

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE ENFERMERIA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



TESIS

**CUIDADO DE ENFERMERIA EN EL PREOPERATORIO Y RECUPERACION
POSTOPERATORIO DE PACIENTES DE COLELITIASIS DEL HOSPITAL
ANTONIO LORENA DEL CUSCO 2024**

PRESENTADO POR:

Br. YENY MARLENI MACHACA TINTAYA

Br. SONIA YRAIDE CASTRO VILCA

**PARA OPTAR AL TITULO PROFESIONAL
DE LICENCIADA EN ENFERMERIA**

ASESOR:

Mgt. JOSE MIGUEL ALIAGA APAZA

CUSCO - PERU

2025



Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

INFORME DE SIMILITUD

(Aprobado por Resolución Nro.CU-321-2025-UNSAAC)

El que suscribe, el Asesor JOSE MIGUEL ALIAGA APAZA
..... quien aplica el software de detección de similitud al
trabajo de investigación/tesis titulada: "CUIDADO EN ENFERMERIA EN EL
PREOPERATORIO Y RECUPERACION POSTOPERATORIO DE PACIENTES DE
COLELITIASIS DEL HOSPITAL ANTONIO LOPEÑA DEL CUSCO 2024"

Presentado por: YENY MARLENI MACHACA TINTAYA..... DNI N° 45606291;
presentado por: SONIA YRAIDE CASTRO VILCA..... DNI N°: 46468484
Para optar el título Profesional/Grado Académico de LICENCIADA DE ENFERMERIA

Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por 2 veces, mediante el
Software de Similitud, conforme al Art. 6° del **Reglamento para Uso del Sistema Detección de
Similitud en la UNSAAC** y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de 5 %.

Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No sobrepasa el porcentaje aceptado de similitud.	X
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las subsanaciones.	
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, conforme al reglamento, quien a su vez eleva el informe al Vicerrectorado de Investigación para que tome las acciones correspondientes; Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	

Por tanto, en mi condición de Asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y adjunto las primeras páginas del reporte del Sistema de Detección de Similitud.

Cusco, 07 de OCTUBRE..... de 2025.....

Firma

Post firma: JOSE MIGUEL ALIAGA APAZA

Nro. de DNI 01990500

ORCID del Asesor 0000 - 0002 - 4867 - 2119

Se adjunta:

- Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
- Enlace del Reporte Generado por el Sistema de Detección de Similitud: oid: 27259:509213520

Yeny Marleni Machaca Tintaya Sonia Yraide Castro ...

CUIDADO DE ENFERMERIA EN EL PREOPERATORIO Y RECUPERACION POSTOPERATORIO DE PACIENTES DE COLEL...



Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco

Detalles del documento

Identificador de la entrega

tmi:oid::27259:509213520

101 páginas

Fecha de entrega

7 oct 2025, 11:54 a.m. GMT-5

24.227 palabras

142.946 caracteres

Fecha de descarga

7 oct 2025, 12:03 p.m. GMT-5

Nombre del archivo

17 DE SEPTIEMBRE arreglado.docx

Tamaño del archivo

802.2 KB

5% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Coincidencias menores (menos de 20 palabras)

Fuentes principales

- 4%  Fuentes de Internet
- 0%  Publicaciones
- 1%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Marcas de integridad

N.º de alerta de integridad para revisión

-  **Texto oculto**
1 caracteres sospechosos en N.º de página

2.2.1.1.1. Indicadores de la dimensión interpersonal

- Oportunidad de interacción.

El nivel de interacción entre el profesional de enfermería y la persona atendida marca la distinción entre una atención centrada en la humanidad y otra meramente técnica; por ello, un vínculo interpersonal El texto es alterado para mezclarse con el fondo blanco del documento.

PRESENTACIÓN

**SEÑOR RECTOR DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO
ABAD DEL CUSCO**

SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA.

En cumplimiento del Reglamento de Grados y títulos de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco, con el fin de optar el título profesional de Licenciadas en Enfermería y en cumplimiento del mismo, ponemos en consideración la siguiente tesis:” **CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL PREOPERATORIO Y RECUPERACIÓN POSTOPERATORIO DE PACIENTES DE COLELITIASIS DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO 2024**”.

Esperando que los resultados sirvan como un aporte a la comunidad científica de la Escuela Profesional, a la institución involucrada y a la sociedad en general.

Atentamente:

Br. Machaca Tintaya Yeny Marleni

Br. Castro Vilca Sonia Yraide

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios Todopoderoso por ser nuestra guía y fortaleza en cada paso de este camino, por darnos vida, salud y la oportunidad de aprender; por iluminar nuestra mente en los momentos de duda y darnos paz en los momentos de dificultad.

Agradecemos a la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco, a la Facultad de Enfermería y todo el cuerpo académico quienes fueron nuestros orientadores y han sido un pilar importante para el cumplimiento de nuestras metas y logros académicos.

A nuestro asesor Mg. José Miguel Apaza Aliaga, por su orientación constante, paciencia y dedicación durante el desarrollo de este trabajo de investigación. Sus consejos, observaciones y aportes fueron fundamentales para alcanzar los objetivos propuestos.

A la Mg. Blanca Espinoza Diaz y a la Dra. Rosa María Javier Ramos, expresamos nuestro sincero agradecimiento, quienes, con su conocimiento, dedicación y compromiso, enriquecieron este trabajo de investigación. Sus observaciones, sugerencias y correcciones no solo mejoraron la calidad de la investigación, sino que también contribuyeron a nuestro crecimiento personal y profesional.

Al Hospital Antonio Lorena del Cusco y al servicio de Cirugía por habernos brindado las facilidades para poder realizar este trabajo de investigación.

A los pacientes del servicio de cirugía quienes brindaron su consentimiento y participaron en la entrevista para la realización de este estudio.

DEDICATORIA

A mi mami Sabina y papi Hermógenes, cuyo apoyo inquebrantable cariño constante y enseñanzas han sido cada etapa de este recorrido.

Esta tesis representa el fruto de sus esfuerzos tanto como los míos

A mis hermanos: Libia, Marisol, Luis por su constante apoyo, por animarme con su confianza y por caminar a mi lado en cada paso de este proceso. Su presencia ha sido un impulso invaluable

A mis queridos sobrinos, Diego Joaquín y Amira Luciana por ser mi fuente constante de alegría, motivación y ternura. Sus sonrisas me recordaron cada día que los sueños se alcanzan con esfuerzo y amor.

A mis amigos, Estelita, Bruno, Gustavo y Greta por su compañía incondicional, palabras de aliento y apoyo sincero en cada etapa de este camino. Gracias por creer en mí incluso en los momentos más difíciles.

Br. Machaca Tintaya Yeny Marleni

DEDICATORIA

A mi papá Ely y a mi mamá Elizabet por educarme y hacer de mí la persona que soy, por dirigir cada uno de mis pasos y apoyarme incondicionalmente.

A mis hermanos por siempre estar a mi lado y apoyarme en cada etapa de mi vida.

A mis hijos Jonathan y Hannah, gracias por ser el motor y motivo de que yo pueda seguir adelante y de querer superarme cada día más, a mi esposo por ser mi apoyo y respaldo en todo momento.

Br. Castro Vilca Sonia Yraide

ÍNDICE

	Pág.
PRESENTACIÓN	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN.....	xi
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1. Caracterización problemática	1
1.2. Formulación Del Problema.....	4
1.2.1. Problema General.....	4
1.2.2. Problemas Específicos.....	4
1.3. Formulación de objetivos	4
1.2.1. Objetivo General.....	4
1.2.2. Objetivos Específicos.....	4
1.4. Hipótesis	5
1.4.1. Hipótesis general.....	5
1.4.2. Hipótesis específicas	5
1.5. Variable de estudio	6
1.6. Justificación.....	6
1.7. Área de estudio.....	7
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	8
2.1. Antecedentes de la Investigación.....	8
2.1.1. Antecedentes a nivel Internacional	8
2.1.2. Antecedentes a nivel Nacional	10

2.1.3. Antecedentes a nivel Local.....	12
2.2. Bases teóricas.....	13
2.2.1 Teorías de enfermería	13
2.2.2. Cuidados preoperatorios.....	18
2.3. Definición De Términos Básicos.....	
CAPÍTULO III METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	44
3.1. Tipo, nivel y diseño de estudio	44
3.2. Unidad de análisis.....	44
3.3. Población de estudio y muestra	44
3.3.1. Población.....	44
3.3.2. Muestra	45
3.4. Tipo de muestreo	45
3.5 Técnicas e Instrumentos de la investigación	46
3.5.1. Técnica.....	46
3.5.2. Instrumento.....	46
3.6. Validez y confiabilidad del instrumento.....	48
3.7. Procedimiento de recolección de datos.....	48
3.8. Procesamiento de la información y análisis de datos	49
3.9. Operacionalización de variables.....	50
CAPÍTULO IV RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	53
CONCLUSIONES	71
SUGERENCIAS.....	72
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Datos sociodemográficos en postoperados de coleditiasis	65
Tabla 2. Relación entre la ética del preoperatorio y la recuperación postoperatoria	70
Tabla 3. Relación entre la dimensión científica-clínica y la recuperación postoperatoria	75
Tabla 4. Relación entre la dimensión interpersonal y la recuperación postoperatoria	78
Tabla 5. Relación entre la dimensión perceptiva y la recuperación postoperatoria	80
Tabla 6. Relación entre los cuidados de enfermería y la recuperación postoperatoria	

RESUMEN

La presente investigación “Cuidado de enfermería en el preoperatorio y recuperación postoperatoria de pacientes de colelitiasis del hospital Antonio Lorena del Cusco 2024”. Objetivo: Determinar la relación del cuidado de enfermería en el preoperatorio y recuperación postoperatoria de pacientes de colelitiasis del hospital Antonio Lorena del Cusco 2024. Metodología: Se realizó una investigación no experimental, correlacional, cuantitativa y descriptiva. La información se recolectó mediante un cuestionario para determinar la relación del cuidado de enfermería sobre el preoperatorio en la recuperación postoperatoria. Resultados: La mayor parte pertenecía al género femenino (71.1%), estado civil con un (47.4%), el nivel secundario con (39.5%), ocupación con un (39.5%). Los cuidados preoperatorios adecuados con una recuperación moderada con un (76.3%) con (Chi-cuadrado = 0.043). En relación con las dimensiones evaluadas, la ética adecuada se asocia principalmente con una recuperación postoperatoria moderada (78.9%), no se encontró relación significativa (Chi-cuadrado = 0.776). Además, la dimensión interpersonal adecuada tuvo un 44.7% con recuperación moderada, no se encontró relación con un (Chi-cuadrado = 0.705). En contraste, la dimensión científica-clínica presentó valoración inadecuada (65.8%) con recuperación moderada, pero con relación significativa (Chi-cuadrado = 0.037). Lo mismo ocurrió con la dimensión perceptiva con (75.0%) y recuperación moderada, no se halló asociación significativa (Chi-cuadrado = 0.177). Conclusiones: Se determinó que existe relación significativa entre los cuidados de enfermería preoperatorios con la recuperación postoperatoria de pacientes de colelitiasis del Hospital Antonio Lorena.

Palabras clave: Cuidado de enfermería, Preoperatorio, Recuperación postoperatoria, Colelitiasis.

ABSTRACT

The present research, titled “Nursing care in the preoperative and postoperative recovery of patients with cholelithiasis at the Antonio Lorena Hospital in Cusco 2024” aimed to determine the influence of nursing care during the preoperative period on postoperative recovery in patients diagnosed with cholelithiasis in the Surgery Department at Antonio Lorena Hospital.

Methodology: A non-experimental, correlational, quantitative, and descriptive study was conducted on a sample of 76 patients selected according to inclusion and exclusion criteria. Data were collected using a questionnaire to determine the relationship between preoperative nursing care and postoperative recovery.

Results: Most participants were women (71.1%), followed by the 46-60 age group (23.7%). Regarding marital status, cohabiting individuals predominated (47.4%), and in terms of education, the secondary level was most frequent (39.5%). Concerning occupation, most were self-employed workers (39.5%). Adequate preoperative care was also largely linked to moderate recovery (76.3%), with a significant association with postoperative outcomes (Chi-squared= 0.043). In relation to the dimensions evaluated, it was observed that adequate ethics is mainly associated with moderate postoperative recovery (78.9%), showing a statistically significant relationship (Chi-squared= 0.776). Similarly, an adequate interpersonal dimension was related to moderate recovery in 44.7% of cases, also with statistical significance (Chi-squared= 0.705). In contrast, the scientific-clinical dimension was mostly rated inadequate (65.8%) with moderate recovery, but without statistical significance (Chi-squared= 0.037). The same was observed for the perceptive dimension, which, although predominantly adequate (75.0%) with moderate recovery, showed no statistically significant association (Chi-squared= 0.177).

Conclusions: It was determined that there is a statistically significant influence of preoperative nursing care on postoperative recovery in patients diagnosed with cholelithiasis in the Surgery Department at Antonio Lorena Hospital.

Keywords: Nursing care, Preoperative, Postoperative recovery, Cholelithiasis.

INTRODUCCIÓN

La colelitiasis es la solidificación de bilis en la vesícula biliar, gran parte de la población adulta la padece, sobre todo las mujeres. Entre sus complicaciones está el bloqueo de la salida de la bilis, colecistitis aguda, hasta pancreatitis, en las que se requiere actuación quirúrgica, es por ello que la atención perioperatoria es crucial para el paciente, ya que reduce riesgos y mejora los resultados, siendo los profesionales de la enfermería los llamados en esta fase de recuperación (1).

El trabajo de los enfermeros en la fase preoperatoria involucra conocer distintos aspectos físicos y psicológicos que afectan el mejoramiento adecuado del paciente en la etapa postoperatoria. Todo este accionar está direccionado a minimizar complicaciones y aparición de infecciones, para lograr tal fin los procedimientos deben estar protocolizados, en un ambiente de fluida comunicación con todo el personal de salud, brindando una atención integral al paciente (2).

A pesar de los avances en las técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la colelitiasis, muchos pacientes continúan presentando complicaciones posoperatorias y una recuperación prolongada, lo cual puede estar relacionado con deficiencias en los cuidados de enfermería brindados durante la etapa preoperatoria y posoperatoria (3).

En muchos centros de salud, no se cuenta con protocolos estandarizados de atención de enfermería específicos para esta patología, lo que podría afectar la educación del paciente, la preparación quirúrgica, la prevención de complicaciones y la adherencia al tratamiento postquirúrgico. Esta situación genera interrogantes sobre la efectividad, calidad y continuidad de los cuidados de enfermería en estas etapas críticas del proceso quirúrgico (4).

Cuyo objetivo es “Determinar la relación del cuidado de enfermería en el preoperatorio y recuperación postoperatoria de pacientes de colelitiasis en el servicio de cirugía en el Hospital Antonio Lorena del Cusco 2024”

La estructura del trabajo de investigación considera:

CAPÍTULO I: Muestra el planteamiento y formulación del problema, objetivos, hipótesis, variables de estudio, justificación y área de estudio.

CAPITULO II: Describe las bases teóricas y terminología que sustentan el estudio.

CAPITULO III: Muestra la metodología, tipo de estudio, población, muestra, el muestreo usado tipo, operacionalización de variables, la técnica e instrumentos, validez, confiabilidad, recolección de datos y su análisis respectivo.

CAPÍTULO IV: Este capítulo contiene los resultados obtenidos, seguidos de la discusión en la cual se realizó una comparación con las investigaciones previas, posteriormente se determinaron las conclusiones, sugerencias del estudio, referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Caracterización problemática

El cuidado de enfermería en el preoperatorio consiste en intervenciones y evaluaciones realizadas antes de una cirugía para preparar al paciente y minimizar los riesgos asociados al procedimiento quirúrgico. Esto incluye la evaluación de riesgos preoperatorios, la educación del paciente, la optimización médica, y en algunos casos la rehabilitación (1). En tanto, la recuperación postoperatoria es un proceso que implica el retorno del paciente a su estado de normalidad y bienestar tras la cirugía. Este proceso es complejo y requiere energía, ya que el paciente debe recuperar el control sobre sus funciones físicas, psicológicas, sociales y habituales (2).

