



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), mayo-junio 2026,
Volumen 10, Número 3.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i3

FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA APLICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIRÚRGICO EN PACIENTES GINECO-OBSTÉTRICAS DE URGENCIAS

**FREQUENCY AND FACTORS ASSOCIATED WITH THE
IMPLEMENTATION OF SURGICAL INFORMED CONSENT IN
EMERGENCY GYNECOLOGICAL AND OBSTETRIC PATIENTS**

Arantzha Aylin Santos Adame

Universidad Autónoma de Guerrero, México

Eva Barrera García

Universidad Autónoma de Guerrero, México

Delia Naranjo Linares

Universidad Autónoma de Guerrero, México

Gregoria Juárez Flores

Universidad Autónoma de Guerrero, México

Cristo Fidel Rodríguez Rodríguez

Universidad Autónoma de Guerrero, México

Frecuencia y Factores Asociados a la Aplicación del Consentimiento Informado Quirúrgico en Pacientes Gineco-Obstétricas de Urgencias

Arantza Aylin Santos Adame¹15214916@uagro.mx<https://orcid.org/0009-0008-8330-6502>

Universidad Autónoma de Guerrero

Eva Barrera García14925@uagro.mx<https://orcid.org/0000-0002-3693-1734>

Universidad Autónoma de Guerrero

Delia Naranjo Linares2117@uagro.mx<https://orcid.org/0009-0004-6810-2756>

Universidad Autónoma de Guerrero

Gregoria Juárez Flores14284@uagro.mx<https://orcid.org/0000-0003-4204-5808>

Universidad Autónoma de Guerrero

Cristo Fidel Rodríguez Rodríguez17250@uagro.mx<https://orcid.org/0009-0009-7146-3313>

Universidad Autónoma de Guerrero

RESUMEN

El consentimiento informado quirúrgico constituye un elemento fundamental para garantizar la autonomía de las pacientes y la calidad de la atención en salud, particularmente en contextos de urgencia donde las decisiones clínicas deben tomarse con rapidez. El objetivo de este estudio fue determinar la frecuencia y los factores asociados a la aplicación oportuna del consentimiento informado quirúrgico en pacientes ginecológicas y obstétricas que requirieron atención quirúrgica de urgencias en el Hospital General IMSS-Bienestar de Acapulco, Guerrero. Se realizó una investigación con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y analítico, con diseño observacional, transversal y retrospectivo. La muestra estuvo integrada por 67 expedientes clínicos seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. La información se obtuvo mediante una cédula de observación documental que incluyó variables sociodemográficas, clínicas, gineco-obstétricas e institucionales. Los resultados mostraron que el 61.2% de las pacientes contó con consentimiento informado quirúrgico documentado; sin embargo, únicamente el 31.3% fue otorgado de manera oportuna. Predominaron las cesáreas urgentes, el compromiso materno-fetal y las referencias interinstitucionales, identificándose factores clínicos e institucionales relacionados con omisiones en el proceso. Se concluye que el consentimiento informado quirúrgico continúa siendo un proceso vulnerable en escenarios de urgencia, lo que evidencia la necesidad de fortalecer estrategias institucionales orientadas a garantizar su aplicación oportuna y efectiva.

Palabras clave: consentimiento informado; urgencias gineco-obstétricas; autonomía del paciente; calidad de la atención; seguridad del paciente.

¹ Autor principal

Correspondencia: 15214916@uagro.mx

Frequency and Factors Associated with the Implementation of Surgical Informed Consent in Emergency Gynecological and Obstetric Patients

ABSTRACT

Surgical informed consent is a fundamental component of healthcare practice, ensuring patient autonomy and promoting quality of care, particularly in emergency settings where clinical decision must be made rapidly. The aim of this study was to determine the frequency and factors associated with the timely application of surgical informed consent among gynecological and obstetric patients requiring emergency surgical care at the IMSS-Bienestar General Hospital in Acapulco, Guerrero, Mexico. A quantitative, descriptive, and analytical study was conducted using an observational, cross-sectional, and retrospective design. The sample consisted of 67 medical records selected through non-probability convenience sampling. Data were collected using a structured documentary observation form that included sociodemographic, clinical, gynecological-obstetric, and institutional variables. The results showed that 61.2% of patients had documented surgical informed consent; however, only 31.3% of the consent processes were completed in a timely manner. Emergency cesarean sections, maternal-fetal compromise, and interinstitutional referrals were the most frequent clinical conditions identified, and both clinical and institutional factors were associated with omissions in the consent process. It is concluded that surgical informed consent remains a vulnerable process in emergency care settings, highlighting the need to strengthen institutional strategies aimed at ensuring its timely and effective implementation.

Keywords: informed consent; gynecological-obstetric emergencies; patient autonomy; quality of care; patient safety.

