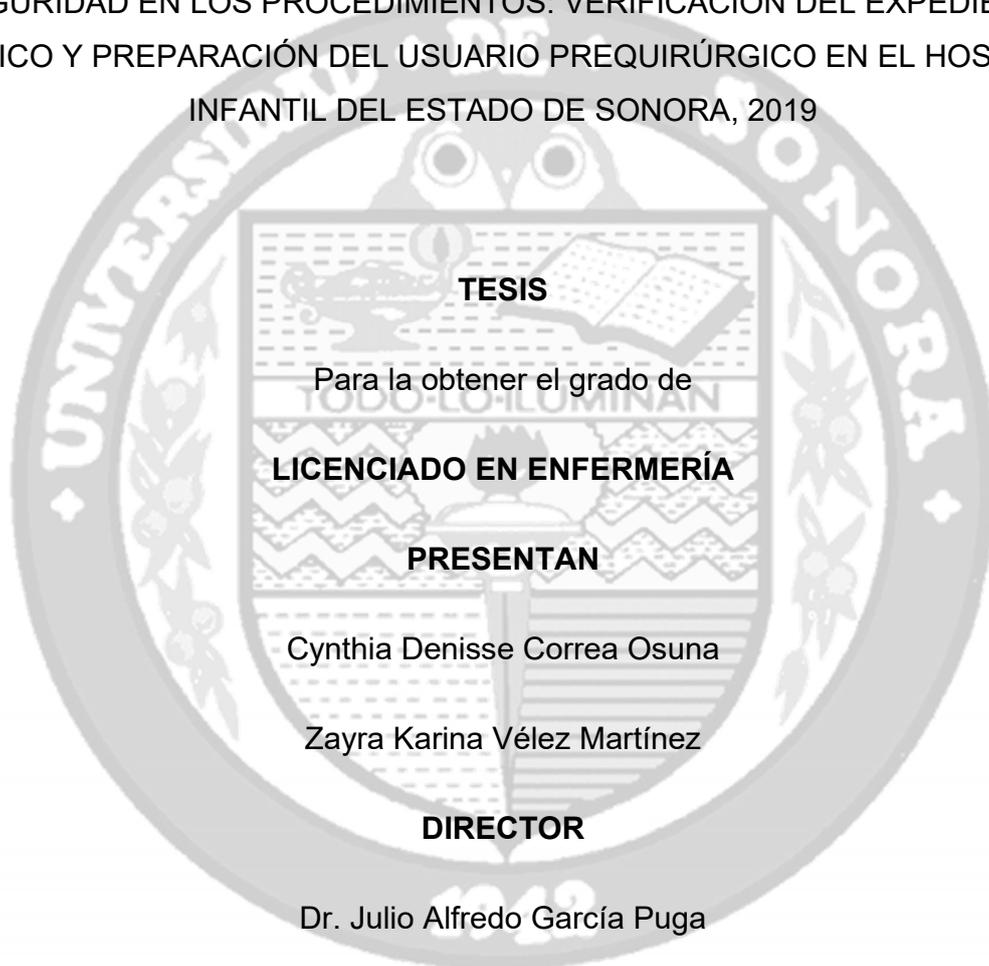


**UNIVERSIDAD DE SONORA**  
**DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS: VERIFICACIÓN DEL EXPEDIENTE  
CLÍNICO Y PREPARACIÓN DEL USUARIO PREQUIRÚRGICO EN EL HOSPITAL  
INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA, 2019



**TESIS**

Para la obtener el grado de

**LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**PRESENTAN**

Cynthia Denisse Correa Osuna

Zayra Karina Vélez Martínez

**DIRECTOR**

Dr. Julio Alfredo García Puga

Hermosillo Sonora, México 2019

# Universidad de Sonora

Repositorio Institucional UNISON



"El saber de mis hijos  
hará mi grandeza"



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

## **Agradecimientos**

Agradezco a mi alma mater, Universidad de Sonora, por abrirme las puertas de la institución en especial al Departamento de Enfermería, a mis maestros y compañeros por formar parte de mi desarrollo profesional, con especial cariño y admiración al Dr. Julio Alfredo García Puga por su dedicación y entusiasmo de guiarme siempre por el camino del desarrollo profesional y personal.

Doy gracias al Hospital Infantil del Estado de Sonora, ya que durante mi año de servicio me brindo aprendizajes y experiencias para mi desarrollo profesional, con especial cariño a Jefatura de enfermería: Mtra. María de los Ángeles García Sánchez Coordinador de Calidad, MGS. Miriam Guadalupe Acuña Méndez Jefe de Enfermería, al profesional de enfermería y compañeros del servicio social (agosto 2018- 2019)

Cynthia Denisse Correa Osuna

Agradezco a la Universidad de Sonora por abrirme sus puertas durante estos cinco años de estudio. A mis maestros en especial y con mucho cariño al Dr. Julio Alfredo García Puga por todo su apoyo en el transcurso de mi formación, al igual que mis compañeros que siempre estuvieron apoyándome y motivándome.

A Hospital Infantil del Estado de Sonora que fue mi hogar durante mi año de servicio social y me dio la oportunidad de crecer profesionalmente y personalmente, con mucho cariño a mis compañeras.

Zayra Karina Vélez Martínez

## **Dedicatorias**

Quiero agradecer a Dios por cuidarme y protegerme, por el camino recorrido lleno de aprendizaje, retos y metas cumplidas y por cumplir, por no dejarme de su mano y guiarme durante mi vida.

Agradezco a mi esposo Carlos Norzagaray por su apoyo incondicional sobre todo por su amor y cariño, por estar siempre a mi lado alentándome en las buenas y en las malas, por nuestra hija Emily Beatriz que la amamos y ha sido nuestro motor, ya que es la fuente de motivación e inspiración para poder superarnos día a día.

A mis padres Luis Correa y Monchi Osuna, les agradezco por darme la vida y por haberme forjado como la persona que soy, porque siempre estuvieron y seguirán presentes en mi vida, por esas palabras de aliento que fueron parte de lo que hoy estoy logrando.

A mis hermanos, Luis Armando Correa y Samanta Correa, por sus palabras de ánimo, por el apoyo en cualquier etapa de mi vida, gracias por estar ahí siempre que ocupaba un abrazo y con quien hablar, los amo.

A mi suegra Beatriz Huerta, por ser parte de este logro, gracias su apoyo, palabras de aliento y abrazos, ese cariño incondicional.

Mi compañera de tesis Karina Vélez le doy las gracias por estar siempre y ser parte de este proyecto, con mucho aprecio y admiración, por ser cómplices en este trayecto universitario y de vida.

Cynthia Denisse Correa Osuna

Agradezco a Dios principalmente por darme salud y vida para cumplir uno de mis sueños, por nunca soltarme de su mano y que gracias a él he logrado concluir con mi carrera.

A mis padres María del Carmen Martínez J. y Carlos Arturo Vélez M., porque ellos siempre han estado brindándome su amor, apoyo incondicional y sus consejos para hacer de mí una mejor persona, por motivarme a luchar siempre por mis sueños y darme siempre su bendición como hasta hoy. Los amo.

A mis hermanas Iliana Guadalupe Vélez M. y Karla María Vélez M, por siempre estar conmigo en todo momento, por sus palabras y abrazos de motivación a seguir y no rendirme. Las amo.

A mi compañera de tesis Cynthia Denisse Correa Osuna, con admiración por ser una gran amiga y por estar siempre conmigo. Este proyecto es un logro más y me siento afortunada de concluirlo contigo. Te quiero.

Zayra Karina Vélez Martínez

## ÍNDICE

|   |           |
|---|-----------|
| <b>INTRODUCCIÓN .....</b>                             | <b>1</b>  |
| <b>CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>    | <b>4</b>  |
| 1.1 Perfil poblacional .....                          | 5         |
| 1.2 Perfil socioeconómico .....                       | 5         |
| 1.3 Perfil de protección social en salud .....        | 6         |
| 1.4 Perfil epidemiológico.....                        | 7         |
| 1.4.1 Morbilidad .....                                | 7         |
| 1.4.2 Mortalidad .....                                | 7         |
| 1.4.3 Cirugía .....                                   | 8         |
| 1.5 Antecedentes.....                                 | 10        |
| 1.6 Justificación .....                               | 12        |
| <b>CAPITULO II. MARCO REFERENCIAL .....</b>           | <b>13</b> |
| 2.1 Marco conceptual .....                            | 13        |
| 2.2 Marco empírico .....                              | 19        |
| <b>CAPITULO III. OBJETIVOS .....</b>                  | <b>23</b> |
| 3.1 Objetivo general.....                             | 23        |
| 3.2 Objetivos específicos .....                       | 23        |
| <b>CAPITULO IV MARCO METODOLÓGICO .....</b>           | <b>24</b> |
| 4.1 Diseño del estudio .....                          | 24        |
| 4.2 Población .....                                   | 24        |
| 4.3 Muestra.....                                      | 25        |
| 4.4 Muestreo.....                                     | 25        |
| 4.5 Criterio selección .....                          | 26        |
| 4.5.1 Criterios de inclusión.....                     | 26        |
| 4.5.2 Criterios no inclusión y exclusión .....        | 26        |
| 4.6 Instrumento de recolección de información .....   | 27        |
| 4.7 Procedimiento de recolección de información ..... | 29        |
| 4.8 Análisis de la información .....                  | 30        |
| 4.9 Consideraciones éticas.....                       | 30        |
| <b>CAPITULO V. RESULTADOS.....</b>                    | <b>32</b> |

|  |           |
|--|-----------|
| Profesional de enfermería .....                | 32        |
| Datos sociodemográficos de los pacientes.....  | 33        |
| Datos del paciente.....                        | 34        |
| Datos del expediente clínico.....              | 38        |
| <b>CAPITULO VI. DISCUSIÓN.....</b>             | <b>42</b> |
| Preparación del paciente .....                 | 42        |
| Del expediente clínico.....                    | 44        |
| <b>CAPITULO VII. CONCLUSIONES.....</b>         | <b>45</b> |
| <b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>         | <b>46</b> |
| ANEXOS   |           |
| LISTA DE VERIFICACION PARA CIRUGIA SEGURA..... | 50        |
| CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO .....        | 52        |

## ÍNDICE DE TABLAS

|  |    |
|--|----|
| Tabla 1. Nivel de cumplimiento de AESP 4 .....   | 32 |
| Tabla 2. Especialidades quirúrgicas.....   | 33 |
| Tabla 3. Antecedentes de intervención quirúrgica .....   | 34 |
| Tabla 4. Uso correcto de la acción esencial para la seguridad del paciente: 1<br>Identificación del paciente, uso de Brazaletes de identificación..... | 35 |
| Tabla 5. Preparación física del paciente .....   | 35 |
| Tabla 6. Marcaje quirúrgico.....   | 36 |
| Tabla 7. Profilaxis en paciente quirúrgico.....  | 36 |
| Tabla 8. Equipo de acceso venoso y soluciones parenterales.....  | 37 |
| Tabla 9. Indicación médica prequirúrgica.....  | 38 |
| Tabla 10. Consentimiento bajo información .....  | 39 |
| Tabla 11. Consentimiento bajo información, motivos.....  | 39 |
| Tabla 12. Valoración pre-anestesia.....  | 40 |
| Tabla 13. Tipo de ASA .....  | 40 |

## RESUMEN

**Introducción:** A nivel mundial el 25% de los pacientes sometidos a cirugía sufren complicaciones postoperatorias. Las medidas de seguridad deben impulsar un cambio real en la cultura de seguridad y calidad del equipo quirúrgico, de manera que se cumplan todos los puntos de la lista de verificación de la seguridad en la cirugía propuesto por la OMS, lo que limita riesgos al paciente quirúrgico.

**Objetivo:** Identificar el nivel de cumplimiento respecto a la acción esencial para la seguridad del paciente en procedimientos quirúrgicos en el Hospital Infantil del Estado de Sonora.

**Material y método:** Diseño cuantitativo, transversal, descriptivo; con una muestra 122 pacientes programados para intervención quirúrgica electiva. Se construyó un instrumento de verificación del nivel de cumplimiento el cual consta de 56 ítems en 2 dimensiones: expediente clínico y preparación del paciente; con un apartado de identificación del paciente. Las opciones de respuesta a cada ítem fueron cumple o no cumple. El instrumento tiene un puntaje de cumplimiento que va de 0 a 100 puntos. El procesamiento de datos fue con estadística descriptiva de frecuencias y porcentajes mediante el programa IBM SPSS V. 20.