La colelitiasis es una patología muy frecuente en la vesícula biliar, teniendo la colecistectomía como principal tratamiento quirúrgico, teniendo una tasa de complicaciones postoperatorias del 8.0% y una mortalidad del 0.4% (3). En distintos estudios se menciona que los cuidados preoperatorios pueden reducir el estrés, el dolor y la ansiedad postoperatorios. Además, la falta de personal de enfermería y el cuidado omitido están asociados con una cicatrización retardada, tiempo más prolongado de recuperación e incluso incremento de la mortalidad postoperatoria (4).

Se presenta una frecuencia del 15 %, y entre el 21 % de los casos se identificará litiasis en el conducto biliar común durante la colecistectomía, existiendo un 50 % de posibilidad de desarrollar eventos adversos relacionados (5). En Colombia, la colelitiasis, tiene una prevalencia de 14.3%, con mayor incidencia en mujeres (relación 3:1 frente a los hombres), al menos 25% de las mujeres y 20% de los hombres desarrollarán cálculos biliares en algún momento de su vida y el tratamiento quirúrgico de elección es la colecistectomía laparoscópica con 87.64% de los casos (6). Los cuidados preoperatorios de enfermería y la recuperación posoperatoria enfrentan desafíos significativos debido a la fragmentación de los servicios de salud, la insuficiencia de recursos humanos y estructurales, los altos costos indirectos para los pacientes, las bajas expectativas sobre la calidad de atención, las limitaciones en el manejo del dolor postoperatorio y las dificultades

para implementar programas como la Recuperación Mejorada Después de la Cirugía (ERAS) (5).

Una investigación llevada a cabo en el Hospital Nacional arzobispo Loayza mostró que, de un total de 1768 intervenciones de colecistectomía, el 55,17 % fueron resueltas mediante técnica laparoscópica, mientras que el 44,82 % fueron convertidas a procedimiento quirúrgico abierto. Asimismo, en otro análisis realizado en el Hospital Nacional Ramiro Prialé de Huancayo, se observó que, en una muestra de 157 personas con diagnóstico de inflamación aguda de la vesícula biliar, el 54,7 % fueron intervenidas por laparoscopia y el 45,3 % mediante cirugía tradicional (6)

En personas de edad avanzada, aproximadamente el 90 % de los casos se debe a la presencia de cálculos en la vesícula, mientras que solo entre un 2 % y un 15 % corresponde a formas sin litiasis. En los Estados Unidos, se calcula que el 10 % de los habitantes padece de piedras en la vesícula; en América Latina, la proporción es del 11 %, y en el Perú, la formación de cálculos biliares se encuentra en un 20 % de la población adulta, siendo más frecuente en mujeres. No obstante, esta condición puede presentarse con mayor severidad en varones, lo cual implica un incremento en la probabilidad de desarrollar complicaciones posteriores a la cirugía. (7). Según el MINSA (2019), la colelitiasis y colecistitis se presentan como la tercera causa de morbilidad y hospitalización en los últimos 14 años con un 4,75 % por 1000 habitantes (8).

En relación a la prevalencia de colelitiasis entre el 4% y el 10% en hombres, y entre el 18% y el 20% en mujeres, siendo significativamente más alta en mujeres que en hombres. (9). La realización de los cuidados preoperatorios se ven limitados en entornos con recursos limitados, como Perú, donde la atención quirúrgica se ve afectada por largos tiempos de espera, una organización deficiente en la programación y admisión de pacientes, y la escasez de camas, lo que interrumpe los servicios quirúrgicos y dificulta la recuperación óptima de los pacientes; aunque se han implementado estrategias para reducir estos problemas, como la optimización de procesos organizativos y mejoras en los tiempos desde la admisión hasta el alta, persiste la necesidad de fortalecer la gestión de recursos(10).

Se enfrentan distintos desafíos caracterizados por limitaciones como la infraestructura hospitalaria, escasez de personal y deficiencias en la gestión de recursos, lo que genera retrasos en la programación quirúrgica, prolongados tiempos de espera y mayor riesgo de complicaciones perioperatorias; en el periodo preoperatorio, se evidencian falencias en la valoración clínica integral, preparación psicológica del paciente y educación prequirúrgica (11)

Actualmente, en el desarrollo de las practicas hospitalarias en enfermería, en el servicio de cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco, se identificó mediante las historias clínicas que el manejo de pacientes con diagnóstico de colelitiasis es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en el servicio de cirugía.

A la entrevista, los pacientes quirúrgicos con diagnóstico de colelitiasis que ingresan para cirugía indican que el personal de enfermería no les informa adecuadamente sobre su preparación física como la hidratación, nutrición, eliminación durante la fase preoperatoria y asimismo en su recuperación durante el postoperatorio.

Por otro lado, algunos pacientes quirúrgicos mencionaron que ciertas licenciadas no respetan su privacidad, ni les explican sus derechos en la etapa preoperatoria.

Asimismo, refieren que no existe una relación interpersonal entre el personal de salud y el paciente, este problema se manifiesta en una mala comunicación, actitudes autoritarias, hace falta desarrollar más empatía hacia el paciente, esto último genera desconfianza y baja satisfacción hacia la atención recibida.

La mayoría de ellos han manifestado que no son escuchados, ni valorados como persona, a la entrevista los familiares indicaron que los pacientes que tienen estancia prolongada presentan complicaciones.

Se observo que en el servicio de cirugía las enfermeras no verificaron adecuadamente el estado de la herida quirúrgica.

A la observacion que a la mayoría de pacientes no se les realizo la valoración del dolor mediante escala EVA y tampoco se les administro su tratamiento a la hora prescrita por el medico.

Se verificó que en varios pacientes, el cambio de vendajes se efectuó sin técnica estéril, incrementando el riesgo de infección de la herida quirúrgica. Se observó

que el personal de enfermería no controló drenajes ni la diuresis en el postoperatorio inmediato, algunos pacientes no recibieron orientación sobre cuidados postoperatorios antes del alta hospitalaria.

Por los hechos antes indicados se planteó la siguiente interrogante:

1.2. Formulación Del Problema

1.2.1. Problema General

¿Cómo se relaciona el cuidado de enfermería en el preoperatorio y recuperación postoperatoria de pacientes de coledocitis en el servicio de Cirugía del Hospital Antonio Lorena 2024?

1.2.2. Problemas Específicos

- I. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes postoperados de coledocitis atendidos en el servicio de Cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2024?
- II. ¿Cómo es el cuidado de enfermería en el preoperatorio de pacientes de coledocitis en el servicio de Cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2024?
- III. ¿Cómo es la recuperación postoperatoria de pacientes de coledocitis en el servicio de Cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2024?
- IV. ¿Cómo es la relación de las dimensiones del cuidado de enfermería en el preoperatorio y recuperación postoperatoria de pacientes de coledocitis en el servicio de Cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2024?

1.3. Formulación de objetivos

1.3.1. Objetivo General

Determinar la relación del cuidado de enfermería en el preoperatorio y recuperación postoperatoria de pacientes de coledocitis en el servicio de Cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2024.

1.3.2. Objetivos Específicos

1. Describir las características sociodemográficas de pacientes postoperados de coledocitis atendidos en el servicio de Cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2024.

2. Identificar los cuidados de enfermería en el preoperatorio de pacientes de colelitiasis en el servicio de Cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2024
3. Valorar la recuperación postoperatoria de pacientes de colelitiasis en el servicio de Cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2024
4. Relacionar las dimensiones del cuidado de enfermería en el preoperatorio con la recuperación postoperatoria de pacientes de colelitiasis en el servicio de Cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2024.

1.4. Hipótesis

1.4.1. Hipótesis general

Existe una relación significativa del cuidado de enfermería en el preoperatorio con la recuperación postoperatorio de pacientes de colelitiasis en el servicio de Cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2024.

1.4.2. Hipótesis específicas

1. Las características sociodemográficas de los pacientes postoperados de colelitiasis en el servicio de Cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2024 son: la edad, sexo, estado civil, nivel educativo, ocupación
2. El cuidado de enfermería en el preoperatorio de pacientes de colelitiasis en el servicio de Cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2024 es inadecuado
3. La recuperación postoperatoria de pacientes de colelitiasis en el servicio de Cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2024 es moderado
4. Existe una relación significativa entre las dimensiones del cuidado de enfermería en el preoperatorio y la recuperación postoperatoria de pacientes de colelitiasis en el servicio de Cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2024

1.5. Variable de estudio

Variables

- **Cuidados preoperatorios:**
 - Ética
 - Científica- clínica
 - Interpersonal
 - Perceptiva
- **Recuperación postoperatoria:**
 - Comodidad física
 - Función psicológica
 - Independencia
 - Función emocional
- **Características sociodemográficas:**
 - Edad
 - Sexo
 - Estado civil
 - Nivel educativo
 - Ocupación

1.6. Justificación

La colelitiasis constituye una de las patologías digestivas más frecuentes a nivel mundial y representa una de las principales causas de hospitalización y procedimientos quirúrgicos, especialmente la colecistectomía. En este contexto, los cuidados de enfermería desempeñan un rol fundamental tanto en la etapa preoperatoria como en el proceso de recuperación postoperatoria, ya que permiten reducir riesgos, prevenir complicaciones y favorecer una recuperación integral del paciente.

En la etapa preoperatoria, la intervención de enfermería es esencial para preparar física y emocionalmente al paciente, brindando información clara, apoyo

psicológico y garantizando el cumplimiento de indicaciones médicas que aseguren condiciones óptimas para la cirugía.

En el postoperatorio, el cuidado de enfermería cobra mayor relevancia en la vigilancia de signos vitales, control del dolor, prevención de infecciones, educación al paciente y su familia sobre el autocuidado, así como en la promoción de la adherencia a las recomendaciones médicas y de enfermería para un restablecimiento adecuado.

La investigación resulta pertinente porque permitirá identificar, analizar y fortalecer las estrategias de cuidado de enfermería aplicadas en ambas fases quirúrgicas, contribuyendo a mejorar la calidad de la atención, disminuir la morbilidad y favorecer la satisfacción del paciente. Asimismo, aportará evidencia científica que puede servir de base para la actualización de protocolos y guías de práctica clínica en el área quirúrgica.

Finalmente, este estudio beneficiará de manera directa a los pacientes sometidos a colecistectomía, al personal de enfermería que contará con información para optimizar su labor, y a las instituciones de salud, al promover prácticas seguras y eficientes que repercutan en una mejor recuperación y en la reducción de costos derivados de complicaciones.

1.7. Área de estudio

La presente tesis se llevó a cabo en el servicio de cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco-2024. Para ello se solicitó previamente la autorización correspondiente ante la dirección de dicho hospital, además se solicitó a cada paciente el consentimiento informado, garantizándoles en su momento que la información fue confidencial, autónoma y con fines únicamente académicos, respetando los principios éticos del estudio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

2.1.1. Antecedentes a nivel Internacional

Vila et al. (2024) en su estudio: Resultados durante la curva de aprendizaje de la exploración laparoscópica de la vía biliar por coledocolitiasis. Tuvo como **objetivo** Analizar los resultados obtenidos en términos de eficacia y seguridad durante la curva de aprendizaje (CA). El **método** fue un análisis prospectivo unicéntrico de los pacientes intervenidos mediante ELVB+CL el análisis fue descriptivo, comparativo entre grupos. En los **resultados** el enfoque más habitual fue el Tco con un 62% mientras que, la tasa global de éxito fue del 92%. El grupo tratado con la técnica Tci registró una duración quirúrgica más corta, una menor incidencia de secuelas negativas y una estancia promedio más corta. En cambio, el abordaje Tco se asoció con una mayor frecuencia de fuga biliar con el 8%. Se **concluyó** que la implementación de la estrategia ELVB+CL es funcional y confiable en el contexto de la CA. Los hallazgos alcanzados son equiparables a los descritos por centros más experimentados, sin diferencias estadísticamente significativas en cuanto al progreso clínico en ese marco temporal (12).

Aldama et al. (2024) en su estudio: “Incidencia del síndrome postcolecistectomía en pacientes adultos”. Tuvo como **objetivo** determinar la incidencia del síndrome postcolecistectomía en pacientes adultos. El **método** fue un análisis de 220 expedientes clínicos de pacientes intervenidos quirúrgicamente, tanto antes del procedimiento quirúrgico como al cumplirse un año de la intervención. Dentro de los **resultados**, arrojaron que el síndrome poscolecistectomía (SPC) se manifestó en el 23.1% de los casos (n = 36). Las molestias continuas incluyeron: hinchazón en el abdomen (21.8%), malestar (14.7%), sensación de asco o ganas de vomitar (5.8%), evacuaciones líquidas (4.5%) y expulsión gástrica (0.6%). Aquellos individuos con dolencia abdominal relacionada con la vía biliar, náuseas y vómitos presentaron una disminución notable al cumplirse un año del procedimiento quirúrgico. La intervención quirúrgica no alteró la probabilidad de desarrollar diarrea y constituyó un elemento predisponente para experimentar distensión abdominal (OR 2.08). En diez personas no se logró identificar con precisión la causa del SPC, representando el

32.3%. Se **concluye** que, el síndrome poscolecistectomía (SPC) ocurre con regularidad, por lo que es necesario valorarlo adecuadamente y excluir posibles secuelas posteriores a la intervención quirúrgica. Se ha vinculado una mayor frecuencia de aparición del trastorno intestinal conocido como colon irritable después de una colecistectomía laparoscópica (CL) (13).

Labbad, (2024) en su estudio: “Score preoperatorio para la predicción de colecistectomía difícil”. Su **objetivo** fue diseñar un score de puntuación preoperatoria para la predicción de la colecistectomía difícil en el área de emergencia y consulta. En la **metodología**, el estudio fue descriptivo, de diseño longitudinal. Los **resultados** indicaron que el 47,47 % de los usuarios que se sometieron a una colecistectomía manifestaron señales de intervención quirúrgica compleja, conforme al número de casos (47), siendo el hallazgo ecográfico más habitual: un engrosamiento de la pared ≥ 4 mm (39 casos), seguido por la detección de acumulación de líquido alrededor de la vesícula (29 pacientes) y, en tercer lugar, la identificación de un cálculo en el cuello vesicular (21 personas). Se identificó una relación entre la existencia de colecistectomía complicada y el engrosamiento de la pared vesicular ≥ 4 mm ($P=0,0000 < 0,05$). Se **concluye** que, la aplicación del sistema de puntuación propuesto posibilita anticipar la probabilidad de presentar complicaciones durante una colecistectomía compleja, tomando como fundamento los datos clínicos del paciente en el momento de su valoración previa a la intervención quirúrgica (14).

Pureco (2022). “Cuidados pre, trans y post quirúrgicos en pacientes operados de colecistectomía por colecistitis crónica litiasica” El presente estudio tuvo como **objetivo** hallar y caracterizar los cuidados pre, trans y post quirúrgicos de la CCL. El **método** fue un estudio transversal, longitudinal. Dentro de los **resultados** se observó que el grupo con más frecuencia fue de 40 – 49 años con 36.7% de la población, las mujeres muestran más prevalencia en un 53.3%. Se **concluyó** que los cuidados pre, trans y post quirúrgicos de las CCL son ineficientes en los enfermeros (15).

Álvaro et al. (2020) “Validación de intervenciones enfermeras en el postoperatorio de cirugías laparoscópicas no complicadas en el Hospital Universitario de Canarias” El presente estudio tuvo como **objetivo** clasificar los pacientes atendidos de cirugías laparoscópicas no complicadas. El **método** fue un

estudio observacional descriptivo retrospectivo. Los **resultados** evidenciaron que durante el año 2014 se efectuaron 675,767 atenciones médicas, 23,032 hospitalizaciones y 25,421 procedimientos quirúrgicos, de los cuales 9,438 fueron catalogados como de menor complejidad. En ese mismo periodo, el Departamento de Cirugía General y del Aparato Digestivo llevó a cabo un total de 2,256 operaciones, de las cuales 206 fueron registradas al alta bajo el código GDR 494 (colecistectomía laparoscópica sin revisión del conducto biliar y sin complicaciones), representando el 9.13% del total de procedimientos realizados por dicho servicio. Se **concluye** que las intervenciones del personal de enfermería son prevalentes por encima del 80% en el cuidado de los pacientes catalogados con el GDR 494 se centran en el diagnóstico de situaciones de riesgo, en el cuidado de las heridas y en el manejo del dolor (16).

