



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ  
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN  
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA CLÍNICA AVANZADA  
CON ÉNFASIS EN CUIDADO QUIRÚRGICO**



**Especialidad en Enfermería Clínica Avanzada con Énfasis en  
Cuidado Quirúrgico**

**TESINA**

**Título:**

**Propuesta de un formato con enfoque NANDA, NIC, NOC para realizar la  
visita preoperatoria**

**P R E S E N T A:**

**Licenciado en Enfermería  
Erika Ramírez Zavala**

**Para obtener el grado de Especialista en Enfermería Clínica Avanzada con  
Énfasis en Cuidado Quirúrgico**

**DIRECTORA DE TESINA**

**Dra. Yolanda Terán Figueroa**

**San Luis Potosí, S.L.P; marzo 2025**

Propuesta de un formato con enfoque NANDA, NIC, NOC para realizar la  
visita preoperatoria © 2025 por Erika Ramírez Zavala se distribuye bajo una  
[Licencia Creative Commons Attribution-NoCommercial-NoDerivatives 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

[International](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ  
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN  
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA CLÍNICA AVANZADA  
CON ÉNFASIS EN CUIDADO QUIRÚRGICO**



**Título:**

**Propuesta de un formato con enfoque NANDA, NIC, NOC para realizar la  
visita preoperatoria**

**Tesina**

Para obtener el nivel de Especialista en Cuidado Quirúrgico

**Presenta:**

Lic. Enf. Erika Ramírez Zavala

**Directora**

---

**Dra. Yolanda Terán Figueroa**

**San Luis Potosí, S.L.P**

**Marzo, 2025**



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ  
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN  
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA CLÍNICA AVANZADA  
CON ÉNFASIS EN CUIDADO QUIRÚRGICO**



**Título:**

**Propuesta de un formato con enfoque NANDA, NIC, NOC para realizar la  
visita preoperatoria**

**Tesina**

Para obtener el nivel de Especialista en Cuidado Quirúrgico

**Presenta:**

Lic. Enf. Erika Ramírez Zavala

**Sinodales**

**Dra. Aracely Díaz Oviedo**

**Presidenta**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

**MAAE Abelardo Rosillo Mendieta**

**Secretario**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

**Dra. Yolanda Terán Figueroa**

**Vocal**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi madre y hermanos por ser mi mayor inspiración en la vida, por su amor incondicional por ser ejemplo de valentía, por su acompañamiento y apoyo en este nuevo proceso.

A mi padre que a pesar de no estar presente sigue siendo mi luz en todo momento.

A mis hijas Valeria y Renata por su amor, por su paciencia y apoyo en esta nueva etapa gracias por inspirarme a ser mejor.

Al cirujano Salvador Silva de los Santos, al doctor Arturo Hernández Rodríguez y anesthesiólogo Carlos Contreras Hernández, equipo quirúrgico que me inspiro a continuar con mi preparación profesional.

Agradezco haber conocido y compartido esta nueva aventura con amigos increíbles.

Quiero agradecer a mi amor por su apoyo en esta nueva etapa y por inspirarme a ser mejor.

Finalmente, a mi asesora de tesina la Dra. Yolanda Terán Figueroa por acompañarme en este proceso de formación y por brindarme la confianza y entusiasmo en esta investigación.

## RESUMEN

**Introducción:** el profesional de Enfermería en cuidado quirúrgico es descrito por la Association of Perioperative Registered Nurses (Asociación de Enfermeras Registradas Perioperatorias) como la (el) especialista responsable de proporcionar cuidados durante el proceso perioperatorio en todos los aspectos: psicológico, fisiológicos, espirituales y culturales. Según la OMS, en 2019 se realizaron 234 millones de cirugías al año, equivalente a un 4% del total de la población mundial. El avance en las técnicas quirúrgicas vuelve más complejos los procedimientos, en este contexto, el especialista en cuidado quirúrgico requiere utilizar listas de verificación que ayuden a garantizar la seguridad del paciente que será sometido a cirugía. **Objetivo:** desarrollar un formato con enfoque NANDA, NIC, NOC para realizar la visita preoperatoria que permita a los (as) enfermeros (as) quirúrgicos (as) evaluar de manera holística el estado del paciente en el periodo preoperatorio. **Material y método:** investigación de tipo documental utilizando las palabras clave: visita preoperatoria, enfermería quirúrgica, lista de verificación, preoperatorio y perioperatorio. La búsqueda se hizo en bases de datos como Google académico, Pubmed, SciELO y repositorio de tesis de la UASLP. **Resultados:** el análisis de los artículos encontrados permitió construir un formato innovador para realizar la visita preoperatoria. Los rubros que se incluyeron fueron agrupados en los siguientes apartados: datos de identificación, estado general del paciente, laboratorios, preparación quirúrgica y diagnósticos de enfermería. **Conclusiones:** la propuesta de un formato como instrumento de verificación preoperatoria contribuye a identificar las diferentes y posibles respuestas fisiológicas, sociales y psicológicas de un paciente al ser sometido a una cirugía lo que permite que el cuidado sea planeado en el preoperatorio.

**Palabras clave:** visita preoperatoria, enfermera quirúrgica, preoperatorio, perioperatorio, lista de verificación.

## **SUMMARY**

**Introduction:** The Nursing professional in surgical care is described by the Association of Perioperative Registered Nurses as the specialist responsible for providing care during the perioperative process in all aspects: psychological, physiological, spiritual and cultural. According to the WHO, in 2019, 234 million surgeries were performed per year, equivalent to 4% of the total world population. The advancement in surgical techniques makes procedures more complex; in this context, the surgical care specialist requires the use of checklists that help guarantee the safety of the patient who will undergo surgery. **Objective:** to develop a format with a NANDA, NIC, NOC approach to carry out the preoperative visit that allows surgical nurses to holistically evaluate the patient's condition in the preoperative period. **Material and method:** documentary research using the key words: preoperative visit, surgical nursing, checklist, preoperative and perioperative. The search was carried out in databases such as Google academic, Pubmed, SciELO and the UASLP dissertation repository. **Results:** the analysis of the articles found allowed the construction of an innovative format to carry out the preoperative visit. The items that were included were grouped into the following sections: identification data, general condition of the patient, laboratories, surgical preparation and nursing diagnoses. **Conclusions:** the proposal of a format as a preoperative verification instrument contributes to identifying the different and possible physiological, social and psychological responses of a patient when undergoing surgery, which allows care to be planned preoperatively.

**Keywords:** preoperative visit, surgical nurse, preoperative, perioperative, checklist.

## ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	10
II. JUSTIFICACIÓN.....	13
III. OBJETIVO.....	16
a) General.....	16
b) Específicos .....	16
IV. MARCO TERORICO .....	17
1.1 Marco legal .....	17
4. 2 Cirugía segura.....	18
4.2.1 Perioperatorio Preoperatorio.....	19
4.2.3 Visita preoperatoria.....	20
4.2.4 Enfermera (o) especialista en cuidado quirúrgico .....	21
4.3 Proceso Cuidado Enfermero .....	22
4.3.1 Etapas del proceso de enfermería.....	22
4.3.1.1 Valoración .....	22
4.3.1.2 Tipos de valoración.....	23
4.3.1.3 Fases de la valoración .....	23
4.3.1.4 Diagnóstico .....	25
4.3.1.5 Planeación .....	26
4.3.1.6 Ejecución .....	27
4.3.1.7 Evaluación .....	28
4.4 Taxonomía NANDA, NIC, NOC.....	28
4.5 Diagnósticos de enfermería específicos para el preoperatorio .....	30
4.6 Acciones de enfermería en el preoperatorio .....	33
4.6.1 Firma de consentimientos informados .....	35

4.6.2 Antecedentes personales .....	35
4.6.2.1 Diabetes mellitus.....	36
4.6.2.2 Obesidad .....	36
4.6.2.3 Enfermedad respiratoria .....	37
4.6.2.4 Nefropatía .....	37
4.6.3 Profilaxis antitrombótica.....	37
4.6.4 Preparación física .....	38
4.6.5 Preparación de la piel .....	38
4.6.6 La orientación nutricional .....	38
4.6.7 Ayuno.....	39
4.6.8 Elementos hemáticos.....	39
4.6.9 Bata y preparación del paciente.....	39
4.6.10 Instalación de la vía periférica venosa .....	39
4.6.11 Preparación del intestino grueso.....	40
4.6.12 Indicadores para la seguridad del paciente .....	40
4.6.13 Manejo del dolor .....	40
4.6.14 Educación para el postoperatorio .....	40
4.6.15 Orientación emocional .....	41
4.6.16 Administración de antibiótico profiláctico .....	42
4.7 Cuidados de la (el) enfermera (o) especialista en cuidado quirúrgico en el transoperatorio.....	42
4.7.1 Posición quirúrgica.....	44
4.7.2 Prevención de lesiones durante el periodo intraoperatorio .....	44
4.7.3 Prevención de infección del sitio quirúrgico .....	44
4.7.4 Lavado quirúrgico (Antisepsia de la piel) .....	45

4.7.5 Hipotermia .....	45
4.8.Cuidados de la enfermera especialista en cuidado quirúrgico en el postoperatorio .....	45
4.8.1 El traslado del paciente a la sala de recuperación.....	46
4.8.2 Valoración de náuseas y vómitos .....	46
4.8.3 La movilización temprana .....	47
4.8.4 Inicio de la vía oral.....	47
4.8.5 Retiro de cateterismo vesical .....	47
4.9 Cirugía ambulatoria.....	48
4.10 Cirugía de urgencia.....	48
V. METODOLOGIA .....	49
5.1 Tipo de estudio.....	49
5.2 Recursos.....	50
5.2.1 Humanos .....	50
5.2.2 Materiales .....	50
5.2.3 Monetario.....	50
5.2.4 Consideraciones ético/legales .....	50
VI. RESULTADOS .....	51
VII. CONCLUSIÓN.....	56
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	57

## **I. INTRODUCCIÓN**

El profesional de Enfermería en cuidado quirúrgico se describe como el especialista que cuenta con las competencias para brindar el cuidado en el pre, intra y postoperatorio, etapas del cuidado perioperatorio en una cirugía.<sup>(1)</sup>

En la actualidad, el avance relacionado con las técnicas quirúrgicas, manejo anestésico, aparatos utilizados para llevar a cabo cirugías y los tratamientos farmacológicos, vuelven más complejos los procedimientos quirúrgicos, en este contexto, el profesional de enfermería especialista en el cuidado quirúrgico requiere de una preparación basada en guías y normas que permitan desarrollar competencias y que además incluya la seguridad del paciente.<sup>(2)</sup>

Es así que utilizar listas de verificación quirúrgica ayudan a garantizar la seguridad del paciente en el periodo preoperatorio, el cual comienza desde el momento en que el paciente decide ser operado y finaliza cuando es entregado en el quirófano.<sup>(2)</sup> Frecuentemente se evidencia en los pacientes programados para cirugía la necesidad de la participación de la familia, pero sobre todo el sentimiento de ansiedad el cual se desencadena ante la incertidumbre del procedimiento, la anestesia y el dolor (presente o porque se presentará), elementos que deberían ser atendidos por el equipo quirúrgico.<sup>(3)</sup>

Así, la relación enfermera(o) especialista en cuidado quirúrgico-paciente debe establecer un vínculo de confianza visualizándolo más allá del proceso de enfermedad con el objetivo de brindar atención de manera integral centrada en la dignidad y autonomía del paciente.<sup>(2)</sup> En el periodo preoperatorio el especialista mencionado brinda la educación al paciente de tal manera que permite disminuir el sentimiento de ansiedad, además de

realizar la búsqueda de antecedentes de relevancia, factores de riesgo y la revisión de pruebas de laboratorio prequirúrgicos entre otros. <sup>(3)</sup>

La educación a la que se hace referencia implica brindar información adecuada sobre el procedimiento quirúrgico, los cuidados que deben llevarse durante el postoperatorio y los posibles riesgos de la cirugía. La enseñanza al paciente varía dependiendo del procedimiento a realizar, por ejemplo, en una cirugía de intestino las principales preguntas se dirigen a los cuidados de la ostomía, en comparación con la prostatectomía donde las preguntas son sobre sexualidad y los cuidados de la sonda vesical. <sup>(3)</sup>

La Organización Mundial de la salud (OMS) creó la Alianza Mundial para la seguridad del paciente, estrategia que consistió en la elaboración de una lista de verificación en el paciente quirúrgico. Dicha lista consiste en tres etapas, la primera corresponde al periodo antes de la anestesia, la segunda al término de la anestesia y antes de iniciar la incisión quirúrgica y la última al cierre de la herida quirúrgica, sin salir de quirófano, en cada una de las etapas se lleva a cabo la confirmación de las tareas por la (el) enfermera(o) encargada(o) de coordinar en voz alta, en tanto que el equipo quirúrgico confirma la información, sin embargo, todo esto está encaminado en sí al trans operatorio.<sup>(4)</sup> Existen instrumentos de verificación como la Cirugía Segura documento utilizado actualmente en algunos hospitales que fue propuesto por la OMS, sin embargo, este no contempla el período preoperatorio inmediato.