**Resultados:** Para dar cumplimiento de los objetivos del estudio se encontró que el nivel de cumplimiento general tuvo una media de 20.49 (DE: 4.34), en la dimensión expediente clínico 40.91 (DE: 10.61) y preparación de paciente media de 32.86 (DE: 12.17).

**Conclusiones:** Los resultados que se obtuvieron de la investigación permiten conocer que el nivel de cumplimiento sobre la acción esencial para la seguridad del paciente: 4 procedimientos correctos, es bajo en la institución por lo tanto debe reforzar el programa de acciones esenciales, en particular la acción cuatro.

**Palabra Claves:** Enfermería, Calidad, Seguridad del paciente.

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene como meta disminuir la mortalidad de origen quirúrgico. En el año 2002 a partir del Departamento de Seguridad del paciente de la propia OMS, se creó el programa de “Cirugía segura, salva vidas”. A raíz de la 55ª Asamblea Mundial de la salud en mayo se invita a los Estados Miembros para que vigilen con atención la seguridad de los pacientes con el fin de establecer sistemas a base de métodos científicos, para poder beneficiar la seguridad y la calidad de la atención ciudadana (OMS, 2004).

En octubre del 2004 se creó la alianza para la seguridad del paciente con el propósito de coordinar, difundir y mejorarla seguridad del paciente en todo el mundo. Mediante la colaboración internacional y a la adopción de medidas entre los Estados Miembros. La secretaria de la OMS, expertos en el tema y profesionales (DOF, 2017).

En 2005 la OMS lanzó la Alianza Mundial para la seguridad del paciente, lo cual se basan en nueve soluciones definidas por expertos mundiales, por lo tanto, se crearon las Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente (MISP), creadas en mayo de 2007 por la OMS como parte de las “Nueve soluciones para la seguridad del paciente” con la finalidad de reducir los daños relacionados con la atención sanitaria (DOF, 2017, Gonzales & Reynoso, 2015).

En el 2007 comenzó a trabajar en el segundo reto mundial presentándose oficialmente el 25 de junio del 2009 en Washington, D.C. con el nombre de “cirugía segura salva vida” a través de la implementación de lista de verificación para una cirugía segura y su impacto en la morbilidad, el cual consiste en promover nuevas políticas con el fin de reducir los eventos adversos derivados de la práctica quirúrgica tras aplicar esta estrategia de verificación de seguridad al paciente quirúrgico por medio de una lista de verificación (OMS, 2008).

En septiembre de 2007 la Secretaría de Salud en México suscribió con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Declaración Conjunta en apoyo a la iniciativa del primer Reto Mundial por la Seguridad del Paciente: Una atención limpia es una atención segura. En junio de 2008 la World Alliance for Patient Safety de la OMS, en coordinación con la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) lanzan la campaña “Las prácticas quirúrgicas seguras salvan vidas”. En el 2009 se da origen a la campaña de “Cirugía Segura Salva Vidas” emitida por el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) [Gonzales & Reynoso, 2015].

Las recomendaciones por la Secretaría de Salud tiene a cabo la tarea de estandarizar el cuidado hacia el paciente, por tal el 8 de septiembre de 2017 en México, el Consejo de Salubridad General publicó en el Diario Oficial de la Federación el acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente de las que se incluye: identificación del paciente, comunicación efectiva, seguridad en el proceso de medicación, seguridad en los procedimientos, reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS), reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas, registro y análisis de eventos centinela, adversos y cuasi fallas, y por ultimo cultura de seguridad del paciente (CONAMED, 2019).

Las medidas de seguridad deben impulsar un cambio real en la cultura del equipo quirúrgico, de manera que se cumplan todos y cada uno de los puntos de la lista de verificación propuestos por la OMS; lo que asegurará la limitación de riesgos del equipo quirúrgico y del paciente. Se tiene el registro que a nivel mundial el 25% de los pacientes sometidos a cirugía sufren complicaciones post-operatorias; entre el 2 y 5% contraen algún tipo de infecciones en el sitio quirúrgico, la mitad asociada a procedimientos quirúrgicos, para reducir estos eventos se ha incrementado la lista de verificación de la seguridad en la cirugía (Navarro, et al., 2011).

A partir de las consideraciones anteriores mencionadas, se decidió trabajar en identificar el nivel de cumplimiento respecto a la acción esencial cuatro seguridades en los procedimientos en el Hospital Infantil del Estado de Sonora en 2019.

Esta investigación está estructurada en siete capítulos: en el capítulo I se establece la construcción del planteamiento del problema el cual se conforma por el panorama de la situación sociodemográfica de México y en Sonora, el cual implica el perfil poblacional, socioeconómico, protección social en salud, perfil epidemiológico, estudios relacionados, antecedentes, justificación y nuestra pregunta de investigación.

En el capítulo II se muestra marco referencial conformado por marco conceptual y marco empírico, este describe los conceptos más relevantes para la investigación, basados en los derechos de los niños y el estado del arte relativo al programa cirugía segura de la OMS y la acción esencial cuatro.

El capítulo III se conforma por los objetivos de la investigación, mientras que el diseño del estudio, la población, muestra, muestreo, así como los criterios de selección, instrumento de recolección de información, procedimiento de recolección de información, análisis de la información y consideraciones éticas se estipulan en el capítulo IV.

Capítulo V se refleja los resultados obtenidos durante la investigación. En el cual ninguno de los expedientes revisados y/o preparación de los pacientes cumplieron al 100% con los indicadores de calidad.

Capítulo VI conformado por la discusión y capítulo VII encontramos la conclusión, donde se finaliza la investigación de la cual se concluye.

## CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad, para los prestadores de salud y las instituciones es de suma importancia la seguridad del paciente, convirtiéndose en una meta indispensable. Lo anterior surge bajo un marco de una sociedad más informada de derecho a la salud y por ende una atención con menor riesgo. Por lo tanto, se busca incrementar la calidad de la atención en las instituciones de salud, está por entendida como el grado por el cual los Servicios de Salud aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados, se busca la manera de que se tiene que hacer lo correcto, establecer una comunicación con fluidez, contar con un ambiente de confianza, empatía, honestidad tacto y sensibilidad (Forrellat, 2014).

Sin embargo, las instituciones buscan la manera de tener escenarios seguros para el paciente, pero se han encontrado diversos factores que conllevan a los eventos adversos. Se reportó que el incremento la tasa de morbilidad y mortalidad relacionadas con procedimientos quirúrgicos reportados en hospitales del todo el mundo, se estima que en países desarrollados el 50 % de eventos en pacientes quirúrgicos se relacionan con carencia de las instalaciones, falta de personal capacitado, insuficiencia de tecnológica y limitaciones en el suministro de medicamentos, equipo y material, por lo tanto, desde el año 2004 se busca la forma de proteger a los usuarios (OMS, 2008).

Por lo anterior, la Organización Mundial de la Salud (OMS), constituye medidas para prevenir los efectos adversos del proceso de cirugía. Puesto que es un problema totalmente prevenible se estable la lista de verificación la cual se realiza en momentos importantes de una cirugía. Esta consta de tres fases o etapas: 1) antes de la inducción anestésica (entrada), 2) antes de la incisión cutánea (pausa quirúrgica) y 3) antes de que el paciente egrese del quirófano (salida). La lista de verificación se construyó a partir de pruebas clínicas y de la opinión de los profesionales capacitados en cirugía segura (OMS, 2008).

## **1.1 Perfil poblacional**

En el caso de México habitan 39.2 millones de población menor de 18 años, los cuales representan el 32.8% del total poblacional; por su parte CONAPO (2019) estimó que en 2018 la población infantil representó el 21.3%. Se espera que continúe que la población aumente de forma importante, pero no de una forma acelerada, ya que actualmente el número de nacimientos es de 2, 353,596 y para el 2025 se esperan 24.5 millones de niños y niñas (INEGI, 2016; INEGI, 2018).

En el caso de Sonora en el 2015 la población fue de 2, 850,330, de los cuales el 27% corresponden a la población infantil; con un total de nacimientos registrados de 46,785. (SIEES, 2015; INEGI, 2016),

## **1.2 Perfil socioeconómico**

Dentro de los indicadores para conocer la situación de calidad de vida de los países se han establecido indicadores socioeconómicos, entre ellos el índice de bienestar constituido por tres elementos: a) producto interno bruto, b) nivel de escolaridad y c) esperanza de vida. En el caso de México el producto interno bruto descendió 237 billones de pesos, al pasar de 1,315 billones en el año 2014 a 1,078 billones en el 2016. Por otra parte, el promedio nacional de escolaridad en México fue de 7.2 años, y en el caso de habitantes de 15 años o más tienen 9.1 años de escolaridad (secundaria concluida). Respecto a la esperanza de vida a nivel nacional en México correspondiente al 2014 76.7 años, aumento para el año 2016 a 77.1 años. Lo anterior implica que el país se encuentra en niveles intermedio entre los países.

Por otra parte, existe un índice de Gini el cual establece la desigualdad de la distribución de los recursos económicos, mientras el índice mayor será alto en la inequidad. En México para el año 2014 el índice fue de 45.8 el cual disminuyó en relación al año 2006, en contraste con Dinamarca cuyo índice fue 28.2 para el 2016.

En el caso de la pobreza y en concordancia con CONEVAL (2010) la pobreza se puede clasificar en tres tipos: alimentaria, de capacidades y pobreza de patrimonio. Si bien desde el año 1996 se observa una disminución de los niveles en el año 2008 se

aprecia un repunte en los tres indicadores de pobreza. Para la pobreza alimentaria se estimó en 47.4%, de capacidades 25.1% y alimentaria de 18%. En 2014 según datos de UNICEF, (2014) niños y niñas de entre 2 y 5 años de edad que es presentado por el 55.2% vivían en pobreza y 13.1% en pobreza extrema, se habla sobre el acceso a la seguridad social el 60.5% no cuenta con ellos, sobre el tema de la alimentación el 25.8% carece de tener acceso a este.

Referido al 11.5% de la población nacional de niñas y niños entre los 6 y los 11 años (que corresponden a 13 millones), el 54.3% se encontraba en situación de pobreza patrimonial y el 25.8% con carencias en el acceso a la alimentación. Relacionado al grupo de edad de 12 y 17 años el 52.2% de adolescentes uno de cada 5 tiene ingresos familiares muy bajo, de tal modo que no cuentan con los recursos suficientes para obtener una alimentación apta para su desarrollo (UNICEF, 2009; UNICEF, 2014).

### **1.3 Perfil de protección social en salud**

A mediados del siglo XIX, en Francia se tiene la idea de brindar protección a los niños, esto permitió la elaboración de los derechos de los menores, pero fue hasta principios del siglo XX, donde se comenzó a ejecutarse la protección de los niños respecto al área social, jurídica y sanitaria, fue hasta 1959 donde realmente se aprobó después de varias Declaraciones de los Derechos del Niño, donde se reconocía que “ la humanidad debe al niño lo mejor que puede darle” (UNICEF, 2014).

Actualmente la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH, 2017) menciona los derechos de los niños en materia de seguridad social, el derecho a la identificación ya que por el hecho de nacer todos los niños y niñas deben de ser registrados. Refiere la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, (ENADID, 2014), destaca que el 96.1% de los recién nacidos vivos del 2013 fueron registrados ante el registro civil, de estos, el 82.7% antes de cumplir los seis meses de edad, y el 10.5% entre los seis meses y el año de edad. Ambos periodos considerados como registro oportuno, pero 6.3% se registraron a partir de un año o más de edad, lo que representa que tuvieron un registro extemporáneo o tardío.

Otro derecho humano de las niñas, niños y adolescentes, es relacionado a la protección de la salud y a la seguridad social (CNDH, 2017). Por lo tanto, el censo de población y vivienda que han referido que la población infantil con seguridad social es de un promedio de 77.7% que incluye instituciones como IMSS, ISSSTE, ISSSTE estatal, Pemex/defensa o marina, seguro popular o para una nueva generación, institución privada y otros, el resto de los niños y niñas que representa un promedio de 22% no son derechohabiente (INEGI, 2010).

#### **1.4 Perfil epidemiológico**

##### **1.4.1 Morbilidad**

La Secretaría de Salud (SS) refiere que a nivel nacional para la población infantil la primera causa de enfermedades son las infecciones respiratorias agudas con 13, 842,375 incidencias, la siguiente causa las infecciones intestinales con 1, 765,576, infecciones de vías urinarias con 844,853, conjuntivitis con 551, 637, otitis media aguda 286,989.

