



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MORELOS**

---

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA PERIOPERATORIO  
DEL PACIENTE PEDIÁTRICO EN UN HOSPITAL DE TERCER  
NIVEL**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRA EN ENFERMERÍA**

**P R E S E N T A  
L.E MARÍA GUADALUPE FLORES BECERRA**

**DIRECTORA DE TESIS  
DRA. ABIGAIL FERNÁNDEZ SÁNCHEZ**

**CUERNAVACA, MORELOS, NOVIEMBRE 2019**



"1919-2019: en memoria del General Emiliano Zapata Salazar"

Cuernavaca Mor, a 21 de Noviembre del 2019

**DRA. CLARA IRENE HERNANDEZ MARQUEZ**  
**JEFE DE POSGRADO**  
**P R E S E N T E**

Por este medio, me permito informar a usted el dictamen de los **votos aprobatorios** de la tesis titulada: **GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA PERIOPERATORIO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**, trabajo que presenta la C. MARIA GUADALUPE FLORES BECERRA, quien cursó el **POSGRADO: MAESTRIA EN ENFERMERÍA** en la Facultad de Enfermería de la UAEM.

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

**A T E N T A M E N T E**

VOTOS APROBATORIOS			
COMISIÓN REVISORA	APROBADO	CONDICIONADA A QUE SE MODIFIQUEN ALGUNOS ASPECTOS*	SE RECHAZA*
DRA. EDITH RUTH ARIZMENDI JAIME	<i>[Handwritten signature]</i>		
DRA. CLARA IRENE HERNANDEZ MARQUEZ	<i>[Handwritten signature]</i>		
DRA. ABIGAIL FERNANDEZ SANCHEZ	<i>[Handwritten signature]</i>		
MTRA. BEATRIZ LIZBETH RODRIGUEZ BAHENA	<i>[Handwritten signature]</i>		
MTRA. PATRICIA ANZURES QUINTANA	<i>[Handwritten signature]</i>		

\*En estos casos deberá notificar al alumno el plazo dentro del cual deberá presentar las modificaciones o la nueva investigación (no mayor a 30 días).

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Dra. Abigail Fernández Sánchez mi tutora y directora de tesis, quien con su experiencia, conocimiento y motivación me oriento en esta investigación y de manera única por formar parte de mi vida.

### **A MIS MAESTROS**

Por sus enseñanzas, el apoyo y confianza brindados a lo largo de estos dos años de mi formación en la maestría en enfermería “Gestión del cuidado “

A mi jefe en mi área laboral por compartir con migo sus experiencias profesionales y su apoyo incondicional. Gracias.

## DEDICATORIAS

A Dios por guiar siempre mi camino y acompañarme a lo largo de mi vida, por permitirme concluir con éxito una meta más en mi vida.

A mis padres Efrén Flores Valle y Herminia Becerra Castañeda quienes me dieron la vida y me enseñaron valores impulsándome y brindándome su confianza a lo largo de mi vida.

A mi esposo Germán Rojas Morales mi compañero de vida, por estar siempre conmigo con amor, paciencia y respeto, siempre impulsándome, por ser mamá y papa en mi ausencia ayudándome así en alcanzar mis objetivos profesionales.

A mis Hijos Edoardo Efrén y Valeria Rojas Flores por su apoyo y amor incondicional por el tiempo que no les he brindado cuando en muchas ocasiones me necesitaron y no estuve ahí, son mi motor e inspiración -los amo hijos míos.

A mis hermanos y todas las personas especiales que me acompañaron, aportando a mi formación profesional y personal.

## RESÚMEN

**Título.** Gestión del cuidado de enfermería perioperatorio del paciente pediátrico en un hospital de tercer nivel

**Introducción.** La gestión del cuidado y asistencia de enfermería al paciente y sus familiares, en el perioperatorio, se debe realizar en el sentido de minimizar los riesgos y las posibles complicaciones relacionadas a procedimientos anestésico-quirúrgicos y la hospitalización.

En este sentido, la práctica profesional de enfermería en el perioperatorio exige una evaluación cuidadosa y continua en las necesidades presentadas por el paciente.

**Objetivo.** Determinar la gestión del cuidado de enfermería durante el perioperatorio de pacientes pediátricos en un hospital de tercer nivel la atención través de la opinión del familiar del Hospital del niño Morelense.

**Metodología.** Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, y transversal. Participaron 63 familiares de pacientes pediátricos de cirugía. Se aplicó un cuestionario SERCAL, integra indicadores de calidad y satisfacción en la atención peri operatoria. Análisis estadístico medidas de tendencia central. Previo consentimiento informado.

**Resultados.** La escolaridad: básico incompleto 14.3% y técnico y profesional 34.8%. Procedencia: 87.3% de Morelos, el resto de otros estados. Tiene problema para el acceso al hospital. La ocupación 50.8% amas de casa, empleados 24.4% y otros empleos 25%. Ingreso económico bajo. En la recepción es adecuada información 95.2%, al ingreso al hospital solo el 73% fue amable. Intervenciones quirúrgicas principales cirugía general pediátrica y ortopedia. La valoración inicial aceptable 69.8%. Suspensión de cirugía y cambio de horario casi un 20%. En el transoperatorio el 95.2% del personal enfermería y médico tiene contacto con el familiar. Casi la cuarta parte menciona que el tiempo de la consulta y resolución

del problema fue prolongado. En hospitalización en la gestión del cuidado de enfermería los participantes se encuentran satisfechos con la atención 84.1% y en los alimentos lo consideran 96.8% bueno.

**Discusión.** Estudios similares en el país y en otros en relación a la opinión de la atención recibida. La gestión del personal de enfermería se encuentra involucrada.

**Conclusiones.** La opinión de los familiares en relación a la atención y el cuidado que han recibido es un proceso el cual es importante para mejorar la calidad en la atención y garantizar e implementar las intervenciones adecuadas los servicios de salud.

**Palabras clave.** Satisfacción de paciente, peri operatoria, evaluación de calidad.

## **Abstract**

**Title.** Nursing care management during the perioperative period of the pediatric patient in a third level hospital

**Introduction.** The management of nursing care and assistance to the patient and their families, in the perioperative period, should be carried out in the sense of minimizing the risks and possible complications related to anesthetic-surgical procedures and hospitalization.

In this sense, the professional practice of nursing in the perioperative period requires a careful and continuous evaluation of the needs presented by the patient.

**Objective.** To determine the management of nursing care during the perioperative period of pediatric patients in a third level hospital, through the opinion of the family member of the Morelense Children's Hospital.

**Methodology.** Transversal study. 63 relatives of pediatric surgery patients participated. A SERCAL questionnaire was applied, integrating quality and satisfaction indicators in peri-operative care. Statistical analysis measures of central tendency. Prior informed consent.

**Results.** Schooling: basic incomplete 14.3% and technical and professional 34.8%. Provenance: 87.3% of Morelos, the rest of other states. They had trouble accessing the hospital. The occupation 50.8% housewives, employees 24.4% and other jobs 25%. Low economic income At the reception 95.2% information is adequate, upon admission to the hospital only 73% were friendly. Main surgical interventions general pediatric surgery and orthopedics. Initial valuation acceptable 69.8%. Suspension of surgery and schedule change almost 20%. In the transoperative period, 95.2% of the nursing and medical staff have contact with the family member. Almost a quarter mentions that the time for consultation and resolution of the problem was prolonged. In hospitalization the participants are satisfied with the attention 84.1% and food 96.8%

**Discussion.** Similar studies in the country and in others in relation to the opinion of the care received. Nursing staff management is involved.

**Conclusions.** The opinion of family members regarding the care and treatment they have received is a process which is important to improve the quality of care and ensure and implement appropriate interventions for health services.

**Keywords.** Patient satisfaction, peri-operative, quality evaluation

## INDICE

INTRODUCCION .....	1
CAPITULO I GENERALIDADES .....	2
I.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	2
I.2 JUSTIFICACION.....	4
1.3 OBJETIVOS.....	5
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	5
1.3.2 OBJETIVO ESPECIFICO .....	5
CAPITULO II MARCO TEORICO.....	6
II.2 MARCO CONCEPTUAL.....	7
II. 1 Antecedentes.....	7
II. 2 Seguridad del paciente en el área quirúrgica.....	17
II. 3 MARCO TEÓRICO REFERENCIAL.....	21
II. 3.1 Calidad del cuidado. ....	21
II. 3.1 Aporte teórico Kristen M. Swanson .....	24
CAPITULO III METODOLOGÍA.....	28
CAPITULO IV RESULTADOS.....	31
CAPITULO V DISCUSION .....	475
CAPITULO VI CONCLUSION .....	45
BIBLIOGRAFIA .....	53
ANEXOS .....	56
Anexo 1. Consentimiento informado.....	56
Anexo 2. Instrumento.....	57
Anexo 3. Acción esencial No 4 Time-out.....	60



## INTRODUCCION

La gestión del cuidado de enfermería integra la evaluación de la atención y satisfacción en el servicio quirúrgico asistencial es una herramienta básica para su gestión básica y es imprescindible en los contratos de servicios sanitarios. El estudio de la opinión del usuario sobre la atención sanitaria recibida constituye una parte fundamental de la evaluación de la calidad asistencial.<sup>1</sup>

En el contexto del mundo globalizado, donde la ciencia, la tecnología y la información están dentro del alcance de muchos. Los profesionales de enfermería enfrentan la necesidad de perfeccionar sus procesos de trabajo con vistas a garantizar cuidados con calidad al paciente pediátrico en el Peri operatorio. De la literatura revisada el 100% de los pacientes que van a la consulta externa el 10% son niños con problemas quirúrgicos. Las patologías quirúrgicas no son urgentes son susceptibles de cirugía ambulatoria.

La enfermería peri operatoria tiene como meta el cuidado para paciente quirúrgico y su familia, es decir, desarrollar la asistencia peri operatorio (pre, trans y postoperatorio) La asistencia de enfermería al paciente y sus familiares, en el peri operatorio, se debe realizar en el sentido de minimizar los riesgos y las posibles complicaciones relacionadas a procedimiento anestésico-quirúrgico y la hospitalización.

En este sentido, la práctica profesional del enfermero en el perioperatorio exige una evaluación cuidadosa y continua de los cambios y las necesidades presentadas por el paciente para implementar las intervenciones adecuadas.

En este camino la asistencia de la enfermería sistematizada posibilita la planificación y la implementación del cuidado integral en período peri operatorio. La asistencia sistematizada es un proceso que tiene como objetivo la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud del paciente, sobre la base de conocimientos técnicos y científicos inherentes a la enfermería. En la atención individualizada y humanizada.

## CAPITULO I. GENERALIDADES

### 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La intervención quirúrgica se calcula que en todo el mundo se realizan por cada año 234 millones de operaciones de cirugía mayor, lo que equivale a una operación por cada 25 personas. Sin embargo, los servicios quirúrgicos están repartidos de manera desigual, pues el 75% de las operaciones de cirugía mayor se concentran en un 30% de la población mundial. A pesar del costo y eficacia la cirugía salva vidas y discapacidades evitadas, la falta de acceso a una atención quirúrgica de calidad sigue constituyendo un grave problema en gran parte del mundo.

A menudo el tratamiento quirúrgico es el único que puede mitigar discapacidades y reducir el riesgo de muerte por afecciones comunes. Por lo tanto visualizamos al proceso quirúrgico óptimo como área de oportunidad de la eficacia de la atención, en la cual, intervienen diversos servicios desde la admisión, en la cual se atiende al paciente por primera vez o se tiene contacto con el paciente por primera vez. Continuando con la valoración y diagnóstico oportuno en la que los tiempos son útiles para la preparación preoperatoria que asegure la atención quirúrgica y posoperatoria hasta el alta del paciente.

El Hospital del Niño Morelense es una institución que brinda atención médica y quirúrgica de 3er. nivel de atención, se realiza un promedio de 270 cirugías por mes de diversas especialidades tanto en cirugías programadas como urgentes, la demanda de la atención es de casi todos los municipios del estado de Morelos y estados circunvecinos, Puebla, Guerrero y estado de México. Dentro de las políticas de atención es a la población abierta y la que cuente con seguro popular. Es primordial el cuidado por parte del profesional de enfermería desde el primer contacto por urgencia y/o consulta externa.

La gestión del cuidado de enfermería Perioperatorio de enfermería en la actualidad enfrenta el gran desafío de realizar sus actividades en un entorno marcado por numerosas exigencias y con presencia del problema en la atención

tardía y procesos limitados. También está determinada la atención por el manejo de nuevas tecnologías, técnicas quirúrgicas a la vanguardia y/o mínima invasión en la que el personal quirúrgico tiene la obligación de participar y desempeñarse con alto profesionalismo ya que de sus acciones depende la seguridad del paciente, el éxito quirúrgico y la recuperación; así mismo es imprescindible que se empeñe en lograr que el poco tiempo de contacto con el paciente sea el más productivo.

De lo anterior se describe la pregunta de investigación:

¿Cómo se lleva a cabo la gestión del cuidado de enfermería en el perioperatorio del paciente pediátrico a través de la opinión del familiar?

## I.2 JUSTIFICACION

El presente trabajo se aborda por la necesidad de promover y fortalecer la La gestión del cuidado de enfermería así como la atención que se le brinda al paciente pediátrico en el cuidado perioperatorio así como reforzar prácticas de seguridad desde el ingreso hasta el alta con procedimientos seguros ya establecidos y fomentar la comunicación y el trato digno entre las disciplinas clínicas, entre otras.