Por otro lado, en 2019 se elaboró una planilla para realizar un “checklist” preoperatorio propuesto por enfermería en un hospital argentino, el cual se enfoca solo a la verificación prequirúrgica y no hacer una valoración holística. <sup>(5)</sup>

Debido a lo anterior es que surge el presente trabajo de tesina, con el cual se desarrollará un instrumento de implementación durante la visita en el

preoperatorio a través del cual se obtenga información para brindar una atención cuya diferencia e innovación radica en la inclusión de aspectos muy propios de la profesión de enfermería basados en la NANDA, NOC, NIC; por lo que la valoración del paciente es un punto central.

La aplicación de un instrumento nos permite identificar las diferentes y posibles respuestas fisiológicas, sociales y psicológicas de un paciente al ser sometido a una cirugía lo que permite que el cuidado sea planeado en la etapa del preoperatorio.

El presente tema surge de la necesidad de un análisis a profundidad de un proceso complejo donde el paciente pasa del preoperatorio al postoperatorio, tema poco explorado por el profesional de enfermería especialista en cuidado quirúrgico, que permita la actualización del cuidado perioperatorio y genere un impacto en la atención y cuidados de enfermería.

## II. JUSTIFICACIÓN

A lo largo del tiempo se ha demostrado que utilizar listas de verificación es fundamental para reducir errores y mejorar la eficacia en diversas tareas ya que, sin duda, ayudan a estructurar procesos complejos, asegurando que se sigan todos los pasos necesarios de manera sistematizada y así minimizar las omisiones. Estos instrumentos son utilizados en diferentes campos profesionales, uno de ellos el de Enfermería, ya que al ser herramientas simples generan un impacto significativo en la reducción de errores donde la precisión es crucial, Según Gawande (2009) en su libro "The Checklist Manifesto". En un estudio realizado por Weiser et al. (2010) se demostró que la implementación de listas de verificación en procedimientos quirúrgicos redujo las complicaciones y mejoró los resultados de los pacientes. <sup>(6)</sup>

A nivel mundial se realizan aproximadamente 234 millones de cirugías al año, equivalente a un 4% del total de la población mundial, o bien, 4 cirugías por cada 100 personas, (OMS, 2019). Actualmente existe un incremento en la demanda quirúrgica, esto se debe a los cambios en la población, principalmente al envejecimiento, cambios en las políticas públicas, avance en el desarrollo socioeconómico y la innovación de nuevas técnicas, así como la introducción de nuevas tecnologías biomédicas. <sup>(7)</sup>

En la literatura para 2022 se reporta que cerca del 25% de los pacientes sometidos a cirugía tienen algún tipo de complicación postoperatoria. De este porcentaje entre el 3-16% son de gravedad, y del 3 - 22% conducen a discapacidad. Por otro lado, la tasa de mortalidad se mantiene entre el 0,4% y 0,8%, sin embargo, alrededor del 50% de los sucesos son evitables. Dentro de los errores más comunes se encuentran los relacionados con los procedimientos quirúrgicos, el marcaje quirúrgico y aquellos propios del paciente; la causa es diversa pero los más representativos implican no seguir de manera correcta los protocolos de seguridad, así como la falta de comunicación dentro del equipo multidisciplinario. <sup>(8)</sup>

La OMS implementó en el 2004 la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, iniciativa que tiene como prioridad la seguridad del paciente en el área quirúrgica; Cirugía Segura, documento creado con el fin de promover la calidad y seguridad en la atención quirúrgica a través de cuatro acciones: proceso de anestesia segura, equipos e instrumental quirúrgico seguro, prevención de infecciones en el área quirúrgica y auditorías. Fue la base para crear la campaña “La cirugía segura salva vidas” implementada en diferentes países. <sup>(9)</sup>

Utilizar una lista de verificación quirúrgica reduce de manera significativa las complicaciones, lo cual impacta directamente en la tasa de mortalidad. La OMS creó una lista de verificación para la evaluación de cinco áreas específicas del periodo peri operatorio: (1) el marcaje de manera correcta del área quirúrgica; (2) la seguridad en el proceso de anestesia para evitar errores en la medicación; (3) conteo correcto y sistemático de gases y material textil; (4) llevar a cabo una comunicación de manera efectiva con el equipo multidisciplinario; y (5) reducir las interrupciones en el equipo quirúrgico. Sin embargo, el periodo preoperatorio parece desdibujado. <sup>(8)</sup>

Como ya se mencionó, existe un vacío con relación a contar con un instrumento de implementación durante la visita en el preoperatorio a través del cual se obtenga información para brindar una atención integral, cuya diferencia e innovación radica en la inclusión de aspectos muy propios de la profesión de enfermería basados en la NANDA, NOC, NIC; por lo que la valoración del paciente es un punto central. En este sentido, los diagnósticos de enfermería pueden mejorar la seguridad del paciente ya que apoyan la Estandarización de la Práctica, lo que asegura que todos los profesionales de enfermería utilicen un lenguaje común, la prevención de errores al no omitir aspectos importantes en la valoración; en la educación y formación, ya que una lista de verificación con diagnósticos de la NANDA puede servir como una herramienta valiosa de conocimiento; en la documentación y

evaluación debido a que la inclusión de diagnósticos de la NANDA en la práctica clínica permite una mejor estimación del progreso del paciente y la efectividad de las intervenciones, lo cual es esencial para la mejora continua de la calidad del cuidado. <sup>(10-12)</sup>

Es por ello que surge la necesidad de crear una propuesta que permita planear los cuidados en el periodo preoperatorio a través de diagnósticos de enfermería con el objetivo de establecer los cuidados de enfermería y aumentar la seguridad del paciente quirúrgico. <sup>(8)</sup>

### **III. OBJETIVO**

#### **a) General**

Desarrollar un formato estructurado con base en los enfoques NANDA, NIC, NOC para realizar la visita preoperatoria, que facilite a los (as) enfermeros (as) quirúrgicos (as) evaluar de manera holística el estado del paciente en el periodo preoperatorio.

#### **b) Específicos**

- Describir la importancia de la visita preoperatoria.
- Describir las funciones de la especialista en cuidado quirúrgico en el preoperatorio
- Elaborar un formato basado en la NANDA, NOC, NIC para realizar la visita preoperatoria

## **IV. MARCO TERORICO**

### **1.1 Marco legal**

La Ley General de Salud en su Capítulo VIII, apartado V, Artículo 262, establece que la (el) enfermera (o) Quirúrgica (o), es la encargada de la coordinación del material quirúrgico. <sup>(13)</sup>

**NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-016-SSA3-2012, ESTABLECE LAS CARACTERÍSTICAS MÍNIMAS DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE HOSPITALES Y CONSULTORIOS DE ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA**

Establece los lineamientos para ofrecer atención medica segura a los pacientes durante el perioperatorio, en el cual la (el) enfermera (o) quirúrgica (o), es la responsable de asegurar el funcionamiento correcto del servicio. <sup>(14)</sup>

**NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-019-SSA3-2013, PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

Establece que los cuidados brindados por la (el) enfermera (o) quirúrgica (o), están encaminados al cuidado individualizado, para mejorar la calidad de la atención del paciente ante la experiencia quirúrgica, a través de cuidados de alta complejidad. <sup>(15)</sup>

**NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO, ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA ELABORACIÓN E INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO COMO HERRAMIENTA DE USO OBLIGATORIO PARA EL PERSONAL DE SALUD**

Establece que la (el) enfermera (o) quirúrgica (o), tiene la responsabilidad de mantener el expediente clínico completo y los consentimientos firmados para la autorización de los procedimientos quirúrgicos. <sup>(16)</sup>

## NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-087-ECOL-SSA1-2002, PROTECCIÓN AMBIENTAL-SALUD AMBIENTAL- RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO-INFECTIOSOS

Clasificación y especificaciones de manejo, establece las características que deben llevarse a cabo para la clasificación de residuos biológicos que surgen de los procedimientos quirúrgicos, es responsabilidad de la (el) enfermera (o) Quirúrgica (o) cumplir con los lineamientos. <sup>(17)</sup>

## GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA INTERVENCIONES PREVENTIVAS PARA LA SEGURIDAD EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO, IMSS-676-13.

Esta guía clínica establece las recomendaciones para garantizar un procedimiento seguro. La guía se establece las siguientes recomendaciones, (1) prevención de la infección en el sitio quirúrgico, (2) uso de la profilaxis antibiótica, (3) prevención de eventos cardiovasculares, (4) prevención del tromboembolismo venoso, (5) prevención de problemas derivados de la transfusión sanguínea, (6) intervenciones para mantener la normotermia, (7) aspectos relacionados con la anestesia, (8) intervenciones generales para la seguridad del paciente. <sup>(18)</sup>

### **4. 2 Cirugía segura**

En el año 2008 la OMS creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, que estableció como estrategia mundial “La cirugía segura salva vidas” con el objetivo de mejorar la seguridad del paciente quirúrgico y disminuir los errores durante el procedimiento quirúrgico. <sup>(19)</sup>

La lista de cirugía segura se divide en tres etapas, la primera corresponde a la “entrada”. En esta, el personal de enfermería confirmará de manera verbal la identidad del paciente, el marcaje correcto y procedimiento a realizar, así como consentimientos para el procedimiento quirúrgico, posterior revisará que el sitio quirúrgico este delimitado y confirmará la monitorización del

paciente con oxímetro de pulso. Posteriormente se revisará de manera verbal con el médico anestesista el riesgo de hemorragia, riesgo de vía aérea difícil y posibles reacciones alérgicas que presente el paciente. El cirujano debe estar presente en la primera etapa, ya que permite que esté informado de los posibles riesgos, como hemorragias, vía aérea difícil y alergias. <sup>(4)</sup>

La siguiente etapa corresponde a la “pausa quirúrgica”. Esta comienza justo antes de realizar la incisión en el sitio quirúrgico, se realiza en voz alta la confirmación de cirugía, de paciente correcto y sitio quirúrgico correcto. El equipo quirúrgico describirá los pasos más críticos del procedimiento quirúrgico. Para finalizar se confirmará la administración de antibióticos profilácticos una hora antes del procedimiento y si los estudios de imagen se visualizan correctamente. <sup>(4)</sup>

La última etapa corresponde a la “salida”. Aquí se realiza una última revisión del procedimiento realizado, el conteo del material textil como gasas e instrumental, si procede se debe realizar la identificación de la muestra biológica. Así como las observaciones del funcionamiento del equipo médico en caso de presentarse problemas durante la cirugía ya que deben resolverse. Como último paso se informa el tratamiento para el postoperatorio, posterior pasa al área de recuperación. <sup>(4)</sup>

#### **4.2.1 Perioperatorio Preoperatorio**

El periodo perioperatorio comprende la atención médica de manera integrada y multidisciplinaria que se brinda antes, durante y después de la cirugía. <sup>(15)</sup>

La medicina perioperatoria está en constante evolución y cambio, esto permite que el cuidado este en constante innovación. Existen modelos perioperatorios diseñados para brindar cuidados de manera estructurada, para el paciente quirúrgico antes, durante y después del procedimiento quirúrgico. El modelo, vías de Recuperación Mejorada Después de la Cirugía (ERAS), es un modelo utilizado en el paciente quirúrgico, que tiene el

objetivo de mejorar la atención durante el perioperatorio. El objetivo del modelo es desarrollar recomendaciones para el paciente quirúrgico. <sup>(21)</sup>