En Sonora la causa número uno de morbilidad son las infecciones respiratorias agudas con 336,480 casos, en el lugar número dos las infecciones de vías urinarias con 20,925, infecciones intestinales con 64, 863 faringitis y amigdalitis 10,045 y conjuntivitis 10,004 (Anuario de Morbilidad, DGE, 2017).

##### **1.4.2 Mortalidad**

En el 2010, en México ocurren 590,693 defunciones, de las cuales un 18% (107124) lo representa la población infantil, según la dirección general de información en salud (DGIS) la principal causa de muerte en infantes son afecciones originadas en periodo perinatal con 14,337 defunciones, que se clasifican en dificultad respiratoria del recién nacido con (4,011), también se presenta sepsis bacteriana (2,633), recién nacidos que no llegan a término y con el bajo peso al nacer (1,268), asfixia del nacimiento (1,123) y neumonía congénita (892). La segunda causa son las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (18.8%).

Otras de las causas más importantes en la mortalidad es neumonía e influenza (1256), accidentes (768), enfermedades infecciosas intestinales (586), infecciones respiratorias agudas (572), enfermedades del corazón (409) y enfermedades del esófago (146) (Panorama Epidemiológico y Estadístico de la Mortalidad en México 2011).

En INEGI (1990) se reportó que, en México de cada mil entre niños y niñas nacidos vivos, 41 morían antes de cumplir los 5 años. Para el 2014, por cada mil nacidos vivos, se registraron 15.1 muertes. Esta cifra representa una disminución del 63%, sin embargo, muchas de estas muertes son por causas prevenibles. La reducción de estas cifras ha sido un gran esfuerzo para el personal de salud, ya que es indispensable la promoción de la aplicación de vacunas como la lucha contra la malnutrición, para el 2013 el Programa de Universal de Vacunación alcanzó el 88.91% de la población infantil y el 97.8% a los niños entre 1 a 4 años. Respecto a la prevalencia del bajo peso a los menores de 5 años, ha disminuido a un 2.8% en el 2012 ya que se encontraba en 1988 en un 13.6% y el porcentaje de niños con baja talla para su edad, fue de 26.9% en 1988 y 13.6% (UNICEF, 2014)

El panorama de Sonora respecto a las defunciones son 14,752 Dirección General de Información en Salud (DGIS, 2011). De las cuales estas se dividen por grupos por edades, en el primer grupo encontramos a los niños de 0 a 11 años de edad que estos los han afectado las afecciones en el periodo perinatal (37.9%), malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (18.8%) y los accidentes de transporte (5%); respecto al segundo grupo de edad que corresponde 12 a 17 años, fallecen por accidentes de transporte (21.3%), agresiones (13.3%) y lesiones auto infligidas intencionalmente (8.7%).

### **1.4.3 Cirugía**

De los pacientes que sufren diversas enfermedades una parte importante de ellos requerirán intervenciones quirúrgicas para la solución de su padecimiento. En área pediátrica las intervenciones más comunes son apendicetomía, reducción de fracturas, especialmente de extremidades superiores, adenoamigdalectomía, derivación ventrículo

peritoneal, corrección de estrabismo, corrección de defectos cardiacos, y hernioplastia inguinal, entre otros.

La Secretaría de Salud (SS) reportó a nivel nacional 1,301,751 intervenciones quirúrgicas, mientras que en Sonora se presentaron 33,721 (DGIS, 2007) La SS y Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (2011) refiere que la disponibilidad de quirófanos en Sonora 3.5 por cada 100,000 habitantes para instituciones públicas en México en el 2010, referente a los servicios estatales de salud comentan que es de 5 por cada 100,000 habitantes.

El perfil anterior denota la dimensión de uso de los servicios quirúrgicos por parte de la población pediátrica. La cual encara una creciente población usuaria de los diversos sistemas de salud, especialmente el público, y mediado por un panorama de escasas y crisis económica, la cual pone en desventaja la prestación de servicios de calidad y por ende con mayor riesgo de vivir situaciones de eventos adversos.

## 1.5 Antecedentes

El Hospital Infantil del Estado de Sonora (HIES) es una institución de atención pediátrica de tercer nivel, el cual su origen fue en el Decreto Presidencial del 10 de enero de 1997. Fue equipado y construido con recursos del Instituto Mexicano de atención a la niñez y con la aportación de los gobiernos de los estados de Sonora, Baja California Sur, Sinaloa y Chihuahua, abrieron sus puertas el 4 de noviembre de 1977, bajo la gubernatura del Lic. Alejandro Carillo Marcor, como el director Dr. Katase Tanaka quien estuvo enfrente de 1977 a 1985, mediante el cual se creó bajo el nombre de Hospital del Niño del Noroeste, después fue nombrado Hospital Infantil del estado de Sonora (HIES).

El hospital tiene como misión ser un hospital de atención integral a la niñez y mujeres sonorenses, donde se brinde servicios de prevención y atención de la salud; mediante un equipo multidisciplinario comprometido con la calidad y seguridad de nuestros pacientes. Tiene como visión ser el hospital líder en la atención de niños, niñas y mujeres sonorenses, con gran capacidad resolutive basado en la mejora continua con la tecnología de vanguardia acorde a las necesidades del tiempo.

Esta institución abrió sus puertas para la atención en edades pediátricas, desde el nacimiento hasta los 18 años, promueve la atención médica, docencia e investigación. En la actualidad proporciona asistencia médica a la población infantil ofrece su servicio en las distintas áreas de audiología, alergología, cardiología, dermatología, endocrinología, estimulación temprana, genética, hematología, infectología, medicina interna, nefrología, neonatología, neumología, nutrición, obesidad, odontopediatría, oftalmología, cirugía, otorrinolaringología, paidopsiquiatría, pediatría, psicología, rehabilitación, reumatología y urología. Respecto al área quirúrgica las especialidades con la que cuenta son de: cirugía pediátrica, cirugía reconstructiva, cardiología, oncología, estomatología, maxilofacial, nefrología, neurocirugía, oftalmología, ortopedia, otorrinolaringología, urología. El hospital está integrado por diferente tipo de personal. Respecto a

enfermería, se cuenta con un total 306 enfermeros que se clasifican en: auxiliares, con licenciatura, especialidad, maestría y doctorado (Comunicación personal, subjefe de enfermería).

En relación a las intervenciones quirúrgicas en el año 2017 se registraron un total de (3,125) cirugías efectuadas, de ellas (2,466) programadas, (979) urgencias, (319) se suspendieron, y con una mortalidad de solo un paciente.

Los diez tipos de cirugía más frecuentes fueron: apendicetomía abierta (257), Rehabilitación oral (125), Aspiración de médula ósea (92), Aplicación de quimioterapia intratecal (82), reducción abierta de cubito y radio con osteosíntesis (60), adenoamigdalectomía (60), circuncisión (55), tomografía de cráneo simple (53), resonancia magnética de cráneo simple y costrada (52), aseo quirúrgico más toma y aplicación de injertos (51). Para este año, los principales motivos de suspensión de cirugía más frecuentes fueron: por urgencia del mismo servicio (51), no ingresó el paciente (42), presentar problemas el paciente (34), falta de material (31), orden médica (27), estar enfermo el paciente (23), falta de tiempo quirúrgico (21); para año 2018 se registró un total de (2956) cirugías efectuadas, de ellas (2322) programadas, (865) urgencias, (231) se suspendieron, no se registró ninguna defunción.

Se presentan los diez tipos de cirugía más efectuadas fueron: apendicetomía abierta (233), rehabilitación oral (123), punción lumbar más quimioterapia (77), aspirado de medula ósea (70), tomografía de cráneo simple 54, resonancia magnética de cráneo simple y costrada (53), tomografía de cráneo simple y constatada (48), reducción cerrada de cubito y radio más colocación de yeso (47), adenoamigdalectomía (45), aplicación de quimioterapia intratecal (45).

Los motivos de suspensión de cirugía más frecuentes fueron: por urgencia del mismo servicio (35), no ingresó el paciente (33), problemas en el paciente (29), cirugía prolongada del mismo servicio (24), estar enfermo el paciente (17) y urgencia de otro servicio (15).

## 1.6 Justificación

A nivel mundial se reconoce que existe un problema en cuanto a la seguridad del paciente quirúrgico. Entre ellas las infecciones superficiales y/o profundas derivadas de las intervenciones, retraso en el proceso de recuperación, así como intervenciones erróneas del sitio quirúrgico. A partir de ello la OMS busca establecer diversas estrategias para disminuir o eliminar la problemática, tal como es el programa cirugía segura.

Así, en el año 2009 se implementa la lista propuesta por la OMS en hospitales de México, por eso que se da a conocer este programa al equipo multidisciplinario que estará en contacto con el paciente quirúrgico para que lo implemente y así minimizar la morbilidad, los riesgos o daños que pueden complicar el estado de salud del paciente durante el proceso quirúrgico y posterior a él, ya que hasta el 25% de los pacientes quirúrgicos sufren alguna complicación postoperatoria. De forma significativa se ha demostrado que al implementar este programa disminuye las complicaciones desde 11% a un 7 % y en cuanto a la mortalidad de 1.5% a 0.8% (OMS, 2008).

En el HIES se realizan al año aproximadamente 3125 cirugías. Se cuentan con diversas especialidades: cirugía pediátrica, ortopedia, neurocirugía, urología, ONG, cirugía plástica y cardiología, entre otras. Actualmente la institución no cuenta con registro de la situación de la lista de verificación y no se conoce la situación real de verificación de indicadores de cirugía segura y por la dimensión y relevancia de las cirugías realizadas la presente investigación busca conocer la situación actual respecto a la verificación del expediente clínico y preparación del usuario prequirúrgico en el HIES, para ello se construyó una lista de verificación armonizada con la sugerida por la OMS, ya que constituye una de las medidas más importantes para prevenir los eventos adversos del proceso de cirugía; por tanto, se establece la siguiente pregunta: ¿Cual Identificar el nivel de cumplimiento respecto a la acción esencial cuatro, para la seguridad del paciente en procedimientos quirúrgicos en el Hospital Infantil del Estado de Sonora 2019.

## **CAPITULO II. MARCO REFERENCIAL**

Dado que la mirada central de este análisis estará puesta en los derechos de los niños a la salud en instituciones desde el proyecto de abordaje hacia la cirugía segura según lo establecido por la OMS, será necesario plantear algunos puntos que servirán de ejes conceptuales. Para empezar, conocer los derechos de los niños definido como: un conjunto de normas jurídicas que protegen a las personas hasta cierta edad. Todos y cada uno de los derechos de la infancia son inalienables e irrenunciables, por lo que ninguna persona puede vulnerarlos o desconocerlos bajo ninguna circunstancia.

### **2.1 Marco conceptual**

La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades. La calidad en la atención de enfermería a pacientes quirúrgicos comprende la asistencia acorde en el avance de la ciencia, a fin de implantar cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los usuarios, que brindan una atención consistente, profesional, eficiente, con trato personalizado y seguridad al paciente. Reducir el riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria. Debido a ello en el año 2009 se implementó la lista de verificación de cirugía segura, la cual es una herramienta sencilla y práctica que puede ser utilizada por cualquier equipo quirúrgico para garantizar de forma eficiente y rápida la observancia de medidas preoperatorias, intraoperatorias y posoperatorias que aportan al paciente (OMS, 2009).

Los Derechos Humanos de niñas, niños y adolescentes están previstos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos desde el 4 de diciembre de 2014, la cual reconoce a niñas, niños y adolescentes como titulares de derechos y, en su artículo 13, de manera enunciativa y no limitativa señala los siguientes:

- I. Derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo
- II. Derecho de prioridad
- III. Derecho a la identidad
- IV. Derecho a vivir en familia
- V. Derecho a la igualdad sustantiva
- VI. Derecho a no ser discriminado
- VII. Derecho a vivir en condiciones de bienestar y a un sano desarrollo integral
- VIII. Derecho a una vida libre de violencia y a la integridad personal
- IX. Derecho a la protección de la salud y a la seguridad social
- X. Derecho a la inclusión de niñas, niños y adolescentes con discapacidad
- XI. Derecho a la educación
- XII. Derecho al descanso y al esparcimiento
- XIII. Derecho a la libertad de convicciones éticas, pensamiento, conciencia, religión y cultura
- XIV. Derecho a la libertad de expresión y de acceso a la información
- XV. Derecho de participación
- XVI. Derecho de asociación y reunión
- XVII. Derecho a la intimidad
- XVIII. Derecho a la seguridad jurídica y al debido proceso
- XIX. Derechos de niñas, niños y adolescentes migrantes
- XX. Derecho de acceso a las tecnologías de la información y comunicación.