La intervención del personal de enfermería radica en proporcionar cuidados específicos de la respuesta humana ante la presencia de un problema o enfermedad con resolución quirúrgica. Actualmente los procedimientos quirúrgicos ocupan gran parte del quehacer cotidiano del cuidado, a los pacientes en este caso pediátricos con bases científicas y humanísticas.

La evaluación de la calidad del servicio y la identificación de los factores críticos determinantes del proceso perioperatorio implica la satisfacción del usuario son retos de las políticas de orientación hacia el cliente de los servicios de atención de salud.<sup>2</sup>

La gestión del cuidado de enfermería dirigida al paciente es importante en este caso los padres de los pacientes que aportan con su opinión la atención otorgada (satisfacción) desde el ingreso hasta la resolución del problema que presentaban. La enfermera tiene conocimiento de la responsabilidad ante la calidad del cuidado que presta al paciente pediátrico quirúrgico, a la ética, a las leyes y a las normas de la profesión, y también de la contribución de su desempeño en la evaluación del cuidado y satisfacción de los pacientes.

En este sentido, obtener los comentarios acerca de la satisfacción de la atención recibida sobre el cuidado que le es prestado así se puede comprender la satisfacción puede ser una oportunidad de construcción de un indicador de resultado, que revela a los gestores algunos caminos decisorios de transformaciones e innovaciones.

## **1.3 OBJETIVOS**

### **1.3.1 OBJETIVO GENERAL**

Evaluar la gestión del cuidado de enfermería durante el perioperatorio de pacientes pediátricos en un hospital de tercer nivel la atención través de la opinión del familiar del Hospital del niño Morelense.

### **1.3.2 OBJETIVO ESPECIFICO**

- Analizar la atención brindada del personal que participa en la atención del paciente en consulta externa e ingreso, así como trans y posoperatorio.
- Identificar las barreras encontradas sociodemográficas e institucionales en el proceso Perioperatorio.
- Fortalecer la atención del proceso perioperatorio a través de un diseño de plan de mejora desde la consulta externa e ingreso del paciente, preoperatorio, trans, posoperatorio hasta el alta de los pacientes.

## CAPITULO II MARCO TEORICO

En el mundo se realizan cada año 234 millones de operaciones de cirugía mayor, lo que equivale a una operación por cada 25 personas. Sin embargo, los servicios quirúrgicos están repartidos de manera desigual, pues el 75% de las operaciones de cirugía mayor se concentran en un 30% de la población mundial. A pesar del costo y eficacia que puede tener la cirugía en cuanto a vidas salvadas y discapacidades evitadas, la falta de acceso a una atención quirúrgica de calidad sigue constituyendo un grave problema en gran parte del mundo.

A menudo el tratamiento quirúrgico es el único que puede mitigar discapacidades y reducir el riesgo de muerte por afecciones comunes. Cirugía mayor es todo procedimiento realizado en quirófano que comprende la incisión, excisión, manipulación o sutura de un tejido, y generalmente requiere anestesia regional o general, y / o sedación profunda para controlar el dolor<sup>3</sup>.

En 1943, en nuestro país no existía la cirugía pediátrica como una especialidad y las urgencias quirúrgicas eran resueltas por los cirujanos generales y en la mayoría de los casos, el pediatra era quien hacía el diagnóstico y manejaba al niño en el pre y postoperatorio, solamente eran intervenidos casos como apendicitis, hipertrofia de píloro, invaginación intestinal, etc. Sin duda, el padre de la cirugía pediátrica mexicana es el Dr. Lozoya, médico militar especializado en cirugía infantil en el *Hospital de Niños de Boston*, quien participó con el Dr. Federico Gómez en la planeación del nuevo hospital<sup>4</sup>.

La morbilidad dentro del hospital del Niño Morelense es: malformaciones por defectos congénitos en el corazón, gastrointestinales, urológicos, ortopédicos, entre otras y problemas no congénitos como apendicitis, amigdalitis crónica, fracturas, tumores de Wilms, tumor de sistema nervioso entre otros, de las principales intervenciones en el quirófano. Actualmente se realizan 260 cirugías en promedio mensualmente de las diversas especialidades en el hospital pediátrico del estado de Morelos.

## II.2 MARCO CONCEPTUAL

### II. 1 Antecedentes



Foto: Hospital del Niño Morelense

Fuente: Entrada principal del Hospital del Niño Morelense

Es innegable destacar que la niñez conforma el pilar en el que descansa el futuro de nuestro Estado, de México y del Mundo y que se ha considerado de primordial importancia el fomentar instituciones especializadas en su atención. En el año de 1994 se creó el “Hospital del Niño Morelense” como Órgano Descentralizado del Gobierno del Estado, jerárquicamente subordinado a la entonces Secretaría de Salud y Bienestar Social. Esta institución, especializada en la atención a la niñez, destaca por su avanzada tecnología y participación profesional. En 1996 se

modificó la estructura jurídica del “Hospital del Niño Morelense”, para constituirlo como organismo público descentralizado del Gobierno del Estado de Morelos con personalidad jurídica y patrimonio propios, sectorizado a la Secretaría de Bienestar Social.

Sin embargo, al crearse el organismo público descentralizado denominado “Servicios de Salud Morelos”, el 27 de noviembre de 1996, se abrogó el decreto que constituía al “Hospital del Niño Morelense” como organismo público descentralizado, por considerar que su subsistencia implicaría una duplicidad funcional y el empleo de recursos financieros, materiales y humanos fuera de criterios de eficiencia que deben orientar la actividad de la administración pública. En este orden de ideas señala el Titular del Ejecutivo del Estado que una vez analizada la estructura jurídica y el funcionamiento del organismo descentralizado “Servicios de Salud Morelos” así como el “Hospital del Niño Morelense”, se consideró que no existiría duplicidad funcional en el empleo de recursos financieros, materiales y humanos si ambos organismos subsistieran bajo el esquema de la descentralización; criterio con el cual los suscritos coincidimos plenamente.

El Hospital del Niño y el Adolescente Morelense abrió sus puertas el 21 de noviembre de 1994, cumpliendo el sueño y la necesidad de contar con una institución que garantizara el acceso a una atención pediátrica de alta especialidad a la niñez morelense de escasos recursos. En aquel año sólo se disponía del servicio de consulta externa dadas las condiciones de infraestructura con que se abrió. El crecimiento de la institución fue escalonado en sus primeros años hasta completar sus áreas de servicio, es así como en 1995 se agregaron algunas subespecialidades quirúrgicas en la consulta externa.

El Laboratorio clínico inició sus actividades en el mes de mayo del año 1995 con el propósito de realizar estudios de laboratorio que apoyaran el diagnóstico médico en beneficio de la población atendida en el hospital, en el servicio de consulta externa.



A finales de 1996 dio inicio un programa de cirugía ambulatoria que permitió resolver patologías más sencillas en las que se operaba al paciente, se mantenía bajo vigilancia en el servicio de recuperación por unas cuantas horas y posteriormente se egresaba a su domicilio.

Fue hasta el mes de octubre de 1996 cuando inicio el total funcionamiento de los servicios de quirófanos con la apertura de los servicios de hospitalización, terapia intensiva pediátrica y la unidad de cuidados intensivos neonatales, indispensables para ofrecer tratamiento quirúrgico a pacientes con enfermedades más complejas que anteriormente eran trasladados a la ciudad de México.

En el año de 1997 se integra al Hospital el servicio de Onco-Hematología

Para el año 1999 el Hospital del Niño Morelense ya contaba con las especialidades de Anestesiología, Cirugía General, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Plástica, Traumatología y Ortopedia, Otorrinolaringología, Oftalmología, Urología y Neurocirugía, Gastroenterología, Neumología, Dermatología y Nefrología, se inició con procedimientos de apoyo diagnóstico como endoscopia.

En el año 2001 también se crea un área especial para consulta, realización de procedimientos y aplicación de quimioterapia, gracias a la ayuda del voluntariado de la institución en apoyo al servicio de Onco-Hematología.

Este servicio fue tomando forma hasta constituirse en una clínica de atención a niños con neoplasias en la que participa de manera importante el área de Trabajo Social, formando comités de autoayuda con la colaboración de los servicios de Psiquiatría, Psicología y Tanatología, creándose así la Clínica del Dolor.

La labor del Hospital del Niño Morelense se ha consolidado a través de sus acciones extramuros mediante el apoyo a diversas instituciones entre las que se encuentran Ministerios de Amor, Visión Mundial, Nuestros Pequeños Hermanos, Fundación Don Bosco, Casa de Desarrollo Humano México España, DIF Estatal

y DIF Municipales entre otras, en las cuales participan las trabajadoras sociales y las damas del Voluntariado de la institución.

Para el año 2004 el Hospital contaba ya con siete clínicas multidisciplinarias, cuatro de ellas de nueva creación en las que se atendían: Asma, Desnutrición, Adolescentes y a Recién Nacidos, mismas que se incorporan a las clínicas preexistentes de Obesidad, Diabetes Juvenil y de VIH.

En este año se logra la apertura del servicio de terapia de lenguaje, se incorpora la unidad básica de rehabilitación al servicio de Consulta Externa y se obtiene un equipo especial para el diagnóstico de niños con enfermedad por Reflujo Gastroesofágico; así mismo, se remodela el servicio de Urgencias y comienza la construcción de un nuevo Quirófano el cual está dotado de un equipo radiológico: el arco en "C", útil para realizar cirugías de mínima invasión, entre otras.

En el año 2005 se adquirió un Tomógrafo y de manera reciente (2006) el servicio de resonancia magnética, único equipo dentro del sector público en la entidad, durante este mismo año se consolidó la institución como Hospital Escuela, inaugurándose la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. En el Hospital se preparan Médicos Especialistas en pediatría y desde 2005, la Secretaria de Salud otorgó una plaza más de pediatría y se inauguró la especialidad en neonatología.

Se terminó la construcción del edificio para investigación y docencia, se renovó el acervo bibliográfico y se remodeló el área de Biblioteca y Enseñanza.

De esta manera, la especialidad de Cirugía Cráneo facial del Hospital del Niño Morelense obtuvo en el 2004 el reconocimiento de la comunidad médica tanto nacional e internacional en la Habana, Cuba tras presentar un caso de Cráneo sinostosis, obteniendo el primer lugar.

En el año 2005 el Hospital del Niño Morelense se ubicó entre los 127 mejores Hospitales de la República Mexicana, de un total de tres mil 500, mismos que son señalados como unidades modelo a seguir dentro de la cruzada nacional por la calidad.

Un reconocimiento especial denominado estrella dorada por haber sido avalados dentro del programa de aval ciudadano al obtener el 100% durante el presente año; así mismo, obtuvo en el Perú el galardón “Master in Public Health”, el 20 de agosto como la mejor Institución Mexicana de salud del año 2004-2005.

De esta manera, la Institución Civil Global Organization For Excellence in Health (GOEH), incluye al Hospital del Niño Morelense una serie de intercambios de experiencias, proyectos, ideas e investigaciones, con participantes de todo el mundo, aunado a la trayectoria, logros y acciones relevantes del Hospital del Niño Morelense, en el libro líderes mundiales de la salud. Fue seleccionado por la fundación Academia Aesculap como centro de capacitación para el control de infecciones nosocomiales.

En octubre del 2006, por ser un organismo público descentralizado del Gobierno del Estado de Morelos que brinda atención pediátrica personalizada e integral, con valores como calidad, integridad, respeto, honestidad, trabajo en equipo; ofrecer servicios de salud con la más alta calidad a través de la investigación científica y clínica, con excelencia y seguridad médica para el bienestar de los niños y cumpliendo con los estándares de calidad, el Hospital del Niño Morelense fue considerado por la confederación mundial de negocios (World Confederation of Businesses) para ganar el premio empresarial más importante del mundo “The Bizz Awards 2006”, en la Categoría Servicios; Salud-Hospitales Pediátricos.

Al crecimiento del Hospital del Niño Morelense se suma la construcción de tres consultorios del área de Hemato-Oncología para la atención de niños con Cáncer.

En el año 2008 el Hospital del Niño Morelense recibió el premio nacional de calidad que concede la empresa Baxter por las políticas de seguridad del paciente aplicadas, destacando ese año de entre un grupo de hospitales públicos y privados.

En el año 2009 el Hospital del Niño Morelense logró la certificación ante el Consejo General de Salubridad por cumplir con los estándares de calidad, calidez y seguridad del paciente.

El programa de cirugía de alta especialidad se ha consolidado con cirugías de trasplante renal, de cataratas, de mínima invasión a recién nacidos, bariátrica y de epilepsia refractaria.

A principios de abril del 2013 comienza la mudanza de consulta externa a las nuevas instalaciones del Hospital del Niño y Adolescente Morelense ubicado en Emiliano Zapata el día 8 de abril abre sus puertas a consulta externa.

El 22 de abril se incorpora las áreas de hospitalización, oncología, urgencias y quirófano.

Foto: Área de recepción Hospital del Niño Morelense



Fuente: Infraestructura del Hospital del Niño Morelense

## Historia de la cirugía

En Europa la cirugía y la medicina eran profesiones separadas desde antes del siglo XII debido fundamentalmente a la iglesia católica. Al inicio de la edad media, la medicina era practicada esencialmente por religiosos en los monasterios y naturalmente también la cirugía. Este periodo de medicina y cirugía monástica quedo clausurado en el Concilio de Tours de 1163 cuando la iglesia lanza el edicto “Ecclesia abhorret a sanguine”; con el que oficialmente se prohibía la práctica quirúrgica a clérigos la cirugía quedo marginada y mal vista durante siglos, quedando en manos de barberos<sup>5</sup>.