Específicamente en el preoperatorio el objetivo es la preparación física y emocional del paciente antes de la cirugía, <sup>(20)</sup> así como la evaluación de los factores de riesgo que permitan disminuir posibles complicaciones durante el transoperatorio y postoperatorio, la educación en esta etapa también tiene la finalidad de promover la recuperación quirúrgica y prevenir complicaciones en el postoperatorio. <sup>(22)</sup>

#### **4.2.3 Visita preoperatoria**

Se define como visita preoperatoria a la entrevista antes de pasar a quirófano, durante esta consulta se evalúa al paciente mediante criterios quirúrgicos, se realiza una evaluación de manera integral que incluya acciones de promoción, revisión de historia clínica, exámenes de laboratorio y complementarios de imagen, que permitan generar un plan diagnóstico y terapéutico. <sup>(22)</sup>

Múltiples estudios mencionan la importancia de la educación por el profesional de enfermería especialista en cuidado quirúrgico en el preoperatorio e implica: la planeación de manera estructurada, presencial, con apoyo visual o multimedia. El apoyo del profesional de enfermería en cualquier etapa del perioperatorio disminuye la ansiedad y promueve la educación al paciente y familia. El objetivo de la consulta, es la participación del paciente en su autocuidado, aumentar su satisfacción ante la cirugía y optimizar el tiempo en la recuperación quirúrgica a través de intervenciones enfocadas, como ya se mencionó, a disminuir la ansiedad, brindar educación y, sobre todo, aumentar la seguridad del paciente. <sup>(7)</sup>

La consulta es un método que no solo facilita la educación al paciente antes de la cirugía, sino que también interviene como proceso de gestión y organización para el personal especialista en la práctica clínica avanzada. En

la actualidad los avances en la tecnología y en las técnicas quirúrgicas, requieren que el personal de enfermería especialista en cuidado quirúrgico cuente con las competencias necesarias para brindar educación durante el perioperatorio y se hace evidente la necesidad de estrategias para mejorar la calidad de los cuidados y la seguridad del paciente. <sup>(7)</sup>

#### **4.2.4 Enfermera (o) especialista en cuidado quirúrgico**

A finales del siglo XIX, con los avances de la anestesia y la antisepsia, la participación de enfermería en cirugía, era preparar los instrumentos para cirugía y a principios del siglo XX asistía en las intervenciones quirúrgicas. Sin embargo, fue hasta la segunda guerra mundial, donde se presentó la necesidad de la profesionalización siendo nombradas por el ejército instrumentadores quirúrgicos. Debido a la necesidad de entrenamiento, en el ámbito quirúrgico la Asociación de Enfermeros Registrados Perioperatorios, Association of Perioperative Registered Nurses (AORN), realizó la publicación de un libro llamado Teaching The Operating Room Technician (Enseñando al técnico de quirófano). <sup>(23)</sup>

Es definida por la AORN Association of Perioperative Registered Nurses (Asociación de Enfermeras Registradas Perioperatorias) en Estados Unidos como la (el) especialista responsable de proporcionar cuidados durante el proceso perioperatorio, en una intervención quirúrgica o procedimiento invasivo, en todos los aspectos psicológico, fisiológicos, espirituales y culturales. Las (los) enfermeras (os) perioperatorias necesitan habilidades en cuidados especializados que permitan brindar atención en las etapas del proceso perioperatorio. <sup>(23)</sup>

La Asociación Española de Enfermería Quirúrgica (AEEQ) asociación regional española de la Asociación Europea de Enfermeras Perioperatorias (AEORN) por sus siglas en inglés, es una asociación sin ánimo de lucro que integra un conjunto de asociaciones de enfermería quirúrgica en el territorio europeo que tiene como objetivo; la actualización en los procedimientos

quirúrgicos, las técnicas y la calidad de los cuidados en el área quirúrgica. <sup>(23)</sup>  
Define a la Enfermería Quirúrgica como el profesional de la salud que brinda cuidados y atención de enfermería antes, durante y después de la cirugía, su función es clave para garantizar la calidad y seguridad del paciente quirúrgico, su función facilita el trabajo de equipos multidisciplinares y es el responsable de coordinar procesos durante la cirugía como; el instrumental necesario para la intervención, la gestión del material estéril, conteo y control del material así como la participación en el check list, los cuidados brindados durante el periodo perioperatorio permiten mayor seguridad y calidad de atención al paciente quirúrgico. <sup>(23)</sup>

### **4.3 Proceso Cuidado Enfermero**

El proceso Cuidado Enfermero (PCE) es el método utilizado por el personal de enfermería, para documentar las intervenciones, este método permite identificar, diagnosticar, implementar y resolver problemas de salud. La complejidad del PCE incluye la resolución de problemas, el juicio clínico y la aplicación de intervenciones para obtener resultados, estos se realizan a través de cinco etapas interrelacionadas de forma clínica y dinámica: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución, evaluación. <sup>(24)</sup>

#### **4.3.1 Etapas del proceso de enfermería**

##### **4.3.1.1 Valoración**

La etapa de valoración consiste en la búsqueda y organización de datos significativos del estado de salud de la persona a través de técnicas como la observación que se utiliza en el primer acercamiento con la persona, otra técnica empleada es la entrevista que permite evaluar las necesidades de cuidado de Enfermería, esta se realiza a través de un dialogo donde se genera el intercambio de experiencias creando así un vínculo de confianza, el examen físico de manera cefalocaudal basado en las técnicas de inspección, palpación, percusión y auscultación proporciona la información

de manera general del estado de salud de la persona, además de datos obtenidos de otras fuentes, como la historia clínica, pruebas de laboratorio y pruebas diagnósticas de imagen. Partiendo de los datos recolectados estos se clasifican en datos subjetivos que incluye los datos expresados por la persona de manera verbal y datos objetivos que incluye los aspectos que son valorados en la persona por la enfermera. <sup>(25)</sup>

La organización de los datos se realiza de acuerdo a la normativa de la institución, esta puede ser de manera cefalocaudal o basarse en alguna teoría de enfermería como Dorothea Orem, Virginia Henderson, Callista Roy o por patrones funcionales de Marjory Gordon, entre otros. <sup>(25)</sup>

#### **4.3.1.2 Tipos de valoración**

Valoración inicial: en esta suelen utilizarse instrumentos de manera estandarizada que permiten obtener el mayor número de información sobre el estado de salud, es realizada en la primera entrevista con la persona. <sup>(26)</sup>

Valoración focalizada: se realiza para reunir información detallada a un problema de salud, las preguntas utilizadas son objetivas y específicas en determinado tema. <sup>(26)</sup>

Valoración de urgencia o rápida: se realiza con el objetivo de obtener información importante, en el menor tiempo posible, en personas en estado crítico. <sup>(26)</sup>

#### **4.3.1.3 Fases de la valoración**

##### **1.- Recolección de Datos**

La primera fase consiste en obtener el mayor número de información de la historia de salud y estado general de la persona a través de diferentes fuentes primarias (datos obtenidos del paciente) y secundarias (familia, personas cercanas a su entorno, equipo de salud, expediente clínico y expediente electrónico) así como las diferentes técnicas de exploración. <sup>(26)</sup>

Los datos que se obtienen se organizan en 4 categorías: (1) datos subjetivos, información que se refiere a la percepción que tiene el paciente sobre su estado de salud; (2) Los datos objetivos son aquellos que se pueden medir. (3) Los datos de antecedentes son datos de enfermedades que presento con anterioridad; (4) los datos actuales son todos los que se presentan en el momento presente. Para llevar a cabo la recopilación de los datos se requiere de un proceso sistemático y organizado, así como diferentes técnicas. <sup>(26)</sup>

Entrevista: mediante esta técnica se obtienen datos subjetivos, se conforma de tres etapas inicio, cuerpo y cierre. Esta puede ser de manera formal mediante una guía estructurada o de manera informal una charla con el paciente.

Observación: este método es a través de los sentidos; tacto, vista, olfato, oído y el gusto.

Exploración física: este método requiere de múltiples técnicas, con el objetivo de obtener información del estado de salud del paciente. Las técnicas que se utilizan principalmente son:

Inspección: técnica que requiere el uso de los sentidos, visión, audición y olfato, se define como un examen visualmente de manera cuidadosa y general del paciente con el objetivo de registrar el mayor número de características.

Palpación: técnica que consiste en la evaluación de las características de la piel y la búsqueda de alteraciones por debajo de ella, para llevar a cabo esta técnica es necesario el uso de las manos.

Percusión: consiste en aplicar cierta fuerza para valorar los sonidos y vibración que permita valorar su localización y densidad de los órganos a valorar, existen principalmente dos técnicas para valorar la percusión de manera directa e indirecta.

Auscultación: técnica que consiste en la valoración de los sonidos que producen órganos como, corazón, pulmones, intestino, las características que se valoran son frecuencia intensidad y duración. <sup>(26)</sup>

## 2. Validación de datos.

En esta fase se corrobora que los datos proporcionados son reales.

## 3. Organización de los datos.

En este apartado se organizan los datos, existen diferentes modelos de enfermería que se emplean para la organización, los más utilizados en la práctica son; patrones funcionales de Marjory Gordon, las catorce necesidades de Virginia Henderson, modelo de adaptación de Sor Callista Roy, así como la pirámide de Abraham Maslow. <sup>(26)</sup>

## 5. Documentación

La documentación permite realizar la evaluación de los servicios de enfermería, incluidos indicadores de calidad, la importancia de mantener el expediente clínico completo se establece en la NOM 004 del expediente clínico. <sup>(26)</sup>

### **4.3.1.4 Diagnóstico**

La Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA) define la palabra diagnóstico como el “juicio clínico sobre respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales”. <sup>(22)</sup>

En esta etapa se analiza la información obtenida en la valoración y se emite un juicio sobre el estado de salud de la persona ante necesidades o problemas de salud reales o potenciales, se clasifican en (real, riesgo, promoción de la salud y síndrome). <sup>(27)</sup>

Elementos del diagnóstico de enfermería son:

1. Etiqueta: corresponde al nombre del diagnóstico de enfermería.
  2. Definición: es una breve descripción del diagnóstico con el objetivo de informar sus principales características y ayudar a diferenciarlo de diagnóstico con cierta similitud.
  3. Características definitorias: se refiere a los signos, síntomas y factores de riesgo, solo se utilizan en los diagnósticos reales.
  4. Factor relacionado: factores que tienen cierta relación con los diagnósticos de enfermería. Se definen como factores que se asocian o contribuyen al diagnóstico.
  5. Factor de riesgo: son aquellos factores relacionados con el ambiente o elementos psicológicos, fisiológicos, genéticos o químico, que aumentan potencialmente el riesgo de enfermedad de la persona, familia o comunidad.
- (27)

#### **4.3.1.5 Planeación**

Corresponde a la tercera etapa del Proceso Cuidado Enfermero y consiste en el establecimiento de las intervenciones con el objetivo de promover las respuestas en el paciente sano o enfermo para disminuir o corregir las respuestas que se identificaron en la etapa de diagnóstico. Esta etapa se planea en 5 fases: <sup>(26)</sup>

- Establecimiento de prioridades

Esta fase debe incluir los diagnósticos de enfermería en orden de prioridad, este orden lo que permite intervenir el diagnóstico principal. Lefebvre menciona a los valores profesionales como una manera de priorizar las intervenciones, su clasificación va orientada a la acción hacia; (1) la protección a la vida, (2) prevención y alivio del sufrimiento, (3) prevención y corrección de las disfunciones, (4) búsqueda del bienestar.

- Formular los objetivos de resultados esperados y objetivos de cuidado

Se realiza la planeación de los objetivos que se esperan obtener en la persona, estos se encuentran en la Nursing Outcomes Classification (NOC), terminología estandarizada para la planeación de los resultados, estos funcionan como criterios para evaluar las intervenciones elegidas, los resultados describen en específico conductas, respuestas y percepción de la persona ante los cuidados administrados. <sup>(28)</sup>

- La elección de intervenciones de enfermería

La elección de las intervenciones de enfermería se dirige a modificar los factores etiológicos o los factores que se relacionan con la etiología, si las intervenciones elegidas se cumplen, se espera que la condición del paciente mejore. En los diagnósticos de enfermería de riesgo, las intervenciones van dirigidas a la modificación, disminución o eliminación de factores de riesgo identificados en la persona.