Visto desde los derechos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a que se proteja su vida, su supervivencia, su dignidad y a que se garantice su desarrollo integral. Por lo tanto, el personal de salud tiene como obligación respetar cada uno de ellos al momento de brindar la atención de salud.

A continuación, se muestran los derechos que deben ser respetados:

- Brindar mismo trato y oportunidades que a los demás.

- Dar atención y protección en cualquier circunstancia
- Respetar, proteger y garantizar en todo momento sus derechos.
- Brindarle un ambiente sano que favorezca en su recuperación.
- Evitar riesgo o daños en el paciente.
- Respetar la opinión libre de cada paciente.
- Respetar la intimidad personal y protección de datos personales.
- Escuchar y tomar en cuenta los asuntos de interés del paciente referente a su enfermedad.

La seguridad del paciente no solo es un aspecto administrativo, se considera como un derecho. Al respecto la exigencia social de seguridad no se enclava en los documentos que solicitan las instituciones, sino que se visualiza como un aspecto de cuidado humano en el cual tanto los proveedores de salud como los pacientes y sus familiares pugnan por procesos libres de riesgo. Al respecto se pueden articular estos derechos con la seguridad del paciente quirúrgico en distintos puntos de encuentro. Tal como la Identificación correcta del paciente mediante el uso adecuado de brazaletes; esta acción garantiza o al menos disminuye la posibilidad de error en la identificación, la cual puede derivar en realizar procedimientos erróneos o aplicados a pacientes no correspondientes.

También respetar y cumplir la acción esencial número cuatro que habla de los procedimientos correctos en paciente quirúrgicos, y reforzar las prácticas de seguridad ya aceptadas internacionalmente como lo es el marcaje correcto del sitio quirúrgico que te garantiza una posibilidad mínima de presentarse algún efecto adverso derivado por un mal manejo del protocolo en los pacientes quirúrgicos, así como evitar el definimiento de la cirugía, o alguna complicación que se derive de esto.

Por otra parte, todo ser humano tiene derecho a libre expresión, por lo cual los proveedores de salud tienen que respetar la opinión libre de cada paciente, escuchar y tomar en cuenta los asuntos de interés que presenten referente a su

enfermedad e informarles a cerca de eso, y siempre respetar su intimidad personal y protección de datos personales.

En el año 2009 fue que se implementa la lista propuesta por la OMS en los hospitales de México, al año se realizan alrededor de 234 millones de operaciones de cirugías mayor y se presenta un gran problema que es reconocido a nivel mundial en cuanto a la seguridad de la cirugía, es por eso que se da a conocer este programa al equipo multidisciplinario que estará en contacto con el paciente quirúrgico para que lo implemente y así minimizar la morbilidad, los riesgos o daños que pueden complicar el estado de salud del paciente durante el proceso quirúrgico y posterior a él, ya que hasta el 25% de los pacientes quirúrgicos sufren algunas complicaciones postoperatorias, de forma significativa se ha demostrado que al implementar este programa disminuye las complicaciones desde 11 a un 7 % y en cuanto a la mortalidad de 1.5 a 0.8% (OMS, 2008).

La lista de verificación mencionado anteriormente se debe de utilizar en cualquier país, ya que tiene como objetivo reforzar las prácticas de la seguridad ya establecidas fomentar la comunicación y el trabajo multidisciplinario, este instrumento no es un normativo ni un elemento de política oficial, solo aquellas instituciones que deseen mejorar la seguridad de las cirugías y disminuir las complicaciones de muertes quirúrgicas la utilizaran (OMS, 2008).

La lista de verificación consta de tres fases:

A. Antes de la inducción de la anestesia (Entrada):

- ✓ Se ha de completarse antes de la inducción de la anestesia para confirmar la seguridad del procedimiento y el paciente.
- ✓ Se corrobora con el enfermero y el anestesista como mínimo
- ✓ No se pretende ser exhaustiva
- ✓ Consta de 5 apartados:
  - 1) El paciente ha confirmado: identidad, sitio quirúrgico, procedimiento y su consentimiento.

- 2) Demarcación del sitio / no procede
- 3) Se ha completado el control de la seguridad de la anestesia
- 4) Pulsioxímetro colocado y en funcionamiento
- 5) ¿Tiene el paciente alergias conocidas? (si, no), vía aérea difícil/riesgo de aspiración? (no, si, y hay instrumental y equipos / ayuda disponible), Riesgo de hemorragia > 500ml (7ml/kg en niños) (no, si, y se ha previsto la disponibilidad de líquidos y dos vías IV o centrales).

B. Antes de la incisión cutánea (Pausa quirúrgica):

- ✓ Participa enfermería, anestesiología y cirujanos
- ✓ La pausa quirúrgica es una interrupción momentánea de todo el equipo justo antes de la incisión cutánea con el fin de confirmar la realización de diversos controles de seguridad esenciales.
- ✓ Se corrobora con la enfermera, anestesista y el cirujano.
- ✓ Consta de 4 apartados:
  - 1) Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función.
  - 2) Cirujano, anestesista y enfermero confirman verbalmente: la identidad del paciente, sitio quirúrgico, procedimiento.
  - 3) Previsión de eventos críticos:
    - El cirujano revisa: los pasos críticos o imprevistos, la duración de la operación y la pérdida de sangre prevista.
    - El equipo de anestesia revisa: si el paciente presenta algún problema específico.
    - El equipo de enfermería revisa: si se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores) y si existen dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos.
  - 4) ¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos? (si, no procede).
  - 5) ¿Pueden visualizarse las imágenes diagnosticas esenciales? (Si, no procede)

C. Antes de que el paciente salga del quirófano (Salida):

- ✓ Debe completarse antes de que el paciente salga del quirófano.
- ✓ El objetivo es que todo el equipo involucrado en la atención del paciente sea continuo.
- ✓ Participantes es el enfermero, anestesista y cirujano.
- ✓ Consta de 2 partes:
  - 1) El enfermero confirma verbalmente con el equipo:
    - El nombre del procedimiento realizado
    - Que los recuentos de instrumentos, gasas y agujas son correctos (o no proceden)
    - El etiquetado de las muestras (que figure el nombre del paciente)
    - Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos
  - 2) El cirujano, el anestesista y el enfermero revisan los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente

El instrumento debe de elaborarse por el personal clínico o profesional sanitario que este presenta en la intervención quirúrgica, recurrentemente es el coordinador de la lista será un enfermero circulante. Debe de ser escuchada por todo el personal que se encuentra en quirófano, anunciándola en voz alta la ejecución de las 3 fases de la lista de verificación.

En un caso que los criterios se modifiquen por requerimientos del servicio de salud, los participantes para esta modificación son enfermería, cirugía y anesthesiólogos. Se deben de realizar pruebas para garantizar la funcionalidad siempre deben de aplicar los principios utilizados en la lista de verificación para su modificación: focalizada, breve, ejecutable, verbal, cooperativa, comprobada, integrada (OMS 2009).

México se unió a la iniciativa de la seguridad del paciente, en el 2013 se elaboró la guía de práctica clínica: Intervenciones Preventivas Para La Seguridad En El Paciente Quirúrgico que tiene la finalidad de orientar la toma de decisiones

clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible. Esta guía pone a disposición del personal del segundo y tercer nivel de atención.

Lo que está establecido es para aumentar las estrategias de mejora y promover la seguridad del paciente quirúrgico, como promover las acciones requeridas para minimizar los riesgos que ponen en peligro la vida y aumentar el bienestar de los pacientes quirúrgico, prevenir los errores que involucren cirugías en el sitio, procedimientos o paciente correcto y reforzar la comunicación y el trabajo multidisciplinario

Esta conforma las evidencias y recomendaciones sobre la prevención de la infección de herida quirúrgica, uso de profilaxis antibiótica, prevención de eventos vasculares, prevención del tromboembolismo venoso, prevención de problemas derivados de la transfusión sanguínea, aspectos derivados de la anestesia e intervenciones generales para la seguridad del paciente (Centro Nacional de Excelencia Tecnología en Salud, 2013).

## **2.2 Marco empírico**

Las investigaciones realizadas respecto a la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura son escasas en nuestra localidad. A nivel nacional la mayoría de las investigaciones se han realizado a cabo estudios en pacientes adultos, mientras que en pacientes pediátricos se han encontrado muy pocas investigaciones. A continuación, se presentan algunos estudios localizados mediante búsqueda libre.

En un hospital de alta especialidad de la Ciudad de México se realizó un estudio mixto con una muestra de 100 casos, cuyo objetivo fue analizar y aplicar la lista de verificación de seguridad en procedimientos invasivos y quirófano (LVQ). Se evaluó la lista de verificación durante tres meses, clasificada en cuatro etapas de acuerdo a la participación de cada miembro del equipo quirúrgico: cirujano, anestesiólogo, circulante e instrumentista. En el primer mes de haber iniciado la aplicación de la lista de verificación se encontró que el 38% de los casos utilizaba

apropiadamente la lista y el grupo en el cual se observó mayor cumplimiento de la LVQ fue personal de enfermería circulante e instrumentista (80%). En el segundo mes se observó un incremento significativo de 38% a un 73.3%. Al tercer mes de evolución se observó nuevamente un incremento significativo en el cumplimiento en todas las áreas, ya que en el 93% de todos los procedimientos se utilizó la lista de verificación y en cuanto al equipo médico, con excepción del cirujano, lograron utilizarla en el 100% (Martínez-Rodríguez, et al., 2011).

Por otra parte, también se realizó el Programa “Cirugía segura salva vida”: Seguimiento por vía telefónica a pacientes intervenidos quirúrgicamente en el servicio de cirugía general del Hospital General de México de 234 pacientes operados durante el mes de septiembre del 2010, en 172 pacientes (70%) se utilizó la lista de verificación, de los cuales a 68 pacientes se le pudo realizar la aplicación del cuestionario durante 3 meses después de ser operados. En este programa el método que se utilizó fue entrevista de 10 preguntas de las cuales ocho corresponden al estado de salud y dos a la satisfacción del servicio; ¿Su cirugía se llevó a cabo en la fecha programada?, ¿Tuvo consecuencia de la anestesia?, ¿Tuvo alguna complicación?, ¿A su egreso le informaron sobre los cuidados en su domicilio?, ¿Llevo un tratamiento especial?, ¿Acudió a su cita posterior a su cirugía?, ¿Se resolvió su problema de salud?, ¿Reingreso al hospital a consecuencia de su cirugía?, ¿Recomendaría nuestros servicios?. Se observó que el 4.41% de los pacientes refirieron que tuvieron complicaciones con la anestesia (dificulta para micción, náuseas y/o vómito y eritemas en sitio de aplicación venoclisis), el 7.5% infección en la herida quirúrgica (Navarro-Reynoso et al., 2011).

Entre otro estudio en São Paulo de octubre 2012 a octubre del 2013 se llevó a cabo una investigación en una muestra de 60 pacientes- denominada “Cirugía segura en pediatría: aplicación en la práctica una lista de verificación Pediátrico para Cirugía Segura”. Se evaluó la aplicación de una lista de verificación pediátrico durante el periodo preoperatorio en hospital universitario en el área de cirugía pediátrica en la cual se realizan cirugías de diversas especialidades y complejidad.

El instrumento que utilizar fue llamado “El camino a Mi cirugía”, consta de 12 ítems los cuales fueron: nombre, fecha de ingreso, uso de brazaletes, explicación de los procedimientos a realizar en el hospital, alergias, ayuno, si contaba con un diente flojo, retiro de accesorios, limpieza general, medico explico el procedimiento a realizar al paciente y a los familiares y en donde se llevaría a cabo. Los resultados de la investigación fueron que el 71.7% de los pacientes eran varones con una edad media de 7.5 años.

El 65.3% del instrumento se completó, mientras que el 30% no se contestó por debido a la falta de ejecución por parte del equipo y el 4.7% por causa de los niños y familiares, ya que el encuestador explicaba el lleno y firmaban el consentimiento informado, el familiar y el paciente lo contestaban. Se idéntico el uso adecuado de brazaletes en un 86.7%, referente a la explicación de los procedimientos por parte de enfermería fue de un 80% ejecutados, mientras el ayuno fue contestado y llevado a cabo en un 78.3%, se habló de la limpieza del paciente un 33% no contaban con ella y el 43.3% fue realizado, sobre el retiro de los accesorios solo cumplieron el 27.7%; La explicación de los que sucederá en quirófano redujo el nivel de ansiedad a niños mayores de 4 años en un 83.3% (De Oliveira, Pedreira & Sorgoni, 2015).