*Artículo recibido 20 mayo 2026
Aceptado para publicación: 20 junio 2026*



INTRODUCCIÓN

El consentimiento informado quirúrgico constituye uno de los pilares fundamentales de la atención sanitaria contemporánea, al representar un mecanismo ético, legal y comunicativo mediante el cual se garantiza el respeto a la autonomía de las personas usuarias de los servicios de salud (Beauchamp & Childress, 2019; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). A través de este proceso, los profesionales de la salud proporcionan información clara, suficiente y comprensible acerca de un procedimiento diagnóstico o terapéutico, sus beneficios, riesgos, alternativas y posibles consecuencias, permitiendo que el paciente participe de manera libre y consciente en la toma de decisiones relacionadas con su atención (Emanuel et al., 2020). En el contexto quirúrgico, el consentimiento informado adquiere especial relevancia debido a que las intervenciones invasivas pueden implicar riesgos significativos y repercusiones permanentes sobre la integridad física, emocional y reproductiva de las personas.

Sin embargo, la adecuada aplicación del consentimiento informado continúa representando un desafío importante en los servicios de urgencias gineco-obstétricas. La necesidad de actuar con rapidez ante situaciones potencialmente mortales, como hemorragias obstétricas, trastornos hipertensivos del embarazo, sufrimiento fetal agudo o embarazo ectópico complicado, puede limitar el tiempo disponible para proporcionar información suficiente y documentar adecuadamente la aceptación informada de la paciente (World Health Organization [WHO], 2021; American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2021). Aunque la urgencia clínica exige intervenciones oportunas, los principios bioéticos contemporáneos establecen que la premura asistencial no elimina la obligación de respetar la autonomía de la paciente ni de garantizar su participación en las decisiones relacionadas con su salud (Beauchamp & Childress, 2019).

La importancia de abordar este fenómeno radica en sus implicaciones éticas, legales y asistenciales. Desde la perspectiva de los derechos humanos, el consentimiento informado constituye una manifestación concreta del derecho a recibir información suficiente y a decidir libremente sobre las intervenciones que afectan el propio cuerpo (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021). Asimismo, la evidencia científica ha demostrado que una adecuada comunicación entre el personal sanitario y las pacientes mejora la satisfacción con la atención recibida, fortalece la confianza institucional y favorece la seguridad del paciente (Vincent et al., 2021).



Por el contrario, las deficiencias en la aplicación del consentimiento informado se han asociado con conflictos legales, reclamaciones por mala práctica y disminución de la calidad percibida de los servicios de salud (Studdert et al., 2020).

Desde el punto de vista teórico, la presente investigación se sustenta en la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, la cual plantea que las personas poseen la capacidad y el derecho de participar activamente en las decisiones relacionadas con su salud y bienestar (Alligood, 2022). Este enfoque reconoce que el autocuidado implica acciones deliberadas orientadas a preservar la vida, la salud y el bienestar, mientras que el profesional de enfermería tiene la responsabilidad de proporcionar orientación e información que favorezcan la toma de decisiones informadas (McEwen & Wills, 2022). Bajo esta perspectiva, el consentimiento informado constituye una herramienta que fortalece la autonomía de las pacientes y promueve su participación activa en los procesos terapéuticos.

De manera complementaria, los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia constituyen referentes fundamentales para comprender el consentimiento informado como un proceso ético y no únicamente documental (Beauchamp & Childress, 2019). Particularmente, el principio de autonomía establece que toda persona tiene derecho a recibir información suficiente para tomar decisiones libres e informadas respecto a su atención médica. En consecuencia, el consentimiento informado representa uno de los mecanismos más importantes para garantizar el respeto a dicho principio en la práctica clínica.

Los antecedentes científicos muestran que la aplicación del consentimiento informado continúa presentando limitaciones importantes. Villaseñor Rodríguez (2024) identificó que persisten discrepancias entre la normativa vigente y la práctica cotidiana en los servicios de salud. De forma similar, Escobar López y Carrera Celis (2015) encontraron deficiencias relacionadas con la comprensión de la información proporcionada a los pacientes, mientras que Hernández-Ruiz et al. (2020) documentaron omisiones significativas en los formatos escritos utilizados en unidades hospitalarias. Asimismo, Jara Romero et al. (2023) reportaron niveles insuficientes de conocimiento sobre consentimiento informado entre profesionales de la salud, y Gonzaga Troya y Díaz-Pérez (2023) señalaron que algunos médicos continúan percibiéndolo principalmente como una medida de protección legal más que como un proceso de comunicación ética.

Estos hallazgos evidencian que la firma del documento no garantiza necesariamente la comprensión efectiva ni la participación activa del paciente en la toma de decisiones.