Las intervenciones son las acciones que realiza el personal de enfermería, todo cuidado que se aplica en el paciente. La Nursing Classification (NIC) herramienta estandarizada que permite documentar la práctica y registrar el impacto de los cuidados que brinda enfermería. <sup>(29)</sup>

#### **4.3.1.6 Ejecución**

Corresponde a la cuarta etapa y básicamente es aplicar las intervenciones que fueron planeadas en la tercera etapa con el fin de alcanzar los objetivos. Se conforma de tres fases: preparación, intervención y documentación. <sup>(26)</sup>

1.- Preparación: Kozier menciona que son necesarias habilidades cognitivas, interpersonales y técnicas para ejecutar las intervenciones. <sup>(30)</sup>

Habilidades cognitivas; habilidades que permiten la resolución de problemas, la elección de decisiones y el desarrollo del pensamiento crítico. <sup>(30)</sup>

Habilidades interpersonales; conformadas por las habilidades que son utilizadas para comunicarse, se conforman por habilidades verbales y no verbales.

Habilidades técnicas; habilidades psicomotoras que permiten la manipulación de los equipos y material.

2.- Intervención: se refiere al conjunto de actividades que se diseñaron para brindar los cuidados.

3.- Documentación: proceso que se lleva a cabo en cada una de las etapas anteriores, sin embargo, es en la etapa de ejecución que se debe registrar todas las actividades realizadas en los formatos institucionales. La importancia de la documentación es por el valor legal que este representa.

(30)

#### **4.3.1.7 Evaluación**

Es la última etapa del Proceso Cuidado Enfermero y se define como el juicio entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados, permite evaluar si los objetivos se cumplieron y así medir la calidad de los cuidados.

(26)

En esta etapa se miden los cambios en el estado de salud con respecto a los objetivos planeados, el objetivo es realizar correcciones o modificaciones en las etapas del proceso. (30)

#### **4.4 Taxonomía NANDA, NIC, NOC**

El uso de la taxonomía, North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA), la Nursing Outcomes Classification (NOC) y la Nursing Interventions Classification (NIC), permiten un lenguaje de manera estandarizada que permite integrar un marco teórico en la identificación de problemas, intervenciones y resultados en los cuidados, se ha establecido

como el lenguaje propio de la disciplina ya que son aceptados y utilizados internacionalmente. <sup>(31)</sup>

La Clasificación de Diagnósticos Enfermeros, NANDA (North American Nursing Diagnosis Association): es una guía para la práctica profesional, es un sistema que está en constante actualización, se centra en las respuestas humanas individuales, la familia o colectivas, de esta manera se establecen las necesidades de la persona y se elabora un diagnóstico de enfermería. <sup>(31)</sup>

La Clasificación de Intervenciones Enfermeras, NIC (Nursing Interventions Classification): es la clasificación utilizada internacionalmente y estandarizada de las intervenciones de enfermería que establece las actividades que son realizadas por enfermería al paciente con el objetivo de alcanzar los objetivos planteados. <sup>(31)</sup>

La Clasificación de Resultados Enfermeros, NOC (Nursing Outcomes Classification): es la clasificación utilizada internacionalmente y estandarizada de los resultados de la persona, se definen como la percepción que tiene cada persona de sí mismo, familia o comunidad, en respuesta a la evaluación de una intervención de enfermería. <sup>(31)</sup>

#### 4.5 Diagnósticos de enfermería específicos para el preoperatorio

Diagnóstico de Enfermería					
Dominio: 5 Percepción/cognición/ Clase: 4 Cognición					
<u>Etiqueta Diagnostica</u>					
00126 Conocimientos deficientes					
Definición: Carencia de información cognitiva relacionada con un tema en específico o su adquisición.					
<u>Factores relacionados</u>					
Información inadecuada					
<u>Características definitorias</u>					
Seguimiento incorrecto de las instrucciones, declaraciones inexactas sobre un tema, conducta inapropiada					
Objetivos de Resultado					INTERVENCIONES
Clase G: Conocimiento sobre su condición de salud					(NIC) Dominio: 3 Conductual
1814 Conocimiento: procedimiento terapéutico.					Clase: S, Educación de los pacientes
					5610 Enseñanza: prequirúrgica
Evaluación	1	2	3	4	5
Escala					
1. Ningún conocimiento					
2. Conocimiento escaso					
3. Conocimiento moderado					
4. Conocimiento sustancial					
5- Conocimiento extenso					
181401 procedimiento					Informar al paciente y a la familia de la

terapéutico					duración esperada de la operación
181402 propósito del procedimiento					Evaluar la ansiedad del paciente y de la familia respecto a la cirugía
181403 pasos del procedimiento					Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y comente inquietudes
181406 restricciones relacionadas con el procedimiento					Describir las rutinas preoperatorias (anestesia, dieta, preparación intestinal, laboratorios, micción, preparación de la piel, terapia intravenosa, vestimenta, zona de espera para la familia y traslado a quirófano).
181410 posibles efectos indeseables					Describir la medicación preoperatoria, los efectos de la misma en el paciente y el fundamento de ello.
					Presentar al paciente, al personal implicado en la cirugía y los cuidados postoperatorios.
					Comentar las posibles medidas de control del dolor.
					Describir las rutinas/equipos postoperatorios (medicamentos, tratamientos respiratorios, catéteres, maquinas, medias de compresión, vendajes quirúrgicos, deambulación, dieta y visitas de familiares).
					Instruir al paciente sobre la técnica para levantarse de la cama.
					Destacar la importancia de la deambulación precoz y los cuidados pulmonares.
					Documentar la enseñanza, incluida la respuesta del paciente a la misma.

Diagnóstico de Enfermería						
Dominio: 9 Afrontamiento/tolerancia al estrés/ Clase: 2 Respuestas de Afrontamiento						
<u>Etiqueta Diagnostica</u>						
00146 Ansiedad						
Definición: Respuesta emocional a una amenaza difusa en la que el individuo anticipa un peligro inminente inespecífico, una catástrofe o una desgracia.						
<u>Factores relacionados</u>						
Situaciones desconocidas, estresores						
<u>Características definitorias</u>						
Llanto, nerviosismo, expresa preocupación						
Dominio: 3 Salud psicosocial Clase: O Autocontrol 1402 Autocontrol de la ansiedad					INTERVENCIONES (NIC) Dominio: 3 Conductual Clase: T, Fomento de la comodidad psicológica 5820 Disminución de la ansiedad	
Evaluación	1	2	3	4	5	Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento
Escala						
1. Nunca demostrado						
2. Raramente demostrado						
3. A veces demostrado						
4. Frecuentemente demostrado						
5. Siempre demostrado						
140202 elimina precusores de ansiedad						Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronostico
140205 planea estrategias para						Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo

superar situaciones estresantes						
140207 utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad						Crear un ambiente que facilite la confianza
140211 conserva las relaciones sociales						Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación
140220 obtiene información para reducir la ansiedad						
140222 comparte preocupaciones con otros						

#### 4.6 Acciones de enfermería en el preoperatorio

El preoperatorio comienza en el momento que el paciente toma la decisión de operarse y finaliza cuando el paciente es trasladado al área de quirófano. En esta etapa el cirujano explica al paciente y familia, el diagnóstico y nombre de la cirugía; describe el procedimiento y abordaje quirúrgico, si es de urgencia o debe programarse, los riesgos o posibles complicaciones potenciales, así como el posible pronóstico. <sup>(32)</sup> Se debe informar sobre la necesidad de realizar un estoma y los días de hospitalización de acuerdo al pronóstico establecido. <sup>(33)</sup>

En esta etapa se realiza una consulta preanestésica, que consiste en una valoración por parte del médico anestesiólogo antes de la cirugía, con el objetivo de obtener la información más relevante que permita valorar el riesgo del paciente, la información se obtiene del paciente, familia, expediente clínico y exámenes de laboratorio, u estudios complementarios,

con el fin de realizar una adecuada planificación del procedimiento de anestesia, así como brindar orientación y resolver dudas. <sup>(32)</sup>

Con base en la valoración realizada el anestesiólogo se establece el tipo de anestesia a utilizar, basado en las condiciones físicas y edad del paciente, los medicamentos que utilizará y la dosis recomendada según su especialidad. Posterior a la evaluación el paciente se clasifica según la escala Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA), de acuerdo a su estado físico. ASA I: Es el paciente considerado sano, cursando por una patología de manera localizada; ASA II: Es aquel paciente con una enfermedad que no está originando la enfermedad actual; ASA III: Se clasifica como paciente con enfermedad sistémica considerada como grave; ASA IV: Es el paciente con enfermedad grave con alto riesgo de complicaciones incluso la muerte; ASA V: Paciente grave con alto riesgo de complicación en las próximas <24 horas, con cirugía o sin ella; ASA VI: Es el paciente que cuenta con muerte encefálica y debe considerarse la donación de órganos. <sup>(32)</sup>

Dentro de los cuidados que se brindan una parte importante es la presencia física, esto implica escuchar de manera activa al paciente, explicar el procedimiento es parte esencial del cuidado; el contacto físico debe expresarse con acciones enfocadas a respetar la integridad del paciente, crear un espacio de confianza permite que el paciente exprese las posibles dudas, el contacto visual juega un papel importante ya que establece sentimientos de empatía en un ambiente de estrés, es importante la integración de las creencias a la educación ya que establece respeto hacia la integridad de la persona. La información debe ser comprendida por el paciente, de tal manera que le permita participar de manera activa en su autocuidado; es importante que conozca la hora de programación y la sala de espera donde sus familiares podrán esperar noticias. <sup>(32)</sup>

En esta fase el profesional de enfermería especialista en cuidado quirúrgico realiza una evaluación del estado físico y emocional del paciente y la familia, se realiza la búsqueda de antecedentes de importancia, así como la revisión de exámenes de laboratorio y estudios complementarios, realizar una evaluación que permite identificar los posibles riesgos. La educación hacia el paciente y familia, juegan un papel muy importante ya que permite disminuir el proceso ansioso que provoca el acto quirúrgico. La adecuada evaluación permite que los cuidados de enfermería sean planeados en esta etapa y permitan promover la recuperación postoperatoria, se debe comenzar por la identificación correcta del paciente, marcaje del sitio quirúrgico, revisión de consentimientos firmados y laboratorios u exámenes complementarios. <sup>(32)</sup>

#### **4.6.1 Firma de consentimientos informados**

Los consentimientos se relacionan con el procedimiento quirúrgico, que será realizado por el cirujano; la administración de la anestesia, que es realizada por el médico de anestesia. El consentimiento es un documento legal que establece las obligaciones de ambas partes involucradas en el procedimiento de la cirugía. Es necesario informar el procedimiento quirúrgico, aclarar las dudas del paciente y la familia de esto depende que decidan aceptar o rechazar el consentimiento. El documento debe ser firmado por el paciente y por su familiar autorizando el procedimiento quirúrgico. <sup>(32)</sup>

El consentimiento informado es un documento que tiene por objetivo que los pacientes reciban la información detallada sobre su diagnóstico, el tratamiento, la atención que se proporcionara y el pronóstico basado en su evaluación física. Ello implica que el paciente exprese que comprendió la información y tomo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento. <sup>(34)</sup>

#### **4.6.2 Antecedentes personales**

Es importante conocer si presenta alguna alergia a medicamentos, alimentos u otros materiales, en caso de presentar se debe colocar en la identificación del paciente, en caso de tomar medicamentos de base o por alguna situación

en particular, deben ser ajustados antes de la cirugía, ya sea por indicación del médico de anestesia o el cirujano. Se debe conocer si el paciente presenta enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes, enfermedades pulmonares, asma o nefropatía, se deben preguntar antecedentes personales con problemas de sangrado, transfusiones o alteraciones con la anestesia. En específico la hipertensión arterial con mal control, ya que es considerado un factor de riesgo y debe estabilizarse antes del ingreso a la sala de quirófano. En caso de presentar enfermedad miocárdica isquémica, se debe ser valorado antes del procedimiento por el cardiólogo quien definirá la situación médica del paciente. <sup>(32)</sup>