Por otro lado, en un hospital de Mazatlán se realizó un estudio piloto en donde se implementó la lista de verificación a 533 pacientes, 255 en el 2010 y se replicó en el año 2015 con 280 pacientes. El estudio se llevó a cabo en cirugías ambulatorias programadas y de urgencias; los resultados que se obtuvieron al implementar este programa reflejan la disminución de complicaciones desde un 11.4 % a un 4.3 %, y un 60% en infecciones de herida quirúrgica considerándose la principal causa de complicaciones postquirúrgicas debido a que no se corroboraba de manera adecuado la administración de profilaxis antes de la intervención quirúrgica (López-Gavito, 2016)

En conclusión, los estudios relacionados se refieren a estudios donde se ha implementado la lista de verificación como prueba piloto con el objetivo de que se

cumpla los requisitos antes y después de la intervención quirúrgica según lo establece la OMS, con el fin de evitar algún daño o complicaciones en el paciente.

En contraste a los estudios relacionados la presente investigación se enfocó no solo en la lista de verificación sino en la preparación del paciente prequirúrgico y revisión del expediente clínico según lo establecido NOM-004-SSA3-2012, manuales y guías de práctica clínica con el objetivo de reducir el diferimiento de las cirugías y prevención de los efectos adversos en la seguridad del paciente quirúrgico.

## **CAPITULO III. OBJETIVOS**

### **3.1 Objetivo general**

Identificar el nivel de cumplimiento respecto a la acción esencial cuatro, para la seguridad del paciente en procedimientos quirúrgicos en el Hospital Infantil del Estado de Sonora 2019.

### **3.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar datos sociodemográficos de pacientes prequirúrgicos en el Hospital Infantil del Estado de Sonora, 2019.
- Identificar el cumplimiento de la integración referente al expediente clínico del paciente prequirúrgico en el Hospital Infantil del Estado de Sonora, 2019.
- Conocer el nivel de preparación del paciente prequirúrgico en el Hospital Infantil del Estado de Sonora, 2019.

## **CAPITULO IV. MARCO METODOLÓGICO**

### **4.1 Diseño del estudio**

Para dar respuesta a la pregunta de investigación el estudio fue de carácter no experimental cuantitativo, transversal, descriptivo. El propósito de estos estudios es observar un fenómeno y recolectar los datos en un solo momento, es decir, se pretende conocer la situación de la institución respecto al proceso de cirugía segura, en el momento prequirúrgico. Mediante la revisión del paciente y expediente (Hernández & Siampieri, 2014).

Por otra parte, se puede incluir dentro de los diseños de investigación acción por que al momento de presentar el fenómeno se actúa para mejorarlo, ya que es importante no solo la recolección de datos si no también mejorar la práctica. Si bien esta investigación no pretende dar solución a la problemática, al menos se plantea el escenario para futuras intervenciones (Latorre, 2005; Rodríguez-Peñuelas, 2010).

### **4.2 Población**

La población para este estudio fueron todos aquellos usuarios pediátricos programados para intervención quirúrgica en el Hospital Infantil del Estado de Sonora correspondientes al periodo enero a mayo de 2019 (Lepkowski, 2008b, citado en Hernández & Siampieri, 2014).

En nuestro caso la población del estudio fue:

a) Pacientes prequirúrgicos de las especialidades cirugía pediátrica, medicina interna, ortopedia, neurocirugía, urología, cirugía plástica, oftalmología que fueron previamente programados en las consultas e ingresaron a los servicios del HIES; las edades de los pacientes fluctuaron entre 29 días de nacido hasta 18 años de edad.

b) Expedientes correspondientes a los pacientes, los cuales se encontraban en los servicios seleccionados.

### **4.3 Muestra**

La muestra es un subgrupo de la población de la cual se recopila información y debe ser representativa de la población (Hernández & Siampieri, 2014). Para nuestro estudio la muestra estimada fue de 122 pacientes, calculada para estudios descriptivos y poblaciones finitas en estudios descriptivos; los parámetros utilizados son población de 180 sujetos que corresponden a un periodo de 3 meses, nivel de confianza del 95%, error estimado al 5% y un nivel de respuesta 50%. La muestra se calculó con el recurso en línea Simple sise calculador de raosoft. La fórmula utilizada fue de  $n: [ (NZ^2(p)(q) / (N-1) (e)^2+(Z)^2(p)(q)) ]$ , donde N corresponde a la población, Z nivel de confianza, e error y p proporción estimada (Fernández, 1996). Periodo de trabajo de campo fue de enero a mayo 2019.

### **4.4 Muestreo**

Relativo al muestro, este se puede dividir en muestreo probabilístico o no probabilístico. El muestreo probabilístico se caracteriza porque todos los elementos de la población tienen en la misma oportunidad de ser elegidos y se obtiene de las características de la población; el segundo tipo es un muestreo no probabilístico, entre los que se encuentra por conveniencia, que se define por la designación de los elementos no depende de la probabilidad si no de las especificaciones que requiere la investigación; por lo que para nuestra investigación fue un muestreo no probabilístico por conveniencia, ya que el objetivo fue conocer la calidad de la preparación prequirúrgica de pacientes programados para intervención quirúrgica. (Hernández & Siampieri, 2014).

El muestreo probabilístico se refiere que todos los elementos de la población tienen la misma posibilidad de ser escogidos para la muestra y se obtienen de las características de la población, referente al muestreo no probabilístico la elección de los elementos no depende de la probabilidad, si no de causas relacionadas con

las características de la investigación o los propósitos del investigador (Hernández & Siampieri, 2014).

Por tal motivo para nuestra investigación fue el muestreo no probabilístico por conveniencia, ya que tenemos como propósito en conocer la calidad de los pacientes quirúrgicos, por tal motivo requerimos características específicas para la investigación.

#### **4.5 Criterio selección**

Los criterios de inclusión se consideran los elementos particulares que debe de tener la muestra para poder ser parte de la investigación. Para los criterios de no inclusión (eliminación) son las características que se presentan que puede suceder después de dar inicio a la investigación y de haber ya sido parte de la selección para la investigación. Mientras los criterios de exclusión son las cualidades que pueden transformar los datos obtenidos por tal razón se rechaza para la muestra (Otzen & Manterola, 2017)

##### **4.5.1 Criterio de inclusión**

Pacientes programados para intervención quirúrgica, con nivel ASA menor o igual de 3, y cuyos padres acepten y firmen consentimiento informado, además del asentimiento del paciente; así mismo, expedientes que se encuentren disponibles en el servicio al momento de realizar el estudio. Sin embargo, en caso de no contar con el expediente se considerará el caso para el análisis de la información.

##### **4.5.2 Criterio no inclusión y exclusión**

- a) Pacientes que requieran intervención quirúrgica de urgencia cuya condición clínica no permita realizar las acciones del programa.
- b) Expediente del paciente que no se encuentre en el servicio.
- c) Pacientes ambulatorios, procedimientos oncológicos y estudios que requieran procedimiento anestésico.

d) Intervenciones quirúrgicas realizadas en el turno vespertino, nocturno y jornada acumulada.

#### **4.6 Instrumento de recolección de información**

Se construyó una cédula a favor de la identificación del paciente. La cédula se elaboró a partir de la revisión de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía manual de aplicación (OMS, 2008), Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009 (OMS, 2009) Guía de Práctica clínica: intervenciones preventivas para la seguridad en el paciente quirúrgico, (CENETEC, 2013), Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (SS, 2018), Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 (DOF, 2012), Del expediente clínico, NOM-097-SSA1-1994, Que establece las especificaciones sanitarias de las sondas para drenaje urinario. NOM-022-SSA3-2012, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión.

En primer lugar, se construyó una cédula identificación del paciente en la cual se indaga nombre del paciente, edad, sexo, folio, cama, servicio diagnóstico médico, intervención quirúrgica, antecedentes quirúrgicos y grado de estudio de enfermería.

La lista de verificación para cirugía segura consta de 43 ítems, dividida en dos dimensiones: 1) preparación del paciente y 2) expediente clínico. Las opciones de respuesta son dicotómicas de cumple o no cumple. La dimensión 1 se compone por 32 preguntas y la segunda dimensión por 11 preguntas. La confiabilidad del instrumento, medido mediante la prueba KR-20 fue de .575.

##### **1) Preparación del paciente**

Se integra por 32 ítems, dividido en cuatro secciones: a) identificación del paciente, b) condiciones del paciente, c) indicaciones y d) acceso venoso. Adicional se incluyó si el paciente contaba o no con algún tipo de sonda.

**a) Identificación del paciente.**

En este apartado se verifica el uso del brazalete correctamente, es decir que contenga la información del nombre, sexo, fecha de nacimiento, folio, de igual manera el uso de ambas extremidades y si el paciente presenta alergias.

**b) Condiciones del paciente.**

Respecto al uso de ropa interior, bata, gorro, botas, limpieza general, signos vitales,

**c) Indicaciones medicas**

Se menciona si está indicado el ayuno, si el paciente requiere material para su intervención, marcaje quirúrgico y profilaxis antibiótica.

**c) Accesos venosos**

En este apartado se verifica si tiene acceso venoso, número de Punzocat, si está vencida la instalación del acceso y se presenta con condiciones adecuadas, tipo de solución y si esta cuenta con membrete, si cumple la indicación médica prequirúrgica, equipo de venoclisis fechado y adecuado para la llegada al quirófano.

El último apartado nos refiere sobre el tipo de sondas del paciente y si esta se encuentra en condiciones óptimas, la fecha de instalación.

**2. Conformación del expediente clínico**

Esta sección consta de 3 apartados, la cual la primera es la identificación del expediente clínico, hoja de enfermería quirúrgica, valoración preanestesia, tipo de ASA, la indicación médica prequirúrgica y banco de sangre.

El siguiente apartado es consentimientos informado de anestesia, bajo información y solicitud de intervención quirúrgica.

Laboratorios de gabinete que incluye hemoglobina, hematocrito, plaquetas y tiempos de coagulación.

Respecto a la interpretación de la cédula de verificación del puntaje original se transformó en un índice de 0 100, donde 0 representa 0% de cumplimiento mientras que 100 el 100% de cumplimiento.

#### **4.7 Procedimiento de recolección de información**

Para poder realizar la investigación en la institución se realizó el siguiente proceso:

En primer lugar, se identifica la problemática sobre los pacientes prequirúrgicos en los servicios en los que se ingresan los pacientes para su intervención quirúrgica y establecer una hipótesis del por qué el diferimiento de las cirugías o bien su cancelación, posterior a lo mencionado se elabora con protocolo de investigación.

Al inicio de la elaboración del protocolo de investigación se requirió revisión bibliográfica para poder dar fundamento a lo que se realizaría y poderlo presentar antes la dirección del hospital, con el fin de tener autorización, de igual forma se informa a jefatura de enfermería como de enseñanza y a los jefes de servicios, la ejecución de la investigación.

El momento de nuestra llegada al servicio es una hora antes de la entrada a quirófano. Para la aplicación del instrumento se lleva a cabo con la verificación de la lista de programación en conjunto con el jefe del servicio de cirugía para identificar al paciente quirúrgico, después se va con familiar y paciente para obtener el consentimiento del uso de su información para fines de investigación. Posterior a esto el encuestador llena los ítems e interroga al familiar y al paciente para corroborar los datos y verificar la conformación del expediente clínico del paciente.

Se obtiene la información del paciente y del expediente clínico y se observa en la lista de verificación que uno de los ítems nos denota una forma negativa se le informa al personal de enfermería y a jefe del servicio para poder actuar y modificar la condición del paciente o del expediente clínico, pero sin cambiar el ítem.

Cabe mencionar que al identificar alguna anomalía en la preparación del paciente o en la conformación del expediente clínico, según lo establecido por las Normas de oficial mexicana y guías de práctica clínica, se informa y se autoriza al jefe del servicio y al profesional de enfermería para la preparación correcta del paciente.