Durante el virreinato la cirugía en México adquirió un sorprendente auge, en tanto que en Europa se le seguía considerando como un arte inferior y a la obstetricia como un arte denigrante. Tal fobia existía en Europa contra la cirugía en los siglos XVI y XVII que en Alemania para el ejercicio de ciertos cargos públicos se llegó a exigir que el candidato a ocuparlos jurara tener la sangre limpia y no ser hijo de cirujano. Sin embargo en México, quizá por la influencia indígena, quizá por la falta de control a realizar cualquier procedimiento, se aprendió a mirar en la cirugía un arte<sup>5</sup>.

La práctica quirúrgica se realizaba solo en situaciones desesperadas de guerra, traumáticas y obstétricas. A mediados del siglo XIX se originaron dos hallazgos para la ciencia: la anestesia que terminaba con el problema del dolor y Pasteur que establece la teoría de los gérmenes. Con ella no solo se conoció la causa de lo que se llamaba podredumbre hospitalaria, que llevaba la mortalidad postoperatoria casi al 90% sino la etiología de las enfermedades infecto-contagiosas para prevenir o tratar. El descubrimiento de la penicilina por Fleming y el control de las infecciones impulsaron las grandes intervenciones quirúrgicas<sup>5</sup>.

En el México precortesiano, el médico era llamado “Shamán” y se encargaba de la atención de enfermedades curación de heridas. En las culturas maya y azteca se reconoció el mayor nivel de evolución en cirugía, medicina y “texoxotla-ticitl” era el cirujano y “tamatqui-ticitl” con verdaderos métodos quirúrgicos, utilizaba cuchillos de obsidiana bien afilados para tratar lesiones como abscesos. Realizaba

circuncisiones mutilaciones longitudinales del pene a candidatos que entrarían a la casa sacerdotal. Operaba el pterigión, y con espinas de maguey efectuaba sangrías.

Los aztecas utilizaban el peyote, los chinos se servían del hachís (marihuana, que causa efectos cardiovasculares y en el sistema nervioso central).

Dioscórides proponía el vino de Mandrágora (planta cuya raíz tiene efectos narcóticos y sedantes). Roger de Palermo y Rolando de Parma empleaban una esponja soporífera. Los asirios provocaban coma por la compresión de las carótidas para efectuar la circuncisión. También se utilizaban el alcohol y el opio, pero la ineficacia de estos métodos originaba condiciones precarias para la cirugía que afectaban al enfermo y al médico<sup>5</sup>.

En 1776, Priestle y descubrió el óxido nitroso, y en 1800 H. Davy le atribuyó propiedades analgésicas. Conocido como gas inhalante, causaba una corta insensibilización seguida de euforia, el médico dentista lo llevo a la práctica en sí mismo, y se hizo extraer un diente después de respirar el gas, confirmando su efecto analgésico. En 1842-46, W. Crawford Long, cirujano militar estadounidense, utilizó el éter para efectuar intervenciones. El doctor Bigelow 1846 inicia a la era de la anestesia, uno de los mayores avances en la historia de la humanidad.

Pasteur (1822-1895), químico francés, descubrió la existencia de microorganismos a través de sus estudios sobre las fermentaciones láctica y alcohólica. Estos descubrimientos hicieron surgir en Lister la idea sobre la antisepsia<sup>5</sup>.

El hallazgo de los gérmenes, Lister (1827-1912), se basó en los trabajos de Pasteur para demostrar que el aire atmosférico era el causante de la putrefacción de las heridas y que por ello debía ser filtrado para eliminar los gérmenes, Lister hizo estudios sobre la cicatrización sin putrefacción de las heridas tratadas con ácido y aceite fénico (1864-1867).

Se utilizó este método en intervenciones quirúrgicas, lavando la herida, las manos e instrumentos con ácido fénico durante la operación, lo que consolidó la importancia de las reglas de antisepsia (1867) el método de Lister fue adoptado en todas partes y con ello se abrió una nueva era en la cirugía. Pasteur abrió el camino; en lugar de intentar una protección continua del organismo operado

contra los gérmenes, propuso utilizar sólo instrumentos, vendajes, esponjas e hilos de sutura previamente esterilizados con calor. Pero la piel del enfermo y la de los operadores también debían estar limpias.

Halsted, en 1885, encontró la solución; comenzó a utilizar guantes de caucho, que podían esterilizarse. Francia, los perfeccionó, hasta dejar paso a los modernos guantes de caucho delgado. En 1890, la asepsia estaba adoptada en todas partes. Hoy en día se utilizan los mismos procedimientos de esterilización y además se han sumado otras prácticas, como el uso de batas estériles, gorros, mascarillas, botas y campos operatorios, así como fundas estériles para el mobiliario. De esta manera, la cirugía consiguió sus dos aliados principales: la anestesia, la asepsia y antisepsia<sup>5</sup>.

La gestión del cuidado de enfermería y la cirugía moderna, en la actualidad se sigue perfeccionando sus técnicas ofreciendo calidad en los servicios y disminuir los errores humanos, es fundamental que desde los hospitales se facilite a los profesionales poder alcanzar un buen nivel de competencia. Esto permitirá al profesional de enfermería:

1. Dar una atención de calidad y segura.
2. Operar en un equipo multidisciplinar.
3. Participar en programas que aseguren la calidad en los cuidados.
4. Organizar y gestionar un quirófano y un área quirúrgica.
5. Participar en estrategias de gestión de riesgos.

Las áreas de actuación de la enfermería perioperatoria son grandes. Esto nos indica la relevancia de estos profesionales y la importancia de facilitar el buen desempeño de su trabajo:

1. Cirugía ambulatoria o de día.
2. Quirófano.
3. Sala de Anestesia.
4. Reanimación.

5. Esterilización.
6. Otros campos como endoscopia, radiología intervencionista, etc.

Las competencias de los profesionales de enfermería perioperatoria:

1. Práctica profesional, ética y legal.
2. Cuidados de enfermería y práctica perioperatoria.
3. Relaciones interpersonales y comunicación.
4. Capacidades y habilidades organizativas, de gestión y liderazgo.
5. Educación y desarrollo profesional.

Hay que tener en cuenta que el profesional de enfermería tiene una gran responsabilidad en todo el proceso quirúrgico. Abarca los cuidados en las áreas donde se lleva a cabo la intervención quirúrgica, anestesiología y cuidados pos anestésicos.

Como el soporte instrumental durante la intervención, la gestión del material estéril, el recuento de materiales, el registro de la actividad en el quirófano y la realización del check list o la coordinación del equipo quirúrgico con otros servicios asistenciales del hospital así como con el familiar.

El acompañamiento del paciente y familia durante el proceso periperatorio: una gran aportación por parte del profesional de enfermería para el éxito quirúrgico (seguridad, calidad, eficacia y eficiencia durante todo el proceso) corresponde a sus funciones en la gestión del paciente del proceso perioperatorio.

Desde el punto de vista hospitalario este proceso se divide en tres fases: pre quirúrgico, transquirúrgico y postquirúrgico. En cambio, para el paciente supone una única experiencia desde el momento que conoce que debe someterse a una intervención, hasta que se recupera. El paciente y su familia son los verdaderos protagonistas, que viven todo el proceso y por lo que deben ser el centro de atención. Por ello es preciso que los profesionales de enfermería sean responsables de:

- Un cuidado integral del paciente.



- Visión holística del proceso, integral e individualizado para el paciente.
- Acompañamiento del paciente y familiar durante el proceso.
- Seguimiento y actuación de acuerdo con la correspondiente legislación, políticas y protocolos.

En desarrollo dirigido a mejorar la experiencia del paciente quirúrgico y la comunicación entre los agentes involucrados (profesionales, pacientes y familiares), reforzado por la gestión del proceso perioperatorio, que informan en tiempo real de la localización física de profesionales, pacientes y equipos<sup>22</sup>.

## II. 2 Seguridad del paciente en el área quirúrgica

En la actualidad las prácticas se han perfeccionado así como las normativas quirúrgicas. Buscando un Pre-trans y posoperatorio sin riesgos.

En 2002 se inicia la cruzada de la calidad en la que se instrumentan 6 metas en las cuales se integra la atención perioperatorio, cirugía segura que se evalúa eficacia y efectividad de la atención.

*Admisión del paciente.* Es la etapa previa consulta externa y programación o perioperatoria - conjunto de actividades destinadas a la preparación física y psicológica del paciente, también comprenden aquellas dirigidas a organizar la historia clínica.

Pedir al paciente que se realice aseo mostrando especial interés en zonas de pliegues.

Informar al paciente y/o familiar sobre las horas de ayuno previas a la cirugía, indicándole la hora límite a partir de la cual no debe consumir ningún alimento.

Controlar los signos vitales, comprobar ayuno antes de llevar al quirófano.

En relación a la cirugía segura debe haber una persona encargada de realizar los controles de seguridad de la lista de verificación durante una operación. Por lo general, ese coordinador de la lista será un enfermero circulante, pero también podría ser cualquier clínico que participe en la operación.

La Lista de verificación divide la operación en tres fases, cada una correspondiente a un periodo de tiempo. Además identificar condiciones que puedan alterar los resultados de la intervención y la prevención de posibles complicaciones quirúrgicas. Dentro del periodo mediato, se originan una serie de intervenciones en el paciente entre las que debemos destacar:

*Recepción del paciente en el área quirúrgica.*

Recibir al paciente y la autorización para la cirugía. En este punto debemos asesorar al paciente, informándole y resolviendo todas las dudas que pueden plantearse frente a la cirugía, logrando controlar el temor y la ansiedad que puede presentar. La firma del consentimiento informado de la cirugía y la anestesia para realizar la intervención es de gran importancia, ya que permite que la cirugía se lleve a cabo.

Se debe realizar un examen físico, controlando sus constantes vitales, para asegurarnos que el paciente ingresa con total seguridad evitando riesgos que puedan aparecer en el postoperatorio o durante la cirugía. Revisamos la historia clínica del paciente y comprobamos que se encuentren todas las pruebas necesarias, resultados de análisis de sangre, pruebas radiológicas.

Administrar medicamentos pre-anestésicos según indicación médica: antibióticos, sedantes, analgésicos, Identificar al paciente con su nombre completo, fecha de nacimiento y servicio en el que se encuentra. Retirar del paciente todos los objetos metálicos, prótesis oculares.

Comprobar que la zona quirúrgica no tenga vello y/o pelo, y proceder al rasurado si fuese necesario utilizando rasuradora eléctrica. Comprobar nuevamente que la historia clínica del paciente este completa, con los consentimientos quirúrgicos necesarios firmados y las pruebas correspondientes.

Colocar al paciente los elementos necesarios para la intervención, como gorro quirúrgico, bata especial y vendaje de miembros inferiores con huata y/o algodón.

Asegurarnos de que la canalización de la vía periférica está permeable, haciendo especial interés en que esta sea de un calibre adecuado para la cirugía a realizar. Si es una cirugía programada se obtiene el acceso venoso en la sala de quirófano bajo sedación inhalatoria.

Cada equipo debe buscar la manera de incorporar el uso de la Lista de verificación en su quehacer con la máxima eficiencia, llevando a cabo todos los pasos y deben ser confirmados verbalmente por el miembro del equipo que corresponda, con el fin de garantizar la realización de las acciones clave.

*Tiempo fuera* (acción esencial No. 4 Time-out; ver anexo 3) Antes de la inducción de la anestesia, el coordinador de la lista confirmará verbalmente con el anestesiólogo y el paciente (si es posible) la identidad de éste, el lugar anatómico de la intervención y procedimiento, así como si se ha dado el consentimiento para la operación<sup>3</sup>.

Observará y confirmará verbalmente que se ha marcado el sitio quirúrgico (si procede) y revisará con el anestesiólogo el riesgo de hemorragia, de dificultades en el acceso a la vía aérea y de reacciones alérgicas que presenta el paciente, y si se ha llevado a cabo una comprobación de la seguridad de los aparatos y la medicación anestésica<sup>3</sup>.

El cirujano debe estar presente durante esta fase, ya que él tiene una idea más clara de la hemorragia prevista, las alergias u otras posibles complicaciones, sin embargo. Antes de la incisión cutánea, cada miembro del equipo se presentará por su nombre y función.

El equipo confirmará en voz alta que se va a realizar la operación correcta en el paciente y el sitio correcto, a continuación los miembros del equipo revisarán verbalmente entre sí, por turnos, los puntos fundamentales de su plan de intervención, utilizando como guía la lista de verificación, así mismos si se han administrado antibióticos profilácticos en los 60 minutos anteriores y si pueden visualizarse adecuadamente los estudios de imagen esenciales<sup>3</sup>.