#### **4.6.2.1 Diabetes mellitus**

En caso de ser un paciente con un buen control terapéutico el riesgo es muy similar a los pacientes que no son diabéticos. Los niveles óptimos para el paciente diabético son 140 y 180 mg/dl, en los pacientes con mal control las complicaciones pueden ser desde una infección en el sitio quirúrgico, hasta problemas en el proceso de cicatrización de la herida o complicaciones más graves como desequilibrios metabólicos o hídricos, <sup>(31)</sup> aumento de la morbimortalidad, así como más días de estancia hospitalaria. El control glucémico debe implementarse en todos los pacientes que son programados para cirugía de emergencia con el objetivo de prevenir, hiper o hipoglucemia, en caso de presentar hiperglucemia se debe realizar la corrección con la administración de insulina. <sup>(33)</sup>

#### **4.6.2.2 Obesidad**

La obesidad es un factor que aumenta el riesgo de complicaciones durante la anestesia y durante el procedimiento quirúrgico, es importante realizar una valoración detallada que permita la evaluación del riesgo, los exámenes de laboratorios prequirúrgicos se solicitan en base a la valoración física del paciente. <sup>(32)</sup>

#### **4.6.2.3 Enfermedad respiratoria**

Las infecciones respiratorias deben ser tratadas antes de la cirugía. En caso de presentar enfermedades crónicas el riesgo de posibles complicaciones aumenta, se requiere una valoración por el médico internista quien valora el riesgo y establece el tratamiento. <sup>(31)</sup> En los pacientes que fuman tabaco se debe suspender de 4 a 6 semanas antes del procedimiento, tiempo que permite que se recuperen los mecanismos de transporte mucociliar, que las secreciones puedan disminuir y permitir que los niveles de monóxido de carbono puedan disminuir. Si el paciente presenta asma debe estar controlada antes de la cirugía, existen planes de entrenamiento basados en series de ejercicio que ayudan a mejorar la respiración ideal para los pacientes con enfermedades respiratorias. <sup>(35)</sup>

#### **4.6.2.4 Nefropatía**

Es importante conocer si el paciente presenta insuficiencia renal aguda en caso de presentar la cirugía está contraindicada. En caso de ser paciente con insuficiencia renal crónica si puede programarse para cirugía, la tasa de filtración glomerular es < 30%, aumenta la morbilidad esto se debe a las alteraciones electrolíticas, acidosis metabólica, hipertensión arterial y elevación de los elementos urémicos que aumentan el riesgo de complicaciones. En el caso de los pacientes que consumen alcohol tienden a tener reacciones y cierta tolerancia a los medicamentos utilizados en la anestesia, requiriendo dosis mayores de medicamentos analgésicos en el postoperatorio, aumentando el riesgo del delirium. <sup>(36)</sup>

#### **4.6.3 Profilaxis antitrombótica**

Es un riesgo potencial la formación de un trombo en los vasos sanguíneos, el reposo prolongado o la presencia de lesión endotelial son factores de riesgo que ocasionan lesiones en los vasos pulmonares causando obstrucción. <sup>(32)</sup> La recomendación de prevención son el uso de medias de compresión. <sup>(35)</sup>

#### **4.6.4 Preparación física**

El objetivo de la preparación de la piel, es disminuir la flora transitoria y la inhibición de la flora residente, de esta manera se disminuye el riesgo de infección quirúrgica, estas acciones se llevan a cabo mediante el baño y la asepsia del sitio quirúrgico, el baño debe realizarse con jabón antiséptico haciendo énfasis en las áreas consideradas contaminadas como el ombligo, la zona del perineo, el área de los pliegues inguinales y las axilas, el baño debe realizarse el día anterior o el día de la intervención, se debe especificar el uso del champú. En el caso de realizarse el procedimiento en el área de la cabeza, lo recomendable es realizar dos baños con clorhexidina al 4%. <sup>(32)</sup>

#### **4.6.4 Preparación de la piel**

Las indicaciones son realizar la tricotomía de manera muy escasa, tomando las medidas de precaución para evitar laceraciones, considerados focos de infección. Se debe utilizar una máquina de afeitar eléctrica y los cabezales deben ser desechables, lo indicado es realizarlo dos horas antes y fuera de la sala de quirófano. No se recomienda el uso de cinta adhesiva para la eliminación del vello por el riesgo de provocar microagresiones que son foco para la colonización de las bacterias. Es fundamental educar al paciente para evitar que el realice el proceso de afeitarse. <sup>(32)</sup>

#### **4.6.5 La orientación nutricional**

El objetivo de la educación al paciente quirúrgico es brindarle la información adecuada que permita que el paciente sea consciente de las medidas que debe tomar antes de la cirugía para prevenir el riesgo de asfixia y aspiración. El profesional de enfermería en cuidado quirúrgico realiza una valoración en el preoperatorio de esta manera se evalúa el riesgo del paciente y se crea un plan de manera individualizada de ayuno antes de la cirugía. <sup>(31)</sup> Es importante hacer énfasis en suspender el consumo de alcohol de 4 a 6 semanas antes de la cirugía. <sup>(35)</sup>

#### **4.6.5.1 Ayuno**

En caso de necesitar una preparación especial, las indicaciones estarán en la orden médica. La anestesia general aumenta el riesgo de aspiración bronquial, en los pacientes que necesitan cirugía de urgencia y se desconoce las horas de ayuno. En los niños, es necesario brindar la información adecuada a la familia que permita disminuir el riesgo. El ayuno de dieta de líquidos claros debe ser de 2 horas, la leche materna de 4 horas y en caso de ser fórmula infantil es de 6 horas, si los alimentos son ligeros 6 horas y la dieta normal de 8 horas. <sup>(32)</sup>

#### **4.6.6 Elementos hemáticos**

Se deben solicitar en aquellas cirugías donde el riesgo de sangrado sea potencial, la solicitud debe ser autorizada por el banco de sangre, se deben realizar las pruebas cruzadas al paciente, esto permite tener en reserva los elementos hemáticos que se requieran. <sup>(27)</sup>

#### **4.6.7 Bata y preparación del paciente**

Se debe reemplazar la ropa por una bata a su ingreso a la unidad, se coloca gorro desechable y botas quirúrgicas. Las especificaciones antes de trasladarse a la sala de quirófano son no contar con maquillaje, que permita la valoración de la piel, se retiran prótesis, lentes de contacto y accesorios como piercings y aretes. <sup>(32)</sup>

#### **4.6. 8 Instalación de la vía periférica venosa**

La indicación es instalar un catéter de buen calibre, lo indicado es un calibre mínimo 18, ubicado en el dorso y/o antebrazo, evitando los sitios flexibles, la vía es necesaria para la administración de medicamentos y soluciones. Es importante pesar al paciente ya que las dosis de los medicamentos dependen del peso. <sup>(32)</sup>

#### **4.6. 9 Preparación del intestino grueso**

Cuando la cirugía es programada y se requiere alguna preparación especial para llevarse a cabo se realiza, una preparación mecánica. El objetivo de la preparación es vaciar el intestino, en caso de ser necesario la indicación es del cirujano y las indicaciones se especifican en la orden médica. <sup>(32)</sup>

#### **4.6. 10 Indicadores para la seguridad del paciente**

Los indicadores de seguridad incluyen, la correcta identificación del paciente, el procedimiento quirúrgico y el correcto marcaje del sitio quirúrgico. Se deben corroborar los datos con el expediente clínico, se debe verificar la programación quirúrgica y otros estudios complementarios como las imágenes que permitan la identificación correcta. <sup>(32)</sup>

#### **4.6. 11 Manejo del dolor**

El manejo del dolor después de la cirugía es uno de los temas con más preguntas que surgen al tomar la decisión de realizarse una cirugía, la educación es responsabilidad del equipo quirúrgico conformado por el cirujano, medico de anestesia y enfermera quirúrgica, brindar la educación adecuada permite al paciente y familia sentirse en un ambiente de tranquilidad, sin embargo, es la especialista en cuidado quirúrgico quien brinda asesoramiento preoperatorio, los temas que se abordan son acerca del proceso que se utiliza para evaluar el dolor y cuáles son las principales medidas para aliviar el dolor, así como las dudas sobre el tratamiento farmacológico. <sup>(32)</sup> El objetivo es informar al paciente del dolor postoperatorio, que permita que tanto el, cómo su familia pueda crear expectativas reales del dolor durante 48 horas posteriores al procedimiento quirúrgico, principalmente en el sitio de incisión y a los drenajes. <sup>(32, 36)</sup>

#### **4.6. 12 Educación para el postoperatorio**

Es parte fundamental brindar la educación acerca de los cuidados en la etapa del postoperatorio, ya que de estos depende la recuperación del paciente, se deben enseñar ejercicios de respiración, como minimizar las

molestias al toser, diseñar una rutina de ejercicios activos y pasivos de miembros superiores así como inferiores, se debe educar al paciente y familia sobre los cambios de posición, los beneficios de la deambulaci3n precoz, las medidas que debe tomar al levantarse y c3mo hacerlo, las precauciones que debe tener con el cat3ter y drenajes. Estos cuidados tienen efectos positivos en la recuperaci3n del paciente ya que permite que el paciente participe en su propio autocuidado. <sup>(32)</sup>

#### **4.6. 13 Orientaci3n emocional**

La orientaci3n emocional permite disminuir las emociones negativas acerca del procedimiento quir3rgico. La cirug3a es un evento que impacta la dimensi3n emocional del paciente, que puede generar sentimientos de miedo, temor, angustia, preocupaci3n y ansiedad, la mayor3a de las veces se debe a la falta de experiencia al procedimiento quir3rgico. La ansiedad es un sentimiento que se presenta ante la falta de informaci3n o informaci3n err3nea, principalmente acerca de la cirug3a, del tipo de anestesia y de las posibles complicaciones, el temor a los efectos que causa la anestesia y ante el riesgo de muerte, son principalmente los factores que desencadenan el sentimiento de ansiedad. <sup>(32)</sup>

La principal manera de manifestarse la ansiedad es activando el estado de alerta, aumentando la frecuencia cardiaca, elevando la presi3n arterial, aumentando la rigidez muscular y a trav3s de alteraciones en la frecuencia respiratoria. Los cambios f3sicos incluyen palidez en la piel, sudoraci3n, temblor y cambios en las pupilas como dilataci3n. La noticia de cirug3a como tratamiento, causa una serie de sentimientos asociados a recuerdos propios de experiencias quir3rgicas personales o familiares que inmediatamente activan factores estresantes principalmente, ansiedad, sentimientos de depresi3n que ocasionan que el paciente genere sentimientos negativos hacia la cirug3a. Brindarle educaci3n al paciente permite que el paciente este informado acerca de la cirug3a y en la etapa de recuperaci3n. <sup>(32)</sup>

La espiritualidad es un sentimiento que se presenta en las situaciones de estrés, se ve expresado como algo sobrenatural donde ocurre un dialogo profundo con las creencias, es a través de este sentimiento que los pacientes encuentran esperanza, paz y tranquilidad. Distintos estudios han estudiado la relación que tiene la espiritualidad, la religión y la salud, los resultados se asocian con mejores resultados de salud. Toda persona ante la noticia de cirugía experimenta sentimientos estresantes que intervienen de manera personal, fisiológica, psicológica, así como factores del ambiente. <sup>(32)</sup>

La activación de las emociones es regulada por la capacidad de adaptación a eventos que generan estrés y sentimientos de temor, la correcta educación ayuda al proceso de adaptación a situaciones desconocidas. <sup>(32)</sup>

#### **4.6. 14 Administración de antibiótico profiláctico**

El antibiótico es seleccionado en base a criterios de farmacodinamia, el riesgo de toxicidad y su curva de acción en busca de alcanzar buenas concentraciones plasmáticas en una sola dosis, además de su costo, el medicamento más utilizado son las cefalosporinas ya que se obtienen buenos resultados, la indicación es administrar el medicamento de <sup>(32)</sup> 0 a 60 minutos antes de iniciar la cirugía <sup>(35)</sup> en el paciente programado. Cada institución cuenta con sus propios protocolos, su formulación se ajusta a las condiciones de la población y a los recursos económicos. <sup>(32)</sup> Se debe tener en cuenta la farmacocinética de ciertos antibióticos como la vancomicina, este antibiótico debe administrarse de 60 a 120 minutos antes de la cirugía y el metronidazol debe administrarse de 30 a 60 minutos antes de la cirugía. <sup>(35)</sup>

#### **4.7 Cuidados de la (el) enfermera (o) especialista en cuidado quirúrgico en el transoperatorio**

La atención en el área quirúrgica se brinda bajo indicadores de seguridad, que establece la normatividad de la sala quirúrgica, es responsabilidad de la

(el) enfermera (o) especialista en cuidado quirúrgico, revisar y asegurarse que el equipo electromédico este completo y funcione de manera correcta, debe asegurarse que el material solicitado este completo y estéril. Las funciones en el transoperatorio son preparar la sala; la mesa de operaciones debe estar ubicada en el centro su diseño permite que se pueda adaptar a las condiciones de la cirugía, la iluminación y ventilación son clave, la temperatura debe mantenerse de 18 a 25°C con una humedad <50%, se deben tomar medidas para mantener la normotermia del paciente, la ventilación debe renovarse 25 veces cada hora, esto permite la reducción de la flora microbiana del ambiente y la dilución de los gases utilizados en la anestesia. <sup>(32)</sup>

El equipo quirúrgico se conforma por el médico de anestesia, cirujano, enfermera circulante y enfermera especialista en cuidado quirúrgico todos trabajan en conjunto preparando la sala antes de la cirugía.