A pesar del creciente interés académico sobre el consentimiento informado, la mayoría de las investigaciones se han enfocado en aspectos normativos, bioéticos o de percepción. En contraste, existe escasa evidencia acerca de la frecuencia de aplicación del consentimiento informado quirúrgico y de los factores asociados a su cumplimiento en contextos de urgencias gineco-obstétricas, particularmente en hospitales públicos mexicanos. Esta situación representa un vacío de conocimiento relevante, debido a que las decisiones quirúrgicas urgentes involucran riesgos clínicos elevados y pueden tener repercusiones permanentes para la salud reproductiva de las mujeres.

La presente investigación se desarrolló en el Hospital General IMSS-Bienestar de Acapulco, Guerrero, institución pública de segundo nivel que constituye un centro de referencia regional para la atención ginecológica y obstétrica de urgencias. Este hospital atiende una elevada demanda de pacientes procedentes de zonas urbanas y rurales, muchas de ellas con complicaciones que requieren intervención quirúrgica inmediata. La presión asistencial, la complejidad clínica de los casos y la necesidad de actuar con rapidez convierten a este escenario en un contexto idóneo para analizar la aplicación del consentimiento informado quirúrgico en la práctica cotidiana.

Por lo anterior, se plantea la hipótesis de que determinados factores clínicos e institucionales influyen significativamente en la aplicación oportuna del consentimiento informado quirúrgico en pacientes ginecológicas y obstétricas atendidas en servicios de urgencias. En consecuencia, el objetivo del presente estudio fue determinar la frecuencia y los factores asociados a la aplicación oportuna del consentimiento informado quirúrgico en pacientes ginecológicas y obstétricas que requirieron atención quirúrgica de urgencias en el Hospital General IMSS-Bienestar de Acapulco, Guerrero, México.

METODOLOGÍA

La presente investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, debido a que permitió medir objetivamente la frecuencia de aplicación del consentimiento informado quirúrgico y analizar la relación entre variables sociodemográficas, clínicas e institucionales asociadas a su cumplimiento. El enfoque cuantitativo se caracteriza por la recolección sistemática de datos numéricos y el empleo de

procedimientos estadísticos para describir y explicar fenómenos observables (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

El estudio fue de tipo descriptivo y analítico. La fase descriptiva permitió caracterizar la frecuencia de aplicación del consentimiento informado quirúrgico y las características de las pacientes atendidas, mientras que el componente analítico posibilitó explorar la asociación entre factores sociodemográficos, gineco-obstétricos e institucionales con el cumplimiento de dicho proceso. Asimismo, se utilizó un diseño observacional, transversal y retrospectivo, debido a que las variables fueron observadas sin intervención de los investigadores, la información se obtuvo en un único momento de análisis y los datos procedieron de expedientes clínicos previamente integrados (Grove et al., 2021; Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

La investigación se realizó en el servicio de urgencias gineco-obstétricas del Hospital General IMSS-Bienestar de Acapulco, Guerrero, México, institución pública de segundo nivel de atención que constituye un centro de referencia regional para la atención de pacientes con complicaciones ginecológicas y obstétricas que requieren intervención quirúrgica urgente.

La población de estudio estuvo conformada por expedientes clínicos de pacientes ginecológicas y obstétricas que requirieron resolución quirúrgica de urgencia durante el periodo establecido para la investigación. La muestra quedó integrada por 67 expedientes clínicos, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, considerando la disponibilidad y accesibilidad de los registros clínicos que cumplieran los criterios de selección previamente establecidos. Este tipo de muestreo es apropiado en investigaciones observacionales retrospectivas basadas en revisión documental, donde los participantes son seleccionados por criterios de accesibilidad y pertinencia para responder al objetivo del estudio (Polit & Beck, 2021).

Como criterios de inclusión se consideraron expedientes clínicos completos de pacientes ginecológicas y obstétricas que hubieran requerido algún procedimiento quirúrgico urgente y que contaran con información suficiente para evaluar la aplicación y oportunidad del consentimiento informado quirúrgico. Se excluyeron expedientes incompletos, con información ilegible o con ausencia de variables fundamentales para el análisis. Asimismo, se eliminaron aquellos registros que presentaron inconsistencias documentales que impidieran la valoración objetiva de las variables de estudio.

La técnica de recolección de datos utilizada fue la revisión documental sistemática de expedientes clínicos, la cual permitió obtener información contenida en los registros institucionales. Para ello se diseñó una cédula de observación estructurada, elaborada específicamente para la investigación, integrada por variables sociodemográficas, clínicas, gineco-obstétricas e institucionales, además de indicadores relacionados con la presencia, ausencia y oportunidad del consentimiento informado quirúrgico. Este instrumento facilitó la recopilación homogénea y sistemática de la información necesaria para responder a los objetivos planteados.

Las variables sociodemográficas incluyeron edad, estado civil, escolaridad y ocupación. Entre las variables clínicas y gineco-obstétricas se consideraron diagnóstico médico, indicación quirúrgica, tipo de procedimiento realizado y condición clínica de ingreso. Los factores institucionales comprendieron aspectos relacionados con la referencia interinstitucional, disponibilidad documental y registro del consentimiento informado dentro del expediente clínico. La variable dependiente fue la aplicación oportuna del consentimiento informado quirúrgico.