Antes del cierre de la incisión quirúrgica, el equipo revisará la operación llevada a cabo, y realizarán el recuento de gasas e instrumentos y el etiquetado de toda

muestra biológica obtenida. Por último, antes de que el paciente salga del quirófano, hablarán sobre los planes y aspectos principales del tratamiento posoperatorio y la recuperación e información al familiar.<sup>3</sup>

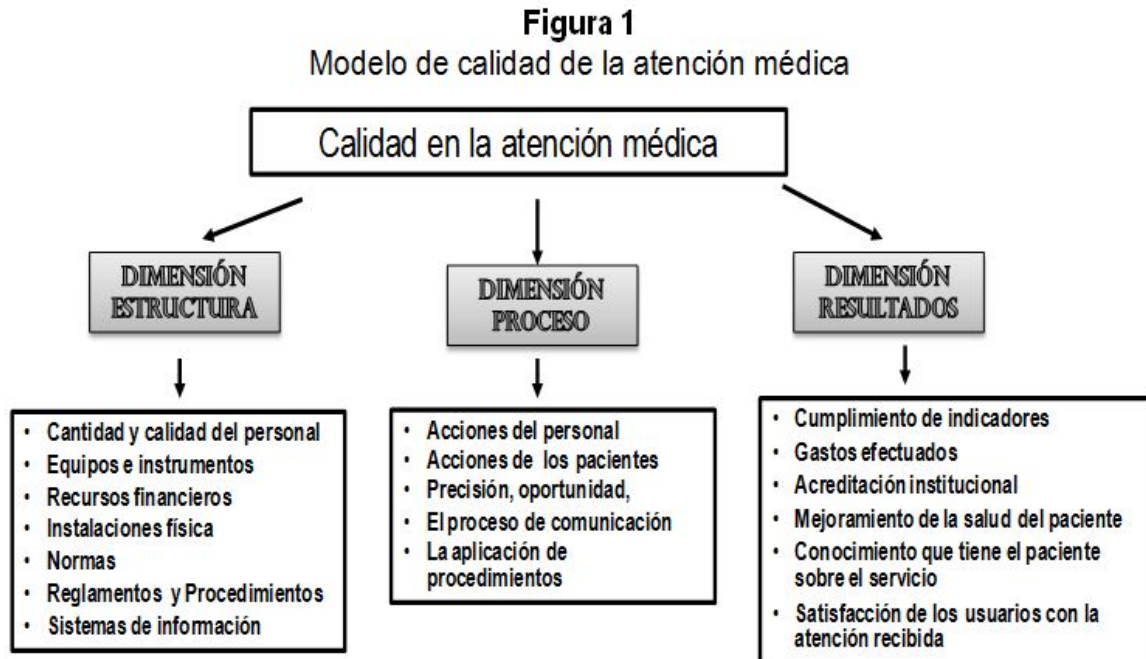
## II. 3 MARCO TEORICO REFERENCIAL

### II. 3.1 Calidad del cuidado.

La calidad tiene sus orígenes desde hace muchos años, partiendo Avedis Donabedian<sup>6</sup>, quien determinó que los criterios de calidad son juicios de valor aplicados a distintos aspectos, propiedades, componentes o alcances de la atención médica; y la calidad es un reflejo de valores y metas en el sistema de atención; “ la definición de la calidad de la atención implica la especificación de tres factores el fenómeno que constituye el objeto de interés , los atributos del fenómeno sobre el cual se va a emitir un juicio y los criterios y las normas que coloquen a cada atributo en una escala que vaya de lo mejor posible a lo peor <sup>7</sup>.

El autor antes mencionado señala que la satisfacción del paciente es considerada como un determinante de la futura o actual utilización de los servicios. La calidad es dividida en tres partes; y es en la primera donde realiza la exploración de la calidad de la atención médica, e identifica dos dominios que son el técnico y el interpersonal; así mismo explora tres dimensiones siendo el absolutista, individualizado y social.<sup>8</sup> Y tres componentes de la atención a la salud: atención técnica, manejo de la relación interpersonal y el ambiente físico en el que se desarrolla el proceso de atención.<sup>6</sup>

El modelo de Calidad en los hallazgos de la literatura científica para los servicios de salud es la propuesta del médico Avedis Donabedian, quien en 1966 establece las dimensiones de estructura, proceso y resultado y sus indicadores para evaluarla. Para esta época, la relación entre métodos de proceso y resultado, así como la sistematización de los criterios, genera reflexiones importantes sobre la responsabilidad en la mejora de la calidad en dicho servicio.



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

En la Figura 1 se muestra la estructura del modelo de la calidad de la atención en los servicios hospitalarios:

- a) Indicadores de estructura.** Son todos los atributos materiales y organizacionales relativamente estables, así como el talento humano y recursos financieros disponibles en los sitios en los que se proporciona atención.
- b) Indicadores de proceso.** Se refieren a lo que los médicos y proveedores (equipo multidisciplinar) así como los servicios institucionales para el cuidado y atención del paciente, familia y comunidad que interrelación actividades de apoyo diagnosticadas además de las actitudes, habilidades, destreza y técnica.
- c) Los indicadores de resultado.** Referidos a la variación de los niveles de salud y a la satisfacción del paciente por la atención recibida, la cual le otorga una importancia mayor por la necesidad de satisfacer las expectativas del usuario mediante un servicio de mayor calidad<sup>6</sup>.

En la literatura estudio en Perú, se encontró respecto a la atención brindada en la fase preoperatoria el nivel bueno de calidad del cuidado de enfermería y en la seguridad integral del paciente es solo 37%, en la fase transoperatorio que el nivel bueno de calidad del cuidado de enfermería y en la seguridad integral del paciente

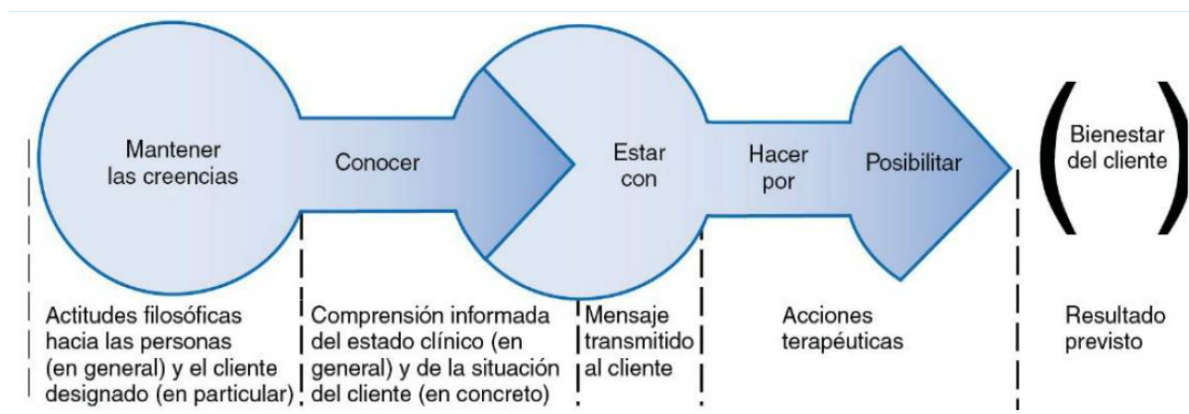
es solo 63%, en la fase postoperatoria el nivel bueno de calidad del cuidado de enfermería y en la seguridad integral del paciente es solo 70%. Se concluye que el promedio de la fase perioperatoria de nivel bueno de calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente es quirúrgico 57%<sup>9</sup>.

Estudio con enfoque cualitativo del cuidado perioperatorio en Colombia se encontró las estrategias de acción e interacción que emergieron del esquema teórico fueron: *Cumpliendo los rituales de enfermería* relacionados con los procesos y procedimientos técnicos en el perioperatorio y *Haciéndome sentir como en casa*: la tranquilidad, la confianza y la seguridad fueron objetivos permanentes del equipo de enfermería durante las interacciones con el paciente desde de la dimensión subjetiva del cuidado.<sup>23</sup>

A través de la interacción los sentimientos cumplen una función particular e individual. Se precisan en el equipo de enfermería atributos como la sensibilidad humana, que busca respetar al otro como ser humano que tiene sentimientos y sensibilidad, y que junto con la charla y el humor buscan el bienestar y tranquilidad del paciente para hacerlo sentir como en casa.<sup>23</sup>

**II. 3.1 Aporte teórico Kristen M. Swanson.** Este trabajo se fundamenta con el aporte de la teoría de los Cuidados de Swanson, mostrando su modelo de los cuidados en la figura No. 2.

Figura No 2 **Modelo de Cuidados de Swanson**



Fuente: Swanson K M., Nursing as informed caring for the well-being of others. Image: The journal of Nursing Scholarship, 2012; 25 (4), 352-357.

De acuerdo con la teoría de Swanson “Los cuidados son una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal”.

Swanson recurrió a fuentes teóricas para desarrollar su teoría de los Cuidados, su educación y experiencia clínica la hicieron muy consciente de la profunda diferencia que los cuidados podían marcar en la vida de las personas a las que atendía, mencionando “Observar a los pacientes moverse en un espacio de total dependencia y salir de allí restablecidos era como ser testigo de un milagro”.

Hoy en día es alentador observar los recursos internos a los que podían apelar Los miembros de la familia para transferir lo que no podía controlar. Me animaba tener el privilegio de ser invitada a los espacios que creaban los pacientes y sus familias para soportar sus transiciones a través de la enfermedad, la recuperación, y en algunos casos la muerte”.

Swanson se relaciona a Fawcett en sus bases conceptuales en la práctica enfermera, comprendió la diferencia entre objetivos de enfermería y otras



disciplinas y el cuidado por transiciones vitales de salud, enfermedad, curación y muerte.

La teoría de los cuidados. La teoría hace hincapié en que el objetivo de enfermería es promover el bienestar biopsicosocial, es la forma educativa de relacionarse con otro, con compromiso y responsabilidad personal desprendiéndose los siguientes 6 procesos de los cuidados son componentes integrales.

1. *Mantener las creencias.* Mantener la fe en la capacidad del otro en superar el acontecimiento. Así mismo, los cuidados se basan en la creencia en los seres humanos, conocimiento de la realidad, estar presente emocional y físicamente, hacer y posibilitar a la persona.
2. *Conocimiento.* Comprender el significado de un suceso en la vida del otro, enfocado a la persona, buscando proceso de compromiso en quien cuida y quien es cuidado.
3. *Estar con.* Encontrarse emocionalmente presente, en persona, disponible.
4. *Hacer Por.* Acciones que se haría por uno mismo; cubrir necesidades con habilidad y conocimiento
5. *Posibilitar.* Facilitar el paso por las transiciones de la vida.

Atribuyendo las experiencias de la enfermería, se otorgan los cuidados como un proceso secuencial antes mencionados, creado por la actitud filosófica (Mantener creencias), comprensión (Conocimiento), mensajes verbales y no verbales transmitidos (Estar con), acciones terapéuticas (hacer por y posibilitar) y los resultados de los cuidados es el bienestar de la persona.

En el metaparadigma menciona la enfermería como: Disciplina conocedora de los cuidados para el bienestar de otros, derivados del conocimiento ético, personal y estético de las humanidades, experiencia clínica, valores y expectativas personales y sociales.

Persona. Seres únicos en proceso de creación e integridad en pensamientos, sentimientos y conductas. Con experiencias vitales influidas por herencia genética, legado espiritual y libre albedrío. Son modeladas por el entorno. Son dinámicos, en crecimiento, espirituales, con necesidad de otros.

Salud. La salud se refiere a la entera “plenitud” Sensación de integridad y desarrollo donde las facetas se pueden expresar libres. El bienestar involucra el proceso de cuidados y curación, incluye desprenderse del dolor, restaurar integridad y sentimiento de plenitud.

Entorno. Se define como cualquier contexto que influye o es influido por el cliente. Aspectos culturales, sociales, biofísicos, políticos y económicos.

Por otra parte el personal de enfermería no ve la atención al familiar de pacientes quirúrgicos pediátricos, la atención no solo se limita a instalaciones pediátricas, por lo tanto a todos los niños en el perioperatorio deben tener una comprensión básica de la atención especializada que requieren los niños, incluye los conocimientos una comprensión de la terminología básica utilizada para describir a esta población de pacientes, así como las etapas de desarrollo de los pacientes pediátricos.

Antes de la operación, la enfermera debe realizar una evaluación y evaluación exhaustivas, abordar las inquietudes y preguntas del paciente y sus padres o tutores.

Intra operatoriamente, la enfermera debe estar preparada para ayudar a manejar la intubación, el acceso intravenoso, la posición, el cuidado de la piel, la preparación del sitio quirúrgico y la termorregulación.

Las consideraciones de atención postoperatoria incluyen abordar el manejo de las vías respiratorias, los signos vitales, la evaluación y el manejo del dolor, el manejo de los líquidos y la preparación para el alta a su domicilio y/o bien a hospitalización.

El conocimiento de las diferentes etapas de desarrollo y las necesidades quirúrgicas de los niños permitirán en el perioperatorio se brinde atención segura de alta calidad al paciente quirúrgico pediátrico <sup>10</sup>.

Por otra parte la aplicación de anestésicos intraoperatorios, como narcóticos nueva y relajante musculares, para acortar la estadía en la sala de recuperación pediátrica mientras se mantiene la seguridad y la comodidad.

En la evaluación crítica de los métodos actuales de manejo del dolor para optimizar la comodidad, al tiempo que se minimiza el costo de dicho manejo en un

entorno de atención médica cada vez más consciente de los costos. El reciente advenimiento de un proceso para La acreditación de programas de becas de anestesia pediátrica, que requiere un componente de investigación<sup>11</sup>.

## CAPITULO III METODOLOGIA

III. 1. **Tipo y diseño de la investigación.** Se realizó una investigación con enfoque cuantitativo, de diseño observacional, descriptivo y transversal. En el Hospital del Niño Morelense, en pacientes de cirugía.

### III. 2. **Variables de la investigación**

*Variable dependiente:* Cuidado de enfermería en la atención perioperatorio

*Variable Independiente:* Recepción, valoración preoperatoria, recepción en el quirófano, cuidado posoperatorio.

Variables sociodemográficas del familiar informante: Edad, sexo, ocupación, escolaridad, entre otras.

### III. 3. **Criterios de selección:**

**Población y muestra.** Familiares de pacientes del Hospital del Niño Morelense

Muestreo aleatorio simple no probabilístico y por conveniencia en un tiempo de tres meses marzo a mayo del 2019, obteniendo una muestra de n 63 participantes de las niñas y niños con intervenciones quirúrgicas en pre alta.