En la sala quirúrgica el cuidado se enfoca en brindar las medidas de seguridad, a su ingreso a la sala quirúrgica se realiza la identificación del paciente, se realiza la confirmación de los datos más relevantes, se inicia la monitorización del paciente, se colocan electrodos y se registran las constantes de la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, oximetría de pulso, se realiza la instalación del equipo de capnografía. <sup>(32)</sup>

El proceso de anestesia está bajo la coordinación del médico de anestesia en conjunto con la enfermera circulante, sin embargo, el equipo multidisciplinario brinda apoyo. El tipo de anestesia a realizar, depende del procedimiento a realizar la anestesia puede ser; general, regional o local. La anestesia general, consiste en mantener al paciente inconsciente utilizando medicamentos anestésicos, analgésicos y si la cirugía lo requiere se utilizan relajantes musculares. La anestesia regional, es menos invasiva en esta solo se anestesia una parte del cuerpo y el paciente permanece consciente durante el procedimiento quirúrgico, en medico de anestesia valora si es

necesario la sedación. La anestesia local, es utilizada para zonas muy pequeñas y su efecto es más corto. <sup>(32)</sup>

#### **4.7. 1 Posición quirúrgica**

Es importante posicionar al paciente de manera que se obtenga la mejor visualización del sitio a operar. La posición del paciente depende del procedimiento a realizar, se realiza una evaluación de las condiciones del paciente, principalmente, edad, sexo, talla, peso. Las principales actividades se enfocan a la comodidad del paciente y seguridad de las zonas de presión durante la cirugía. El cuerpo se expone a una determinada presión externa, al mantenerse en cierta posición, esto podría ocasionar bloqueo del flujo sanguíneo si no se cuenta con las medidas de seguridad, si el tiempo es mayor a tres horas, podría llegar a causar lesiones. Las posiciones quirúrgicas más utilizadas son decúbito dorsal, trendelenburg, trendelenburg inverso, litotomía, decúbito prono, decúbito lateral, fowler o semi fowler. <sup>(32, 36)</sup>

#### **4.7. 2 Prevención de lesiones durante el periodo intraoperatorio**

Dependen de factores intrínsecos y extrínsecos; los principales factores intrínsecos son las características de la piel, existe un aumento del riesgo en la vejez, enfermedades; vasculares, diabetes mellitus, displasias; desnutrición. Los factores extrínsecos dependen del procedimiento y de factores del ambiente, principalmente el tiempo de cirugía, la posición durante la cirugía, la humedad. Las lesiones suelen presentarse en el postoperatorio en un periodo de cinco días. <sup>(32)</sup>

#### **4.7. 3 Prevención de infección del sitio quirúrgico**

Es una complicación posterior a la cirugía que retrasa la recuperación quirúrgica y eleva los costos para el sistema de salud. Los cuidados en el intraoperatorio se dirigen a la prevención, los principales factores de riesgo son; una inadecuada técnica antiséptica. Los factores de riesgo en el paciente son; enfermedades crónicas, edad, estado nutricional y consumo de tabaco. <sup>(32)</sup>

#### **4.7. 4 Lavado quirúrgico (Antisepsia de la piel)**

La Organización Mundial de la Salud, recomienda se realice un lavado quirúrgico, de 2 a 5 minutos y se utilicen guantes estériles. Los antisépticos más utilizados son la povidona yodada, sin embargo, esta es inactivada por materia orgánica, otro antiséptico es la clorhexidina, pero su aplicación esta contraindicada en la aurícula y el canal auditivo; además disminuye su acción en mucosas. Se realiza el lavado de la piel bajo los principios de antisepsia. Las gasas o aplicadores, se utilizan solo una vez, con el objetivo de no contaminar el sitio quirúrgico. La duración depende de las indicaciones del fabricante la mayoría indican de 30 a 120 segundos. Si la herida está abierta por algún trauma, se debe utilizar solución salina para irrigar. <sup>(32)</sup>

#### **4.7. 5 Hipotermia**

Se describe hipotermia como temperatura  $<36^{\circ}\text{C}$ , durante el procedimiento quirúrgico, <sup>(32)</sup> la hipotermia se relaciona con el procedimiento de anestesia general ya que ocasiona <sup>(33)</sup> vasoconstricción, elevación del gasto cardiaco y aumento de la carga cardiaca ocasionando isquemia del miocardio, alteraciones del flujo en la circulación visceral y modificación en el metabolismo de los fármacos. <sup>(35)</sup> Existen factores ambientales como la temperatura de la sala quirúrgica, el tiempo de cirugía, las soluciones frías que son administradas durante la cirugía y utilizadas en cavidad abdominal, así como hemorragias. <sup>(32)</sup> Las estrategias que se utilizan para mantener la temperatura del paciente en la sala quirúrgica incluyen el uso de mantas térmicas, colchón térmico, líquidos para infusión calientes, así como las soluciones de irrigación. <sup>(35)</sup>

#### **4.8. Cuidados del profesional de enfermería especialista en cuidado quirúrgico en el postoperatorio**

El periodo postoperatorio, inicia cuando el paciente es trasladado al área de recuperación y termina cuando el paciente recupera su estado de conciencia, así como sus funciones respiratorias y cardiovasculares. La unidad de

recuperación está diseñada para la monitorización y recuperación del proceso de anestesia del paciente. La unidad debe contar con un médico de anestesiología de guardia que valore la evolución del paciente. <sup>(32)</sup>

#### **4.8. 1 El traslado del paciente a la sala de recuperación**

Se realiza la entrega del paciente con los datos más relevantes, iniciando con la identificación del paciente, nombre del procedimiento que se realizó, tipo de anestesia, sucesos importantes durante el procedimiento de anestesiología, medicamentos y soluciones utilizadas, se debe valorar la permeabilidad de la vía aérea e iniciar con la monitorización del paciente. <sup>(32)</sup>

El cuidado en el postoperatorio requiere de conocimientos y habilidades que permitan estabilizar al paciente, las actividades son: vigilancia de la vía aérea, valoración del estado de conciencia, parámetros de signos vitales, inicio de tratamiento farmacológico, valoración del dolor postoperatorio. <sup>(32)</sup>

#### **4.8. 2 Valoración de náuseas y vómitos**

Son síntomas que suelen presentarse hasta en el 50% de los pacientes <sup>(17)</sup> después de la cirugía, sin embargo, su fisiopatología no es clara. Existen factores de riesgo propios del paciente, principalmente la edad del paciente siendo más propensos las personas de edad avanzada, el sexo femenino, ansiedad y la presencia de dolor. Otros factores de riesgo están relacionados con el tipo de procedimiento realizado, principalmente cirugías donde se realizó manipulación gastrointestinal o cirugías donde se realizó estimulación vagal, los fármacos utilizados durante la anestesia, así como opioides. <sup>(33)</sup>

El paciente recibe el alta del servicio de recuperación si ha cumplido los siguientes criterios; la permeabilidad de la vía aérea, SpO<sub>2</sub> 96% o igual a la registrada en el preoperatorio, signos vitales dentro de parámetros normales, el paciente debe estar consciente y orientado, su tratamiento analgésico debe estar iniciado; las náuseas y vómitos deben estar en constante valoración en caso de presentarse se debe administrar tratamiento prescrito. La

herida quirúrgica/sistemas de drenaje/apósitos, deben estar sin datos de sangrado excesivo, el acceso venoso periférico o catéter venoso central debe estar permeable y libre de residuos, las soluciones deben estar etiquetadas de manera correcta. <sup>(32)</sup>

#### **4.8. 3 La movilización temprana**

La movilización temprana es una indicación que se debe iniciar en el postoperatorio, el objetivo es disminuir la morbimortalidad y los días de estancia en el hospital, no iniciar la inmovilización aumenta el riesgo de accidentes tromboembólicos, alteraciones respiratorias <sup>(32)</sup> y alteraciones con la resistencia a la insulina. Algunos factores intervienen de manera negativa en la movilización, principalmente los drenajes, la sonda vesical, el manejo del dolor, terapia intravenosa de manera prolongada, así como la energía del paciente. Se recomienda iniciar la movilización el mismo día de la cirugía en la cirugía electiva. <sup>(35)</sup>

#### **4.8. 4 Inicio de la vía oral**

Iniciar la vía oral dentro de las 24 horas después la cirugía, reduce en gran medida el riesgo de infección y los días de estancia hospitalaria. La recomendación es iniciar si las condiciones del paciente lo permiten, iniciarla de manera temprana no se relaciona con complicaciones en el proceso de cicatrización de anastomosis en cirugías gastrointestinales, tanto superior como inferior. Se debe iniciar con dieta líquida y progresar a sólidos si la condición del paciente lo permite. <sup>(35)</sup>

#### **4.8. 5 Retiro de cateterismo vesical**

Debe retirarse en el postoperatorio, después de iniciar la deambulacion, su objetivo es la monitorización y cuantificación de la diuresis, así como la prevención de la retención urinaria después del procedimiento quirúrgico. Su retiro debe ser lo antes posible con el objetivo de prevenir infecciones en el tracto urinario, así como permitir la movilización temprana del paciente. Solo se realiza excepción en los pacientes de cirugías de pelvis menor, esto se

debe a que el riesgo de retención urinaria es mayor y es necesario que permanezca varios días la sonda vesical. La sonda debe ser colocada en el área de quirófano, ya que el área permite disminuir el riesgo de infecciones en el tracto gastrointestinal. <sup>(35)</sup>

#### **4.9 Cirugía ambulatoria**

La cirugía ambulatoria es aquella cirugía que se realiza el mismo día <sup>(32)</sup> y otorga el alta el mismo día de la cirugía, <sup>(32)</sup> su demanda está en aumento ya que se observa una mayor eficiencia quirúrgica, disminución del costo, movilización y recuperación temprana, generando <sup>(31)</sup> un mayor número de consultorios y la innovación de la tecnología. Actualmente la cirugía ambulatoria representa el >50% de los procedimientos ambulatorios. La planificación de los cuidados es la parte más importante ya que llevara el proceso de recuperación en casa, diversos factores intervienen como limitantes para la comprensión de la información principalmente, los efectos de la anestesia y la reducción del tiempo en el área de recuperación, la educación al paciente es principalmente sobre el manejo del dolor y los cuidados durante el postoperatorio, así como el régimen terapéutico. El papel que desempeña la enfermera en cuidado quirúrgico, es de suma importancia para el proceso de recuperación, debe ir dirigida tanto al paciente como a la familia.

#### **4.10 Cirugía de urgencia**

El tiempo es una limitante en la cirugía de urgencia, la reducción del tiempo no permite que las intervenciones sean programadas, sin embargo, aún se puede optimizar el tiempo durante la preparación del paciente en el área de urgencias, en un periodo de tiempo más corto. Las estrategias en este periodo se enfocan en la identificación del paciente y en la recolección de los datos más importantes.