Para el procesamiento y análisis de los datos se empleó estadística descriptiva mediante frecuencias absolutas, porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión, según la naturaleza de las variables. Posteriormente, se realizó análisis bivariado para identificar asociaciones entre la aplicación del consentimiento informado quirúrgico y los factores sociodemográficos, clínicos e institucionales estudiados. El nivel de significancia estadística se estableció en $p < .05$, conforme a las recomendaciones metodológicas para estudios observacionales en ciencias de la salud (Polit & Beck, 2021).

Respecto a las consideraciones éticas, la investigación se clasificó como de riesgo mínimo, debido a que utilizó información secundaria obtenida de expedientes clínicos sin intervención directa sobre las pacientes. El estudio se desarrolló conforme a los principios éticos de respeto a la dignidad humana, beneficencia, no maleficencia y justicia establecidos en la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2013), así como a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y la normativa mexicana aplicable al manejo de información clínica. Se garantizó la confidencialidad y anonimato de los datos mediante la eliminación de elementos identificatorios y el uso exclusivo de la información con fines académicos y científicos.

Este estudio presenta algunas limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. La muestra estuvo conformada por 67 expedientes clínicos seleccionados mediante muestreo por convivencia en un solo hospital de segundo nivel de atención.

Debido al tamaño de muestra reducido y al diseño transversal retrospectivo, los hallazgos no pueden generalizarse a otras instituciones o contextos asistenciales. Así mismo, la calidad de la información dependió de los registros contenidos de los expedientes clínicos, por lo que la presencia de datos incompletos o no documentados pudo influir en algunos resultados. Sin embargo, los hallazgos constituyen una base diagnóstica local útil para identificar áreas de mejora en la aplicación del consentimiento informado quirúrgico en servicios de urgencia gineco-obstétricas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Características sociodemográficas de las pacientes

Se analizaron 67 expedientes clínicos de pacientes ginecológicas y obstétricas que requirieron resolución quirúrgica de urgencia. La mayoría correspondió a mujeres en edad reproductiva, predominando los grupos de 20 a 29 años y de 30 a 39 años. Asimismo, se observó una mayor proporción de pacientes con escolaridad básica y procedencia urbana.

Tabla 1 Características sociodemográficas de las pacientes atendidas en urgencias gineco-obstétricas (n = 67)

Variable	Categoría	N	%
Edad	<19 años	6	9,0%
	20-29 años	29	43,3%
	30-39 años	28	41,8%
	≥40 años	4	6%
Estado civil	Soltera	18	26,9%
	Unión libre	28	41,8%
	Casada	21	31,3%
Escolaridad	Secundaria	18	26,9%
	Bachillerato / Preparatoria	20	29,9%
	técnico/ carrera técnica	17	25,4%
	Licenciatura	12	17,9%

Fuente: Expedientes clínicos del Hospital General IMSS-Bienestar de Acapulco, 2022.

Discusión

La predominancia de mujeres en edad reproductiva coincide con el comportamiento epidemiológico descrito por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), la cual señala que la mayor demanda de atención obstétrica urgente se concentra entre los 20 y 39 años. Estos hallazgos también son congruentes con los reportados por Souza et al. (2020), quienes identificaron que la mayoría de las urgencias obstétricas atendidas en hospitales de segundo nivel correspondían a mujeres jóvenes en etapa reproductiva activa.

La distribución observada sugiere que las estrategias dirigidas a fortalecer la comunicación clínica y el proceso de consentimiento informado deben considerar las características educativas y socioculturales de las pacientes, dado que diversos estudios han demostrado que el nivel educativo influye significativamente en la comprensión de la información proporcionada durante el proceso de consentimiento informado (Escobar López & Carrera Celis, 2015).