#### **4.8 Análisis de la información**

Para dar respuesta a los objetivos de la investigación se utilizó estadística descriptiva mediante frecuencias y porcentajes. Los datos obtenidos se registraron a partir de la observación, entrevistas al paciente o familiar y la información recolectada fue documentada en el instrumento de recolección de datos para posteriormente ser capturados y analizados en el programa estadístico IBM SPSS para Windows versión 20.

#### **4.9 Consideraciones éticas**

La presente investigación se rigió por lo establecido por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2014), que en su Título segundo considera los aspectos éticos de la investigación en seres humanos.

Capítulo I “Disposiciones comunes”:

Artículo 13: en toda investigación en la que el ser humano es sujeto de estudio, deberán prevalecer, el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Se explica sobre el proceso de la investigación y nuestro objetivo, si se acepta ser parte de la investigación firma un consentimiento informado, se oculta la identidad y se explica todo aquel procedimiento que se realizará.

Artículo 14. La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse: v. Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal.

Artículo 16. Se protegerá la privacidad del individuo sujeto a la investigación. Se respetarán en todo momento los principios bioéticos de autonomía, no mal eficiencia, beneficia y justicia.

Artículo 17, numeral II se establece el riesgo de la investigación como riesgo mínimo: Porque es un estudio prospectivo que emplea procedimientos con técnicas de examen físico.

- Derecho de retiro voluntario

Lo establecido en la Ley general de salud (1986): Titulo quinto "Investigación para la Salud: capitulo único

ARTÍCULO 100. La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;

II. Podrá realizarse sólo con el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo.

III. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.

## CAPITULO V. RESULTADOS

En esta sección se presenta la información recolectada en el periodo de trabajo de campo, que se llevó a cabo de enero a mayo de 2019. Se realizó visita pre-quirúrgica por parte del área de enfermería para la recolección de información en el área seleccionada, en la cual se verificó la preparación del paciente y la verificación de su expediente. La información se llevó a cabo en los servicios de infectología, medicina interna y cirugía que se encuentran ubicados en el tercer piso del Hospital Infantil del Estado de Sonora.

Para dar de los objetivos del estudio se encontró que el nivel de cumplimiento general se encontraba con una media de 20.49 (DE: 4.34), en la dimensión expediente 40.91 (DE: 10.61) y preparación de paciente media de 32.86 (DE: 12.17) [Tabla 1].

Tabla 1. Nivel de cumplimiento de AESP 4

|                    | Media | DE    | Mínimo | Máximo |
|--------------------|-------|-------|--------|--------|
| Cumplimiento       | 20.49 | 4.34  | 10     | 31     |
| Expediente clínico | 40.91 | 10.61 | 17     | 74     |
| Paciente           | 32.86 | 12.17 | 9      | 64     |

Fuente: Elaboración propia

n.122

### Profesional de enfermería

Relacionado al personal de enfermería adscrito al servicio de cirugía, el grado académico de enfermería se categorizaron en auxiliares y licenciatura. De ellos el 50.58% (62) fueron auxiliares. Una de las funciones esenciales de trabajo de enfermería es establecer diagnósticos de enfermería que denoten y organicen las actividades, al respecto, en el 100% (122) de las hojas de enfermería no se encontraron registros de diagnósticos de enfermería asociados a la condición quirúrgica.

## Datos sociodemográficos de los pacientes

Respecto al grupo de edad, el 9.8% (12) corresponden a lactante mayores, 11.5% (14) lactante menor o infante, 22.1% (27) preescolar, 23% (28) escolar, 33.6% (41) adolescente. De la muestra el 45.9 % (56) son mujeres y 54.1 % (66) hombres.

En cuanto a las especialidades quirúrgicas incluidas en el estudio la especialidad con mayor frecuencia de 31.1% (38) cirugía pediátrica, 23.8% (29) ortopedia y con 18 % (22) cirugía plástica y reconstructiva. (Tabla 2).

Tabla 2. Especialidades quirúrgicas.

|                                   | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------------|------------|------------|
| Cirugía pediátrica                | 38         | 31.1       |
| Cirugía plástica y reconstructiva | 22         | 18.0       |
| Otorrinolaringología              | 12         | 9.8        |
| Ortopedia                         | 29         | 23.8       |
| Neurología                        | 2          | 1.6        |
| Oftalmología                      | 12         | 9.8        |
| Oncología                         | 2          | 1.6        |
| Urología                          | 4          | 3.3        |
| Neurocirugía                      | 1          | .8         |

Fuente: Elaboración propia.

n: 122

Respecto a los diagnósticos médicos más frecuentes de los pacientes en el estudio el 10% (10) presentaron adenoamigdalitis, criptorquidia derecha 3.3% (4), fimosis 3.3% (4), luxación congénita de cadera izquierda 3.3 % (4), colelitiasis 1.6% (2), quemadura de 2do grado 1.6% (2), quiste sinovial 1.6% (2). Por tanto, Las diez intervención quirúrgicas que se presentaron con mayor frecuencia son adenoamigdalectomía 10% (10), broncoscopia 2.5 % (3), circuncisión 2.5% (3), colonoscopia 2.5% (3), colecistectomía 1.6% (2), endoscopia 1.6% (2), orquidopexia bilateral 1.6% (2), osteosíntesis de fémur con clavos 1.6% (2), reducción abierta 1.6% (2), resección de quiste sinovial 1.6% (2).

En relación a los antecedentes de intervención quirúrgica, la frecuencia varió desde 0 hasta 18 veces, se encontró que en 73 (59.8%) usuarios no habían sido intervenidos anteriormente, los que presentaron solo una intervención quirúrgica fue de una frecuencia de 23 (18.9%), para los que ya tenían dos antecedentes se vió que solo 15 (12.3%) pacientes (Tabla 3).

Tabla 3. Antecedentes de intervención quirúrgica

|    | Frecuencia | Porcentaje |
|----|------------|------------|
| 0  | 73         | 59.8       |
| 1  | 23         | 18.9       |
| 2  | 15         | 12.3       |
| 3  | 5          | 4.1        |
| 4  | 1          | .8         |
| 6  | 1          | .8         |
| 7  | 2          | 1.6        |
| 15 | 1          | .8         |
| 18 | 1          | .8         |

Fuente: Elaboración propia.

n: 122

### Datos del paciente

El uso del brazalete para la identificación es esencial para la seguridad del paciente para dar cumplimiento a la acción esencial para la seguridad del paciente: 1 identificación del paciente. Los datos que se registran en los brazaletes de identificación es el nombre, sexo, fecha de nacimiento y folio, de los cuales deben portar uno en miembro superior derecho y miembro inferior izquierdo. Se observó que del total de la muestra el 91% (111) de los pacientes portaba los brazaletes de manera correcta, el 1.6% (2) no contaban con ninguno, el 7.4% (9) contaban con solo un brazalete (Tabla 4).

Tabla 4. Uso correcto de la acción esencial para la seguridad del paciente: 1 Identificación del paciente, uso de brazaletes de identificación.

|                                 | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------------|------------|------------|
| Si                              | 111        | 91.0       |
| No                              | 2          | 1.6        |
| Solo miembro superior derecho   | 6          | 4.9        |
| Solo miembro inferior izquierdo | 3          | 2.5        |

Fuente: Elaboración propia.

n: 122

La preparación física es indispensable para el ingreso a quirófano, se conforma de varios aspectos. Respecto al uso de la ropa interior el 36.9% (45) si la portaban, el 63.1% (77) no la usaban. El uso de bata solo el 63.9% (78) vestían correctamente, el resto 36.1% (44) no tenían. Sobre el uso de gorro y botas del usuario, el 100% (122) no lo utilizaban. El último aspecto relativo a la limpieza física del usuario el 90.2% (110) contaba con una higiene física correcta, el 9.8% (12) no presentaba las condiciones adecuadas para ingresar a quirófano (Tabla 5).

Tabla 5. Preparación física del paciente

|                  | Si (f) | %    | No(f) | %    | Total | %   |
|------------------|--------|------|-------|------|-------|-----|
| Ropa interior    | 45     | 36.9 | 77    | 63.3 | 122   | 100 |
| Bata             | 78     | 63.9 | 44    | 36.1 | 122   | 100 |
| Gorro            |        |      | 122   | 100  | 122   | 100 |
| Botas            |        |      | 122   | 100  | 122   | 100 |
| Limpieza General | 110    | 90.2 | 12    | 9.8  | 122   | 100 |

Fuente: Elaboración propia.

n: 122

Previo a la intervención quirúrgica es importante conocer alergias del paciente, ya que el cuerpo puede presentar reacción alérgica a los medicamentos administrados por el profesional de salud. El total de nuestra muestra el 100% (122) el personal conoció si presentaban alergias.

En la toma de los signos vitales y ayuno de 8 horas el 100% (122) cumplieron con estos indicadores.

En relación al material requerido para la intervención quirúrgica en el 22.1% (27) estaba disponible, el 4.9% (6) no contaba con material y el 73% (89) no requería de un material en específico para el ingreso a quirófano.

El marcaje quirúrgico es un indicador importante para reconocer el sitio de incisión quirúrgica. El 57.4% (70) no contaban con la señalización de la intervención quirúrgica y el 42.6% (52) no lo requerían por el tipo de intervención quirúrgica (Tabla 6).

Tabla 6. Marcaje quirúrgico

|           | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|------------|------------|
| No        | 70         | 57.4       |
| No aplica | 52         | 42.6       |

Fuente: Elaboración propia.

n: 122

La profilaxis con antibiótico en paciente quirúrgico, es para la reducción de infecciones asociadas a la intervención quirúrgica. Se puede observar que solo el 21.3% (26) solo contaba con la administración de antibiótico, el 78.7% (96) no estaba indicado profilaxis para ingresar a quirófano (Tabla 7).

Tabla 7. Cumplimiento de profilaxis antibiótica en paciente quirúrgico.

|    | Frecuencia | Porcentaje |
|----|------------|------------|
| Si | 26         | 21.3       |
| No | 96         | 78.7       |

Fuente: Elaboración propia.

n: 122

El indicador de calidad de los servicios de salud marca la vigilancia y control de accesos venosos instalados, el cual establece los criterios sobre los equipos de

venoclisis instalados deben contar con fecha de instalación y las soluciones intravenosas con membretes de identificación. Los accesos venosos tienen la función para la ministración de medicamentos y soluciones parenterales. En la muestra el 92.6% (113) presentaban catéter para vena periférica o catéter venosos central, de ellos el 1.77% (2) tenían más de 72 horas post-instalación. Respecto a condiciones adecuadas el 74.3% (84) contaba con ello, por lo cual el 23.8 % (27) no se encontraban en condiciones óptimas.

El uso de los membretes en soluciones el 68.15% (77) si contaba con ello, el 31.85% (36) no contaba con la identificación de la solución. Relacionado al equipo de venoclisis adecuado el 39.83% (45) lo presentaban el resto de 60.17% (68) no era óptimo para subir a quirófano. Se conocía el 28.3% (32) la fecha de instalación de los equipos y 71.7% (81) se desconoce (Tabla 8).

Tabla 8. Equipo de acceso venoso y soluciones parenterales

|                      | Si (f) | %     | No(f) | %     | Total | %   |
|----------------------|--------|-------|-------|-------|-------|-----|
| Membrete de solución | 77     | 68.15 | 36    | 31.85 | 113   | 100 |
| Equipo adecuado      | 45     | 39.83 | 68    | 60.17 | 113   | 100 |
| Equipo fechado       | 32     | 28.3  | 81    | 71.7  | 113   | 100 |

Fuente: Elaboración propia.

n: 122

La indicación médica pre quirúrgica habla sobre los cuidados que se le deben de brindar, la preparación física y farmacológica. Respecto a lo indicado por el médico para el paciente solo 30.3% (37) se prepara al paciente como menciona la indicación, el 23% (28) no cumple y el 46.7% (57) se desconoce, ya que no se encontró la indicación médica pre quirúrgica en el expediente (Tabla 9).

Tabla 9. Indicación médica prequirúrgica

|               | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------|------------|------------|
| Se realiza    | 37         | 30.3       |
| No se realiza | 28         | 23         |
| Se desconoce  | 57         | 46.7       |

Fuente: Elaboración propia.

n: 122

### Datos del expediente clínico

Al ingresar al paciente a quirófano debe de presentarse junto con el expediente clínico que debe estar conformado con varia documentación como se establece en la NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, que se menciona a continuación:

El expediente clínico como principal requisito es que cuente con una identificación donde contiene los datos del paciente, nombre, fecha de nacimiento, edad, sexo, diagnóstico médico, intervención quirúrgica, fecha y hora de ingreso, tipo de sangre, peso, alergias, y número de expediente. El 95.1 % (116) cumplen con esta identificación de manera correcta, el resto 4.9% (6) no contaban con identificación.