La cirugía de urgencia es compleja ya que involucra a la cirugía como principal factor estresante, sin embargo, la cirugía es clave para resolver para enfermedad aguda, <sup>(32)</sup> en un lapso de tiempo de 24 a 48 horas. <sup>(22)</sup>

## **V. METODOLOGIA**

### **5.1 Tipo de estudio**

El presente trabajo es una investigación de tipo documental, elaborada en el periodo de marzo a noviembre del 2024.

Se llevó a cabo una revisión bibliografía, utilizando las palabras clave visita preoperatoria”, “perioperatorio”, “cirugía segura”, en las diferentes bases de datos como Google académico, Pubmed, SciELO, repositorio de tesinas de la UASLP, taxonomías NANDA, NIC, NOC, Guías de cuidado, Manuales de enfermería quirúrgica.

La búsqueda abarcó un periodo de 5 años a la fecha, se revisaron documentos en español e inglés, finalmente se realizó una revisión de la literatura, método de investigación que permite generar nuevos conocimientos sobre un determinado tema, a través de una revisión crítica resumiendo los puntos más representativos.

### **5.2 Desarrollo del formato de valoración**

Para la generación del formato de valoración se hizo lo siguiente:

- a) Se seleccionaron y leyeron los artículos científicos y tesinas cuyo contenido incluía listas de verificación utilizadas en la visita preoperatoria.
- b) Se analizó el contenido de las listas de verificación encontradas en los artículos científicos y tesinas y se eligieron aquellos ítems que desde la experiencia profesional de la autora del presenta trabajo, era importante considerar.

- c) Se agregaron nuevos ítems importantes en una visita preoperatoria para obtener una valoración holística.
- d) Se seleccionaron los diagnósticos de enfermería que se consideró era pertinente incluir en el formato según las necesidades generales que pueden ser encontradas en los pacientes que se someterán a cirugía y que eliminarán riesgos en el paciente.
- e) Lo anterior se discutió con la Directora de Tesina para llegar a un consenso.
- f) Se generó un formato con 5 apartados: Datos generales, estado general del paciente, laboratorio, preparación quirúrgica y diagnósticos de enfermería. Este se hizo con el procesador de textos Microsoft Word utilizado para crear y editar, en su versión de Windows 11.

### **5.3 Recursos**

#### **5.3.1 Humanos**

La investigación se llevó a cabo por el estudiante de la especialidad en Enfermería Clínica Avanzada con énfasis Cuidado Quirúrgico, apoyado por su director de tesina durante un periodo de nueve meses comenzando en el mes de marzo con termino en el mes de noviembre del año 2024

#### **5.3.2 Materiales**

Se utilizó una laptop, así como material de papelería, para el desarrollo de la presente tesina e internet.

#### **5.3.3 Monetario**

Los gastos que se generaron durante la investigación fueron financiados por el estudiante y asesor de tesina.

#### **5.3.4 Consideraciones ético/legales**

El presente documento de investigación se clasifica, de acuerdo a las especificaciones del artículo 17° del artículo de la Ley General de salud en las generalidades de investigación para la salud, es clasificada como una

investigación sin riesgo, ya que se emplean técnicas y métodos de investigación documental. <sup>(37)</sup>

## **VI. RESULTADOS**

El formato propuesto incluye 5 apartados y está estructurado para que solo se palomee en los puntos específicos o se llene con el mínimo de letras, por consiguiente, implica optimización de tiempos para el Especialista en Enfermería Quirúrgica.

El primer apartado implica los datos generales, que además de aquellos que permiten identificar al paciente muestran de manera rápida, precisa y amigable:

1. El nivel de conciencia del paciente, lo que ayuda a prevenir complicaciones y asegurar que el paciente esté en condiciones óptimas para la cirugía.
2. El estado de ánimo lo que permite establecer si se requieren intervenciones adicionales, como técnicas de relajación o apoyo emocional para mejorar la experiencia del paciente y contribuir a un mejor resultado postoperatorio.
3. Si tiene o no barreras de comunicación, lo que permite al personal de enfermería implementar estrategias adecuadas, como el uso de intérpretes o materiales visuales, para asegurar que el paciente comprenda completamente el procedimiento y sus implicaciones.

Es así que, contar con un registro preciso facilita el trabajo del Especialista en Enfermería Quirúrgica, reduciendo riesgos en el paciente y permite planificar cuidados específicos.

El segundo apartado habla del estado general del paciente por lo que incluye el registro de signos vitales previo a la cirugía, el padecimiento de alguna comorbilidad y el tratamiento que recibe, lo cual es importante en el registro

porque ayuda a identificar y disminuir riesgos durante la cirugía y después de esta. Se incluye el peso y la talla como dato sobresaliente para el cálculo de dosis de cualquier medicamento, pero en específico de la anestesia. Además, cuenta con un espacio de registro con escala de dolor. Un paciente con dolor no seguirá indicaciones, no podrá colocarse de manera adecuada en la mesa de cirugía, dependiendo del grado del dolor puede caer en choque, en definitiva, la valoración del estado del dolor reduce riesgos debido a que podrá manejarse de manera adecuada al paciente antes de ingresar a cirugía.

El tercer apartado incluye los resultados de laboratorio, importante debido a que nos indica si el paciente está en condiciones de ingresar a cirugía, reduce posibles complicaciones durante la misma, por ejemplo, los resultados de laboratorio pueden indicar al equipo quirúrgico si se requerirán paquetes de sangre completa, plasma, etc., lo cual redundará en la seguridad del paciente.

El cuarto apartado habla de la preparación quirúrgica del paciente, estos puntos tan importantes son los que por lo general se encuentran en un "checklist" preoperatorio y son las medidas básicas que todo paciente debe cumplir a fin de disminuir riesgos en el trans y posoperatorio.

Finalmente, el apartado 5 incluye los diagnósticos de enfermería, los cuales permiten de manera fácil y rápida valorar al paciente y establecer el plan específico de cuidados.



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ FACULTAD DE  
ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN UNIDAD DE POSGRADO E  
INVESTIGACIÓN ESPECIALIZADO EN ENFERMERÍA CLÍNICA  
AVANZADA CON ÉNFASIS EN CUIDADOS QUIRÚRGICO**



**FORMATO PARA LA VISITA PREOPERATORIA**

DATOS GENERALES				
Nombre:	Edad:	Fecha:	Fecha de ingreso:	
Diagnóstico:		Cirugía programada:		
Alergias:				
Nivel de conciencia	Consiente <input type="checkbox"/>	Obnubilado <input type="checkbox"/>	Somnoliento <input type="checkbox"/>	Agitado <input type="checkbox"/>
Estado de ánimo	Tranquilo <input type="checkbox"/>	Nervioso <input type="checkbox"/>	Ansioso <input type="checkbox"/>	Irritable <input type="checkbox"/>
Barrera de comunicación	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Tipo:	

ESTADO GENERAL DEL PACIENTE				
Constantes vitales	T/A _____ mmHg	Fc _____ x'	Fr: _____ x	
	T° _____ °C	SaO2: _____ %		
Enfermedad crónica	<input type="checkbox"/>	DM: <input type="checkbox"/>	HTA <input type="checkbox"/>	IR: <input type="checkbox"/>
Toxicomanía	<input type="checkbox"/>	Tabaco <input type="checkbox"/>	Alcohol <input type="checkbox"/>	Hipotiroidismo: <input type="checkbox"/>
Tratamiento actual	<input type="checkbox"/>	Medicamentos: _____		
Medicamentos:				
Peso:	Talla:	Glicemia capilar:		
Nivel del dolor:	<input type="text"/>	Eva 1 a 10, localización:		

LABORATORIOS					
Hto:	Tp:	TPT:	GB:	Plaquetas:	Glucosa:
Estudios de imagen	RX <input type="checkbox"/>	TAC <input type="checkbox"/>	RM: <input type="checkbox"/>	US: <input type="checkbox"/>	Otro: <input type="checkbox"/>

PREPARACIÓN QUIRÚRGICA					
	Si	No		Si	No
Hora de ayuno			Medidas de higiene prequirúrgica (baño)		
Permeabilidad de la vía periférica			Exento de prótesis, joyas, objetos de metal, esmalte de uñas, uñas postizas		
Sangre en previsión			Consentimiento informado, cirugía, anestesia		
Medias de compresión			Consentimiento transfusión sanguínea		
Tricotomía					
Bata quirúrgica, gorro, botas					
Profilaxis antibiótica:				Hora:	

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA		
<b>Dominio: 5 Percepción/cognición/ Clase: 4 Cognición</b>		
<b>Etiqueta Diagnostica</b> 00126 Conocimientos deficientes Definición: Carencia de información cognitiva relacionada con un tema en específico o su adquisición	<b>Factores relacionados</b> Información inadecuada	<b>Características definitorias</b> Seguimiento incorrecto de las instrucciones, desempeño incorrecto en una prueba, declaraciones inexactas sobre un tema
Objetivos de Resultado	<b>INTERVENCIONES</b>	

Propuesta de un formato con enfoque NANDA, NIC, NOC para realizar la visita preoperatoria

Clase GG: Conocimiento sobre su condición de salud 1814 Conocimiento: procedimiento terapéutico.						(NIC) Dominio: 3 Conductual Clase: S, Educación de los pacientes 5610 Enseñanza: prequirúrgica					
<b>Evaluación</b> Escala	1	2	3	4	5	1. Ningún conocimiento      2. Conocimiento escaso 3. Conocimiento moderado      4. Conocimiento sustancial 5- Conocimiento extenso					
181401 procedimiento terapéutico						Informar al paciente y a la familia de la duración esperada de la operación					
181402 propósito del procedimiento						Evaluar la ansiedad del paciente y de la familia respecto a la cirugía					
181403 pasos del procedimiento						Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y comente inquietudes					
181406 restricciones relacionadas con el procedimiento						Describir las rutinas preoperatorias (anestesia, dieta, preparación intestinal, laboratorios, micción, preparación de la piel, terapia intravenosa, vestimenta, zona de espera para la familia y traslado a quirófano)					
181410 posibles efectos indeseables						Describir la medicación preoperatoria, los efectos de la misma en el paciente y el fundamento de ello					
						Describir las rutinas/equipos postoperatorios (medicamentos, tratamientos respiratorios, catéteres, maquinas, medias de compresión, vendajes quirúrgicos, deambulación, dieta y visitas de familiares)					
						Destacar la importancia de la deambulación precoz y los cuidados pulmonares					
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</b>											
<b>Dominio: 9 Afrontamiento/tolerancia al estrés/ Clase: 2 Respuestas de Afrontamiento</b>											
<b>Etiqueta Diagnóstica</b> 00146 Ansiedad Definición: Respuesta emocional a una amenaza difusa en la que el individuo anticipa un peligro inminente inespecífico, una catástrofe o una desgracia						<b>Factores relacionados</b> Situación desconocida			<b>Características definitorias</b> Expresa ansiedad por los cambios en los eventos de la vida, incremento de la presión arterial, incremento de la frecuencia cardíaca		
Dominio: 3 Salud psicosocial Clase: O Autocontrol 1402 Autocontrol de la ansiedad						<b>INTERVENCIONES</b> (NIC) Dominio: 3 Conductual Clase: T, Fomento de la comodidad psicológica 5820 Disminución de la ansiedad					
<b>Evaluación</b> Escala	1	2	3	4	5	1. Nunca demostrado      2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado      4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado					
140202 elimina precursores de ansiedad						Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento					
140205 planea estrategias para superar situaciones estresantes						Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico					
140207 utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad						Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo					
140211 conserva las relaciones sociales						Crear un ambiente que facilite la confianza					
140220 obtiene información para reducir la ansiedad						Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación					
140222 comparte preocupaciones con otros											
<b>DM:</b> Diabetes Mellitus <b>HTA:</b> Hipertensión Arterial <b>IR:</b> Insuficiencia renal <b>Hto:</b> Hematocrito <b>Tp:</b> Tiempo de protombina <b>TPT:</b> Tiempo de tromboplastina parcial <b>Rx:</b> Radiografía <b>TAC:</b> Tomografía axial computarizada <b>RM:</b> Resonancia magnética <b>US:</b> Ultrasonido											

**Figura 1.** Formato de valoración estructurado con base en los enfoques NANDA, NIC, NOC para realizar la visita preoperatoria.