*Criterios de inclusión.* Familiares de pacientes pediátricos quirúrgicos programados para cirugía mayor y menor de urgencia y cirugía ambulatoria o programada en periodo de alta.

*Criterios de exclusión.* Familiares de pacientes pediátricos quirúrgicos que no se encuentren en alta no sean quirúrgicos y deseen participar.

*Criterios de eliminación.* Las entrevista incompletas.

### III. 4. **Procedimiento para la recolección de la información**

Mediante registro del protocolo a la facultad de enfermería y permiso a la institución se aplicó el cuestionario seleccionando a los padres de familia previo consentimiento informado. Para su participación fue en posoperatorio y pre alta del niño.

Se realizó una serie de preguntas en relación de la atención recibida desde consulta externa, servicios recibidos de Imagenología, laboratorio así como los costos y tiempos, el momento quirúrgico y posoperatorio hospitalario, en el momento de la pre alta /alta.

Se aplicó un instrumento con variables sociodemográficas, indicadores de calidad adaptado y satisfacción que incluye la atención perioperatorio (ingreso, transoperatorio y posoperatorio).

### III. 6. Instrumentos de recolección de datos

El cuestionario SERCAL (calidad de la atención percibida)<sup>12</sup> y la teoría de Swanson ambos adaptados de un servicio quirúrgico que mide la opinión de la satisfacción de los usuarios de servicios de salud. Variables: servicio accesible, servicio confortable, servicio personalizado con opciones de respuesta abierta, consulta externa, atención quirúrgica y posoperatorio (27 ítems). Los tres opciones de respuesta (1=si, 2=no, 3= no recuerdo). Variables sociodemográficos (14 ítems) Ver anexo No. 2.

*Mantener las creencias.* Ítems= 15 a 18

*Conocimiento.* Quien cuida y quien es cuidado. *Estar con y Hacer Por.* Ítems= 24, 27, 31.

*Posibilitar.* Ítems= 23, 25, 26, 28 al 30.

*Calidad: Pertinencia, eficacia y eficiencia:* Ítems= 19 a 22 y 32,33

*Satisfacción.* Ítems= 35 a la 40

### III. 9. Análisis estadístico

Una vez concluida la aplicación de los cuestionarios la captura se hizo en el programa Excel para transferirla el paquete estadístico SPSS V-21 se realizó el análisis univariado y porcentajes.

### III. 11. Consideraciones éticas

Previa solicitud. Se solicita al comité de Ética e Investigación aprobación para aplicación del instrumento.

Se trata de un estudio de riesgo mínimo con los familiares de pacientes, a quien se le pedirá que contesten de manera voluntaria y veras el cuestionario. Se menciona a los participantes lean la carta de consentimiento informado y se resolverán las dudas derivadas de este procedimiento. La aceptación o negación será rechazado a través de la firma del participante. En todo momento se

protegerá la información proporcionada ya que estos serán identificados con un número folio.

La base de datos será accesible únicamente a los investigadores, de acuerdo con la legislación vigente sobre protección de datos de carácter individual. No se plantean problemas éticos ni legales. Asimismo los autores declaran la no existencia de conflictos de interés de ningún tipo <sup>13</sup>

Principios éticos observados: Beneficencia y no maleficencia. Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal.

Justicia. La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano.

Autonomía. Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta su decisión. Valor fundamental de la vida humana.

Confiabilidad. Este principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información.

Respecto a ley general de salud: Artículo primero. Este Código norma la conducta de la enfermera en sus relaciones con la ciudadanía, las instituciones, las personas que demandan sus servicios, las autoridades, sus colaboradores, sus colegas y será aplicable en todas sus actividades profesionales.

Artículo segundo. Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho a la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado.

Artículo tercero. Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.

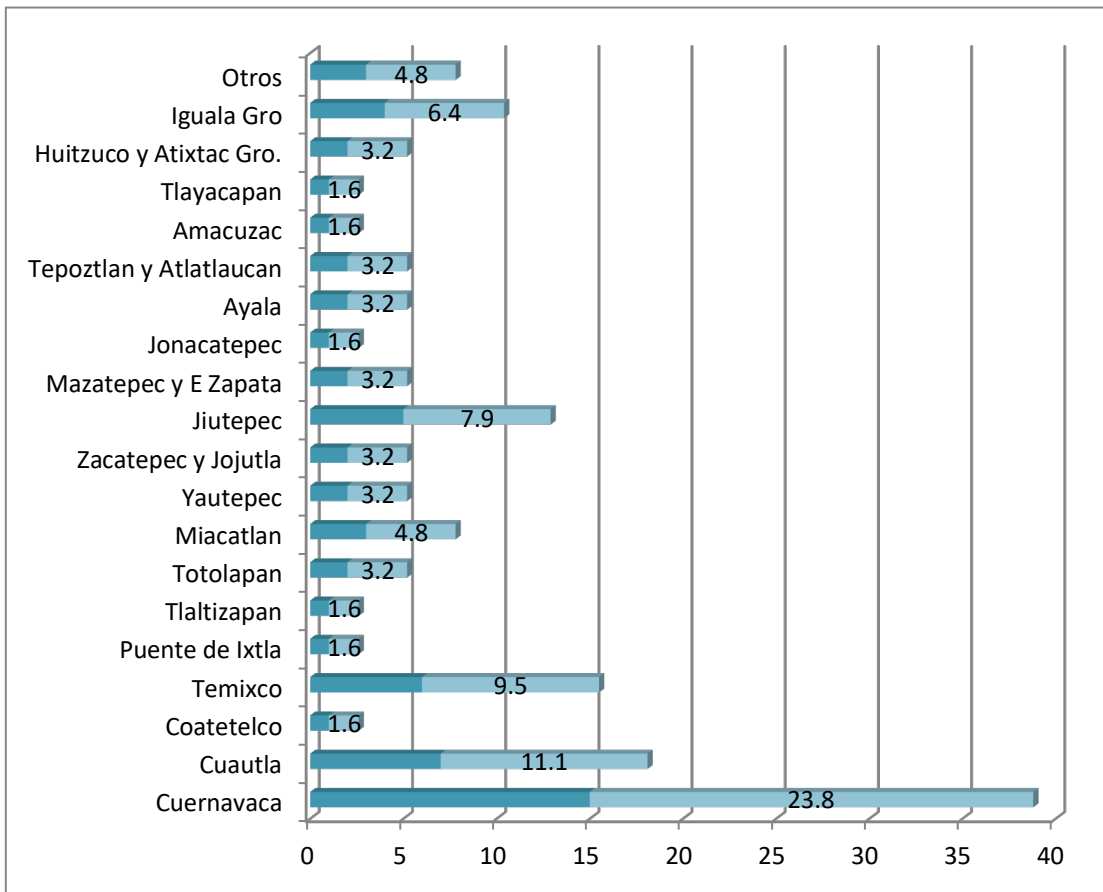
Artículo cuarto. Proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud.

## CAPITULO IV RESULTADOS

La muestra fue conformada por 63 participantes familiares, de niños 65.6% y familiares de niñas 34.4% hospitalizados e intervenidos quirúrgicamente, tanto de cirugía ambulatoria de corta estancia 39.1%, como aquellos de mayor estancia hospitalaria 60.9%. Edad de los pacientes: menor de 1 año 35.9%, 2 a 5 años 45.5%, 6 a 10 años 9.3%, 11 a 16 años 9.3%.

Días de estancia hospitalaria entre 1 y 2 días 71.2%, 3 días 9.5% 4 a 22 días 19.3%.

Gráfico No 1 **Procedencia de los usuarios del Hospital del Niño Morelense**

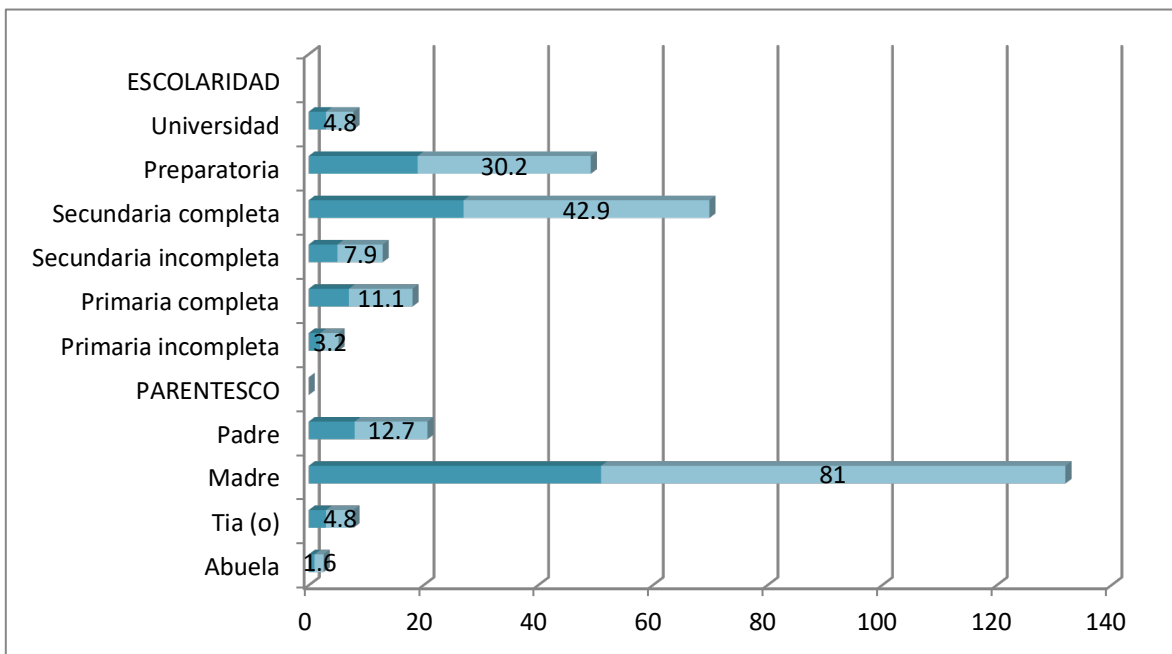


Fuente: Entrevista de atención usuarios del Hospital del Niño Morelense

Los usuarios del Hospital del Niño Morelense 85.6% son todos procedentes de los municipios del estado de Morelos y 9.6% Guerrero, otros lugares 4.8%.



**Gráfico No 2 Escolaridad y parentesco de los participantes**



Fuente: Entrevista de atención usuarios del Hospital del Niño Morelense

Los participantes tienen las siguientes características:

Familiar que asiste al niño (a) principalmente es la madre 81%, padre 12.7% otros familiares la tía y la abuela 6.4%. La Escolaridad tienen nivel básico 65.1%, preparatoria o equivalente 30.1% y universidad/profesionalista 4.8%.

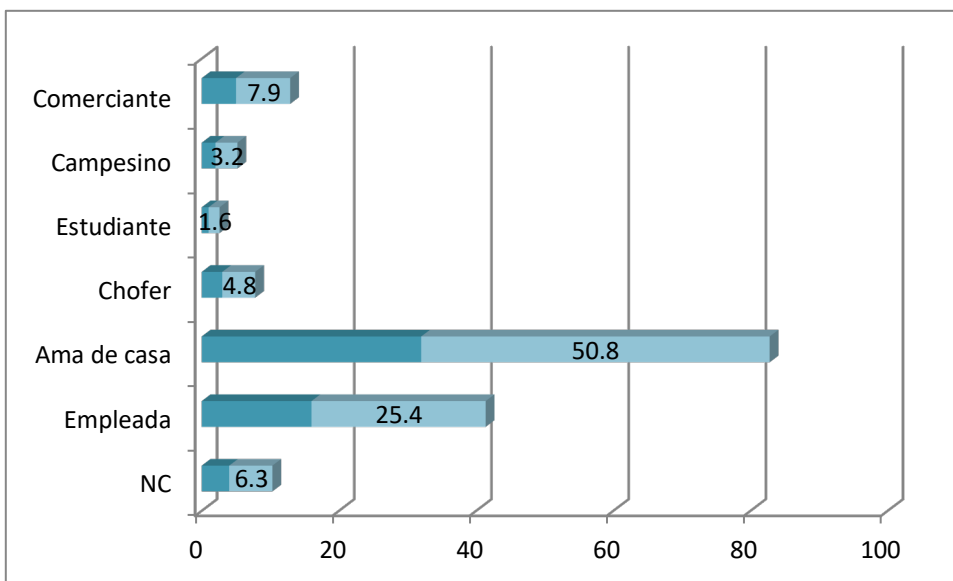
Tabla No 1 **Situación socioeconómica de los usuarios**

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Opinión del costo de la atención recibida</b>		
Alto	4	6.3
Medio	24	38.1
Bajo	20	31.7
Otro	15	23.8
<b>Acceso a los servicios del Hospital del niño Morelense</b>		
Economía baja	18	28.6
Lejanía	15	23.8
Transportación	20	31.7
Otra	10	15.9

Fuente: Entrevista de atención usuarios del Hospital del Niño Morelense

En relación al costo de la atención recibida el 31.7 % una tercera parte opinó que el costo fue bajo, el costo medio 38.1% y el costo fue alto 6.3%. El 23.8% no opinó.