Hoja de enfermería quirúrgica conformada en función a las 3 etapas de cirugía: prequirúrgico, transoperatorio y postoperatorio, como requisito cada paciente debe de contar con ella y debe de registrarse en el apartado prequirúrgico los datos de identificación del paciente, signos vitales, hora de ingreso a quirófano e intervención a realizar antes de ingresar al quirófano. El 100% (122) cumplieron con este requisito.

Respecto a la solicitud de intervención quirúrgica refiere una vista general del paciente, es decir la identificaron del paciente, peso, talla, tipo de intervención quirúrgica, material a utilizar, tipo de sangre, firma de autorización del familiar, médico adscrito. Se obtuvo que en el 95.08% (116) se encontró la solicitud, para el resto de nuestra población el 4.9% (6) no se encontró presente en el expediente.

Consentimiento bajo información es el documento que autoriza el familiar respecto al procedimiento que se le realizará donde se le explica los riesgos de una

cirugía y la técnica quirúrgica a realizar. El 16.4 % (20) cumplió de manera correcta y el 83.6 % (102) no (Tabla 10).

Tabla 10. Consentimiento bajo información

|    | Frecuencia | Porcentaje |
|----|------------|------------|
| Si | 20         | 16.4       |
| No | 102        | 83.6       |

Fuente: Elaboración propia.

n: 122

El motivo por el cual el consentimiento no se encontró con el llenado correcto fue por falta de alguna firma: familiar 5.8% (6), medico 6.8% (7), falta de un testigo 38.2% (39), falta de testigos 40.1% (41), no se encontró 7.8% (8), se encontraba en el expediente sin llenar 0.98% (1) [Tabla 11].

Tabla 11. Consentimiento bajo información, motivos

|                     | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------|------------|------------|
| Familiar            | 6          | 5.8        |
| Medico              | 7          | 6.8        |
| Falta de un testigo | 39         | 38.2       |
| Falta de testigos   | 41         | 40.1       |
| No se encontró      | 8          | 7.8        |
| No estaba lleno     | 1          | 0.98       |

Fuente: Elaboración propia.

n: 122

Valoración de preanestesia consiste en la valoración para la prevención de riesgo en los procedimientos realizados por el personal de anestesiología en conjunto

con el consentimiento del familiar para realización de los especialistas. El 77.9% (95) de la muestra contaban con ella, 22.1% (27) no se encontró. (Tabla 12).

Tabla 12. Valoración preanestesia

|    | Frecuencia | Porcentaje |
|----|------------|------------|
| Si | 95         | 77.9       |
| No | 27         | 22.1       |

Fuente: Elaboración propia.

n: 122

En relación al tipo de ASA el 57.8% (55) si contaban con el tipo de ASA y 42.1% (40) no se encontró escrito en la valoración (Tabla 13).

Tabla 13. Tipo de ASA

|    | Frecuencia | Porcentaje |
|----|------------|------------|
| Si | 55         | 57.8       |
| No | 40         | 42.1       |

Fuente: Elaboración propia.

n: 122

En cuanto al consentimiento de anestesia el 14.8% (18) se encontraban con el llenado correcto y el 85.2% (104) no cumplía con los parámetros establecidos. Los motivos por los que no se encontraban correctamente fue porque no se contaba con la firma del familiar responsable del paciente que fue un 1.9% (2), falta de testigos 44.2%(46), contaba con la firma de un testigo 23.07%(24), la firma de todas las personas fue de 1.9% (2) y el 28.8%(30) no se encontraban con el consentimiento en el expediente.

Uno de los requisitos que se solicita a todo paciente quirúrgico es contar con un donador antes de su intervención quirúrgica por si presenta sangrado en sala contar con paquete globular disponible y este se debe verificar con un comprobante de donador proporcionado por parte de banco de sangre el 50% (61) si cumplió con este requisito y 50% (61) no.

Por último y uno de los más importante son los laboratorios pre quirúrgicos, los cuales tienen como objetivo identificar los factores de riesgo y alteración que podrían cambiar la conducta prequirúrgica y transoperatoria. Lo toma de muestra de laboratorios de rutina son de BH, HGB, HCTO, PT, TP y TPT. Se registró que el 95.9% (117) expedientes contaban con ellos, el 4.09% (5) no se encontraron.

## **CAPITULO VI. DISCUSIÓN**

En este capítulo se presente la discusión de los resultados principales, los cuales corresponden al nivel de cumplimiento de la AESP4. Se presenta global y por las dimensiones cumplimiento de expediente y preparación del paciente. Además de aspectos descriptivos de elementos de las dimensiones.

El nivel de cumplimiento de los objetivos del estudio se encontró que el nivel de cumplimiento general se encontraba con una media de 20.49. La carencia de cultura de calidad en la atención del paciente quirúrgico por parte del personal multidisciplinario ha condicionado en esta institución los resultados en materia de seguridad. Lo anterior debido a que el propio sistema de salud ha transitado de una postura que no priorizaba la calidad hasta un cambio paradigmático con enfoque a una atención sanitaria libre de riesgos.

### **Preparación del paciente**

En este estudio se encontró que el 91% de nuestra muestra portaban brazaletes de identificación, tal como se establece en la AESP1, mientras que el 9% no cumplía. A diferencia de lo reportado por De Oliveira, Pedreira & Sorgoni (2015) quienes reportan el uso adecuado de brazaletes en un 86.7%. Podemos observar que la posible causa de la variación de los resultados puede ser la diferencia de año en la que se elaboraron las investigaciones, fue en contextos diferentes de actualización y capacitación al personal. En México y bajo la política de salud actual se hace énfasis en mejorar los procesos de calidad de atención, situación que deriva en acreditaciones y certificaciones, como compromisos internacionales y que se materializan en recursos económicos.

Respecto a la limpieza general del paciente el 90.2 % cumplía con una higiene adecuada. En contraste a lo visto en De Oliveria, Pedreira & Sorgoni (2015) establecen que la higiene del paciente fue el 43.3 %. La posibilidad de la variación de los resultados puede ser la diferencia de cómo es la preparación de los pacientes

prequirúrgicos en estas dos investigaciones. En el caso de la investigación y bien es parte del trabajo de enfermería la posible carga de trabajo y la existencia de horarios diversos del personal responsable del paciente puede condicionar la situación.

Referente al conocimiento del personal en relación a las alergias del paciente fue de un 100%, similar en la investigación de Arribalzaga & Lupica en el 2012, refiere que el profesional de la salud conoce en un 100% si el paciente presenta alergias. Se puede observar que en ambas investigaciones se cumplió uno de los criterios de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía segura. Desde la formación académica se enfatiza la relevancia de conocer si el paciente tiene o no alergias, lo que se refuerza en el ámbito hospitalario; lo cual ha condicionado una buena práctica de valoración del paciente.

Relacionado al ayuno de 8 horas se cumplió al 100%. A diferencia de la investigación De Oliveira, Pedreira & Sorgoni, 2015, fue de un 78.3%. La diferencia que existe entre ambos es un probablemente la preparación de cada institución que se le brinda al paciente, a la diferencia de años en que se llevó a cabo la investigación y que ambos estudios se llevaron a cabo con pacientes programados.

En esta investigación el 57.4 % de los pacientes no contaban con su marcaje quirúrgico. A diferencias de otros estudios como Arribalzaga & Lupica (2012) el 1.7% no contaba con la identificación del marcaje quirúrgico en el paciente. La posibilidad de que no se cumpla de manera adecuada el marcaje quirúrgico es debido a que no se lleve a cabo una visita prequirúrgica al paciente y los médicos adscritos se resisten a la implementación de esta medida.

La profilaxis es uno de los criterios establecidos en la lista de verificación, en la investigación el 78.7 % de los pacientes no tenían indicado profilaxis. A diferencia de lo reportado por Dackiewicz & Viteritti (2012) quienes presentan una deficiencia de 31% en la ministración de profilaxis en los primeros 60 minutos antes de entrar el paciente a quirófano. Se puede observar que la causa de que el paciente no cumpla

con su profilaxis es por falta de la indicación médica e identificar que pacientes si requieren de profilaxis.

### **Del expediente clínico**

La indicación médica es indispensable para todo paciente prequirúrgico, debido a que es donde se establecen los cuidados dependientes e interdependientes pre y quirúrgicos. En esta investigación el 30.3% de los pacientes contaban con una indicación. La causa posible de que los pacientes no cuenten con una indicación médica, es que no se realizó o se realizó, pero no el momento adecuado.

Referente al consentimiento bajo información de intervención quirúrgica en el 83.6% no se realizó de manera correcta debido a que hubo omisión de firmas al momento de su elaboración. Mientras tanto en el estudio de Arribalzaga & Lupica en el 2012, el 86.3%. La causa de que no se realizara de manera correcta la elaboración del consentimiento fue a debido a que hubo omisión de firmas y error en el llenado al momento de su elaboración.

En el consentimiento de anestesia solo el 14.8% se encontraban elaborados de manera correcta. La causa posible de que no se realicen de manera correcta es la falta de seguimiento de los procesos establecidos por la institución, lo cual lleva a reproducir prácticas inadecuadas.

Respecto a los laboratorios prequirúrgicos en la investigación, el 4.09% no contaban con los mismos. A diferencia de Arribalzaga & Lupica (2012) quienes contaron con la disponibilidad de laboratorios en un 100%. La causa posible de que no se hayan encontrados los laboratorios disponibles en estos pacientes es que se hayan extraviado o se entregaron fuera de tiempo, por que como requisito todo paciente prequirúrgico debe contar con laboratorios disponibles antes de la su intervención quirúrgica.

## CAPITULO VII. CONCLUSIONES

Los resultados que se obtuvieron de la investigación permitió conocer que el nivel de cumplimiento sobre la acción esencial para la seguridad del paciente: 4 procedimientos correctos, se encontró un nivel bajo en la institución.

Se percató que es un trabajo en conjunto, ya que todos son responsables del paciente al tener contacto, por tal motivo se sugiere una visita prequirúrgica por parte del equipo multidisciplinario en conjunto con el paciente y familiar, para llevar a cabo en una lista de verificación de cirugía segura para pacientes prequirúrgicos para llevar a cabo el cumplimiento de los requisitos la documentación y condiciones del paciente, para obtener resultados serían favorables en la seguridad de los procedimientos. Así como realizar el proceso de cirugía segura donde le permitiría conocer al familiar sobre el proceso que se llevaría a cabo en quirófano, los cuidados preoperatorios y post operatorios, para disminuir su nivel de dudas.

A demás de contar con un apartado de documentación que se requiere para la entrada a quirófano. Con un llenando correcto disminuiría el tiempo de entrada a quirófano el paciente, ya que el listado de verificación prequirúrgica es de gran responsabilidad de quien la lleve a cabo, para la obtención de información para salvaguardar la seguridad del paciente en quirófano.