## 5 CONCLUSIONES

La propuesta de un formato como instrumento de verificación preoperatoria es un diseño creado para implementar mejoras en la práctica perioperatoria. Permite observar diferentes y posibles respuestas fisiológicas, sociales y psicológicas del paciente al ser sometido a un procedimiento quirúrgico, el objetivo es identificar aquellos factores pronósticos quirúrgicos, que pueden ser modificados en la etapa del preoperatorio por la (el) especialista en cuidado quirúrgico.

El desarrollo de propuestas innovadoras permite que la (el) especialista en cuidado quirúrgico, desarrolle competencias como su principal herramienta en la práctica perioperatoria, ya que es en un proceso complejo donde el paciente pasa del preoperatorio al postoperatorio, y requiere cuidados especializados. Es importante que la formación del especialista se desarrolle bajo las competencias de Práctica Clínica Avanzada Perioperatoria; así como la incorporación de la visita en la dinámica del proceso.

Contar con instrumentos de verificación permite optimizar el tiempo para planear los cuidados en la etapa del preoperatorio y los resultados en el postoperatorio, los cuidados se centran en la atención individualizada, holística y humanizada en el paciente y cuidadores principales.

La visita preoperatoria es una consulta especializada que promueve la educación quirúrgica, liderada por la (el) especialista en cuidado quirúrgico, capaz de autogestionar recursos y tiempo utilizando herramientas de manera estandarizada basadas en la evidencia científica promoviendo la integración de estas estrategias a los sistemas de salud como principal medida de seguridad y calidad en el proceso perioperatorio.

## 6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Blomberg AC, Lindwall L, Bisholt B. Operating theatre nurses with managerial responsibility: Self-reported clinical competence and need of competence development in perioperative nursing. *Nurs Open*. [Internet]. 2022 [cited 2024 Ago 01];9(1):692-704. Available from: <https://doi.org/10.1002/nop2.1120>
2. Vogelsang AC, Swenne CL, Gustafsson BÅ, Falk BK. Operating theatre nurse specialist competence to ensure patient safety in the operating theatre: A discursive paper. *Nurs Open*. [Internet]. 2019 [cited 2024 Ago 02];7(2):495-502. Available from: <https://doi.org/10.1002/nop2.424>
3. Redondo D, Cortés C, Parrales M. Perioperative Nursing Role in Robotic Surgery: An Integrative Review. *J Perianesth Nurs*. [Internet]. 2023 [cited 2024 Ago 04];38(4):636-641. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2022.11.001>
4. López E, Arroyo JY, Zamora AA, Montalvo GA. La implementación de la lista de verificación para una cirugía segura y su impacto en la morbimortalidad. *Cir. gen* [Internet]. 2020 [citado 19 Oct 2024]; 38(1): 12-18. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-00992016000100012&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992016000100012&lng=es).
5. Ramos A, De Antón R, Guidi E, Delor S, Lupica L, Fraiz V, et al. Implementación del listado de verificación preoperatorio de enfermería para cirugía segura. *JONNPR*. 2020;5(8):792-805. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/jonnpr/v5n8/2529-850X-jonnpr-5-08-792.pdf>
6. Nasir L. The Checklist Manifesto: How to Get Things Right. *London Journal of Primary Care*. [Internet] 2010 [cited 2024 Oct 19] 3(2):124. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3960713/>

7. Fernández E, Fernández E, García M, Guerra C, Iglesias R, García SN, et al. Indicators and predictors modifiable by the nursing department during the preoperative period: A scoping review. *J Clin Nurs*. [Internet] 2023 [cited 2024 Oct 21]; ;32(11-12):2339-2360. Available from: <https://doi.org/10.1111/jocn.16287>
8. Peñataro E, Rodríguez E, Llaudadó M, Gómez N, Llorens R, Díaz JL. Development and Validation of a Questionnaire of the Perioperative Nursing Competencies in Patient Safety. *Int J Environ Res Public Health*. [Internet]. 2022 [cited 2024 Oct 24]; 23;19(5):2584. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph19052584>
9. Silva HA, Conde BC, Martinasso PF, Maltempi RP, Jacon JC. Safe surgery: analysis of physicians' adherence to protocols, and its potential impact on patient safety. *Rev Col Bras Cir*. [Internet] 2020 [cited 2024 Oct 25]; 12;47: e20202429. Available from: <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20202429>
10. Bulechek M, McCloskey J. Nursing interventions classification (NIC). Elsevier. MEDINFO, [Internet]1995 [cited 2024 Oct 25];8 Pt 2:1368. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8591448/>
11. Rodríguez C, González H, Hernández-De Luis MN, Fernández-Gutiérrez DÁ, Martínez-Alberto CE, Brito-Brito PR. Effectiveness of a Standardized Nursing Process Using NANDA International, Nursing Interventions Classification and Nursing Outcome Classification Terminologies: A Systematic Review. *Healthcare (Basel)*. 2023 Sep 1;11(17):2449. doi: 10.3390/healthcare11172449. PMID: 37685482; PMCID: PMC10487812.
12. Cooper J, Courtney H, Fitzgerald M. Key influences identified by first year undergraduate nursing students as impacting on the quality of clinical placement: A qualitative study. *Nurse Educ Today*. [Internet] 2015 [cited 2024 Oct 25];35(9):1004-8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.03.009>

13. Reyes H, Dreser A, Arredondo A, Bautista S, Ávila L. Análisis y reflexiones sobre la iniciativa de reforma a la Ley General de Salud de México 2019. Salud Pública de Méx. [Internet] 2020 [citado 26 Oct 2024]; 61 (5) Disponible en: <https://doi.org/10.21149/10894>
14. Secretaria de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. [Internet]. CDMX: Diario Oficial de la Federación, 22 de julio 2010 [citado 28 Oct 2024] Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/VIH/Leyes%20y%20normas%20y%20reglamentos/Norma%20Oficial%20Mexicana/NOM-016-SSA3-2012.pdf>
15. Secretaria de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. [Internet]. CDMX: Diario Oficial de la Federación, 02 de septiembre 2013, [citado 28 Oct 2024]; Disponible en: <http://sidof.segob.gob.mx/notas/5312523>
16. Secretaria de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico [Internet]. CDMX: Diario Oficial de la Federación, 15 de octubre 2012, [citado 28 Oct 2024]; Disponible en: <http://sidof.segob.gob.mx/notas/5272787>
17. Secretaria de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo. [Internet]. CDMX: Diario Oficial de la Federación, 17 de febrero 2003, [citado 28 Oct 2024]; Disponible en: <http://sidof.segob.gob.mx/notas/704675>
18. Joaniquina A. Conocimiento del personal de enfermería sobre la lista de verificación de cirugía segura en el servicio de quirófano del

Hospital Luis Uría de la Oliva CNS durante el cuarto trimestre. [Tesis doctoral]. Bolivia. Universidad Mayor de San Andrés; 2021.

19. Kymre IG, PhD LU, Pedersen MK, Ingstad K, Pedersen PU. Development and validation of the perioperative care and user participation (POUP) questionnaire. Scand J Caring Sci. [Internet] 2023 [cited 2024 Oct 27] Mar;37(1):141-152. Available from: <https://doi.org/10.1111/scs.13119>
20. Harrison TG, Ronksley PE, James MT, Brindle ME, Ruzycki SM, Graham MM, et al. The Perioperative Surgical Home, Enhanced Recovery After Surgery and how integration of these models may improve care for medically complex patients. Can J Surg. [Internet] 2021 [cited 2024 Oct 29] 23;64(4): E381-E390. Available from: <https://doi.org/10.1111/scs.13119>
21. Samaniego ME, Quiroz AG, González JI, Cedeño AO. Gestión Integral del paciente quirúrgico: optimización preoperatoria y cuidados postoperatorios en cirugía general. Dom Cien [Internet]. 2024 [citado 12 Nov 2024];10(1):940-51. Disponible en: <https://doi.org/10.23857/dc.v10i1.3754>
22. De León LM. Diseño y propuesta del plan de estudios de la maestría en ciencias de Enfermería perioperatoria en una Universidad de la provincia de Chiriquí, República de Panamá. [ Maestría profesional]. Panamá. Universidad de la provincia de Chiriquí; 2021
23. Rodríguez CA, González H, Hernández MN, Fernández DÁ, Martínez CE, Brito PR. Effectiveness of a Standardized Nursing Process Using NANDA International, Nursing Interventions Classification and Nursing Outcome Classification Terminologies: A Systematic Review. Healthcare (Basel). [Internet] 2023. [cited 2024 Nov 13];11(17):2449. Available from: <https://doi.org/10.3390/healthcare11172449>
24. Hiriartt V. Proceso Enfermero NIC para la prevención de infección en sitio quirúrgico para pacientes hospitalizados sometidos a cirugía de

- urgencia en tracto gastrointestinal. [Tesina]. San Luis Potosí. Universidad Autónoma de San Luis Potosí; 2021.
25. Hernández S. Proceso Cuidado Enfermero en paciente adulto con Deterioro de la integridad tisular relacionado con exposición a temperaturas extremas. (Quemaduras). [Tesina]. San Luis Potosí. Universidad Autónoma; 2023.
26. Fritzen A, Santos PD, Rocha SD, Jost MT, Caregnato CA, Linch DC. Implementation of transoperative and immediate postoperative nursing diagnoses in the computerized management system. Rev Esc Enferm USP. [Internet] 2023. [cited 2024 Nov 15] 14;57: e20220123. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0123en>
27. Büyükyılmaz F, Çulha Y, Coşkun S, Cengiz D. Evaluation of clinical oral care outcomes according to nursing outcomes classification. Int J Nurs Knowl. [Internet] 2024. [cited 2024 Nov 15];35(2):170-176. Available from: <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12427>
28. Othman EH, Shatnawi F, Alrajabi O, Alshraideh JA. Reporting Nursing Interventions Classification and Nursing Outcomes Classification in Nursing Research: A Systematic Review. Int J Nurs Knowl. [Internet] 2020. [cited 2024 Nov 15];31(1):19-36. Available from: <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12265>
29. Puente M. Plan de cuidados estandarizado del postoperatorio a paciente con mastectomía radical. [Tesina]. San Luis Potosí. Universidad Autónoma; 2021.
30. Jiménez GM, Navarro EF. Plan de Cuidados a usuarios en etapa preoperatoria en un Hospital Privado. [Tesis de maestría]. Costa Rica. Universidad de Costa Rica; 2021.
31. Salazar ÁM. Nursing Care during the Perioperative within the Surgical Context. Invest Educ Enferm. [Internet]. 2022 [cited 2024 Nov 02];40(2). Available from: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v40n2e02>

32. Ceresoli M, Braga M, Zanini N, Abu-Zidan FM, Parini D, Langer T, et al. Enhanced perioperative care in emergency general surgery: the WSES position paper. *World J Emerg Surg.* [Internet] 2023 [cited 2024 Nov 03];18(1):47. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13017-023-00519-2>
33. Akyüz E, Bulut H, Karadağ M. Surgical nurses' knowledge and practices about informed consent. *Nurs Ethics.* [Internet] 2019 [cited 2024 Nov 04];26(7-8):2172-2184. Available from: <https://doi.org/10.1177/0969733018810767>
34. Klek S, Rymarowicz J, Sobocki J, Banasiewicz T, Pędziwiatr M, Dzik A, et al. Recommendations for modern perioperative care for elective surgery: consensus of panel of experts. *Pol Przegl Chir.* [Internet] 2023 [cited 2024 Nov 05];95(4):1-5. Available from: <https://doi.org/10.5604/01.3001.0016.2732>
35. Li Z, Liang H, Guo S, Guo N. Research Progress in Precision Nursing for Enhanced Recovery After Surgery. *Sichuan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban.* [Internet] 2023 [cited 2024 Nov 08];54(4):717-720. Available from: <https://doi.org/10.12182/20230760502>
36. Nallani R, Fox CC, Sykes KJ, Surprise JK, Fox CE, Reschke AD, et al. Pain Management and Education for Ambulatory Surgery: A Qualitative Study of Perioperative Nurses. *J Surg Res.* [Internet] 2021 [cited 2024 Nov 09]; 260:419-427. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jss.2020.11.001>
37. Decreto por el que se adicionan los artículos 17 bis, 17 bis 1, 17 bis 2, y se reforman los artículos 313, fracción I y 340, a la Ley General de Salud. *Diario Oficial de la Federación*, 12 Nov 2024.