Factores gineco-obstétricos asociados a la atención quirúrgica de urgencia

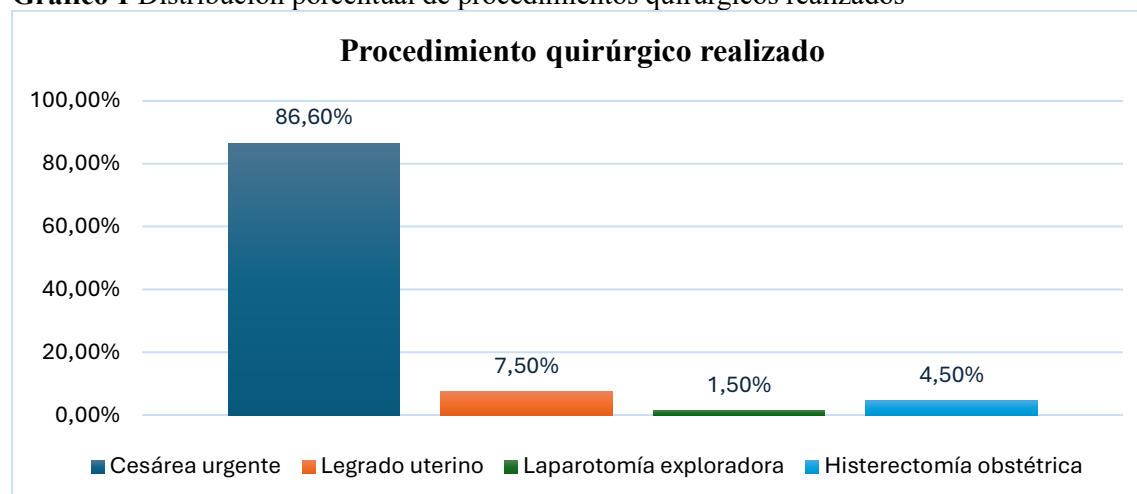
Entre las indicaciones quirúrgicas predominó la cesárea urgente, seguida por procedimientos relacionados con complicaciones obstétricas y ginecológicas. Asimismo, el compromiso materno-fetal representó una de las principales causas de intervención inmediata.

Tabla 2 Factores gineco-obstétricos de las pacientes sometidas a cirugía de urgencia (n = 67)

Variable	N	%
Diagnóstico principal de ingreso		
Sufrimiento fetal agudo	9	13.4
Ruptura prematura de membranas (RPM)	8	11.9
RPM con líquido meconial espeso	5	7.5
Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (DPPNI)	9	13.4
Preeclampsia severa / Eclampsia	8	11.9
Hemorragia obstétrica	11	16.4
Embarazo ectópico	1	1.5
Aborto incompleto	5	7.5
No documentado	9	13.4
Trabajo de parto pretérmino	2	3.0
Procedimiento quirúrgico realizado		
Cesárea urgente	58	86.6
Legrado uterino	5	7.5
Laparotomía exploradora	1	1.5
Histerectomía obstétrica	3	4.5

Fuente: Expedientes clínicos del Hospital General IMSS-Bienestar de Acapulco, 2022.

Gráfico 1 Distribución porcentual de procedimientos quirúrgicos realizados



Discusión

El predominio de la cesárea urgente coincide con la tendencia observada en América Latina, donde las tasas de cesárea han mostrado incrementos sostenidos durante las últimas décadas (Betrán et al., 2021). En México, la Secretaría de Salud (2023) reporta que aproximadamente 45% de los nacimientos ocurren mediante cesárea, porcentaje superior al recomendado internacionalmente.

La elevada frecuencia de procedimientos quirúrgicos urgentes explica, en parte, las dificultades observadas para la aplicación oportuna del consentimiento informado. La presión asistencial y la necesidad de actuar rápidamente pueden reducir el tiempo disponible para proporcionar información completa a la paciente, situación descrita previamente por Joffe et al. (2021) y Sullivan et al. (2020).

Factores institucionales relacionados con la aplicación del consentimiento informado

Se identificó una elevada proporción de pacientes referidas de otras unidades médicas y situaciones de alta demanda asistencial, factores que podrían influir en la oportunidad del proceso de consentimiento informado.

Tabla 3 Factores institucionales asociados al proceso de consentimiento informado (n = 67)

Factor institucional	N	%
Referencia interinstitucional	37	55,2%
Ingreso directo por urgencias	30	44,8%
Expediente completo	21	31,3%
Consentimiento integrado al expediente	22	32,8%

Fuente: Expedientes clínicos del Hospital General IMSS-Bienestar de Acapulco, 2022.

Discusión

Los resultados evidencian la influencia de factores organizacionales sobre el cumplimiento documental del consentimiento informado. Diversos autores han señalado que la sobrecarga laboral, la escasez de recursos humanos y la alta demanda asistencial constituyen barreras importantes para el cumplimiento adecuado de procesos administrativos y legales en los servicios de urgencias (García-Elorrio et al., 2020; Pérez Vázquez et al., 2020).

Estos hallazgos respaldan la necesidad de fortalecer mecanismos institucionales que faciliten la integración oportuna de la documentación clínica, particularmente en escenarios caracterizados por elevada complejidad asistencial.