2.1.2. Antecedentes a nivel Nacional

Ancasi y Caceres (2023) Complicaciones clínicas y los cuidados de enfermería a pacientes colecistectomizados atendidos en el Área de cirugía del Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa, 2022” El presente estudio tuvo como **objetivo** hallar la relación entre las complicaciones clínicas y los cuidados de enfermería en pacientes colecistectomizados. El **método** fue un estudio descriptivo transversal de tipo correlacional. Los **resultados** evidenciaron que el 20% presentó complicaciones, y que el 47.1% recibió cuidados de enfermería adecuados. Además, se observó que a medida que aumentaban las complicaciones clínicas postoperatorias, disminuía la atención de enfermería proporcionada, con una correlación negativa moderada según el coeficiente de Pearson (-0.524). Se **concluyó** que existe una relación significativa y directa entre la aparición de complicaciones clínicas y la calidad de los cuidados de enfermería en pacientes colecistectomizado (17).

Bendezú y Vera (2021) en su estudio:” Satisfacción y cuidado de enfermería en pacientes postoperados de colecistectomía en una Institución de Salud. Chimbote, 2021” tuvo como **objetivo** conocer la relación entre satisfacción y cuidado de enfermería en pacientes postoperados de colecistectomía. El **método** fue de tipo cuantitativo de diseño no experimental, descriptivo, correlacional de corte transversal. Como **resultados** Se evidenció que un 10,0% de los pacientes sometidos a intervención quirúrgica manifestaron una percepción negativa

respecto a la atención y cuidados brindados por el personal de enfermería, señalando niveles de insatisfacción en relación con aspectos como la comunicación, el trato humano y la respuesta oportuna a sus necesidades. En contraste, el 90,0% de los usuarios expresaron sentirse conformes y satisfechos con la asistencia recibida, destacando la actitud profesional y la calidad del acompañamiento durante el proceso postoperatorio. En cuanto a la evaluación del desempeño del personal de enfermería, se identificó que un 3,3% de los profesionales brindan un cuidado considerado deficiente, lo cual podría estar asociado a factores como la sobrecarga laboral, la falta de capacitación continua o limitaciones institucionales. Por otro lado, un 3,4% ofrece una atención calificada como regular, lo que indica oportunidades de mejora en ciertos aspectos del cuidado. Finalmente, la gran mayoría, equivalente al 93,3%, fue valorada positivamente por los pacientes, clasificándose su atención como buena, lo que refleja un predominio de prácticas de enfermería eficaces y centradas en el bienestar del usuario quirúrgico. Se **concluye** que existe relación altamente significativa entre la satisfacción y el cuidado de enfermería en pacientes postoperados de colecistectomía (18).

Ramírez y Urupe (2021) en su estudio: Calidad del cuidado de enfermería y satisfacción en pacientes postoperados del servicio de cirugía del Hospital Santa María del Socorro, Ica 2021” El presente estudio tuvo como **objetivo** determinar la relación entre la calidad del cuidado de enfermería y la satisfacción en pacientes postoperados. El **método** fue un estudio descriptivo, cuantitativo y transversal, no experimental, correlacional. Como **resultados** Se estableció que la calidad del cuidado fue predominantemente de nivel intermedio, ya que el 49% de las atenciones fueron evaluadas como regulares, lo cual indica que, si bien se cumplen ciertos estándares básicos de atención, aún existen limitaciones en aspectos esenciales como la comunicación, el seguimiento clínico, la empatía oportuna y la respuesta a las demandas individuales de los que fueron atendidos. Por otro lado, el 28,6% de los cuidados fueron catalogados como insuficientes, reflejando deficiencias importantes en la práctica enfermera, posiblemente vinculadas a factores institucionales como la alta carga asistencial, escasez de recursos, o limitaciones en la formación continua del personal. Finalmente, el 22,4% fue calificado con un nivel bajo de calidad, lo que evidencia una preocupación

considerable respecto al cumplimiento de protocolos de atención, seguridad del paciente y humanización del cuidado, comprometiendo directamente la experiencia del usuario y los resultados en su proceso de recuperación. Estos hallazgos resaltan la necesidad urgente de implementar estrategias de mejora en la calidad del cuidado de enfermería, fortaleciendo la supervisión, el acompañamiento profesional y la formación permanente, con el fin de asegurar una atención integral, segura y centrada en el paciente. Se **concluye** que la calidad del cuidado de enfermería se relaciona significativamente con la satisfacción en los pacientes postoperados del servicio de cirugía del Hospital Santa María del Socorro de Ica, 2021 (19).

Muro (2020) “Cuidados de enfermería y ansiedad del paciente quirúrgico. Chimbote, 2020”.

El presente estudio tuvo como **objetivo** conocer la relación entre los cuidados de enfermería y el nivel de ansiedad del paciente quirúrgico. El **método** fue de tipo descriptivo, correlacional y transversal, aplicado a una muestra de 100 pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía. En los **resultados** se observó que el 52% de los pacientes no recibieron cuidados de enfermería adecuados, y un 45% presentó ansiedad leve. Los resultados mostraron un adecuado cuidado con un 75%, y el 25% como inadecuado, dentro de la dimensión ética. Un cuidado adecuado con 51% en la dimensión científica. En la dimensión interpersonal, hubo

un cuidado adecuado con 66%. Dimensión perceptiva, también se observa un cuidado adecuado con 52%, y un inadecuado cuidado con 48%. El análisis estadístico no evidenció relación significativa entre las variables, aunque se identificó un riesgo moderado de ansiedad ante cuidados inadecuados. Se **concluye** que los cuidados brindados por el profesional de enfermería influyen en las percepciones del paciente, pero no mostraron una asociación directa con el nivel de ansiedad prequirúrgico, resaltando la necesidad de fortalecer el cuidado humanizado y holístico durante esta etapa crítica (20).

2.1.3. Antecedentes a nivel Local

No se disponen de antecedentes a nivel local.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Cuidados de enfermería

Los cuidados de enfermería son todas las intervenciones realizadas por los enfermeros en cada etapa quirúrgica, con el fin de contribuir a la seguridad del paciente, mejorar los resultados de las intervenciones quirúrgicas, evitar complicaciones y ayudar en la recuperación óptima (21).

Teorías de enfermería

A continuación, se mencionan teorías relacionadas con el cuidado de enfermería en el preoperatorio y postoperatorio del paciente con colelitiasis, ya que su aporte facilita la comprensión de los procedimientos que atiendan las necesidades de los pacientes, cada teoría tiene un enfoque distinto con la finalidad de dar una atención de calidad y personalizada de esta manera la recuperación será más rápida.

Teoría del autocuidado de Dorothea Orem

La enfermería, desde sus orígenes, ha sido reconocida como una construcción social relacionada con la práctica del cuidado, ya que surge en respuesta a la necesidad de asistir a los individuos cuando no cuentan con la capacidad suficiente para brindarse a sí mismos, o a quienes dependen de ellos, el nivel adecuado y necesario de atención para preservar la vida. En este contexto, se identifican las alteraciones en la salud y las necesidades actuales o futuras del individuo, la familia y la colectividad que requieren asistencia, promoviendo tanto la independencia como la dependencia, según las acciones que desempeñe el profesional de enfermería. (69).

Dorothea E. Orem expone su propuesta del déficit de autocuidado como un marco teórico integral constituido por tres teorías interconectadas: la teoría del cuidado personal, la teoría del déficit de cuidado personal y la teoría de los sistemas de atención en Enfermería.

Esta propuesta plantea que la práctica enfermera constituye una acción humana estructurada dentro de sistemas organizados (concebidos y ejecutados) por profesionales de enfermería, a través del ejercicio de su rol profesional frente a individuos que presentan alteraciones en su estado de salud o condiciones relacionadas, las cuales generan dificultades en el cuidado autónomo o requieren atención asistida.

Esta base teórica determina cuales son los requisitos del autocuidado, que además de ser un elemento importante dentro del enfoque, también integra el proceso de evaluación del usuario. Las actividades para el autocuidado son:

- Autocuidado universal.
- Autocuidado del desarrollo
- Autocuidado de desviación de la salud.

Las exigencias de cuidado personal relacionadas con alteraciones en la salud constituyen el motivo o finalidad de las actividades de cuidado que ejecuta la persona con alguna limitación física o condición crónica. (69).

Profundiza sobre la importancia del autocuidado en el proceso de recuperación. Antes de la operación los enfermeros deben evaluar las destrezas del paciente con respecto al autocuidado, hallar déficit y dar las intervenciones necesarias, todo integrado favorece el autocuidado del paciente, facilitando una recuperación posoperatoria más rápida. Al incluir al paciente en el proceso de recuperación. (69).

Teoría de Callista Roy: Describe la adaptación de los pacientes a los cambios de su salud y entorno. Antes de la operación, los enfermeros dan las intervenciones necesarias para la mejor adaptación del paciente que puede influir positivamente en su recuperación.

Roy plantea los siguientes principios filosóficos y valores sobre la enfermería:

- Los individuos son seres integrales y con capacidad de trascendencia. El ser humano orienta su existencia hacia la búsqueda de sentido a través de la realización personal.
- Gracias a su capacidad de autogobierno, las personas ejercen su libertad para decidir y, por ende, son responsables de sus vínculos, acciones creativas e interacciones sociales.
- Existe una conexión esencial y patrones compartidos entre el individuo y su entorno, lo que les confiere una identidad propia e irrepetible.
- El cambio tanto en las personas como en su contexto se origina en la percepción consciente, es decir, en la habilidad de cada ser humano para interpretar su realidad interna y externa.
- La adaptación se entiende como "el mecanismo y consecuencia mediante el cual los individuos, ya sea de manera personal o colectiva, emplean su

consciencia reflexiva y toman decisiones para lograr una armonía entre sí mismos y su entorno" (70).

Teoría de las necesidades humanas básicas de Virginia Henderson

Se centra en abordar 14 necesidades humanas básicas atendida por los enfermeros para promover la salud y la recuperación. Antes de la operación, el enfermero identifica qué necesidades están comprometidas y ofrecer intervenciones para satisfacerlas. Al satisfacer estas necesidades, se facilita una recuperación postoperatoria más rápida, ya que el paciente está mejor preparado tanto física como emocionalmente (48).

1- Respirar con normalidad.

El proceso de oxigenación del organismo resulta fundamental para el bienestar del paciente y para la existencia misma. El profesional de enfermería debe conocer en profundidad el funcionamiento del sistema respiratorio del individuo y estar capacitado para detectar posibles alteraciones en dicho mecanismo. Esto implica colaborar con una adecuada alineación corporal, prestar atención a sonidos anormales al respirar, así como observar la presencia de secreciones nasales o mucosidades. Asimismo, debe supervisar la cantidad y el patrón de respiración, verificar que las vías respiratorias estén libres, controlar la temperatura ambiental y la calidad del flujo de aire en el entorno, entre otros factores.

2- Comer y beber adecuadamente.

Toda persona necesita líquidos y sustancias alimenticias para mantenerse con vida. El profesional de enfermería debe conocer el régimen alimenticio y la ingesta de líquidos adecuados, en función de las necesidades nutricionales del usuario y las indicaciones del especialista médico. Es importante considerar aspectos como el deseo de comer y el estado emocional, los tiempos y proporciones de las comidas, la edad y el peso corporal, costumbres, así como la habilidad para masticar.

3- Eliminación normal de desechos corporales.

Una parte fundamental del adecuado desempeño fisiológico del cuerpo humano es la adecuada expulsión de desechos como las deposiciones, la orina, el sudor, las secreciones respiratorias y el flujo menstrual. Es esencial tener pleno conocimiento

del grado de control y eficiencia que presenta el paciente respecto a sus funciones de eliminación. Este aspecto también contempla una vigilancia detallada en cuanto a la limpieza e higiene de las zonas genitales y perineales.

4- Movilidad y posturas adecuadas.

Un individuo percibirá mayor o menor autonomía en función de su aptitud para moverse por cuenta propia y realizar sus labores diarias. El profesional de enfermería debe colaborar con el adecuado manejo postural del usuario y estimularlo a mantener movilidad mediante actividad física, rutinas de ejercicio o prácticas deportivas. Al fomentar esta participación, es imprescindible considerar las restricciones impuestas por la condición clínica, el régimen terapéutico, los procedimientos de rehabilitación o las alteraciones físicas que pueda presentar.

5- Dormir y descansar.

El reposo resulta fundamental para la recuperación acelerada del individuo. Todo ser vivo restaura su energía corporal y mental durante el sueño. Garantizar un descanso continuo y sin interrupciones para el paciente debe constituir una prioridad, especialmente durante las horas nocturnas. Es esencial identificar las costumbres relacionadas con el sueño, así como los factores que dificultan dormir adecuadamente, tales como la sensibilidad a los sonidos, a la luz, a las condiciones térmicas, entre otros.

6- Vestirse y desvestirse con normalidad.

Tener la posibilidad de escoger y utilizar las prendas de vestir preferidas también impacta en la percepción de autonomía de una persona. La ropa simboliza tanto la individualidad como el carácter, además de brindar resguardo frente a factores ambientales y preservar la privacidad personal.

7- Mantener la temperatura del cuerpo en los rangos normales.

La temperatura corporal habitual oscila entre los 36,5 y 37 grados centígrados. El profesional de enfermería debe estar atento a los elementos que afectan la sensación de frío o calor en el usuario. La autorregulación térmica del cuerpo está relacionada con modificaciones en la vestimenta, la utilización de mantas o cobertores, la ventilación del ambiente mediante la apertura de puertas y ventanas,

la ingesta de líquidos, el empleo de ventiladores o sistemas de climatización, e incluso el acto de ducharse.

8- Mantener una buena higiene corporal.

La apariencia, el olor y la sensación que transmite el cuerpo del usuario son indicios visibles de su aseo personal. Este aspecto no solo refleja una condición física, sino que en el ámbito de la enfermería también posee una fuerte carga emocional. Al asistir en el aseo de una persona, el profesional de enfermería debe tener en cuenta la periodicidad con la que se realiza la higiene corporal, los recursos y materiales empleados, el grado de autonomía y movilidad del paciente, entre otros elementos.

9- Evitar los peligros en el entorno y evitar poner en peligro a otros.

Resulta fundamental identificar y valorar adecuadamente si la persona en atención puede permanecer sin supervisión durante periodos prolongados, teniendo la certeza de que no se lesionará al desplazarse o al tratar de ejecutar tareas, ni pondrá en riesgo la integridad de quienes lo rodean.

10- Comunicar emociones, necesidades, temores y opiniones.

La profesional de enfermería ha de estar en condiciones de fomentar y estimular una expresión comunicativa positiva y apropiada en el usuario, con el propósito de contribuir a su estabilidad afectiva. Es esencial que el individuo conserve vínculos e intercambio social con su entorno, a fin de preservar su bienestar psicológico.

11- Actuar o reaccionar de acuerdo con las propias creencias.

Es fundamental considerar y valorar las convicciones y principios individuales del usuario. A partir de ellos, la persona adopta determinaciones y lleva a cabo determinados comportamientos o ideas. La tradición cultural y la espiritualidad constituyen elementos esenciales de su identidad personal. Este aspecto suele tener un impacto significativo en la manera en que enfrenta el proceso de fallecimiento.

12- Desarrollarse de manera que exista un sentido de logro.

Resulta esencial que el profesional de enfermería fomente en el usuario la consecución de objetivos y avances mediante su dedicación individual. Cuando una persona percibe que es capaz de aportar y ser valiosa, experimenta una sensación

de logro personal que repercute positivamente en su valoración propia y en su equilibrio psicológico.

13- Participar en actividades recreativas o juegos.

El bienestar físico y emocional también puede alcanzarse mediante ocupaciones recreativas que resulten agradables para el usuario. El profesional de enfermería debe identificar las preferencias y aficiones del individuo, e incentivarlo a involucrarse en tareas que le resulten estimulantes y placenteras.

14- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad personal.

Este aspecto guarda semejanza con el previamente mencionado, aunque se enfoca en la capacidad cognitiva del individuo para incorporar aprendizajes recientes. Fomentar en el usuario la adquisición de competencias, aptitudes y saberes resulta beneficioso para su bienestar integral (71).

2.2.2. Cuidados preoperatorios

Son los procedimientos enfocados en el proceso de preparación integral del paciente antes de la cirugía, realizados por el profesional de enfermería, incluye la administración de fármacos, la educación del paciente, el acondicionamiento del área de operación, controlar signos vitales, ofrecer ayuno apropiado, asegurando el buen estado procedimental antes de la cirugía (21)

El rol del profesional de enfermería en el periodo previo a la operación posee relevancia significativa; en el área de preparación quirúrgica del servicio operatorio se ejecutan acciones de cuidado enfermero con el objetivo de trasladar al usuario en óptimas condiciones corporales y mentales hacia la intervención quirúrgica. El foco principal en la sala de cirugías es el paciente que será intervenido, el equipo de enfermería desempeña el rol de protectora, el propósito de su función asistencial se extiende desde la etapa en que se alista al usuario para el procedimiento quirúrgico y prosiguen a lo largo del periodo preoperatorio inmediato, la etapa intraoperatoria y la recuperación de la anestesia en el postoperatorio inmediato.

Toda persona que será sometida a una cirugía debe recibir una minuciosa preparación previa, el personal debe estar capacitado sobre los protocolos, y aplicarlos correctamente, velar por el aseo personal del paciente y orientarlo al

respecto además de administrar la medicación previa a la anestesia de forma precisa y sin errores.

La etapa previa a la cirugía dentro del periodo perioperatorio inicia con la determinación de realizar la práctica operatoria y finaliza con el traslado del paciente hacia la sala de operaciones. La variedad de tareas del personal de enfermería durante este intervalo puede ser amplia, incluyendo la evaluación inicial o de referencia del individuo, ya sea en el entorno hospitalario o domiciliario; la entrevista previa a la intervención o la preparación del usuario para la anestesia que se le administrará y para el acto quirúrgico que se le efectuará. No obstante, las funciones del enfermero de igual manera se restringen a la revisión prequirúrgica del paciente en la sala de espera o en las áreas operatorias.

Los fundamentos vinculados a la atención antes del procedimiento quirúrgico deben enfocarse en la protección del usuario, ya que la intervención quirúrgica provoca una respuesta intensa de tensión en el organismo, compromete la facultad del sujeto para cubrir sus requerimientos esenciales y el miedo ante lo incierto incrementa el nivel de angustia previo a la operación (22).

El periodo preoperatorio está dividido en dos secuencias: preoperatorio mediano e inmediato

- I. Dentro del periodo mediano, se desencadenan diversas acciones sobre el paciente, entre las cuales es necesario resaltar algunas:
 - Recepcionar al paciente y autorizar el procedimiento quirúrgico. En esta etapa es importante brindar orientación al paciente, brindándole información lo más clara posible y atendiendo cada una de las inquietudes que puedan presentarse respecto al procedimiento, la finalidad es reducir el miedo y la tensión que pueda experimentar. la forma del consentimiento informado tiene especial relevancia, ya que da autorización a la realización de la cirugía.
 - Es importante realizar una evaluación física, supervisar los signos vitales, con el propósito de asegurar que el usuario sea admitido en condiciones óptimas, previniendo posibles complicaciones que puedan surgir durante la intervención o en el postoperatorio.

- Se revisa el historial clínico del paciente y buscan todos los estudios requeridos, pruebas de sangre, y radiológicas.
 - Se pide al paciente atender su higiene personal prestando especial atención en áreas con pliegues cutáneos. Si se trata de un paciente en cama, efectuar la limpieza en posición acostada.
 - Comunicar al paciente acerca del protocolo del ayuno, previo a la cirugía se especifica a partir del momento exacto en que no puede ingerir ningún tipo de alimento ni bebida.
- II. Para el periodo inmediato, las acciones de cuidado de enfermería que corresponde llevar a cabo son las siguientes:
- Verificar los signos vitales.
 - El personal se debe asegurar que el usuario ha respetado el periodo de abstinencia alimentaria antes de la intervención quirúrgica.
 - Suministrar fármacos previos a la cirugía conforme a la prescripción del profesional médico: antimicrobianos, tranquilizantes, medicamentos para el dolor.
 - Hacer que el paciente se identifique mediante su nombre completo, número de cuarto y cama, así como la unidad o área donde está ubicado.
 - El paciente deberá entregar cualquier elemento de metal, dispositivos dentales, removibles y prótesis oculares.
 - Revisar que la zona de operación esté debidamente rasurada.
 - Revisar que la historia clínica esté completa, con sus respectivos documentos.
 - Proveer al usuario de los implementos requeridos para el procedimiento, como el gorro estéril y la indumentaria quirúrgica. Asimismo, efectuar el tratamiento de las lesiones, aplicando apósitos higiénicos.
 - Asegurarse que la inserción del acceso venoso periférico se encuentra funcional, prestando atención particular a que su diámetro sea apropiado para el procedimiento quirúrgico que se va a efectuar (23).

2.2.2.1. Dimensiones de los cuidados preoperatorios

-DIMENSIÓN ÉTICA:

Hace un análisis de la ética y la conducta del ser humano; estos criterios nos acercan a la comprensión que nos facilita diferenciar entre lo adecuado y lo inadecuado, considerando aspectos como la deshonestidad, la equidad y la manera en que cada individuo actúa por cuenta propia, ya que esto orienta nuestras acciones en múltiples contextos. En la vida cotidiana, se desarrolla una circunstancia relacionada con la decisión ética, la cual indaga en los motivos que respaldan la elección de un sistema de valores morales sobre otro (24).

Para Sánchez representa el esquema orientador de la conducta; es el estándar general al que se vinculan y con el que se estructuran las diversas normas morales. Esta se enfoca en el estudio de las conductas humanas como hechos éticos ligados al conjunto de principios del sujeto y a las normas de convivencia establecidas por la colectividad, así como el impacto de su implementación tanto a nivel individual como comunitario (25).

La doctrina ética analiza el proceder de la persona y formula valoraciones sobre su actitud, al aplicar mediante sus actos el conjunto de principios morales adquiridos a lo largo de su existencia y las reglas impuestas por la comunidad o colectivo al que forma parte (26)

La labor del personal de enfermería implica de manera inherente el concepto de asistencia, un aspecto esencial para la preservación del linaje humano y las conexiones solidarias entre los individuos. Por ello atender es una función exclusivamente humana, que tiene como efecto el bienestar de todos los involucrados, entonces aplicarlo en el ejercicio profesional es solo perfeccionar este valor apreciado (27).

El respeto es otro valor que el cuidador de enfermería debe tener en cuenta y practicarlo con el paciente, este accionar debe ser multiplicativo en todo el personal de salud, quienes también deben respetar la confidencialidad del paciente. Siempre se debe buscar el beneficio del paciente, lo que significa que las decisiones sobre el tratamiento y el cuidado deben ser consensuadas y alineadas con los deseos, creencias, espiritualidad y valores del paciente. Esto no solo ayuda a mitigar la

ansiedad del paciente, sino que también mejora su satisfacción con el proceso de atención (28).

Analizando la moral desde la perspectiva quirúrgica, la intervención operatoria constituye, sin duda, una forma de intromisión y daño físico al paciente, siendo quizá una de las expresiones más evidentes de cómo una persona enferma puede entregar, literalmente, su existencia a un profesional médico, depositando en él toda su seguridad. La operación tiene como propósito principal sanar, o al menos aliviar al afectado, con la certeza de que, en determinados casos, representa la mejor, si no la única, alternativa clínica, que erradica una enfermedad, sustentándose en una reconocida preparación profesional y en una conducta moral responsable.

La ética no debe limitarse únicamente al acto operatorio, ni a lo que acontece dentro de un quirófano, ni siquiera restringirse a la cirugía como ocupación. Los principios éticos deben permanecer toda la trayectoria personal y profesional del cirujano, de modo que cada una de sus acciones, tanto médicas como personales, estén guiadas por valores éticos sólidos. Esto incluye desde la evaluación inicial del paciente, la realización de exámenes diagnósticos complementarios, la comunicación clara al paciente, la obtención del consentimiento informado, la intervención quirúrgica en sí, hasta el seguimiento y los cuidados posteriores.

El cirujano no interviene únicamente sobre cuerpos físicos, sino que atiende a personas con humanidad. Estos individuos acuden al profesional porque experimentan dolor, emociones, incertidumbre, sufrimiento e incluso temor y desánimo ante una situación que pone en riesgo su bienestar. Enfrentan limitaciones y dificultades que los llevan a buscar apoyo, el cual el especialista debe estar dispuesto a brindar. Tal asistencia debe estar guiada por acciones y elecciones con profundo contenido moral, recordando siempre que el paciente, en ejercicio de su libertad, escoge al médico en quien confía para solucionar sus problemas de salud (29).

2.2.1.1.1. Indicadores de la dimensión ética

- **Aspectos éticos y bioéticos.**

La dignidad reconocida es el conjunto de impresiones que el usuario experimenta respecto a las actitudes de los especialistas que le brindan atención. Abarca

principios de consideración y rectitud hacia la persona, su identidad, entorno y los datos que se le proporcionan, permitiéndole ejercer su independencia.

Durante una situación de enfermedad, el individuo atraviesa transformaciones físicas, emocionales y sociales, pudiendo enfrentar pérdidas a las que se adapta, lo que puede llevar a una reconfiguración de su autoimagen. No obstante, hay personas que, pese a enfrentar limitaciones en sus funciones y roles, logran conservar una percepción constante de su dignidad. Es decir, la valoración de la dignidad por parte del individuo a lo largo del proceso patológico puede alterarse. Del mismo modo, se ha observado que ciertos rasgos de personalidad, como la actitud positiva o la capacidad de adaptación frente a la adversidad, pueden funcionar como elementos protectores de esta percepción. Al enfermar, los seres humanos desean recuperarse; sin embargo, la progresión de ciertas patologías los lleva a demandar un trato respetuoso y digno, como manifestación de un balance entre el aprovechamiento de los recursos derivados del progreso científico y tecnológico y la consideración por la integridad humana. La falta de armonía entre ambos aspectos genera la mayor parte de los dilemas bioéticos, afectando los principios de no causar daño, hacer el bien y respetar la autodeterminación. (30).

-DIMENSIÓN CIENTÍFICA-CLÍNICA:

Es el uso de conocimientos técnicos y evidencia científica en la práctica de enfermería. Esto implica que el personal de salud debe estar bien informado sobre los procedimientos quirúrgicos, las técnicas de cuidado y las buenas prácticas para la seguridad y el bienestar del paciente. Su preparación adecuada es fundamental, lo que incluye la valoración exhaustiva de su estado de salud, saber de factores de riesgo e implementar de medidas preventivas. Esta preparación es esencial para minimizar complicaciones durante y después de la intervención quirúrgica (31). La atención brindada al usuario en la fase posterior a la intervención quirúrgica resulta eficaz una vez finalizado el procedimiento operatorio, la cual se clasifica en tres etapas: la inmediata, que abarca los primeros momentos tras la operación; la intermedia o mediata, que se extiende hasta el momento previo al egreso del paciente; y la tardía, en la cual se organiza la salida hospitalaria y se instruye sobre los cuidados a seguir.

Las incomodidades más habituales que manifiestan los pacientes en esta etapa están vinculadas tanto al acto quirúrgico como al uso de anestesia general, entre ellas: malestar, náuseas, agitación, vómitos, dificultad para evacuar, sensación de sed y acumulación de gases. Esta área forma parte del bloque quirúrgico, donde se proporciona atención especializada; por ello, el equipo de enfermería asignado debe ofrecer cuidados específicos y contar con saberes técnicos en materia de anestesia y recuperación.

Asimismo, es fundamental que el personal domine e interprete herramientas como la escala de riesgo cardíaco, el test de evaluación post-anestésica (ALDRETE) y la escala análoga del dolor, que facilitan la asistencia al paciente intervenido quirúrgicamente. Es esencial y prioritario que los profesionales mantengan una continua capacitación en estos contenidos.

El tiempo de hospitalización es distinto en cada paciente, se evalúa estado de conciencia, orientación, respuesta a estímulos, estabilidad en constantes vitales para posteriormente trasladarlo a otra área. flujo sanguíneo, la respiración, los reflejos y, asimismo, en la actividad motora (32).

En esta fase se hace énfasis en la educación del paciente en todo lo relacionado a su estado de salud y procedimientos que recibirá. Se debe brindar información comprensible adaptada al paciente, lo que reducirá la ansiedad del paciente, con estas actividades se logra el autocuidado del paciente, y el efecto positivo en su actitud y percepción de la atención que recibe (33).

2.2.1.1.2. Indicadores de la dimensión científica clínica

- **Conocimiento.**

Las guías operativas desempeñan un rol esencial en la actividad médica, especialmente para asegurar la protección durante la atención a los usuarios. Esto se debe a que su aplicación disminuye la inconsistencia en las prácticas, anotaciones, terapias y actividades que se llevan a cabo de manera habitual. Estas directrices permiten la unificación de prácticas e incrementan la confianza en la calidad del cuidado brindado, disminuyendo la posibilidad de errores humanos en la ejecución de tareas complejas. La utilización de protocolos también favorece la obtención de información más consistente, posibilita la evaluación de resultados y métricas, y brinda retroalimentación para optimizar los procesos. La identificación

de procedimientos críticos dentro de la atención al paciente quirúrgico ha impulsado la incorporación de códigos y estrategias de comunicación eficaces, así como la reducción de distracciones y desviaciones durante su aplicación. Todo esto contribuye a sostener, ajustar y perfeccionar las medidas adoptadas para reducir los peligros que comprometen la vida y el bienestar de los usuarios en el entorno quirúrgico. En la actualidad, en todas las naciones, la protección del paciente constituye un ámbito de análisis e indagación del cual se han generado saberes y procedimientos de evidente utilidad, como la reconocida Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica de la OMS (34).

- **Prevención de complicaciones.**

Los sucesos sobre los cuales existe mayor documentación comprenden los denominados incidentes que no deberían suceder bajo ninguna circunstancia:

- Ejecutar una intervención quirúrgica en otra persona.
- Llevar a cabo una operación errónea en el paciente.
- Realizar una cirugía en una zona anatómica equivocada.
- Dejar material quirúrgico olvidado dentro del cuerpo tras la intervención.

Aunque se implementará antes de la intervención quirúrgica (fase prequirúrgica), su realización requiere que el equipo de salud prevea acciones diagnósticas o de tratamiento durante la operación (etapa transquirúrgica) o posteriormente (fase posquirúrgica). Por esta razón, en algunos segmentos, el procedimiento establecido hace alusión al período perioperatorio (antes, durante y después de la intervención).

De forma óptima, la evaluación previa a la anestesia debe llevarse a cabo al menos siete días antes de una intervención quirúrgica planificada, con el propósito de proporcionar una instrucción adecuada al usuario. Cabe destacar que este periodo puede ajustarse según las particularidades individuales del paciente y la naturaleza de la operación que se vaya a efectuar.

Las personas atendidas, sus allegados o quienes brindan cuidados deben ser informados de que la evaluación preanestésica no reemplaza los esquemas orientados a fomentar la salud, prevenir dolencias o identificar afecciones en fases iniciales.

La revisión preanestésica debe efectuarse en todos los individuos que serán sometidos a intervenciones diagnósticas o terapéuticas, con excepción de aquellos que no presentan patologías sistémicas graves y que solo requieren anestesia superficial o regional (35).

-DIMENSION INTERPERSONAL:

Está centrada en la calidad de la relación enfermero-paciente, que es fundamental para el éxito del cuidado, ya que por medio de una comunicación empática se da un ambiente de confianza y seguridad. Los enfermeros deben escuchar las preocupaciones del paciente, absolver sus dudas y brindar apoyo emocional (36).