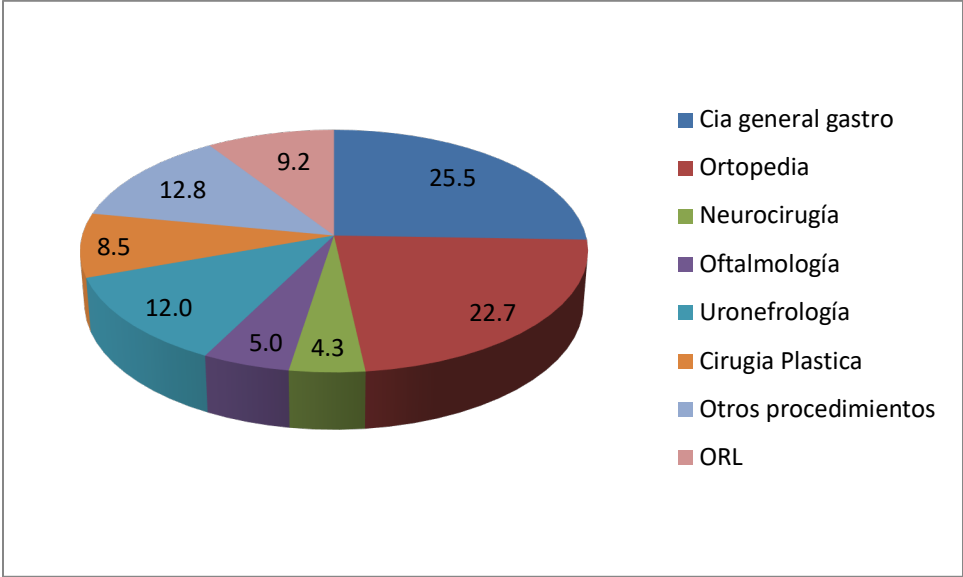
Gráfico No 3 **Ocupación de los familiares usuarios del Hospital del Niño Morelense**



Fuente: Entrevista de atención usuarios del Hospital del Niño Morelense

En el gráfico No. 3 se muestra la ocupación de los familiares de los niños llevando más de la mitad son amas de casa, sigue empleado la cuarta parte y en menor número comerciantes, estudiantes, campesinos, choferes, entre otros.

**Gráfico No 4 Intervenciones quirúrgicas por especialidad**



Fuente: Entrevista de atención usuarios del Hospital del Niño Morelense

Cirugía Pediátrica (CP). Gastrointestinal- laparotomía, anastomosis, hernia inguinal, umbilical entre otros 25.5%.

CP. Ortopedia pie equino varo, reducción fracturas, extracción de material de osteosíntesis 22.7%.

Cirugía Pediátrica. Otorrinolaringología, Adenoamigdalectomía entre otros 9.2%

CP. Uro nefrología. Corrección de defectos, extirpación de tumor, renal, biopsia y circuncisión, Orquiectomia, Hipospadias 12.0%.

CP. Plástica y reconstructiva por quemaduras, reconstrucción de nariz, palatoplastias entre otras 8.5%.

Cirugía Pediátrica. Oftalmología en corrección de estrabismo, exploración ocular 5.0%.

Neurocirugía Pediátrica. Derivación valvular, Cráneoinostosis, Mielo meningocele 4.3%.

Procedimientos invasivos y bajo anestesia. Biopsias, endoscopias, colocación de catéter venoso central y catéter puerto, lavado mecánico, cambio de sonda de cistotomía, entre otros 12.8%.

Tabla No. 2 **Eficiencia: Percepción de las personas de la atención al ingreso**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Personal de recepción informa de manera adecuada</b>			
Si	60	95.2	95.2
No Recuerdo	3	4.8	100.0
Total	63	100.0	
<b>Las personas de admisión hospitalaria son amables</b>			
Si	46	73.0	73.0
No	9	14.3	87.3
No recuerdo	8	12.7	100.0
Total	63	100.0	

Fuente: Entrevista de atención usuarios del Hospital del Niño Morelense

En relación a la eficiencia: las personas perciben que la atención al ingreso el personal de recepción informa de manera adecuada 95.2% y no recuerda y/o omitió su opinión 4.8%.

Los participantes opinan que en la de admisión hospitalaria que solo el 73% fueron amables, 14.3% menciona que no son amables y el 12.7% no recuerda y/o omite su opinión.

Tabla No. 3 **Tiempo de espera en consulta externa**

<b>Minutos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
10	17	27	27.0
20	4	6.3	33.3
30	24	38.1	71.4
40	2	3.2	74.6
60	12	19.0	93.7
120	2	3.2	96.8
150	1	1.6	98.4
180	1	1.6	100.0

Fuente: Entrevista de atención usuarios del Hospital del Niño Morelense

En relación del tiempo de espera el 71.4% de los usuarios manifiestan que son atendidos en tiempo establecido en menos de 30 minutos. El resto 28.6% menciona que fue atendido en más de 30 minutos y hasta tres horas de espera.

Tabla No. 4 **Tiempo de la valoración inicial en la consulta externa**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Si	13	20.6	21.0
No	44	69.8	91.9
No recuerdo	6	9.6	100.0
Total	63	100.0	

Fuente: Entrevista de atención usuarios del Hospital del Niño Morelense

El tiempo de espera hospitalaria para ser atendido en admisión hospitalaria fue prolongado, menciona que si fue prolongado 20.6%, que fue aceptable 69.8% y no recuerda 9.6%.

Tabla No. 5 **La sala de espera: limpia, iluminada y ventilada**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Si	59	93.7	93.7
No	2	3.2	96.8
No contesto	2	3.2	100.0
Total	63	100.0	

Fuente: Entrevista de atención usuarios del Hospital del Niño Morelense

En relación a la infraestructura del Hospital del Niño y Adolescente Morelense, es una infraestructura recién construida que cumple con estándares de calidad se espera que las salas de espera estén limpias, iluminadas y ventiladas pero hubo el 6.4% que menciono no se cumple con esas condiciones.

Tabla No. 6 **La consulta es íntima y confortable**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Si	58	92.1	92.1
No	3	4.8	96.8
No contesto	2	3.2	100.0
Total	63	100.0	

Fuente: Entrevista de atención usuarios del Hospital del Niño Morelense

En relación a la infraestructura del Hospital del Niño y Adolescente Morelense, cumple con estándares de calidad se espera que la consulta otorgada por el médico sea íntima y confortable el 8% menciono que no se cumple.

Tabla No. 7 **Atención recibida en estudios especializados**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Atención del servicio de Rayos X, Imagenología, entre otros</b>			
Fue tardado	9	14.3	14.5
Fue normal	44	<b>69.8</b>	85.5
No recuerdo	10	15.6	100.0
<b>Atención en el servicio de análisis clínicos</b>			
Fue tardado	8	12.7	12.9
Fue normal	42	<b>66.7</b>	80.6
No recuerdo	12	19.0	100.0

Fuente: Entrevista de atención usuarios del Hospital del Niño Morelense

El tiempo de espera entre la consulta de especialidad y los estudios como Rx Imagenología refiere el 14.5 % es tardado el 69.8% considera es en tiempo normal. En los estudios de laboratorio el tiempo transcurrido con la consulta considera el 12.9 % fue tardado, el 66.7 % lo considera es en tiempo normal.

Tabla No 8 **Tiempo de espera en la programación**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NC	11	17.5	17.5
Horas < 1 día	16	25.4	42.9
1 A 7 días	7	11.1	54.0
8 a 15 días	5	9.5	62.6
16 a 30 días	6	<b>9.5</b>	71.4
30 a 60 días	12	<b>19.0</b>	90.5
Alrededor de un año	5	<b>7.9</b>	100.0
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: Entrevista de atención usuarios del Hospital del Niño Morelense

Dentro de la calidad de la atención se mide la eficiencia por lo que las personas mencionan los días que esperaron para que fuera programada la cirugía de su hijo y/o familia en un 62.6% de 8 a 15 días y el 90.5 % más de 30 días.

Tabla No 9 **Programación quirúrgica**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Suspensión de cirugía</b>			
<b>Si</b>	7	<b>11.1</b>	11.3
<b>No</b>	52	82.5	95.2
<b>No recuerdo</b>	4	<b>5.2</b>	100.0
<b>Cambio de horario del programado para la cirugía</b>			
<b>Si</b>	5	<b>7.9</b>	8.1
<b>No</b>	53	84.1	93.5
<b>No recuerdo</b>	5	<b>7.9</b>	100.0

Fuente: Entrevista de atención usuarios del Hospital del Niño Morel

Dentro de la calidad de la atención se mide la eficiencia por lo que las personas mencionan que si se suspendió la cirugía de su hijo 11.1%, no recuerdan 5.2% y del horario programado si hubo cambio el 7.9%,no recuerdan 7.9%



Tabla No 10 **Tiempo entre la consulta y resolución de problema de salud fue prolongada**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	fue prolongado	15	23.8	23.8
No	fue prolongado	42	66.7	90.5
No recuerdo		6	9.5	100.0
Total		63	100.0	

Fuente: Entrevista de atención usuarios del Hospital del Niño Morelense

El tiempo transcurrido entre la consulta de especialidad y la resolución del problema, mencionan que fue prolongado 23.8%, aceptable 66.7% y no recuerdan el 9.5%.

Tabla No 11 **Proceso de la atención por el personal médico y de enfermería**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>La enfermera de primer contacto se presentó por su nombre</b>			
Si	56	88.9	88.9
No	4	6.3	95.2
No recuerdo		3	4.8
<b>La enfermera de quirófano se presentó por su nombre</b>			
Si	60	95.2	95.2
No	2	3.2	98.4
No recuerdo		1	1.6
<b>El médico se presentó de forma cordial – se comunica con la familia</b>			
Si	60	95.2	95.2
No	2	3.2	98.4
No recuerdo		1	1.6

Fuente: Entrevista de atención usuarios del Hospital del Niño Morelense

En la atención por el personal médico y de enfermería. Los familiares de los niños mencionan que las enfermera en un 88.9 % se presenta por su nombre, en el primer contacto el 6.3 % no se presenta por su nombre y el 4.8 no recuerdan.

La enfermera de quirófano se presenta por su nombre en un 95.2 % y las que no se presentan son en un 3.2 %, el médico de forma cordial se presenta en un 95.2% .y en un 3.2 no se presentó.

Tabla No 12 **Atención percibida en el posoperatorio**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>El tiempo de espera valoración del posoperatorio fue prolongada</b>			
Si	16	<b>25.4</b>	25.4
No	38	60.3	85.6
No recuerdo	9	<b>14.3</b>	100.0
<b>El médico dio informes necesarios posterior a la cirugía</b>			
Si	31	49.2	49.2
No	27	<b>42.9</b>	92.1
No recuerdo	5	<b>7.9</b>	100.0

Fuente: Entrevista de atención usuarios del Hospital del Niño Morelense

El tiempo de espera en la valoración posoperatoria se considera en un 25.4% que si es prolongada, mientras el 60.3 % no es prolongada la atención.

El medico dio informes en un 49.2% posterior a la cirugía. Los familiares mencionan que no recibieron informes posterior a la cirugía el 42.9%.

Tabla No 13 **El Tiempo de duración de la Consulta es muy breve**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	57	90.5	90.5
No	2	3.2	93.7
No recuerdo	4	6.3	100.0
Total	63	100.0	

Fuente: Entrevista de atención usuarios del Hospital del Niño Morelense

El tiempo de la consulta fue considerado como breve en un 90.5%, el 3.2 no considera breve el tiempo de la consulta y el 6.3 no recuerdan.

Tabla No 14 **Satisfacción en la atención recibida en hospitalización**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Atención de enfermería</b>			
Si	53	84.1	84.1
No	1	1.6	85.7
No recuerdo	9	14.3	100.0
<b>Alimentación</b>			
Si	61	96.8	96.8
No recuerdo	2	3.2	100.0
Total	63	100.0	

Fuente: Entrevista de atención usuarios del Hospital del Niño Morelense

La satisfacción en la atención recibida en hospitalización fue de 84.1% y no satisfecho el 1.6% y el 14.3% no opinaron.

Tabla No 15 **Satisfacción de la atención percibida**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Si	62	98.4	98.4
No recuerdo	1	1.6	100.0
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: Entrevista de atención usuarios del Hospital del Niño Morelense

En relación de la opinión de los familiares de los niños (as) en la atención de su proceso quirúrgico mencionan que su problema fue resuelto, la satisfacción mencionan los usuarios de los pacientes pediátricos de la atención fue buena, se sienten satisfechos, regresarían si fuera necesario, en un 98.4%, clasificando en la evaluación esta atención con un indicador cumplido, así como revisar el 1.6% en qué consistió la falla como área de oportunidad para contar con un indicador de satisfacción en el indicador de la calidad al 100%.

## CAPITULO V DISCUSION

El acompañamiento de confort que el personal otorga en el ambiente hospitalario desde el ingreso así como las áreas (recepción, laboratorio, quirófano y el ambiente hospitalario) que el paciente requiere es importante así como el primer contacto de la atención enfermera-paciente pediátrico y el familiar como los resultados del estudio muestra.

La literatura menciona Maxwell y Yaster (2000) en la práctica peri operatoria, que enfatizan los problemas que son de mayor preocupación los pacientes pediátricos. Muchas áreas requieren una evaluación adicional en los servicios que intervienen la atención perioperatoria como: técnicas efectivas de preparación psicológica para niños y sus padres en una era en la que la familia rara vez se encuentra con el ambiente hospitalario antes del día de la cirugía<sup>11</sup>.