Frecuencia de aplicación del consentimiento informado quirúrgico

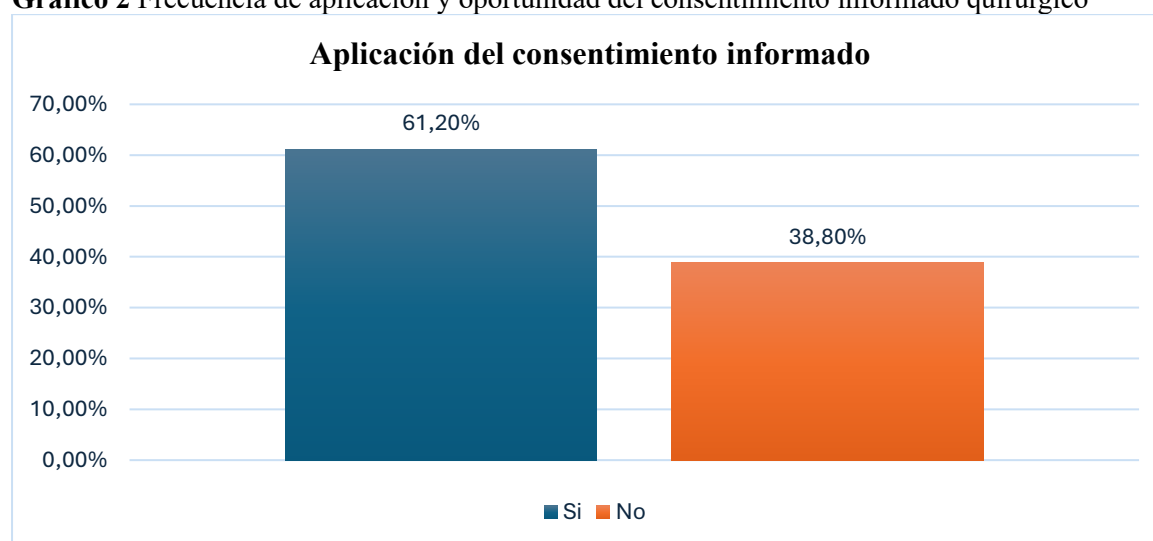
Del total de expedientes revisados, el 61.2% presentó consentimiento informado quirúrgico documentado; sin embargo, únicamente el 31.3% cumplió con criterios de oportunidad previos al procedimiento quirúrgico.

Tabla 4 Frecuencia de aplicación y oportunidad del consentimiento informado quirúrgico (n = 67)

Variable	N	%
Consentimiento informado presente	41	61.2
Consentimiento integrado al expediente	22	32.8
Consentimiento oportuno	21	31.3
Consentimiento no oportuno	46	68.7

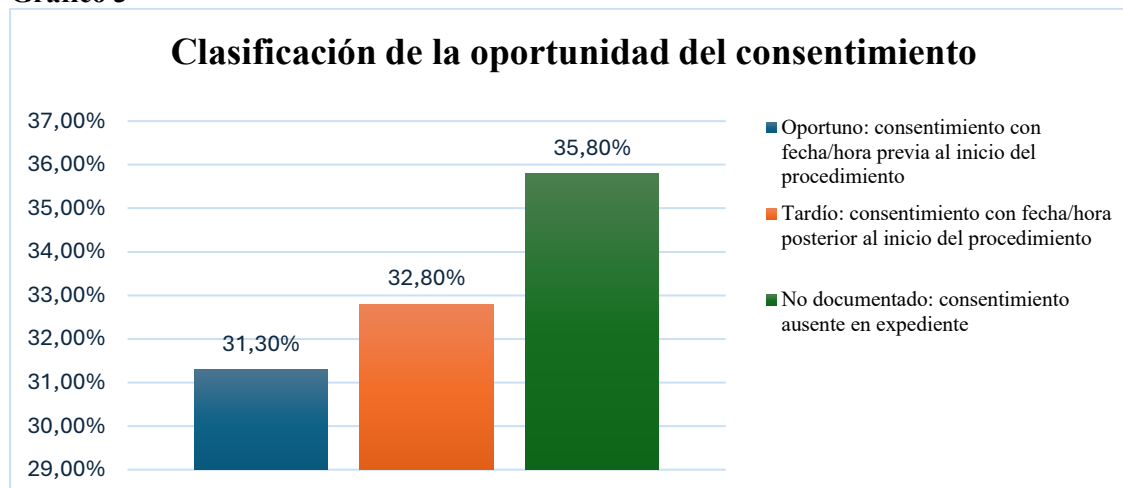
Fuente: Expedientes clínicos del Hospital General IMSS-Bienestar de Acapulco, 2022.

Gráfico 2 Frecuencia de aplicación y oportunidad del consentimiento informado quirúrgico



Fuente: Datos sociodemográficos, del propio instrumento, Santos, (2022).

Gráfico 3



Fuente: Datos sociodemográficos, del propio instrumento, Santos, (2022).

Discusión

Aunque más de la mitad de las pacientes contó con consentimiento informado documentado, la proporción de consentimientos otorgados oportunamente fue considerablemente menor. Este hallazgo confirma que la existencia del documento no garantiza necesariamente el cumplimiento integral del proceso de información y toma de decisiones.

Resultados similares han sido descritos por Hernández-Ruiz et al. (2020), quienes identificaron deficiencias en la calidad documental de los consentimientos informados hospitalarios. De igual forma, Escobar López y Carrera Celis (2015) concluyeron que la firma del documento frecuentemente se realiza sin asegurar la comprensión efectiva por parte de los pacientes.