La implementación de cirugía segura creado por la OMS es llevada a cabo en el nosocomio y con ello disminuye el nivel de eventos adversos en quirófano para dar cumplir con las acciones esenciales para la seguridad del paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Anuario de Morbilidad, DGE. (2017). *Dirección General de Epidemiología, Anuario de Morbilidad 2017*. Consulta el 17 de abril del 2019 de: <http://187.191.75.115/anuario/html/anuarios.html>
- Arribalzaga, E.B., Lupica, L., Maris-Delor, S. & Ferraina. P.A. (2012). Implementación el listado de verificación de cirugía segura. *Rev. Argent, Cirug.*, 102 (1-3); 12-16
- Banco mundial. (2019). *Índice Gini*. Consultado el 19 de abril de: <http://cuentame.ineqi.org.mx/población/escolaridad.aspx?tema=P>.
- Banco Mundial. (2019). *México*. Consultado el 19 de abril de 2019 de: <http://datos.bancomundial.org/pais/mexico>.
- CENETEC. (2013). *Guía de práctica clínica Seguridad en el paciente quirúrgico*. Consultado el 10 de Marzo del 2019 de: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMS\\_S\\_676\\_13\\_IntervencionesparalaseguridadenelpacienteQx/676GER.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMS_S_676_13_IntervencionesparalaseguridadenelpacienteQx/676GER.pdf)
- CNDCH. (2017). *Derechos humanos de niñas y niños adolescentes-Derechos humanos*. Consultado el 21 de marzo del 2019 de: [http://www.cndh.org.mx/Ninos\\_Derechos\\_Humanos](http://www.cndh.org.mx/Ninos_Derechos_Humanos)
- CONAMED (2019) *Marco jurídico mexicano sobre seguridad del paciente*. Consultado el 1ro de octubre del 2019 [http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin22\\_2/B22-c.pdf](http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin22_2/B22-c.pdf)
- CONAPO. (2019). *En 2018, la población infantil de México representará el 21.3%*: CONAPO. Consultado el 11 de abril de 2019 de: <https://www.gob.mx/conapo/prensa/en-2018-la-poblacion-infantil-de-mexico-representara-el-21-3-por-ciento-conapo?idiom=es>
- CONEVAL. (2010). *La pobreza por ingresos en México*. Consultado el 19 de abril del 2019 de: [https://www.coneval.org.mx/rw/resource/coneval/info\\_public/pdf\\_publicaciones/pobreza\\_ingresos\\_mexico\\_web.pdf?fbclid=IwAR0kLxtlvR6YJmYn15a1NysnJGz1eHOIJz5YwzFwCsUpEJS2EX-969AUZ8](https://www.coneval.org.mx/rw/resource/coneval/info_public/pdf_publicaciones/pobreza_ingresos_mexico_web.pdf?fbclid=IwAR0kLxtlvR6YJmYn15a1NysnJGz1eHOIJz5YwzFwCsUpEJS2EX-969AUZ8)
- Dackiewicz N., Viterittib L., Marciano B., Bailezd M., Merinod P., Bortolatod D., Jaichenkoe A., Seminarad R., Amarillaf A. (2012). Lista de verificación de seguridad de la cirugía: logros y dificultades de su implementación en un hospital pediátrico. *Arch Argent Pediatr*. 110(6);503-550.

- De Oliveira, P.M.P., Pedreira, M.L.G. & Sorgini, P. MA. (2015). Cirugía segura: aplicación en la práctica de Chec list pediátrico para cirugía segura. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 23(6); 1105-1112.
- DGIS. (2007). *Bases de datos sobre egresos hospitalarios, secretaria de salud, servicios de hospitalización 2007*. Consultado el 7 de Febrero del 2019 de: [http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/std\\_egresoshospitalarios.html](http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/std_egresoshospitalarios.html).
- DOF (2017) *Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del sistema nacional de salud, del documento denominado acciones esenciales para la seguridad del paciente*. Consultado el 1 de octubre del 2019. Consultado de: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5496728&fecha=08%2F09%2F2017](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5496728&fecha=08%2F09%2F2017)
- Fernández, S.P. (1996). Determinación del tamaño muestral. *CAD ATEN PRIMARIA*. 3:138-14. En: <https://www.fisterra.com/mbe/investiga/9muestras/9muestras2.asp>.
- Forrellat-Barrios M. (2014) Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. *Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter vol.30 no.2 Ciudad de la Habana abr.-jun. 2014*
- González C & Angélica Reynoso A. (2015) Implementación de metas internacionales de seguridad del paciente en atención ambulatoria *Revista CONAMED, vol. 20, núm 2, págs 78-82*
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Callado, C. & Pilar-Baptista, L. (2014). *Metodología de la Investigación*. 5ta Edición. México: Editorial Mc Graw Hill.
- HIES (SF). *Hospital Infantil del Estado de Sonora*. Consultado el 3 de marzo del 2019 de: <http://www.hies.gob.mx/index.html>
- INEGI. (2016). *Cuéntame, Dinámica de Crecimiento*. Consultado 24 de Enero del 2019 de: <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/son/poblacion/dinamica.aspx?tema=me&e=26>
- INEGI. (2018). “*Estadísticas a propósito del día del niño (30de abril)*”. Consultado el 24 de abril de 2019 de: [http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/nino2018\\_Nal.pdf](http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/nino2018_Nal.pdf)
- INEGI. (2019). *Cuéntame. Escolaridad*. Consultado el 19 de abril de 2019 de: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/escolaridad.aspx?tema=P>.

- Latorre. A. (2003). *La investigación acción. Conocer y cambiar la práctica educativa.*, Consultado el día 15 de abril del 2019 de: <https://arteydocencia.files.wordpress.com/2013/08/investigacion-accion-antonio-latorre-2003-capc3adtulo-2.pdf>.
- López-Gavito, E., Arroyo-Aparicio, J.A., Zamora-Lizarraga, A.A. & López-Gavito A, M. (2016). La implementación de la lista de verificación para una cirugía segura y su impacto en la morbilidad y mortalidad. *Rev. Cirujano general*. 38(1); 12-18
- Martínez-Rodríguez, O.A., Gutiérrez-Dorantes, S. & Lievano, T.S. (2011). Propuesta para implantar una lista de verificación de seguridad en procedimientos invasivos y quirúrgicos. *Rev. CONAMED*. 16(2); 53-58.
- Navarro-Reynoso, F.P., San Román-Buenfil, J.M., Loera-Cervantes, S. & Ovalle. (2011) Programa "Cirugía Segura Salva Vidas": Seguimiento por vía telefónica a pacientes intervenidos quirúrgicamente en el servicio de Cirugía General del Hospital General de México. *Rev CONAMED*; 16(2):59-64
- OMS. (2008). *Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, La investigación en seguridad del paciente*. Consultado el 15 de febrero de 2019 de: [https://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/documents/ps\\_research\\_brochure\\_es.pdf](https://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf)
- OMS. (2008). *La cirugía segura salva vidas. Segundo reto mundial por la seguridad del paciente*. Recuperado el 25 de abril del 2019 de: [https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl\\_brochure\\_spanish.pdf](https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_brochure_spanish.pdf)
- OMS. (2009). *Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009*. Consultado el 30 de Marzo del 2019 de: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44233/9789243598598\\_spa.pdf;jsessionid=9DFB7EDEF4C04EAD2B896D5C739BFCD3?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44233/9789243598598_spa.pdf;jsessionid=9DFB7EDEF4C04EAD2B896D5C739BFCD3?sequence=1)
- OMS. (2009). *Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente*. Consultado el 15 de abril 2019 de: [https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf)
- OMS. (2018). *LISTA OMS DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA MANUAL DE APLICACIÓN (1ª EDICIÓN)*. Consultado el 30 de marzo del 2019 de: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70083/WHO\\_IER\\_PSP\\_200\\_8.05\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70083/WHO_IER_PSP_200_8.05_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Otzen, T. & Manterola, C. (2017) Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio *Int. J. Morphol.* 35(1); 227-232

Rodríguez-Peñuelas, M.A. (2010). *Métodos de investigación*. 1ra Edición. México: Editorial. UAS

Secretaría de Salud y Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. (2011). *Observatorio del desempeño hospitalario 2011*, Consultado el 15 de febrero del 2019 de: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/58337/ODH\\_2011.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/58337/ODH_2011.pdf)

Secretaría de Salud. (2011). *Panorama Epidemiológico y Estadístico de la Mortalidad en México 2011*. Consultado 27 de enero del 2019 de: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/267614/Mortalidad\\_2011.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/267614/Mortalidad_2011.pdf)

SIEES. (2015). *Población Total por Grupo Quinquenal de Edad y Sexo*. Consultado el 24 de enero del 2019 de: <http://www.estadisticasonora.gob.mx/IndicadoresImprimir.aspx?indicadorId=276&pagina=0&indicadorDesc=Poblacion%20Total%20por%20Grupo%20>

UNICEF. (2014). *La infancia*. Consultado el 24 de marzo del 2019 de: <https://www.unicef.org/mexico/conoce-unicef>

## **ANEXOS**



## LISTA DE VERIFICACIÓN PARA CIRUGIA SEGURA



UNIVERSIDAD DE SONORA  
DIVISIÓN CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

| IDENTIFICACIÓN            |                               |                                  |                            |
|---------------------------|-------------------------------|----------------------------------|----------------------------|
| Nombre del paciente:      | _____                         | Edad:                            | _____ Sexo:                |
| Folio:                    | _____ Cama:                   | Servicio:                        | _____ Fecha de nacimiento: |
| Diagnostico               | _____                         | Fecha actual:                    | _____ medico:              |
| Intervención quirúrgica:  | _____                         |                                  |                            |
| Antecedentes quirúrgicos: | _____ Estudios de enfermería: | _____ Diagnostico de enfermería: | _____                      |

| PREPARACIÓN PACIENTE        |    |    |       |                       |    |       |
|-----------------------------|----|----|-------|-----------------------|----|-------|
| Identificación del paciente |    |    |       | Acceso venoso         |    |       |
|                             |    |    | Notas |                       |    | Notas |
| Uso de brazaletes           | Si | No |       | Acceso venoso         | Si | No    |
| Nombre                      | Si | No |       | Tipo                  | #  |       |
| Sexo                        | Si | No |       | Punzocath             |    |       |
| Fecha de nacimiento         | Si | No |       | Caducidad             | Si | No    |
| Folio                       | Si | No |       | Condiciones adecuadas | Si | No    |
| Alergia                     | Si | No |       | Solución              | Si | No    |
| Condiciones del paciente    |    |    |       | Tipo de solución      |    |       |
| Ropa interior               | Si | No |       | Membrete              | Si | No    |
| Bata                        | Si | No |       | Cumple indicación     | Si | No    |
| Gorro                       | Si | No |       | Equipo adecuado       | Si | No    |
| Botas                       | Si | No |       | Equipo fechado        | Si | No    |
| Limpieza general            | Si | No |       | Sonda                 |    |       |
| Signos vitales              | Si | No |       | Sonda                 | Si | No    |
| Indicaciones medicas        |    |    |       | Tipo:                 |    |       |
| Ayuno: 8 horas              | Si | No |       | Condiciones           |    |       |
| Material                    | Si | No | NA    | Fecha instalación     |    |       |
| Marcaje                     | Si | No | NA    | Curación:             |    |       |
| Profilaxis                  | Si | No |       |                       |    |       |

| CONFORMACIÓN DEL EXPEDIENTE     |    |    |  |                                   |    |    |
|---------------------------------|----|----|--|-----------------------------------|----|----|
| Identificación                  | Si | No |  | Laboratorios de gabinete vigente: |    |    |
| Hoja de enfermería qx           | Si | No |  | BH: HGB, HCTO, PT.                | Si | No |
| Valoración pre anestesia        | Si | No |  | Química sanguínea: TP Y TPT       | Si | No |
| Tipo de ASA                     | Si | No |  | Consentimientos                   |    |    |
| Solicitud de intervención qx.   | Si | No |  | Anestesia                         | Si | No |
| Banco de sangre                 | Si | No |  | Bajo información                  | Si | No |
| Indicación médica prequirúrgico | Si | No |  |                                   |    |    |

## ANEXO 2. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD DE SONORA  
DIVISIÓN CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA  
SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



A \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2019

Yo \_\_\_\_\_  
como su representante legal, autorizo la participación del  
paciente \_\_\_\_\_

en la participación en el proyecto de investigación titulado **“Estado actual respecto a la verificación del expediente clínico y preparación del usuario prequirúrgico”** en un periodo de tiempo de Enero a Mayo del 2019.

Se me explicó que el objetivo del estudio es identificar el nivel de cumplimiento respecto a la acción esencial cuatro, para la seguridad del paciente en procedimientos quirúrgicos en el Hospital Infantil del Estado de Sonora 2019.

Sé que la participación es voluntaria y constará de la verificación del expediente clínico de mi hijo, así mismo la investigadora llevará a cabo una revisión del estado físico y la preparación que se requiere para ser intervenido quirúrgicamente.

La participación mía y de mi hijo no implica ningún riesgo a la salud o integridad física o moral, ya que el trato será digno y que tenemos el derecho de no participar en el estudio e incluso retirarnos del mismo si se considera necesario.

Los resultados de la investigación serán anónimos por lo cualquier dato que identifique al niño será resguardado y nadie del personal tendrá acceso y si me interesa conocer resultados específicos podre tener acceso a ellos si se requiere al solicitarlos al director de la investigación al teléfono 662430543, correo electrónico [julio.garcia@unison.mx](mailto:julio.garcia@unison.mx) o con las investigadoras Cynthia Denisse Correa Osuna al teléfono 6621032482 y/o Zayra Karina Vélez Martínez teléfono 6623266671. Para que conteste y por libre voluntad firmo este documento de autorización informada junto con el investigador quien me brindó las explicaciones pertinentes

---

Nombre y firma del representante legal

---

Nombre y firma del investigador

---

Nombre y firma del Testigo