Durante el proceso de atención se establece un vínculo esencial entre el enfermero y el paciente. El enfermero posee la preparación requerida con el fin de apoyar al paciente a recuperarse, así como para responder a posibles demandas que puedan presentarse. La comunicación eficaz constituye una herramienta más dentro del cuidado: una relación basada en el respeto y brindar información al paciente de manera adecuada y verídica resultará en una mayor excelencia en la atención.

Primordialmente, el vínculo enfermero-paciente tiene que enfocarse en el propio paciente. Según la IAPO “la atención sanitaria centrada en el paciente es indispensable porque logra mejores resultados clínicos, una calidad de vida superior y un elevado rendimiento en las inversiones sanitarias al utilizar de forma óptima el sistema”.

Para ello, el paciente tiene el derecho a recibir atención fundamentada en el reconocimiento de sus demandas y elecciones, a su libertad y a su autodeterminación. Asimismo, se debe incluir el derecho y la obligación de involucrarse en las resoluciones médicas que se tomen conforme a sus habilidades y gustos personales (37).

Los enfermeros deben mantener una interacción continua con el paciente, estableciendo un vínculo de confianza; de este modo, se facilitará una detección más rápida de las necesidades y se favorecerá una inmediata mejoría. En el área de recuperación posanestésica el paciente permanece un periodo limitado, por lo que la enfermera debe enfocarse en las urgencias más específicas durante este periodo de evolución, sin dejar de atender cualquier otra complicación que pueda surgir, la cual debe ser abordada oportunamente sin esperar a que se agrave.

Además, es indispensable que posea la capacidad de empatizar, lo cual es crucial para comprender el estado de estrés y cambio que experimenta, reconociendo que los aspectos espirituales y emocionales del individuo son vitales para su recuperación.

Implica la necesidad de un trato individualizado. Cada paciente presenta características únicas, necesidades y expectativas, y es esencial que los enfermeros reconozcan y respeten estas diferencias. Al brindar un cuidado personalizado, los enfermeros pueden ayudar a los pacientes a sentirse valorados y comprendidos, lo que puede reducir la ansiedad y mejorar la satisfacción general con el proceso de atención. La empatía y la atención a las necesidades emocionales del paciente son componentes clave en esta dimensión, contribuyendo a una atención más integral del paciente (38).

2.2.1.1.3. Indicadores de la dimensión interpersonal

- **Oportunidad de interacción.**

El nivel de interacción entre el profesional de enfermería y la persona atendida marca la distinción entre una atención centrada en la humanidad y otra meramente técnica; por ello, un vínculo interpersonal que trascienda la simple aplicación de métodos y maniobras representa una valiosa ocasión de desarrollo y evolución tanto para el individuo asistido como para quien brinda el cuidado.

Con el fin de implementar medidas orientadas a optimizar la excelencia de los servicios brindados, el personal de enfermería ha de procurar la forma más adecuada de aplicar su competencia para actuar en todo tipo de interacción humana, incorporando entre sus recursos esenciales el empleo de estrategias comunicativas, vivencias personales y destrezas sociales que favorezcan dicha interacción, integrando como pilar fundamental la práctica de la empatía (39).

- **Generación de confianza.**

La confianza se entiende como un proceso mental y una disposición emocional que expresa una expectativa positiva hacia alguien, basada en la creencia de que dicha persona responderá de manera favorable al saber que se cuenta con su apoyo, lo cual implica cierta aptitud para ser digno de confianza. En el entorno sanitario, es esencial que el usuario del servicio tenga fe en su profesional de salud, y viceversa.

Para los profesionales médicos, depositar confianza en sus pacientes conlleva implicaciones éticas. En este sentido, la confianza recíproca entre médico y paciente favorece un sistema de atención médica eficiente y accesible. Del mismo modo, este vínculo de credibilidad mutua resulta clave en su interacción, ya que puede generar beneficios para ambas partes. Esto es relevante en todos los niveles de atención, pero en particular en aquellos contextos donde se puede desarrollar una relación terapéutica permanente (40)

-DIMENSIÓN PERCEPTIVA:

Es la percepción de los pacientes del cuidado que reciben. Esta dimensión es crucial, ya que la percepción del cuidado puede influir en la satisfacción del paciente y en su disposición a seguir las recomendaciones médicas, la comunicación, la atención y el involucramiento del paciente afecta a la percepción del paciente del servicio que recibe, promoviendo mayor confianza en el personal de salud (41).

La apreciación del paciente acerca del cuidado de enfermería es una dinámica cognitiva que posibilita al usuario formarse un concepto claro y nítido en su interior, para así ser consciente de su entorno en la interacción enfermera-paciente.

Actualmente, la atención se orienta hacia el paciente mediante una asistencia personalizada; de este modo, el paciente deja de ser un objeto y se vuelve en un participante activo, enfocándose en el usuario y en sus expectativas auténticas.

También se define como un procedimiento sencillo. Gibson señala que en el agente estimulante se encuentra la información, sin requerir un procesamiento mental adicional (42). Neisser la define como “un procedimiento dinámico y constructivo en el que la persona antes de que procese una información novedosa y basándose en las vivencias previas”, crea una representación mental anticipada, lo cual posibilita asimilar o descartar el estímulo (43). La psicología contemporánea la define como el conjunto de procedimientos vinculados al estímulo que llega a los órganos sensoriales, del cual se adquiere la información sobre el entorno que nos circunda, las acciones propias y ajenas, así como de nuestra percepción consciente.

2.2.1.1.4. Indicadores de la dimensión perceptiva

- **Características de los cuidados.**

Resulta fundamental comprender de qué manera los pacientes valoran la atención humanitaria ofrecida por el equipo de enfermería en el entorno clínico, dado que esta incide en el estado general del paciente y en diferentes momentos de su proceso asistencial, como el egreso hospitalario, el grado de conformidad durante su permanencia en la institución y diversos elementos vinculados con la excelencia del servicio prestado.

Analizar cómo el paciente valora su grado de contento respecto a la atención brindada por el profesional de enfermería resulta fundamental para la planificación, estructuración, conducción y supervisión de las tareas ejecutadas por el equipo de enfermería (44)

- **Satisfacción del paciente con el cuidado.**

La satisfacción del paciente representa un parámetro que refleja una atención eficaz o deficiente. El agrado respecto a los cuidados de enfermería cobra mayor relevancia, dado que, por la esencia propia de esta labor, los usuarios pueden evaluar la calidad global de los servicios del hospital basándose en sus apreciaciones sobre los cuidados obtenidos.

Por esta razón, resulta apropiado analizar la labor asistencial dentro de un enfoque centrado en la dimensión humana, con el propósito de cubrir requerimientos integrales, particularmente en el caso de las profesionales de enfermería que atienden a personas sometidas a procedimientos quirúrgicos, teniendo en cuenta que esta ocupación implica asistencia frente al proceso salud-patología, recuperación funcional y fomento del bienestar. (45).

2.2.3. Recuperación operatoria

Se centran en la recuperación exitosa del paciente después de la cirugía, para evitar complicaciones y garantizar la recuperación del paciente. También requiere el control de los signos vitales, el estado de conciencia, las constantes respiratorias, cardíacas y del sistema nervioso, la administración de medicamentos indicados, la vigilancia minuciosa es importante. Induce la movilización del paciente para evitar complicaciones trombóticas, ayuda en la nutrición apropiada del paciente y brinda

instrucciones para el autocuidado, todo paralelo al apoyo emocional y psicológico para facilitar la óptima recuperación (21).

Es un proceso que incluye varias dimensiones, tiene como propósito ayudar a la recuperación después de la cirugía, requiere mucho esfuerzo, pues implica la recuperación de todas las funciones biológicas, físicas, psicológicas, sociales y hábitos de los pacientes (46).

Se define por varios indicadores que se extiende hasta por meses después de la operación. También es importante recordar que tendrá desafíos emocionales, sociales, físicos y sociales para el paciente, obligando al profesional de enfermería brindar el soporte en manejo de emociones y lograr el bienestar, recordando que cada paciente tiene su propia percepción de lo que es recuperación (47).

La Escala QoR-15 (Quality of Recovery-15) es una herramienta a fin de verificar el nivel de mejoría tras la operación. Se centra en diversos aspectos del bienestar físico, psicológico y social del paciente, proporcionando una medida global de su estado de recuperación después de una intervención quirúrgica.

El postoperatorio se compone en dos secuencias: Postoperatorio inmediato: Etapa que se extiende desde que el usuario abandona el área quirúrgica hasta su ingreso a la Sala de Recuperación Postanestésica, donde permanecerá hasta que los efectos del agente anestésico se hayan reducido de forma significativa. Se esperará verificar que el individuo esté consciente, atento y ubicado en tiempo y espacio, con las vías respiratorias libres y los parámetros vitales en rangos normales. Este lapso comprende desde la conclusión del procedimiento quirúrgico hasta aproximadamente entre 2 y 4 horas después. Postoperatorio mediato o tardío: Comienza con el ingreso del usuario a la sala de hospitalización y se extiende hasta su egreso (entre 24 a 48 horas posteriores). Inmediatamente después de ser ubicado en la cama correspondiente, el equipo sanitario procederá a una evaluación rápida del estado general del paciente, considerando los parámetros vitales, la libertad de las vías aéreas, la condición de la superficie cutánea, el vendaje quirúrgico, la presencia de drenajes si los hubiera, la eliminación urinaria, los efectos de los fármacos administrados y mantener a los familiares informados. Además, se vigilará el equilibrio de líquidos y electrolitos, así como el funcionamiento del aparato digestivo mediante la auscultación de los

sonidos

intestinales.

(48).

Complicaciones:

- Complicaciones cardiovasculares: Incluyen situaciones como shock, hemorragias, eventos cerebrovasculares y embolias cerebrales.
- Complicaciones respiratorias: Pueden presentarse como la depresión respiratoria, obstrucción de las vías aéreas, laringoespasma.
- Otras complicaciones: El dolor posoperatorio, alteración del equilibrio hidroelectrolítico, hiperglicemia, vómitos y contractura muscular.

En este punto inicia el rol del personal de enfermería con pacientes en fase postoperatoria (niños y adultos), sin importar edades, género, etnias o nacionalidad. Simplemente, están ligados a todo paciente. El equipo de enfermería debe considerar los siguientes diagnósticos:

- Cuadros de inquietud emocional en el usuario, posibilidades de inhalación accidental de contenido gástrico.
- Modificación del nivel de alerta mental.
- Prestar atención a los peligros previos a la operación relacionados con la administración de medicamentos iniciales, es decir, los agentes anestésicos suministrados antes del procedimiento.
- Supervisar que el paciente no experimente descenso excesivo de la temperatura corporal, así como controlar las molestias derivadas del acto quirúrgico.
- Monitorear las respuestas autonómicas del paciente, como la sudoración excesiva, variación en la presión arterial, frecuencia y pulso cardíaco, así como las alteraciones en el tamaño pupilar.
- Identificar de forma anticipada amenazas posibles de complicaciones infecciosas y garantizar que la herida permanezca protegida.

Todo esto se da en la zona de recuperación del quirófano, ya que posteriormente se traslada la atención de los pacientes postoperatorios a la sección de hospitalización, aunque el cuidado se modifica mínimamente. En función de ello, se debe:

- Reducir la ansiedad en el paciente y también en sus familiares, evitando en la medida de lo posible la broncoaspiración, manteniendo el equipo y sondas de succión listos por si son requeridos.
- Controlar el ambiente, regulando la temperatura, la seguridad y el confort.
- Evitar tropiezos o deslizamientos y controlar las molestias físicas de las personas, recordando que este es el momento de mayor molestia, especialmente en el área de la herida quirúrgica.
- Estar pendientes en el suministro de analgésicos, respetando las dosis y horarios indicados por el médico, ya sean medicamentos o transfusiones sanguíneas.
- Supervisar los cuidados en la incisión quirúrgica, previniendo complicaciones hemorrágicas (a veces en vénulas) o dehiscencia de sutura; mantener la herida cubierta con apósitos para prevenir problemas tardíos como infecciones, seromas o formación de abscesos.
- Supervisar los drenajes, manejarlos y observando su color para identificar el fluido (sangre, orina, líquido cefalorraquídeo y de la cavidad peritoneal, contenido gástrico, bilis, saliva), controlar siempre la cantidad, monitorear el tiempo que llevan colocados y reportar cualquier anomalía.
- Observar el catéter urinario y el volumen de orina.
- No olvidar estar alerta del paciente desde el área de recuperación quirúrgica hasta su traslado a hospitalización y posterior alta.
- Verificar el buen funcionamiento de dispositivos y que estén disponibles cuando se requieran.

2.2.2.1. Dimensiones de la recuperación post operatoria

-COMODIDAD FÍSICA:

Se refiere al bienestar físico general del paciente en el período postoperatorio, evaluando aspectos como el control del dolor, la presencia de náuseas, el malestar general y la capacidad para moverse sin dificultad. Se debe tomar atención en el dolor posoperatorio del paciente, porque puede afectar su pronta recuperación. Los síntomas anestésicos también deben tener un manejo adecuado, porque afecta a la comodidad física del paciente (49).

Se debe tomar atención que el paciente sea atendido con analgésicos, fisioterapia respiratoria, rehabilitación física, para ayudar en su comodidad física y facilitar su movimiento (50).

2.2.2.1.1. Indicadores de la dimensión comodidad física

- **Dolor físico**

El dolor es una percepción molesta que tiene un factor sensitivo y otro afectivo, provocado por señales adversas y que indica un daño presente o potencial en los tejidos del cuerpo. La analgesia es esencial en el cuidado del paciente que ha pasado por un proceso quirúrgico. El manejo del dolor postoperatorio representa un desafío dentro del ámbito quirúrgico. La alta incidencia del dolor después de la cirugía requiere entender los factores principales que influyen en su intensidad: la preparación preoperatoria, el tipo de procedimiento quirúrgico, las complicaciones postoperatorias, los anestésicos usados y la calidad de los cuidados postoperatorios (51).

- **Náuseas y vómitos**

La sensación de náusea es un impulso intenso e incómodo de evacuar el contenido gástrico. El vómito, por su parte, corresponde a la expulsión brusca a través de la cavidad bucal del material contenido en el estómago. Habitualmente, este acto cumple una función defensiva al eliminar sustancias perjudiciales que hayan sido ingeridas, aunque también puede originarse por diversas condiciones infecciosas o inflamatorias internas no necesariamente vinculadas con la ingestión de agentes dañinos. Durante el proceso, los músculos del abdomen se contraen vigorosamente para generar la presión requerida que permita la expulsión (arcadas). Estas contracciones no siempre conllevan la expulsión del contenido estomacal, ya que pueden presentarse antes o después de dicho evento. Asimismo, la náusea puede manifestarse de forma aislada o anteceder al vómito.

Las medidas terapéuticas para controlar la sensación de asco y la expulsión gástrica incluyen:

- Ingerir líquidos en cantidad adecuada para prevenir la pérdida excesiva de agua corporal: En caso de dificultad para mantener los líquidos en el estómago, se recomienda consumir sorbos frecuentes de bebidas claras.

- Optar por una alimentación suave o de fácil digestión: Evitar productos con sabores intensos, alto contenido graso o condimentos excesivos.
- Distribuir la ingesta en porciones reducidas y frecuentes a lo largo del día.
- Alejarse de aromas intensos o penetrantes, ya que pueden desencadenar episodios de náuseas o vómitos. (52)

- **Sensación de bienestar general**

La recuperación física y emocional parte desde el ingreso del paciente hasta su alta, todo está condicionado por la calidad de atención brindada. En diabéticos, el control glicémico es importante, para ello se requiere la atención de todo el personal de salud (50).

Es importante implementar medidas que puedan eliminar o disminuir la posibilidad de una complicación específica. Por ende, es importante reconocer previamente las necesidades de los pacientes y detectar los más vulnerables a experimentar dicho suceso. Es crucial atender tanto las demandas físicas como emocionales del paciente.

