSA3-2012: Del expediente clínico. Ciudad de México: SSA.
25. Horwitz LI, Dombroski J, Murphy TE, Farnan JM, Johnson JK, Arora VM. Validation of a handoff assessment tool: the Handoff CEX. *J Clin Nurs.* 2013; 22 (9-10): 1477-1486.
26. Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Ginebra: OMS; 2007. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/seguridad_paciente/es_def/adjuntos/2_Doc_referencia/PatientSolutionsSPANISH.pdf
27. Yáñez-Corral MA, Zárate-Grajales RA. Diseño de un instrumento para evaluar el proceso de enlace de turno de enfermería. *Enferm Univ.* 2016; 13 (2): 99-106.
28. Broch-Porcar MJ y Castellanos-Ortega A. Seguridad del paciente, ¿qué aportan la simulación clínica y la innovación docente? *Medicina Intensiva.* 2025; 49: 165-173. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medin.2024.03.017>

Correspondencia:

Dra. Irina Elizabeth Juárez

Donatello Núm. 59,
Colonia Insurgentes Mixcoac,
Alcaldía Benito Juárez,
Ciudad de México, México.

E-mail: ijuarez@up.edu.mx