En el proceso perioperatorio en este estudio se encontró, una cuarta parte menciona que el tiempo de la consulta y resolución del problema fue prolongado y en el transoperatorio y el 95.2% de las personas opinan que el personal enfermería y médico tiene contacto con el familiar y le aclaran sus dudas. Estudio similar por Bastidas, 2016<sup>16</sup> en relación de la satisfacción del paciente en el transoperatorio, un alto porcentaje de los pacientes se sintieron bien atendidos por anestesiólogos, cirujanos y enfermeras. Recibieron la información esperada y aclararon sus dudas. Manifestaron sentirse tranquilos, relajados y seguros. Sin embargo se sintieron incómodos por el ambiente físico como: frío, calor, en la mesa de operaciones.

En el posoperatorio en hospitalización los participantes se encuentran satisfechos con la atención solo el 84.1% y con los alimentos 96.8%.

Estudio similar por Bastidas, 2016<sup>15</sup>, un 88,27% de los pacientes tuvo un agradable despertar, un 58,34% de los pacientes manifestó tener dolor en la sala de recuperación. En hospitalización en el postoperatorio el 43,33% manifestaron inconformidad por la presencia de dolor, solo se calmó el dolor a un porcentaje de ellos 81,66%.

Las características de la planta física y la disponibilidad de recursos materiales la opinión de los participantes es satisfactoria, en la consulta externa consideran el área es íntima y confortable la infraestructura mencionan que la sala de espera estaba limpia, iluminada y ventilada. Estudio realizado en un centro oftalmológico en Cuba, la evaluación de la calidad de la atención médica en la línea preoperatoria en el centro oftalmológico "Lara" no fue satisfactoria. Se recomendó a la dirección del centro oftalmológico discutir los resultados con el colectivo de trabajo para analizar las deficiencias encontradas, y en una segunda etapa la extensión de la evaluación a las otras áreas de atención médica del centro oftalmológico, el quirófano y la atención posoperatorio.<sup>17</sup>.

## CAPITULO VI CONCLUSIONES

Calidad: la pertinencia, eficacia, eficiencia y satisfacción, según Donabedian. La teoría de Swanson en relación a la gestión del cuidado de enfermería en el paciente perioperatorio encontramos áreas de oportunidad y mejora en: Las oportunidades para mejorar la seguridad, fomento de la cultura de seguridad, formación y desarrollo profesional, relación con los pacientes, investigación y planificación estratégica. Se concluye que existe la necesidad de trabajar para mejorar la seguridad y que la enfermera debe asumir ese liderazgo.

Una preocupación sentida es a la limitación de recursos materiales, reflejado en un presupuesto económico ajustado ya que por ser un hospital descentralizado no cuenta con todo el recurso económico como una institución federal. Es difícil desplegar seguridad con recursos materiales inadecuados o escasos o un soporte tecnológico deficiente o inadecuado para la patología de los pacientes que se asisten.

En lo que respecta a las fortalezas y oportunidades, la relación con los pacientes, la investigación real de su nivel socioeconómico saber si cuenta con seguro popular y planificación estratégica como apoyo a voluntariado del hospital y o trabajo social para poder solventar la urgencia quirúrgica. La existencia de equipos directivos que motiven la promoción de cambios institucionales precisa de un liderazgo claro por parte de un grupo de profesionales formados, siendo la figura de la enfermera una garantía de la seguridad del paciente. Trabajar en entornos clínicamente seguros hace que los profesionales sanitarios se sientan bien<sup>18</sup>.

Trabajar con seguridad a largo plazo como la cirugía programada disminuye las cargas de trabajo y reduce los costos. Los profesionales deben desarrollar un mayor celo profesional, lo que será posible si existe: motivación profesional e implicación con el trabajo, estimulación para la autocrítica, el cambio y la mejora, acciones seguras llevadas a cabo en otro sitio y que se pueden seguir a modo de ejemplo; tutores comprometidos que enseñan bien comunicación entre

profesionales e institución y adecuada utilización de los recursos. Para ello se cuenta con el potencial de: historia digital (electrónica e informática aplicada al expediente electrónico).

La gran capacidad de adaptación a nuevos métodos de trabajo por parte de enfermería, como los nuevos estudios de grado y posgrado van a tener como consecuencia que aumente la ciencia y el liderazgo de gestión. La incorporación de la seguridad del paciente como área en que la enfermería puede crecer y desarrollarse profesionalmente en el momento actual supondrá una mejora de las competencias adquiridas y una expansión de la participación de la enfermería.

Trabajar en seguridad supondrá un cambio radical con relación a los pacientes, será un nuevo modelo en donde se tenga en cuenta las preferencias de los pacientes, y, un mejor conocimiento y reconocimiento de quiénes son los responsables de la seguridad del paciente. Los pacientes identifican a los profesionales de enfermería como sus mejores defensores y existe un reconocimiento de la participación clave de la enfermería en la seguridad del paciente por su presencia durante las 24 horas del día con éstos.

El aumento de publicaciones sobre este tema hace que otros profesionales conozcan lo que hacemos y puede ayudar a mejorar la seguridad. Por último, en cuanto a la planificación estratégica, se perciben como oportunidades de mejora las siguientes:

El sistema de salud está trabajando en la generación de indicadores y estándares, en los que la seguridad del paciente es una prioridad.

Introducción de políticas de seguridad.

Las estrategias y políticas influyen en los programas locales, regionales y nacionales<sup>18</sup>.

La Información de los costos hospitalarios y el costo de la cirugía se lleva a cabo través de trabajo social y la cobertura de su seguro popular.



**Comunicación enfermera paciente.** En las premisas de la teoría de Swanson se menciona el *conocimiento quien cuida y quien es cuidado, estar con y hacer por*. La enfermera debe elegir el modo en que esta se establece, teniendo en cuenta el tipo de paciente, el problema de salud y la situación de enfermería. El proceso de comunicación no solo se realiza en un sentido, sino que también expresamos sentimientos y emociones cuando hacemos esta actividad. Lo importante es desarrollar una buena comunicación según sus posibilidades de salud, que permita una adecuada relación enfermera-paciente, desde que este último se pone en contacto con la enfermera<sup>19</sup>.

En la premisa de Swanson *Mantener las creencias*. La relación de enfermera-paciente, no solo es la interpretación de los signos y síntomas. También es preciso establecer empatía, en la capacidad de reconocer y compartir emociones y estados de ánimo con la otra persona para así comprender el significado de su comportamiento y sus creencias. Permite elaborar un plan de cuidados más personalizado, humanizado y ético, con el propósito de mejorar el estado de salud del paciente, haciendo su estancia más agradable en el hospital y reducir de manera significativa el miedo y la ansiedad que genera la hospitalización.<sup>19</sup>

Comunicación medico paciente La entrevista médica es la herramienta fundamental para obtener una anamnesis fidedigna y establecer una relación médico-paciente sólida, perdurable y productiva. La habilidad para conducirla debe aprenderse y debe perfeccionarse mediante el estudio, la práctica y la auto-observación. Una entrevista tiene valor terapéutico cuando el enfermo encuentra en el médico capacidades de respeto, interés, autenticidad y conexión.<sup>20</sup> La habilidad para comunicarse eficientemente no solo consiste en saber expresarse, sino también en saber escuchar.

En la premisa de Swanson, *Posibilitar*. La atención del médico ha de comenzar de manera verbal, informando al paciente sobre lo que se le debe hacer. El médico debe ser consciente de que el primer deber de la beneficencia es la información. Vinculado con ello está el derecho del enfermo a la decisión o consentimiento informado, de ahí que este sea el nuevo rostro de la relación médico-paciente. Los

pacientes aprecian que el médico se muestre interesado y empático, y que transmita confianza al evaluar su estado.

De igual forma se predisponen cuando el médico no los mira durante la entrevista, se comunica poco o muestra falta de competencias en su desempeño. La comunicación médica no es solo información, debe incluir la comprensión para calmar la ansiedad que origina una situación grave o riesgosa. Para algunos médicos, uno de los aspectos más difíciles de manejar durante la entrevista son los cambios emocionales. Sin embargo, las emociones son un componente presente en los intercambios humanos y, por supuesto, en las enfermedades.

Los trastornos emocionales, no deben ser un obstáculo para comprender la enfermedad, ya que forman parte de ella, y para que la entrevista tenga un contenido terapéutico deben ser reconocidos y comprendidos. En el deseo de observar qué está ocurriendo con las emociones del paciente, puede que el médico ayude más de lo que él mismo cree. Lo fundamental es adecuar el tiempo y no dar consejos ni apoyo inmediato antes de conocer el cuadro clínico. Dedicar tiempo es una forma de prestar atención y dar afecto es una de las herramientas médicas más importantes. Lo ideal es que el paciente sienta que recibe más de lo que esperaba.<sup>20</sup>

La consulta es el escenario fundamental de la actividad asistencial del médico. Las decisiones que se toman en ella marcan el destino de un paciente. El médico necesita tiempo para escuchar atentamente al paciente, examinarlo minuciosamente, redactar una historia clínica completa y explicarle a él y sus familiares su enfermedad, la evolución del cuadro clínico, los exámenes complementarios y el tratamiento. Médicos y pacientes se han acostumbrado a consultas de corta duración; esto daña a ambas partes.

El médico sabe que está perjudicando su profesión y se expone a cometer errores y el paciente no se siente satisfecho y tiene, muchas veces, la certeza de no haber sido correctamente evaluado. Es preciso crear una red de confianza del paciente para con su médico y viceversa, indispensable para conseguir el efecto

terapéutico que por sí sola tiene la entrevista clínica. Esto solo es posible en un marco de organización que permita, en primer lugar, dedicar a cada paciente el tiempo que necesite. La relación de los profesionales de la medicina con los usuarios del sistema de salud.<sup>20</sup>

Resulta necesario poner en marcha diferentes estrategias y acciones que nos permitan captar más información, ganar confianza y así poder dar respuesta a las necesidades de los pacientes desde una perspectiva integral, lo que finalmente llevará a lograr mayores índices de satisfacción del usuario y del profesional.<sup>20</sup>

Revisando y analizando la justificación de la suspensión de la cirugía y cambio de hora quirúrgico es debido a diversas causas como el que el paciente se presente enfermo a cirugías programadas, el no haber respetado el ayuno ya que tomando en cuenta los pacientes pediátricos no toleran el hambre y la madre se angustia y decide darle un poquito madamas de leche o jugo o agua, el que haya una cirugía de urgencia y esta elimina la programada siempre y cuando sea de la misma especialidad.

Se recomienda presentar ante la dirección del Hospital del Niño Morelense y discutir los resultados con el colectivo de trabajo para analizar las deficiencias encontradas en la admisión del paciente y preparación preoperatoria. En el periodo preoperatorio se visualiza la necesidad de la relación-comunicación enfermera paciente en proporcionar técnicas efectivas y afectivas de preparación psicológica para los niños y sus padres en que la familia rara vez se encuentra con el ambiente hospitalario antes del día de la cirugía.

En relación al costo las personas mencionan que fueron entre medio y alto por lo tanto antes de ingresar el niño a la cirugía informar al familiar el porcentaje de la cobertura de su seguro popular previo a la cirugía.

Mantener el confort en el paciente (frío, calor) en la mesa de operaciones, así como en la sala de recuperación, en todo momento del perioperatorio

En el posoperatorio integrar una escala efectiva de valoración del dolor en la hoja de registro posoperatorio de enfermería y en hospitalización.

Y como conclusión final de acuerdo con Jiménez, la evaluación del cuidado quirúrgico demanda proceso de atención integral y/o Proceso Asistencial Integrado, que surge de la transformación de un soporte nuevo, clave para la institución prestadora de servicios, como es la atención al paciente quirúrgico. Desde la indicación quirúrgica hasta el alta, independientemente de la prioridad de la intervención, conformar una serie de dimensiones/evaluación transversales centrada en actividades que aportan un verdadero “valor” para los pacientes.

Cada vez cobra más importancia la figura del profesional de enfermería perioperatoria. Su desempeño es fundamental para garantizar la seguridad del paciente. También para el correcto desarrollo del proceso perioperatorio y para garantizar la máxima eficiencia de dicho proceso.

Consideramos relevante la importancia del profesional de forma específica en las diferentes fases de la intervención, destacando su relevancia durante todo el proceso. Esto le permite tener una visión completa que resulta clave para acompañar, guiar y cuidar al paciente quirúrgico, garantizando la mayor calidad posible.

Sin olvidar el papel de estos profesionales en la promoción de la salud y prevención de factores de riesgo que puedan interferir en la favorable evolución del paciente quirúrgico.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Carbajal Balguera J, García de San José S., Márquez Asencio M., Hernández Lorca I., Martín-García M. Almenta y Cerquella Hernández C. M. Rev. Calidad asistencial 2008, 23 (4): 164-9
2. Hernán García M., Gutiérrez Cuadra J., Lineros González, C. Ruiz Barbosa A., y Rabadán A. Los pacientes y la calidad de los servicios de atención primaria de salud. Opinión de los profesionales de los centros de salud de la Bahía de Cádiz y la Janda. Aten Primaria 2002, 37
3. García H.M, Gutiérrez Cuadra J.L., González Lineros C, Ruiz Barbosa A, Rabadán A. Alianza mundial para la seguridad del paciente segundo reto mundial por la seguridad de la paciente organización mundial de la salud la cirugía segura salva vidas. 2008.
4. Swanson K M. Nursing as informed caring for the well-being of others. Image: The journal of Nursing Scholarship, 2016, 25 (4), 352-357.
5. Marin, A. Marco histórico y fundamentos de la cirugía: disponible: [drmarin.galeon.com/historiaqx.htm](http://drmarin.galeon.com/historiaqx.htm). Consultado 2019.
6. Donabedian A. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. Salud pública de México 1990, 32 (2): 113-117
7. Donabedian A. The quality of medical care. Science 1978, 2000: 856-64
8. Donabedian A .The definition of quality and approach es toits assessment. Ann Arbor, Mich: Health Administration Press 1980, 1
9. Campos Rubio L., Chico Ruíz J., Cerna Rebazacol L. Calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente quirúrgico del Hospital Base Víctor Lazarte Echegaray, Trujillo. 2014, 17 (1), 54-73
10. Derieg S. Aorn J. Una descripción general de la atención perioperatoria para pacientes pediátricos. 2016,104 (1):4-10.