- **Facilidad para respirar**

Las eventualidades adversas durante el periodo perioperatorio pueden originarse por diversos elementos: obstrucción de las vías respiratorias superiores, inconvenientes durante el proceso de intubación, privación prolongada del descanso nocturno, clase de intervención quirúrgica y modalidad anestésica utilizada, además de la coexistencia de otras afecciones médicas. Dadas las complicaciones operatorias que pueden presentar los pacientes con SAHS a quienes se realiza cirugía bariátrica, algunos autores aconsejan efectuar sistemáticamente un estudio polisomnográfico en la valoración preoperatoria de estos pacientes e instaurar de forma precoz el tratamiento con ventilación nasal nocturna (53)

- **Movilidad adecuada**

La rehabilitación post operatoria es el conjunto de actividades y tratamientos que se realizan después de una cirugía, con la intención de restituir el movimiento y la calidad de vida del paciente.

Esta es una parte esencial del proceso quirúrgico, ya que ayuda a:

- Prevenir complicaciones
- Acelerar la cicatrización
- Reducir el dolor y la inflamación
- Mejorar la fuerza y la flexibilidad
- Facilitar la adaptación a la nueva situación.

Además, puede variar según cómo se llevó a cabo el procedimiento, el estado de salud de la persona y sus necesidades individuales. Por eso, es importante que sea personalizada y supervisada por un profesional cualificado, como un fisioterapeuta o un médico rehabilitador (54).

En el periodo perioperatorio, los cambios en la temperatura corporal son habituales y, en casos severos, podrían ocasionar el fallecimiento. El principal controlador central de la temperatura es la zona preóptica del hipotálamo, que recibe y procesa señales neuronales ascendentes y activa distintos mecanismos para conservar la homeostasis. En esta etapa, se pierde con facilidad el balance entre la generación y la pérdida de calor, siendo más notable en intervenciones quirúrgicas que superan una hora de duración (55).

-FUNCIÓN PSICOLÓGICA:

Es el bienestar emocional y mental del paciente en el proceso de recuperación, que pueden afectarse por la cirugía. El estrés generado con el procedimiento quirúrgico puede tener un impacto negativo en la salud mental, dificultando la recuperación. En algunos casos el estado emocional o mental del paciente pueden requerir intervención psicológica o farmacológica para mejorar la recuperación (56).

La ayuda emocional es importante en la función psicológica. El paciente con un buen apoyo social y familiar expresa bienestar emocional y adaptación a la recuperación. Las estrategias de manejo del estrés y las intervenciones psicoterapéuticas, como la relajación o la consejería, son cruciales para optimizar el bienestar emocional después de la operación (56).

La familia tiene un rol importante para la recuperación del paciente, mediante ellos el profesional de salud puede incitar un ambiente de calma y seguridad en sus hogares.

Los psicólogos y trabajadores sociales, también influye positivamente en la mejora de los resultados clínicos. El asesoramiento antes y después de la cirugía por estos

profesionales promueve mejor adhesión a las instrucciones del médico. Estos profesionales generan un espacio de escucha atenta y empática, fundamentales para que el paciente se sienta acompañado durante su recuperación (57).

2.2.2.1.2. Indicadores de la dimensión función psicológica

- **Tranquilidad emocional**

Se trata de una condición que la persona alcanza al encontrarse interiormente calmada dentro de un contexto sosegado. Un ambiente relajado transmite tranquilidad, al igual que mantener concordancia consigo mismo y lograr una saludable estabilidad entre pensamiento, organismo y esencia produce confort y satisfacción total.

Con el fin de reducir la probabilidad de contraer afecciones, es fundamental el reposo. Descansar inadecuadamente resulta nocivo: según estudios científicos, una cantidad limitada de tiempo destinado al sueño se relaciona con un incremento en la posibilidad de presentar trastornos persistentes de salud. Lo recomendado es lograr un buen descanso nocturno, garantizando como mínimo siete horas continuas de sueño profundo y revitalizante. Durante el día, de ser posible, hay que permitirse una siesta breve para recargar energía y sentirnos mejor (58).

- **Ausencia de ansiedad**

El hecho de pasar por un procedimiento quirúrgico bajo anestesia general implica inevitablemente un cierto nivel de inquietud; el ingreso a una unidad de cuidados intensivos representa un elemento significativo que provoca ansiedad tanto en el menor como en su entorno familiar. En estas situaciones, el control del malestar y la angustia mediante estrategias no farmacológicas cobra especial relevancia, considerando la carga emocional que implican y las restricciones respecto a los tratamientos medicinales que pueden emplearse. Los enfermos se encuentran particularmente expuestos al impacto del estrés vinculado a técnicas médicas invasivas.

Identificar las diversas clases de inquietud emocional que suelen dominar el comportamiento y las respuestas de los pacientes y sus familiares puede resultar sumamente útil para establecer una mejor forma de acercamiento y manejo adecuado. Se sugiere brindar una presencia empática y respetuosa frente a

estados de ansiedad extrema o catastrofista, así como ofrecer cercanía emocional ante manifestaciones de ansiedad con rasgos depresivos. Asimismo, es recomendable evitar proporcionar información en exceso frente a situaciones de ansiedad con confusión mental, y no adoptar una postura confrontativa ante conductas marcadas por ansiedad de tipo persecutoria. (59).

- **Estado de ánimo positivo**

La disposición emocional ante la terapia contribuye positivamente al avance del restablecimiento de una persona, reduciendo la probabilidad de recaídas en situaciones de afecciones persistentes. A lo largo del desarrollo del abordaje terapéutico, es común que los individuos experimenten emociones desfavorables como aflicción, molestia o furia, las cuales, si alcanzan un grado elevado, pueden reducir la habilidad para enfrentar la afección, ocasionando retrocesos en el progreso o interfiriendo en la toma de decisiones, lo que puede conllevar a la interrupción de las consultas clínicas y al abandono del régimen terapéutico. Por ello, resulta fundamental disponer de redes de contención y entornos familiares saludables que brinden apoyo afectivo y estimulen la adherencia (60)

- **Ausencia de confusión mental**

El delirio postoperatorio (DPO) puede presentarse desde los 10 minutos posteriores a la anestesia hasta el alta hospitalaria. En la unidad de cuidados postanestésicos (UCPA), se reconoce comúnmente como una alteración repentina, fluctuante y generalmente reversible del estado mental, con cierto grado de intención. Una disminución grave del despertar o una sedación profunda no deben confundirse con alteraciones de la función cerebral, ya que el delirio hipoactivo es la forma más común de DPO. Esta actividad revisa la evaluación, el tratamiento y las complicaciones del delirio postoperatorio y examina la importancia de un enfoque de equipo interprofesional para su manejo (61).

-INDEPENDENCIA:

Es la capacidad del paciente de realizar sus actividades diarias sin asistencia externa. Incluye la movilidad, higiene personal, alimentación y capacidad para gestionar las tareas diarias básicas. La identificación de las áreas de dificultad debido al dolor, inestabilidad física o efectos de los anestésicos en el paciente, permite elaborar planes de rehabilitación y cuidados (62).

La independencia es importante en la recuperación a largo plazo, porque mejora la autoestima y facilita una integración social acelerada. Fomenta el movimiento, lo que reduce la atrofia muscular, las úlceras por presión y la trombosis. El personal de salud puede apoyar al paciente proporcionando programas de rehabilitación física, orientación sobre el autocuidado y monitoreo constante para asegurar que el paciente progrese en la independencia funcional (62).

2.2.2.1.3. Indicadores de la dimensión independencia

- **Capacidad de autocuidado**

Se trata de una aptitud esencial para resguardar el bienestar y afrontar patologías, que faculta tanto a los individuos como a los colectivos a desempeñar un rol protagónico en su propio cuidado. A lo largo del tiempo, el cuidado personal ha sido una estrategia efectiva para el manejo del estado de salud, sobre todo cuando no se dispone de servicios médicos formales, lo que resalta su relevancia en la perdurabilidad de los sistemas de atención sanitaria. Elementos sociales como el estatus económico y el nivel de instrucción inciden de manera considerable en la habilidad de autogestionarse, afectando la adquisición y el uso de competencias relacionadas con el control de la salud. El cuidado personal fortalece a los individuos en el manejo de su bienestar físico: en el fomento del bienestar, la evitación y el manejo de afecciones, el uso responsable de medicamentos por cuenta propia, el acompañamiento a personas con dependencia y el proceso de recuperación, abarcando también la atención paliativa (63).

- **Capacidad de realizar actividades diarias básicas**

Las tareas cotidianas básicas hacen alusión a las competencias esenciales requeridas para que los individuos atiendan su propio cuidado de manera autónoma, tales como alimentarse, asearse y movilizarse. La incapacidad para realizar estas actividades esenciales puede generar condiciones de vida inseguras y una mala calidad de vida. El paciente tiene que evitar realizar actividad física en exceso las primeras 24 horas tras el procedimiento.

Además, no puede llevar a cabo movimientos bruscos. Las actividades normales de la vida diaria se pueden retomar poco a poco, hasta que puedan llevarse a cabo sin sentir ningún dolor (64).

-FUNCIÓN EMOCIONAL:

Implica el estado afectivo y el buen estado psicológico del paciente después de la cirugía. Incluye la percepción del paciente sobre su situación postoperatoria, conformidad con el servicio y sus expectativas sobre la recuperación. La cirugía puede generar emociones intensas como el miedo, la frustración o la tristeza, lo que afecta la vida del paciente y su capacidad para afrontar el proceso de recuperación. Evaluar la función emocional permite identificar a aquellos pacientes que puedan estar experimentando dificultades significativas en términos de adaptación emocional (56).

El impacto de la cirugía en la función emocional también está relacionado con la experiencia subjetiva de bienestar y la calidad de la atención. Los pacientes que perciben un alto nivel de apoyo y comunicación con el personal de salud suelen tener mejores resultados emocionales. El acompañamiento emocional, el manejo adecuado de las expectativas y el fomento de la participación activa del paciente en su recuperación pueden mejorar significativamente la función emocional y facilitar un proceso de recuperación más adaptativo y satisfactorio (56).

2.2.2.1.4. Indicadores de la función emocional

- **Satisfacción con la atención de médicos y enfermeras**

La satisfacción del paciente actualmente se ha convertido en uno de los requisitos más indispensables para conseguir la confianza del usuario y con ello un lugar en su mente el cual será positivo. Un paciente que ha sido tratado con mucho cuidado, brindándole la atención adecuada, se sentirá satisfecho y seguirá recurriendo al hospital.

La interacción entre el profesional de salud y el paciente representa un componente esencial para alcanzar elevados niveles de satisfacción y una adecuada adherencia al tratamiento. Una relación interpersonal basada en la confianza, el respeto y la escucha activa permite que el paciente exprese libremente sus emociones, temores, dudas o expectativas respecto a su estado de salud y al proceso terapéutico. Esta apertura favorece no solo el bienestar emocional del usuario, sino que también incrementa significativamente su compromiso con las indicaciones médicas y de enfermería. Asimismo, cuando se proporciona información clara, oportuna y adaptada a las necesidades del paciente, se fortalece su autonomía y

capacidad para participar activamente en la toma de decisiones sobre su cuidado. De este modo, una comunicación empática y eficaz no solo mejora la experiencia hospitalaria, sino que también se asocia a mejores resultados clínicos y a una disminución de eventos adversos, fortaleciendo el vínculo terapéutico y la calidad del cuidado (65)

- **Optimismo sobre la recuperación**

El optimismo disposicional es una expectativa generalmente estable de que sucederán cosas buenas. Investigaciones anteriores han vinculado el optimismo disposicional con estrategias de afrontamiento más efectivas y comportamientos de salud positivos, lo que conduce a mejores resultados de salud y bienestar subjetivo. Las personas optimistas hacen un mayor uso de estrategias centradas en los problemas, como la planificación, cuando se enfrentan a circunstancias difíciles pero controlables y, característicamente, cambian a estrategias centradas en las emociones, como la reestructuración cognitiva, ante eventos incontrolables (66)

-APOYO SOCIAL:

Se refiere al soporte proporcionado por familiares, amigos y el equipo de salud durante el proceso de recuperación postoperatoria. Es fundamental, ya que puede disminuir el estrés de la persona atendida, acelerando la recuperación y con menos complicaciones. El apoyo social implica tanto el apoyo emocional, como el acompañamiento, la escucha y el afecto, como el apoyo instrumental, que incluye la ayuda con las actividades diarias y el seguimiento médico (41).

La falta de apoyo social puede afectar negativamente la recuperación, ya que los pacientes que se sienten aislados o desatendidos pueden experimentar un mayor grado de ansiedad y depresión. Además, el apoyo social adecuado facilita el cumplimiento de las indicaciones médicas, como la adherencia al tratamiento o la movilización temprana. El personal de salud debe identificar a los pacientes en situación de riesgo social y promover redes de apoyo, ya sea mediante la involucración de familiares o la derivación a servicios de apoyo psicológico y social (41).

2.2.2.1.5. Indicadores de la dimensión apoyo social

- **Percepción de apoyo del personal de salud**

La disposición del personal de enfermería al ofrecer asistencia sanitaria, junto con el entorno que crea durante la prestación del cuidado, la manera en que el usuario percibe dicha atención y las sensaciones que experimenta al respecto, el modo de relacionarse, la sensibilidad y la seguridad que proyecta el profesional, así como el interés que demuestra ante las variaciones en el estado clínico del paciente, contribuyen positivamente en el proceso de restablecimiento, orientado a reducir y prevenir posibles complicaciones asociadas a la condición médica. (67)

- **Percepción de apoyo social general**

La ayuda social alude a las distintas modalidades de acompañamiento, entendimiento y sostén que un individuo recibe de su entorno relacional, ya sea de amistades, seres queridos, compañeros de trabajo o integrantes de su comunidad. Aunque puede manifestarse de múltiples maneras, todas comparten un elemento común: la noción de que nadie transita solo por su existencia. El usuario que se encuentra programado para una operación quirúrgica se enfrenta a una circunstancia que le provoca inquietud y tensión emocional. En particular, quien será sometido a una intervención de cirugía endoscópica nasosinusal debe ser admitido en una unidad hospitalaria o de cirugía ambulatoria de alta complejidad, ser conducido posteriormente al área quirúrgica para ser operado, recuperarse en la etapa posoperatoria inmediata y finalmente recibir el alta para retornar a su hogar. El acompañamiento social adquiere un papel esencial para afrontar las transformaciones y vivencias vinculadas al proceso de recuperación tras la cirugía. Por ello, desde la perspectiva de la enfermera, cuantificar el apoyo social percibido puede ser una herramienta importante en la planificación de los cuidados de enfermería del paciente intervenido quirúrgicamente, analizando las repercusiones que dicho apoyo social puede tener sobre la ansiedad y el estrés durante el proceso quirúrgico (68).

2.2.4. Colelitiasis

Los cálculos biliares son depósitos cristalizados que se originan en la vesícula biliar o el árbol biliar, compuestos principalmente de colesterol, bilirrubina y bilis. Estos cálculos a menudo permanecen asintomáticos, detectándose incidentalmente

durante estudios de imagen, pero pueden conducir a complicaciones significativas como cólico biliar, colecistitis aguda, colangitis o pancreatitis. El malestar en la vía biliar se manifiesta a través de una dolencia aguda intermitente en el abdomen superior derecho, a menudo desencadenado por alimentos grasos o picantes, debido a la contracción de la vesícula biliar contra los cálculos obstructivos. Los cálculos biliares resultan de la contractilidad vesicular alterada, el vaciamiento reducido y el exceso de colesterol o sales biliares. Las complicaciones pueden afectar los sistemas pancreático, biliar, hepático o gastrointestinal, lo que convierte a los cálculos biliares en una de las principales causas de trastornos gastrointestinales en los Estados Unidos. La evaluación y manejo clínico oportunos son fundamentales para prevenir resultados graves, siendo la colecistectomía el tratamiento estándar para los casos sintomáticos. Sin embargo, el manejo óptimo de los cálculos biliares asintomáticos sigue siendo objeto de debate, lo que subraya la necesidad de mejorar la educación sobre su fisiopatología, evaluación y tratamiento (22).

2.3. Definición De Términos Básicos

Anestesia: Uso de medicamentos para bloquear la sensibilidad del dolor durante la cirugía, que puede ser general, regional o local.