Desde la perspectiva bioética, esta situación representa una limitación para el ejercicio pleno del principio de autonomía, especialmente en pacientes sometidas a procedimientos quirúrgicos que pueden afectar su salud reproductiva y bienestar futuro (Beauchamp & Childress, 2019).

Asociación entre factores clínicos e institucionales y la aplicación del consentimiento informado

Se identificó que el 61.2% de las pacientes contaba con consentimiento informado quirúrgico documentado; sin embargo, únicamente el 31.3% presentó evidencia de otorgamiento oportuno previo al procedimiento. Estos resultados sugieren que la presencia documental del consentimiento no garantiza el cumplimiento integral del proceso ético y legal de información y toma de decisiones.

Aunque se exploraron posibles factores clínicos e institucionales asociados, el análisis bivariado no mostro asociaciones estadísticamente significativas entre las variables estudiadas y la aplicación del consentimiento informado quirúrgico. No obstante, se observaron tendencias descriptivas que sugieren una posible influencia de los factores relacionados con la gravedad clínica y las características, las cuales deberían explorarse en estudios posteriores con muestras mas amplias.

Tabla 5 Factores asociados al cumplimiento del consentimiento informado quirúrgico

Variable	Consentimiento sí n (%)	Consentimiento no n (%)	P
Cesárea urgente	41.2 (61.2)%	26 (38.8)%	0.6512
Compromiso materno-fetal	41 (61.2)%	26 (38.8)%	0.1103
Referencia interinstitucional	41.2 (61.2)%	26 (38.8)%	0,2802
Escolaridad básica	41.2(61.2)%	26 (38.8)%	0.3887

Fuente: Elaboración propia.

Discusión

Aunque descriptivamente se observaron diferencias en la frecuencia de aplicación del consentimiento según algunas características clínicas e institucionales, dichas diferencias no alcanzaron significancia estadística. Esto podría estar relacionado con tamaño reducido de muestra y con la naturaleza del estudio. Esta situación ha sido reportada previamente por WHO (2021), que reconoce las emergencias obstétricas como escenarios particularmente vulnerables para el cumplimiento de los procesos comunicativos.

La identificación de estos factores constituye una aportación relevante del presente estudio, debido a que proporciona evidencia local sobre condiciones específicas que podrían abordarse mediante protocolos institucionales, capacitación continua y fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente. La principal aportación de esta investigación radica en documentar, por primera vez en el Hospital General IMSS-Bienestar de Acapulco, la frecuencia de aplicación del consentimiento informado quirúrgico y los factores clínicos e institucionales asociados a su cumplimiento. Los resultados evidencian que, aunque existe apego parcial a la normativa vigente, persisten oportunidades de mejora relacionadas con la oportunidad del consentimiento informado en contextos de urgencia.

Estos hallazgos contribuyen a la línea de investigación sobre calidad y seguridad de la atención en enfermería, aportando evidencia útil para el diseño de estrategias orientadas a fortalecer el respeto de la autonomía de las pacientes, la seguridad jurídica institucional y la calidad de los procesos asistenciales en servicios gineco-obstétricos de urgencia.

CONCLUSIONES

Los hallazgos del presente estudio evidencian que la aplicación del consentimiento informado quirúrgico en pacientes ginecológicas y obstétricas atendidas en un servicio de urgencias continúa representando un desafío relevante para la calidad de la atención y el respeto de los principios bioéticos que sustentan la práctica clínica. Aunque una proporción importante de los expedientes clínicos analizados documentó la existencia del consentimiento informado, la oportunidad con la que este proceso fue realizado resultó considerablemente menor, lo que sugiere que la formalización documental no siempre garantiza el cumplimiento integral de los elementos éticos y comunicativos que lo caracterizan.

Los resultados permiten inferir que la aplicación del consentimiento informado en contextos de urgencia está influenciada por la interacción entre factores clínicos e institucionales. La presencia de situaciones que requieren intervención quirúrgica inmediata, particularmente aquellas asociadas con compromiso materno-fetal y procedimientos obstétricos urgentes, genera condiciones en las que la prioridad asistencial se centra en la resolución rápida del problema clínico. Sin embargo, esta realidad no elimina la necesidad de garantizar el derecho de las pacientes a recibir información suficiente, comprensible y oportuna para participar en la toma de decisiones relacionadas con su atención.

Desde la perspectiva de la calidad y seguridad de la atención, los hallazgos sugieren la necesidad de fortalecer los mecanismos institucionales orientados a asegurar la integración oportuna y completa del consentimiento informado dentro del expediente clínico. La estandarización de procedimientos, la supervisión de los registros clínicos y la capacitación continua del personal de salud pueden contribuir a mejorar el cumplimiento de este proceso, particularmente en escenarios caracterizados por elevada demanda asistencial y limitaciones de tiempo.