11. Maxwell L.G , Yaster M. Problemas de manejo del perioperatorio en pacientes pediátricos. Rev. Anesthesiol Clin North Am. 2000; 18 (3): 601-32.
12. Baridó Murguía, M. Alethse de la Torre, A. Evolución de la cirugía: La meta es lograr procedimientos seguros. Revista UNAM, 2012, 13, (9).
13. Consejo Internacional de Enfermeras Código Deontológico del CIE para la Profesión de Enfermería: 2012.  
<https://www.colegioenfermeriahuesca.org/pdf/codigo-internacional-etica.pdf>
14. Jiménez López, I. Proceso asistencial integrado atención al paciente quirúrgico. Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, proceso asistencial integrado 1ª ed. 2014, Sevilla.
16. Bastidas F.Satisfacción preoperatoria, intraoperatorios y postoperatoria de los pacientes sometidos a intervención quirúrgica en el Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde. Tesis, Carabobo, Venezuela 2016.
17. Moreira Ríos I., Fariñas A. T., Ricardo Suárez F. S. Evaluación de la calidad de la atención médica en la línea preoperatoria del Centro Oftalmológico "Lara" .2006. Rev. Cubana Hig Epidemiol , 2011, 49 (1): 15-23.
18. Martínez Ques AA, Hueso Montoro C, Gálvez González G. Fortalezas y amenazas en torno a la seguridad del paciente según la opinión de los profesionales de enfermería. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2010
19. Leonel AA, Fajardo G, Tixtha, Papaqui J. La comunicación enfermera-paciente en la atención hospitalaria, caso México. Enf Neurol Mex. 2012
20. Rodríguez Arce M. Relación médico-paciente. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2008
21. Maxwell LG, Yaster M. Aspectos de la atención perioperatoria en paciente pediátricos. Rock P. Medicina Perioperatoria. Clínicas de Anestesiología Norteamericana. Interamericana, McGraw Hill, México. 2000. (3); 571-598

22. Melara M. La importancia de la enfermería quirúrgica, 2017, Consultado: octubre 2019. Disponible en: <https://www.ikusiormangement.com/importancia-enfermeria-perioperatoria/>

23. Donabedian. Modelo de calidad de la atención Médica. La calidad de la atención médica, 2011, 83, 691-729.

## ANEXOS

### **Anexo 1. Consentimiento informado**

Fecha: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ a través de este documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada “GESTION DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA PERIOPERATORIO DEL PACIENTES PEDIÁTRICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL” Habiendo sido informado (a) del propósito de la misma así como de los objetivos, y teniendo la confianza plena de que la información que en el instrumento vierta solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención; además confió en que el investigador estudiante utilizara adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad; habiendo manifestado su deseo de participar, y dado su consentimiento informado, se compromete a guardar la máxima confidencialidad de la información, así como también asegura que los hallazgos serán utilizados para fines de investigación y no le perjudicaran en absoluto su persona.



## Anexo 2. Instrumento

### UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MORELOS FACULTAD DE ENFERMERIA

#### MAESTRIA EN ENFERMERÍA

Cuestionario para evaluar calidad en la atención perioperatorio (eficiencia, eficacia, satisfacción)

#### Datos sociodemográficos

1. Fecha de ingreso al hospital \_\_\_\_\_

2. Fecha de la Cirugía \_\_\_\_\_

3. Fecha de egreso / alta del hospital  
\_\_\_\_\_

4. Diagnóstico  
médico \_\_\_\_\_

<b>5.EDAD</b>	20-30 Años	( )	<b>6.PARENTESCO</b>	Abuela (0)	( )
	30 -39 Años	( )		Tía (0)	( )
	40-49 Años	( )		Prima(o)	( )
	50+ Años	( )		Hermana (0)	( )
<b>7.Escolaridad</b>	Primaria incompleta	( )		Madre	( )
	Primaria Completa	( )		Padre	( )
	Secundaria Incompleta	( )		Otro (a)	( )
	Secundaria Completa	( )	<b>8.Procedencia:</b>	Estado	
	Preparatoria	( )		Municipio	
	Universidad	( )	<b>9. Le es difícil</b>	Economía	( )

<b>10.Ocupación</b>			<b>llegar al hospital</b>		
<b>11. Como considera el Costo</b>	Alto	( )		Lejanía	( )
	Medio	( )		Transportación	( )
	Bajo	( )		Otra	( )
<b>12.Número de Hijos:</b>	<b>13 Edad del menor</b>		<b>14 Sexo del menor H ( ) M ( )</b>		
15 Tiempo de espera en la consulta			_____ minutos _____ horas		
16 Tiempo de espera en la programación de la cirugía			_____ días		
17 Le suspendieron la cirugía del día programación de la cirugía			Si ( ) No ( ) No Recuerdo ( )		
18 Le cambiaron la hora de programación de la cirugía			Si ( ) No ( ) No Recuerdo ( )		
19 El tiempo de espera hospitalaria para ser atendido en consulta de valoración inicial es prolongado?			Si ( ) No ( ) No Recuerdo ( )		
20. ¿El tiempo transcurrido entre la consulta de especialidad y la realización de estudios imagino lógicos como Ultrasonido US, tomografía TAC, Rx) es prolongado?			Si ( ) No ( ) No Recuerdo ( )		
21. ¿El tiempo transcurrido entre la consulta de especialidad y la resolución del problema de salud es prolongado?			Si ( ) No ( ) No Recuerdo ( )		
22. ¿La sala de espera está limpia, iluminada y ventilada?			Si ( ) No ( ) No Recuerdo ( )		
23. ¿La consulta del médico es íntima y confortable?			Si ( ) No ( ) No Recuerdo ( )		
24. ¿La enfermera que le recibió se presentó por su nombre?			Si ( ) No ( ) No Recuerdo ( )		
<b>TRANSOPERATORIO</b>					
25. El médico cirujano se presentaba cordial			Si ( ) No ( ) No Recuerdo ( )		
26. El médico cirujano brinda informes a sus familiares, resolviendo sus dudas?			Si ( ) No ( )		

	No Recuerdo ( )
27 ¿El personal de enfermería es amable y se presenta por su nombre en quirófano	Si ( ) No ( ) No Recuerdo ( )
28 ¿El tiempo de espera hospitalaria para ser atendido en consulta de valoración postoperatoria es prolongado?	Si ( ) No ( ) No Recuerdo ( )
29 ¿El médico aporta adecuada información sobre su diagnóstico y tratamiento?	Si ( ) No ( ) No Recuerdo ( )
30 ¿El tiempo de duración de la consulta es muy breve?	Si ( ) No ( ) No Recuerdo ( )
31 ¿El personal de enfermería es amable y se presenta por su nombre en el área de hospitalización?	Si ( ) No ( ) No Recuerdo ( )
32 ¿La alimentación que se le brindo fue de su agrado?	Si ( ) No ( ) No Recuerdo ( )
33 ¿El personal de recepción aporta adecuada información cuando se le solicita?	Si ( ) No ( ) No Recuerdo ( )
34 ¿El personal de Admisión (ingreso) es amable y aporta adecuada información?	Si ( ) No ( ) No Recuerdo ( )
POSOPERATORIO	
35 Considero mi problema de salud resuelto	Si ( ) No ( ) No Se ( )
36 La calidad de la atención recibida es buena	Si ( ) No ( ) No Contesto ( )
37 Me siento satisfecho por el servicio recibido	Si ( ) No ( ) No Contesto ( )
38 Si pudiera escoger, regresaría a solicitar el servicio de salud a este mismo hospital	Si ( ) No ( ) No Se ( )
39 Especifique los motivos por lo que no regresaría:	
40. ¿Qué alternativa o ideas nos puede proponer para mejorar la calidad en la atención médica?	

### **Anexo 3. Acción esencial No 4 Time-out**

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, publicó en 2008, la "Lista de Verificación para las Intervenciones Quirúrgicas" (LVSC), con el propósito de apoyar a los equipos quirúrgicos a reducir el número de muertes debidas a errores quirúrgicos. La Alianza, con el asesoramiento de cirujanos, anestesistas, personal de enfermería, expertos en seguridad del paciente y pacientes de todo el mundo, identificó una serie de controles de seguridad que aplican en cualquier quirófano. Con la Lista de Verificación para las Intervenciones Quirúrgicas, se refuerzan las prácticas de seguridad ya aceptadas y se fomenta la comunicación y el trabajo en equipo entre las distintas disciplinas clínicas.

De la Lista de Verificación para la Seguridad de la Cirugía (LVSC).

- Se nombrará a un integrante del equipo quirúrgico como el coordinador para su llenado, se recomienda que sea el circulante.
- Se aplicará en todos los pacientes a los que se realicen cualquier procedimiento quirúrgico dentro o fuera de la sala de operaciones, así como en los procedimientos invasivos y de alto riesgo que el establecimiento defina.
- Cada establecimiento podrá incluir la verificación de cualquier otra variable que ponga en riesgo la seguridad del paciente durante el procedimiento, siempre y cuando al menos se verifique lo establecido en cada una de las fases.

Se deben seguir las siguientes fases de la LVSC:

#### **FASE 1.**

##### **Entrada: Antes de la inducción de la anestesia.**

El anesthesiólogo, el cirujano y el personal de enfermería:

- Confirman verbalmente con el paciente (si es posible), su identidad preguntando nombre completo y fecha de nacimiento, el sitio quirúrgico, el procedimiento quirúrgico y su consentimiento.

El anestesiólogo debe:

- Confirmar con el cirujano el marcaje del sitio quirúrgico.
- Realizar el control de la seguridad de la anestesia al revisar: medicamentos, funcionalidad y condiciones óptimas del equipo, así como el riesgo anestésico del paciente.
- Colocar y comprobar que funcione el oxímetro de pulso correctamente.
- Confirmar si el paciente tiene alergias conocidas, vía aérea difícil y riesgo de aspiración. En el caso de que sí exista este riesgo, debe verificar que cuente con el material, equipo y ayuda disponibles.
- Conocer el riesgo de hemorragias: en adultos mayores a 500 ml y en niños mayores a 7 ml/kg.
- Prever la disponibilidad de soluciones parenterales y dos vías centrales.
- Identificar la necesidad de hemoderivados y, en su caso, verificar que se haya realizado el cruce de sangre previamente.

El cirujano debe:

- Confirmar la realización de asepsia en el sitio quirúrgico.
- Disponibilidad de todos los documentos, imágenes y estudios relevantes, y que estén debidamente identificados.
- Disponibilidad de los productos sanguíneos necesarios.
- Funcionamiento adecuado de implantes, dispositivos y/o equipo especial necesarios.

## **FASE 2. Pausa quirúrgica: Antes de la incisión:**

El cirujano debe:

- Confirmar que cada uno de los miembros del equipo quirúrgico se hayan presentado por su nombre y función (sin omisiones). Los miembros del equipo quirúrgico pueden ser cirujano, anestesiólogo, ayudante de cirujano, circulante y cualquier otro tipo de personal que participe en el procedimiento quirúrgico.
- Confirmar de manera verbal con el anestesiólogo y el personal de enfermería (instrumentista y circulante) la identidad del paciente, el procedimiento que se va a realizar, el sitio quirúrgico (en caso de órgano bilateral, marcaje derecho o izquierdo, en caso de estructura múltiple el nivel a operar) y la posición del paciente.
- Verificar que se cuenta con los estudios de imagen que se requieren.
- Participar en la prevención de eventos críticos informando los pasos críticos o no sistematizados, la duración de la operación y la pérdida de sangre prevista.

Enfermería debe:

- Participar en la prevención de eventos críticos, informando la fecha y método de esterilización del equipo e instrumental.
- Informar si hubo algún problema con el instrumental, equipos y material, así como con el conteo del mismo.

El anestesiólogo debe:

- Verificar que se haya aplicado la profilaxis antibiótica conforme a las indicaciones médicas, si procede.
- Participar en la prevención de eventos críticos informando la existencia o riesgo de enfermedad en el paciente que pueda complicar la cirugía.

## **FASE 3. Salida: Antes de que el paciente salga del quirófano:**

El cirujano debe:

- En presencia del anestesiólogo y el personal de enfermería, confirmar que se ha aplicado la LVSC.
- Debe confirmar verbalmente:
  - a. El nombre del procedimiento realizado.
  - b. El recuento completo del instrumental, gasas y agujas.
  - c. El etiquetado de las muestras (nombre completo del paciente y fecha de nacimiento, fecha de la cirugía y descripción general de la muestra).
  - d. Si hay problemas que resolver, relacionados con el instrumental y los equipos que deben ser notificados y resueltos.
- Reportar si ocurrieron eventos adversos. En caso afirmativo registrarlos.

El cirujano, anestesiólogo y personal de enfermería deben:

- Comentar al circulante los principales aspectos de la recuperación postoperatoria, el plan de tratamiento y los riesgos del paciente.

Todos los integrantes del equipo quirúrgico deben anotar su nombre y firmar la LVSC, en la parte que les corresponde.

Fuente: Diario Oficial de la Federación: 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