Complicaciones: Son circunstancias o condiciones inesperadas durante un procedimiento quirúrgico, o enfermedad, esto dificulta el proceso de recuperación, y asimismo, aumenta el riesgo de que el paciente requiera tratamientos más fuertes.

Cuidado transoperatorio: En esta fase, el enfermero abastece el equipo quirúrgico, se encarga del buen estado hemodinámico del paciente en el proceso de la cirugía. Debe estar pendiente de los signos vitales: como la temperatura corporal, frecuencia cardíaca, saturación, administración de fluidos intravenosos y anestesia. También está a cargo de asegurar la esterilidad del material quirúrgico y el área operatoria, todo ello debidamente documentado.

Cirugía: Son procedimientos manuales que tienen como finalidad eliminar, corregir, o reparar una estructura del cuerpo humano.

Consentimiento informado: Documento legal que el paciente firma tras recibir información clara sobre el procedimiento quirúrgico, riesgos y beneficios, aceptando voluntariamente su realización.

Complicaciones postoperatorias: Problemas que pueden surgir después de la cirugía, como infecciones, sangrados o alteraciones respiratorias.

Descanso: Se da cuando el cuerpo y la mente reducen su actividad con la finalidad de que logren recuperar su energía, tanto física como mental, se manifiesta a través del sueño, relajación o simplemente reducir la actividad física.

Dolor postoperatorio: Malestar físico que experimenta el paciente después de la cirugía; debe ser evaluado y controlado adecuadamente por el personal de salud.

Educación al paciente: Proceso mediante el cual el personal de salud brinda información al paciente y su familia para favorecer la comprensión y participación en su tratamiento.

Evaluación: Valoración médica y de enfermería previa a la cirugía, que incluye historia clínica, exámenes complementarios y preparación del paciente.

Evaluación prequirúrgica: Valoración médica y de enfermería previa a la cirugía, que incluye historia clínica, exámenes complementarios y preparación del paciente.

Organismo: Es la estructura organizada capaz de llevar a cabo funciones para mantener sano al ser vivo, entre ellas la alimentación, crecimiento, entre otros.

Patología: La patología se encarga de estudiar las enfermedades y cuál es su origen, desarrollo, manifestaciones es decir cuáles son los síntomas, y efectos a corto y largo plazo en el organismo.

Signos vitales: Indicadores del estado fisiológico del paciente, como temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y presión arterial.

Rehabilitación: Proceso de recuperación de la función física del paciente.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo y diseño de investigación

3.1.1. Tipo

Cuantitativa: Porque se realizaron tablas y gráficos mediante el uso de la base de datos.

Descriptivo: Porque se describió y detallo las características de una población, situación o fenómeno sin manipular ninguna variable, respondiendo a preguntas de "qué", "cómo", "cuándo" y "dónde", pero no al "porqué"

Correlacional: Porque se buscó saber si hay una asociación significativa entre los cuidados preoperatorios de enfermería y la recuperación postoperatoria.

3.1.2. Diseño

No experimental: Porque no hubo intervención por parte de las investigadoras ni manipulación de las variables.

Transversal: Porque la información se obtuvo en un solo momento

3.2. Unidad de análisis

La investigación estuvo conformada por pacientes con diagnóstico médico de colelitiasis del Hospital Antonio Lorena Del Cusco de ambos sexos y seleccionados por los criterios de inclusión y exclusión.

3.3. Población de estudio y muestra

3.3.1. Población

Estuvo constituida por un total de 93 pacientes con diagnóstico médico de colelitiasis pertenecientes al servicio de cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco.

Criterios de inclusión

- ✓ Pacientes de 18 a 80 años
- ✓ Pacientes en el preoperatorio y postoperados de colelitiasis
- ✓ Pacientes colecistectomizados laparoscópicamente
- ✓ Pacientes que firmen el consentimiento informado
- ✓ Paciente programado por primera vez para intervención quirúrgica.

Criterio de exclusión

- ✓ Pacientes que no deseen formar parte de la investigación
- ✓ Pacientes que por alguna condición o enfermedad no puedan formar parte de la investigación

3.3.2. Muestra

Se calculó el tamaño de la muestra mediante la fórmula estadística para las poblaciones finitas, determinando un total de 76 pacientes con diagnóstico médico de coleditiasis del hospital Antonio Lorena Del Cusco 2024.

3.4. Tipo de muestreo

Se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia, ya que la selección de los participantes dependió de la accesibilidad y disposición de los mismos para formar parte del estudio, así como su cumplimiento con los criterios de inclusión y exclusión, por lo cual se determinó que la muestra fue conformada por 76 pacientes con diagnóstico médico de coleditiasis de servicio de cirugía del Hospital Antonio Lorena del cusco, se trabajó con los 76 pacientes ya que cumplían con los criterios de inclusión establecidos, el restante fue excluido por diversas razones como el alta anticipada, complicaciones que impidieron su participación, no han firmado el consentimiento, o se encontraban ausentes durante el periodo de recolección de datos

Fórmula para población finita

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{(N - 1)E^2 + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Cálculo de muestra mediante fórmula

- | | |
|-----------|---|
| - n: | Tamaño de muestra |
| - N= 93 | Número de integrantes de la población |
| - Z= 1.96 | Valor del nivel de confianza del 95% |
| - p= 0.5 | Porcentaje estimado o probabilidad de éxito |
| - q=0.5 | Probabilidad de fracaso |
| - e=0.05 | Error estándar |

$$n = \frac{(1.96^2) \cdot (0.5) \cdot (0.5) \cdot (93)}{(93 - 1) \cdot (0.05^2) + (1.96^2) \cdot (0.5) \cdot (0.5)}$$

$$n = 76.$$

3.5 Técnicas e Instrumentos de la investigación.

3.5.1. Técnica

La técnica fue la encuesta la cual consiste en una serie de interrogantes y la observación implica recolectar datos basados en la observación del objeto de estudio en un contexto específico. Esta observación se realiza sin interceder o modificar el entorno en el que se encuentra el objeto; de lo contrario, los datos obtenidos no serán considerados válidos (72).

3.5.2. Instrumento

El instrumento fue un cuestionario y una ficha de recolección de datos, consiste en una serie de preguntas abiertas y/o cerradas respecto de una o más variables a medir y son probablemente el instrumento más utilizado para recolectar datos (72).

Para la variable cuidado de enfermería: Se utilizó el instrumento desarrollado por Muro SE en la Maestría de Ciencias de Enfermería, cuestionario construido por 20 ítems, que han sido agrupados en: dimensión ética: (1-5 ítems), dimensión científica – clínica: (6-10 ítems), dimensión Interpersonal: (11-15 ítems), dimensión perceptiva: (16-20 ítems, su calificación fue asignada de acuerdo a Nunca (0), algunas Veces (1), casi siempre (2) y siempre (3), el cual tuvo una retribución del puntaje más alto para el cuidado adecuado, logrando así una escala de 0 a 60 puntos para el instrumento (20).

Para efectos de la investigación, esta variable fue medida a través de un cuestionario. El cual estuvo dividido en 4 dimensiones:

Ética, científica, interpersonal y perceptiva. La escala de medición fue ordinal.

BAREMACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL PREOPERATORIO	
Cuidado de Enfermería Adecuado	≥ 48 a mas
Cuidado de Enfermería Inadecuado	≤ 47 puntos

Para brindar los cuidados de Enfermería debemos tener en cuenta sus dimensiones:

BAREMACIÓN DE LA DIMENSIÓN ÉTICA	
Cuidado de Enfermería Adecuado	≥ 13 puntos
Cuidado de Enfermería Inadecuado	≤ 12 puntos

BAREMACIÓN DE LA DIMENSIÓN CIENTÍFICA – CLÍNICA	
Cuidado de Enfermería Adecuado	≥ 12 puntos
Cuidado de Enfermería Inadecuado	≤ 11 puntos

BAREMACIÓN DE LA DIMENSIÓN INTERPERSONAL	
Cuidado de Enfermería Adecuado	≥ 11 puntos
Cuidado de Enfermería Inadecuado	≤ 10 puntos

BAREMACIÓN DE LA DIMENSIÓN PERCEPTIVA	
Cuidado de Enfermería Adecuado	≥ 11 puntos
Cuidado de Enfermería Inadecuado	≤ 10 puntos

Indicadores:

- a. Aspectos éticos y bioéticos.
- b. Conocimiento.
- c. Oportunidad de interacción.
- d. Características de los cuidados.

Para la variable recuperación postoperatoria: Se utilizará la Escala QoR-15 (Quality of Recovery-15) con un total de 15 ítems distribuidos en cinco dimensiones: comodidad física, función psicológica, independencia, función emocional y apoyo social. Cada ítem es calificado en una escala de 0 a 10, siendo 0 la peor condición y 10 la mejor, lo que permite determinar el nivel de recuperación del paciente, con puntajes más altos indicando una recuperación excelente y puntajes más bajos reflejando problemas significativos que requieren atención adicional.

BAREMACIÓN RECUPERACIÓN POSTOPERATORIA	
Pobre	15-60
Moderada	61-105
Buena	106-150

3.6. Validez y confiabilidad del instrumento

Para los cuidados preoperatorios de enfermería Muro tuvo los siguientes valores en el coeficiente Alfa de Cronbach: 1. Cuestionario: Cuidados de Enfermería del Paciente Prequirúrgico: Alfa de Cronbach = 0.915 (20).

Para la recuperación postoperatoria, el QoR-15 se validó en inglés, danés, chino y portugués. Se encontró evidencia de alta calidad de buena validez de contenido , buena consistencia interna (α de Cronbach de 0,836) y unidimensionalidad esencial del QoR-15 como medición de la calidad de recuperación posoperatoria. Hubo evidencia de al menos calidad moderada de buena confiabilidad del QoR-15 (correlación intraclase de 0,989) y buen error de medición (error estándar de medición de 1,85). El límite de confianza superior del 95% del cambio detectable más pequeño fue de 3,63 y la diferencia mínima clínicamente importante fue de 8,0 (73).

3.7. Procedimiento de recolección de datos

Primeramente, se realizó y presentó el trabajo de investigación a las autoridades de la Escuela Profesional De Enfermería De La Universidad Nacional De San Antonio Abad Del Cusco para evaluación y aprobación, previa corrección de observaciones del instrumento, una vez aprobado el trabajo de Investigación, se solicitó una autorización dirigida al director Dr. Manuel Sotelo Barbarán del Hospital

Antonio Lorena del Cusco, para la aprobación del trabajo de investigación en el área pertinente, seguido se coordinó con la Dra. Yannet Huacac Guzmán, jefa, de investigación, docencia, y capacitación del hospital Antonio lorena del cusco el cual nos dio la autorización para aplicar nuestro instrumento, seguido se coordinó con la jefa del servicio para que nos brinde las facilidades correspondientes para ejecución de nuestro trabajo de investigación, además se coordinó con cada enfermera de turno para la aplicación de los instrumentos , los cuales se aplicaron en los meses de febrero hasta mediados de abril del año 2025.

De igual modo, se solicitó el consentimiento informado a cada participante previa exposición de los fines y propósitos del estudio.

Para la recolección de datos se inició con la presentación de las investigadoras e informar el fin de dicha investigación a los participantes, luego llenado del consentimiento informado (Anexo N° 03), cuando los participantes tuvieron alguna duda se les aclaró sus interrogantes.

La información se recolectó en las fichas de recolección de datos, que posteriormente se llevará a una base de datos en Microsoft Excel 2021.

3.8. Procesamiento de la información y análisis de datos

El procesamiento estadístico se realizó en software especializado de estadística The Package Sottisfical for the Sciences (SPSS 27), en sus dos niveles descriptivo y analítico.

Nivel Descriptivo: Se utilizó desviación estándar; presentándose en tablas unidimensionales bidimensionales.

Nivel Analítico: Se utilizó la prueba de independencia de criterios (X^2 , Chi-Cuadrado) teniendo un nivel de confiabilidad igual a 0.05.

Finalmente, los resultados fueron presentados en tablas.

3.9. Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	CATEGORÍA
CUIDADOS PREOPERATORIOS	Los cuidados que proporciona el profesional de enfermería al paciente que se encuentra en la etapa inmediata antes de someterse a una cirugía son de suma importancia y se refieren a una atención específica y detallada durante este periodo crítico	Ética	Aspectos éticos y bioéticos.	Ordinal	Adecuado $\geq$ 13 puntos Inadecuado $\leq$ 12 puntos
		Científica-clínica	Conocimiento	Ordinal	Adecuado $\geq$ 12 puntos Inadecuado $\leq$ 11 puntos
		Interpersonal	Oportunidad de interacción.	Ordinal	Adecuado $\geq$ 11 puntos Inadecuado $\leq$ 10 puntos
		Perceptiva	Características de los cuidados.	Ordinal	Adecuado $\geq$ 11 puntos Inadecuado $\leq$ 10 puntos
RECUPERACIÓN POSTOPERATORIA	Es el proceso de monitoreo y cuidados proporcionados al paciente tras la cirugía, enfocados en la prevención de complicaciones	Comodidad Física	Dolor físico Náuseas y vómitos Sensación de bienestar general Facilidad para respirar	Ordinal	Pobre: 15-60 Moderada: 61-105 Buena: 106-150

	y el restablecimiento de su estado de salud		Movilidad adecuada		
		Función Psicológica	Tranquilidad emocional Ausencia de ansiedad Estado de ánimo positivo Ausencia de confusión mental	Ordinal	Pobre: 15-60 Moderada: 61-105 Buena: 106-150
		Independencia	Capacidad de autocuidado Capacidad de realizar actividades diarias básicas	Ordinal	Pobre: 15-60 Moderada: 61-105 Buena: 106-150
		Función Emocional	Satisfacción con la atención de médicos y enfermeras Optimismo sobre la recuperación	Ordinal	Pobre: 15-60 Moderada: 61-105 Buena: 106-150
		Apoyo Social	Percepción de apoyo del personal de salud Percepción de apoyo social general	Ordinal	Pobre: 15-60 Moderada: 61-105 Buena: 106-150

Características sociodemográficas	Factores que describen la composición de una población, como edad, sexo, nivel educativo, ocupación y situación económica, que influyen en la salud y el comportamiento de los individuos.	Edad	Edad en años	Intervalo	Rangos de edad
		Sexo	Condición biológica del paciente	Nominal	Femenino Masculino
		Estado civil	Estado civil según el documento de identidad	Nominal	Soltero(a) Conviviente Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)
		Nivel educativo	Nivel de educación más alto culminado	Nominal	Sin estudios Primaria Secundaria Superior
		Ocupación	Actividad laboral desarrollada por el paciente	Nominal	No trabaja Estudiante Independiente Dependiente

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Tabla 1

Relación entre el cuidado de enfermería en el preoperatorio y recuperación postoperatoria de pacientes de colelitiasis del Hospital Antonio Lorena Del Cusco 2024.

Cuidados		Recuperación Postoperatoria			Total
Preoperatorios		Buena	Moderada	Pobre	
Adecuado	N	2	58	9	69
	%	2.6%	76.3%	11.8%	90.8%
Inadecuado	N	0	4	3	7
	%	0.0%	5.3%	3.9%	9.2%
Total	N	2	62	12	76
	%	2.6%	81.6%	15.8%	100.0%

Chi-cuadrado (χ^2) = 0.043

Análisis e interpretación de resultados

Esto significa que sí existe asociación estadísticamente significativa entre el cuidado de enfermería en el preoperatorio y la recuperación postoperatoria de pacientes de colelitiasis del Hospital Antonio Lorena Del Cusco 2024. Chi-cuadrado = 0.043.

Esto evidencia que la calidad de los cuidados preoperatorios brindados por enfermería influye de manera relevante en el proceso de recuperación del paciente.

Se encontró mayormente cuidados preoperatorios adecuados y una recuperación postoperatoria moderada en un 76.3% de los casos, y en cuanto a los cuidados preoperatorios inadecuados con una recuperación postoperatoria buena el resultado fue de un 0.0%.

Ancasi y Cáceres (2023) analizan el impacto del cuidado de enfermería en pacientes sometidos a colecistectomía, aunque desde perspectivas distintas. Mientras que se centra en los cuidados postoperatorios y su relación con las complicaciones clínicas, el presente estudio se enfoca en los cuidados preoperatorios y su influencia en la recuperación postoperatoria.