Los resultados obtenidos respaldan los planteamientos teóricos relacionados con la autonomía de las personas y la participación activa de los pacientes en las decisiones sobre su salud. En congruencia con



la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, el consentimiento informado constituye una herramienta que favorece la capacidad de decisión y la participación consciente de las pacientes en su proceso de atención. Su adecuada aplicación fortalece la relación terapéutica, promueve el respeto a la dignidad humana y contribuye a una atención centrada en la persona.

La principal aportación de esta investigación radica en generar evidencia local sobre la frecuencia de aplicación del consentimiento informado quirúrgico y los factores asociados a su cumplimiento en pacientes ginecológicas y obstétricas atendidas en un hospital público de segundo nivel. Esta información proporciona elementos objetivos para orientar estrategias institucionales de mejora y fortalecer el apego a los principios éticos, legales y normativos que regulan la atención sanitaria.

Finalmente, los resultados plantean nuevas interrogantes que requieren ser exploradas en futuras investigaciones. Resulta pertinente profundizar en las percepciones y experiencias de pacientes y profesionales de la salud respecto al proceso de consentimiento informado en contextos de urgencia, así como evaluar el impacto de intervenciones educativas y organizacionales orientadas a mejorar su aplicación. Del mismo modo, sería relevante desarrollar estudios multicéntricos que permitan comparar la situación observada en diferentes instituciones de salud y generar evidencia más amplia sobre los factores que condicionan el cumplimiento efectivo del consentimiento informado quirúrgico en la atención gineco-obstétrica de urgencias.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Alligood, M. R. (2022). *Nursing theorists and their work* (10th ed.). Elsevier.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2021). Informed consent and shared decision making in obstetrics and gynecology. ACOG Committee Opinion No. 819. *Obstetrics & Gynecology*, 137(2), e34–e41.

Asociación Médica Mundial. (2013). Declaración de Helsinki: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. *JAMA*, 310(20), 2191–2194.

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press.

Betrán, A. P., Ye, J., Moller, A. B., Souza, J. P., & Zhang, J. (2021). Trends and projections of caesarean section rates. *BMJ Global Health*, 6(6), e005671.



- Emanuel, E. J., Grady, C., Crouch, R. A., Lie, R. K., Miller, F. G., & Wendler, D. (2020). The Oxford textbook of clinical research ethics. Oxford University Press.
- Escobar López, M. T., & Carrera Celis, C. (2015). Percepción de los pacientes sobre el consentimiento informado en instituciones de salud. *Revista Colombiana de Bioética*, 10(2), 95–108.
- García-Elorrio, E., et al. (2020). Patient safety and quality improvement initiatives in Latin America. *BMJ Open Quality*, 9(2), e000823.
- Gonzaga Troya, M., & Díaz-Pérez, A. (2023). Percepciones de los cirujanos sobre la autonomía del paciente durante el consentimiento informado quirúrgico. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 23(1), 45–58.
- Grove, S. K., Gray, J. R., & Burns, N. (2021). *Understanding nursing research: Building an evidence-based practice* (8th ed.). Elsevier.
- Hernández-Ruiz, Y., Rodríguez-Pérez, L., & González-Ramos, M. (2020). Calidad de los formatos de consentimiento informado en pacientes graves hospitalizados. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*, 19(3), 1–12.
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. P. (2018). Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. McGraw-Hill Education.
- Jara Romero, L., Yacarini Martínez, M., & Fupuy Chung, A. (2023). Nivel de conocimientos sobre consentimiento informado en médicos de un hospital peruano. *Revista Médica Herediana*, 34(2), 120–128.
- Joffe, S., et al. (2021). Informed consent in emergency care settings. *The Lancet*, 398(10304), 1005–1014.
- McEwen, M., & Wills, E. M. (2022). Theoretical basis for nursing (6th ed.). Wolters Kluwer.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care. World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud. (2023). Trends in maternal mortality 2000–2023. OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). Derechos humanos y salud: Principios para la atención centrada en las personas. OPS.



- Pérez Vázquez, M., Cisneros García, R., & Barba Lugo, P. (2020). Consentimiento informado y calidad de la atención. *Revista CONAMED*, 25(3), 120–127.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Wolters Kluwer.
- Studdert, D. M., Mello, M. M., & Brennan, T. A. (2020). Medical malpractice and informed consent in surgical care. *New England Journal of Medicine*, 382(5), 401–409.
- Vincent, C., Burnett, S., & Carthey, J. (2021). *Safety measurement and monitoring in healthcare*. Wiley-Blackwell.
- Villaseñor Rodríguez, J. (2024). Consentimiento informado: evolución, fundamentos éticos y desafíos actuales en la práctica clínica. *Revista Mexicana de Bioética*, 15(1), 25–39.
- WHO. (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2021). *Ethics and governance of healthcare decision-making in emergency settings*. WHO.