Ancasi y Cáceres hicieron un estudio correlacional, donde encontraron que el 47.1% de los pacientes recibió cuidados de enfermería adecuados, y que el 20% presentó complicaciones clínicas moderadas a muy graves. Además, se evidenció una correlación negativa moderada ($r = -0.524$), lo cual indica que, a menor calidad de cuidados, mayor número de complicaciones. Esta relación inversa sugiere fallas en la atención postoperatoria, posiblemente por deficiencias en la vigilancia, el control del dolor o el seguimiento de signos de alarma.

Por lo tanto, ambos coinciden en resaltar que la calidad del cuidado de enfermería está directamente relacionada con los resultados clínicos de los pacientes, ya sea en forma de complicaciones o en la calidad de la recuperación. Sin embargo, también ponen en evidencia una brecha entre el cuidado considerado adecuado y los resultados esperados, lo que podría indicar deficiencias en la implementación o en la percepción del cuidado prestado.

En cuanto al estudio de **Aldama et al. (2024)** la diferencia fundamental entre ambos estudios radica en el momento y el enfoque de evaluación: mientras Aldama et al. se centraron en el seguimiento a largo plazo para detectar secuelas como el SPC, el presente trabajo analiza la recuperación en el periodo postoperatorio inmediato y su relación con las intervenciones prequirúrgicas. Esto explica por qué, en el estudio de Aldama, factores propios de la fisiología digestiva y la respuesta individual a la cirugía condicionan la aparición de síntomas persistentes, mientras que en este estudio la variable determinante fue la calidad del cuidado preoperatorio, la cual impacta en el curso clínico temprano pero no necesariamente predice complicaciones tardías.

Bendezú y Vera (2021) en su estudio encontraron una relación altamente significativa entre la satisfacción y el cuidado de enfermería en pacientes postoperados de colecistectomía. Si bien ambos trabajos coinciden en identificar que la calidad del cuidado de enfermería influye de forma directa en los resultados postoperatorios y en la percepción del paciente, existen diferencias relevantes en el enfoque y en las dimensiones evaluadas. Bendezú y Vera (2021) se centraron en la satisfacción global y el trato recibido, mientras que el presente estudio enfatiza la dimensión técnica y procedimental de los cuidados preoperatorios y su impacto en la evolución clínica. Es posible que estas diferencias metodológicas expliquen por qué, en el presente estudio, incluso cuidados preoperatorios adecuados se

asociaron principalmente a recuperaciones moderadas y no necesariamente óptimas, lo que podría indicar la influencia de otros factores clínicos o contextuales en la recuperación.

Tabla 2

Datos sociodemográficos de los pacientes postoperados de colelitiasis en el servicio de Cirugía en el Hospital Antonio Lorena del Cusco 2024

Edad	N	%
18-30 años	16	21.1
31-45 años	19	25.0
46-60 años	18	23.7
61-75 años	19	25.0
>75 años	4	5.3
Sexo	N	%
Femenino	54	71.1
Masculino	22	28.9
Estado civil	N	%
Soltero(a)	10	13.2
Conviviente	36	47.4
Casado(a)	17	22.4
Divorciado(a)	3	3.9
Viudo(a)	10	13.2
Nivel educativo	N	%
Sin estudios	5	6.6
Primaria	24	31.6
Secundaria	30	39.5
Superior	17	22.4
Ocupación	N	%
No trabaja	22	28.9
Estudiante	1	1.3
Independiente	30	39.5
Dependiente	23	30.3
Total	76	100.0

Análisis e interpretación de resultados

Se puede observar que, según el rango de edad, predominan los grupos de 31-45 años y 61-75 años, ambos con un 25%, y el grupo de mayores de 75 años con un 5.3%. En cuanto al sexo, predomina el femenino con un 71.1%, en comparación con el masculino, que representa solo el 28.9%. Respecto al estado civil, la mayoría son convivientes (47.4%), mientras que el porcentaje más bajo fue el de los divorciados quienes constituyen el 3.95%. Según el nivel educativo, prevalece el nivel secundario con un 39.5%, mientras que las personas sin estudios con un 6.6%. Finalmente, en relación con la ocupación, el 39.5% son trabajadores independientes, y solo el 1.3% son estudiantes.

Tabla 3

Cuidados de enfermería en el preoperatorio de pacientes de colelitiasis atendidos en el servicio de Cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2024

Dimensión de cuidado de enfermería preoperatorio	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Ética	Adecuado	59	90.8%
	Inadecuado	17	9.2%
Científica- clínica	Adecuado	0	0%
	Inadecuado	76	100%
Interpersonal	Adecuado	1	1.3%
	Inadecuado	75	98.7%
Perceptiva	Adecuado	2	2.6%
	Inadecuado	74	97.4%
Cuidado de enfermería en el preoperatorio	F	%	
adecuado	69.0	90.79%	
inadecuado	7.0	9.21%	
TOTAL	76	100%	

Se puede observar que el 90,8% obtuvieron puntajes en un adecuado cuidado de enfermería en el preoperatorio. Solo un 9,2% un inadecuado cuidado de enfermería en el preoperatorio. Esto significa que la gran mayoría recibió un cuidado preoperatorio correcto y seguro, aunque existe un pequeño grupo que requiere mayor atención.

Tabla 4

Recuperación postoperatoria de pacientes de colelitiasis atendidos en el servicio de Cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2024

Dimensión de la recuperación postoperatoria	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Comodidad Física	Pobre	63	82.9%
	Moderada	9	11.8%
	Buena	4	5.3%
Función psicológica	Pobre	4	5.3%
	Moderada	70	92.1%
	Buena	2	2.6%
independencia	Pobre	8	10.5%
	Moderada	58	76.3%
	Buena	10	13.2%
Función emocional	Pobre	4	5.3%
	Moderada	65	85.5%
	Buena	7	9.2%
Apoyo social	Pobre	7	9.2%
	Moderada	9	11.8%
	Buena	60	78.9%

Cuidado de enfermería en la recuperación postoperatoria	F	%
Buena	2.0	2.63%
Moderada	62.0	81.58%
Pobre	12.0	15.79%
TOTAL	76	100%

La recuperación postoperatoria se evaluó en distintos aspectos o dimensiones, como el control del dolor, la vigilancia de signos vitales y la movilización temprana.

Se puede observar que el 81.58% obtuvieron un moderado cuidado de enfermería en la recuperación postoperatoria. Solo un 2.63% un buen cuidado de enfermería en la recuperación postoperatoria. Lo que pone en evidencia una brecha entre el cuidado considerado adecuado y los resultados esperados, lo que podría indicar deficiencias en la implementación o en la percepción del cuidado de enfermería en la recuperación postoperatoria

Relación de las dimensiones del cuidado de enfermería en el preoperatorio con la recuperación postoperatoria en pacientes de colelitiasis

Tabla 5

Relación de la dimensión ética del cuidado de enfermería en el preoperatorio con la recuperación postoperatoria en pacientes de colelitiasis en el servicio de Cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2024.

Etica	Recuperación Postoperatoria				Total
		Buena	Moderada	Pobre	
Adecuado	N	2	60	11	73
	%	2.6%	78.9%	14.5%	96.1%
Inadecuado	N	0	2	1	3
	%	0.0%	2.6%	1.3%	3.9%
Total	N	2	62	12	76
	%	2.6%	81.6%	15.8%	100.0%

Chi-cuadrado (χ^2) = 0.776

Análisis e interpretación de resultados

El análisis estadístico mediante Chi-cuadrado = 0.776 evidencia que no existe una asociación significativa entre la dimensión ética del cuidado de enfermería y la recuperación postoperatoria en pacientes de colelitiasis en el servicio de Cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2024. Este hallazgo sugiere que, aunque la ética constituye un eje fundamental en la práctica profesional, en esta investigación no se identificó un efecto directo y medible sobre la recuperación clínica de los pacientes, lo que podría estar influenciado por otros factores determinantes en el postoperatorio.

Se encontró mayormente una ética adecuada y una recuperación postoperatoria moderada en un 78.9% de los casos esto indica que la aplicación de la ética es adecuada, como el trato al paciente, cumplimiento de protocolos entre otros, por otra parte, se encontró una ética adecuada con una recuperación postoperatoria buena en un 2.6%. esto significa que una minoría ha tenido una buena recuperación

con el nivel adecuado de ética, lo que indica que se necesita reforzar la dimensión ética para que los pacientes tengan una recuperación exitosa.

En cuanto a la dimensión ética realizando la comparación con el estudio de **MuroSE (Chimbote, 2020)**, tuvo como resultados positivos un 75% de un cuidado adecuado en la dimensión ética. Ambos estudios analizaron el nivel de ética durante la recuperación post operatoria mientras que el estudio de Muro se enfoca más en el cuidado de enfermería aunque ambos están ligados, son escenarios diferentes, la diferencia entre ambos estudios es que el estudio de Muro tiene el porcentaje más alto de inadecuado cuidado que en el presente estudio que fue de 3.9% en promedio, aunque ambos estudios tienen mayor porcentaje de cuidado adecuado se tienen que mejorar ciertos aspectos para que tanto la recuperación post operatoria como el cuidado de enfermería llegen a un nivel excelente ya que en cuestión de temas de salud siempre se tiene que tener extremo cuidado. Concluyendo en este resultado que la ética en el cuidado tiene una relación directa sobre la recuperación postoperatoria, aunque la mayoría de los pacientes con ética adecuada experimentaron una recuperación moderada.

Estos resultados pueden analizarse en relación con estudios previos. Por ejemplo, la investigación de **Pureco (2022)** concluyó que los cuidados quirúrgicos (pre, trans y postoperatorios) brindados a pacientes con colecistitis crónica litiásica fueron deficientes, evidenciando una brecha importante en la calidad del cuidado enfermero, lo cual podría estar vinculado con una ética asistencial inadecuada. Este antecedente refuerza la importancia de una atención ética y humana como base para una recuperación más efectiva.

De manera complementaria, el estudio de **Álvaro et al. (2020)** mostró que las intervenciones de enfermería en el postoperatorio se centraron principalmente en el manejo del dolor, el cuidado de heridas y la prevención de riesgos, lo cual coincide con una ética de atención centrada en el paciente. Sin embargo, al no abordar explícitamente la dimensión ética de manera integral, podrían no estar considerando elementos fundamentales como la autonomía, el respeto o la comunicación, los cuales influyen directamente en la experiencia subjetiva del paciente y en su recuperación.

El estudio de **Aldama et al. (2024)** contrasta con el presente estudio ya que en sus resultados pone de manifiesto que el síndrome postcolecistectomía (SPC) constituye una complicación frecuente tras la cirugía de vesícula biliar, con una incidencia del 23.1% en pacientes adultos. Las manifestaciones clínicas más comunes fueron la distensión abdominal, malestar, náuseas y evacuaciones líquidas, lo que evidencia que, a pesar de la efectividad general de la colecistectomía laparoscópica (CL), un grupo significativo de pacientes sigue experimentando síntomas persistentes que afectan su calidad de vida, estos hallazgos resaltan que es necesario integrar la dimensión ética como parte esencial del cuidado pre y postoperatorio. Una ética adecuada no se limita al cumplimiento de protocolos técnicos, sino que implica también una atención centrada en el paciente, basada en la empatía, el respeto, la escucha activa y la toma de decisiones compartida. El hecho de que muchos pacientes continúen con síntomas sin una causa clara refuerza la importancia de una ética del cuidado responsable y continua, donde se dé seguimiento a las molestias persistentes y se acompañe al paciente en su proceso de recuperación.

El estudio de **Labbad (2024)** propuso un sistema de puntuación preoperatorio orientado a predecir la dificultad de la colecistectomía, con base en hallazgos clínicos y ecográficos, como el engrosamiento de la pared vesicular ≥ 4 mm, la acumulación de líquido perivesicular y la presencia de cálculos en el cuello de la vesícula. El 47.47% de las intervenciones presentaron características de cirugía compleja, y se estableció una relación estadísticamente significativa entre el engrosamiento vesicular y la dificultad quirúrgica ($p = 0.0000$).

Este tipo de herramienta diagnóstica representa un avance significativo en términos de prevención de complicaciones, planificación quirúrgica y seguridad del paciente. Sin embargo, para que dicho sistema sea realmente efectivo en mejorar los desenlaces clínicos, debe estar acompañado de una gestión ética adecuada en todas las etapas del proceso quirúrgico, especialmente en la atención postoperatoria.

Tabla 6

Relación entre la dimensión científica-clínica del cuidado de enfermería en el preoperatorio con la recuperación postoperatoria en pacientes de colelitiasis en el servicio de Cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2024

Científica Clínica		Recuperación Postoperatoria			Total
		Buena	Moderada	Pobre	
Adecuado	N	0	12	2	14
	%	0.0%	15.8%	2.6%	18.4%
Inadecuado	N	2	50	10	62
	%	2.6%	65.8%	13.2%	81.6%
Total	N	2	62	12	76
	%	2.6%	81.6%	15.8%	100.0%

Chi-cuadrado (χ^2) = 0.037

Análisis e interpretación de resultados

El análisis estadístico (chi-cuadrado = 0.037) demuestra una asociación significativa entre la dimensión científico-clínica del cuidado de enfermería y la recuperación postoperatoria en pacientes de colelitiasis en el servicio de Cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2024. Este hallazgo evidencia que la aplicación de conocimientos clínicos y científicos en el cuidado de enfermería contribuye de manera directa a optimizar el proceso de recuperación.

En cuanto a la dimensión científica-clínica realizando la comparación con el estudio de **Muro SE (Chimbote, 2020)**, encontró un 51% de cuidado adecuado. El porcentaje de casos en los que el cuidado científico-clínico fue inadecuado sigue siendo una preocupación grave. Este factor es clave, ya que el tipo de atención recibida en la fase postoperatoria es esencial para asegurar una recuperación adecuada. La falta de atención en este aspecto puede traer consigo riesgos y complicaciones adicionales que solo alargarían el proceso de sanación. Mientras que en el porcentaje de casos donde resultó ser adecuado en el estudio de Muro (51%) es mayor que en el actual estudio que resultó de un 0%, este dato es considerablemente más alto que los resultados obtenidos en el presente estudio, donde no se encontró ningún caso con una atención adecuada en la dimensión científica-clínica. Esta gran diferencia en los porcentajes refleja una gran diferencia

en la calidad del cuidado brindado a los pacientes en cada uno de los contextos, esto indica que hay una urgente necesidad de mejorar los estándares de atención.

El hecho de que en este estudio no se haya registrado ni un solo caso de atención adecuada genera serias preocupaciones sobre la calidad de los servicios de salud ofrecidos, especialmente en la fase postoperatoria, donde la precisión en los cuidados es esencial para asegurar que el paciente se recupere de manera exitosa. Mientras que en el estudio de MuroSE un 51% de los pacientes recibieron el cuidado necesario para una pronta recuperación, en el presente estudio, ninguno de los casos cumplió con los criterios adecuados, lo que podría traer consigo riesgos adicionales para la salud y complicaciones que prolonguen el proceso de curación.

El estudio de **Vila et al. (2024)** demostró que la implementación técnica adecuada de la estrategia ELVB+CL durante la curva de aprendizaje quirúrgico fue eficaz y segura, sin generar diferencias estadísticas en los resultados clínicos con respecto a centros más experimentados. Este hallazgo se relaciona con los resultados actuales al sugerir que, incluso en contextos de menor experiencia o técnica limitada, los resultados postoperatorios pueden mantenerse estables, siempre que otros aspectos del proceso asistencial estén bien manejados.

Pureco (2022) identificó que los cuidados de enfermería en las etapas pre, trans y postquirúrgicas en pacientes con colecistitis crónica litiásica todavía presentan deficiencias significativas. A pesar de utilizar un instrumento estructurado como la guía basada en las 14 necesidades de Virginia Henderson, los resultados indican que la calidad del cuidado no es consistente ni óptima. Esta ineficiencia podría deberse a limitaciones en la capacitación del personal, falta de seguimiento de los protocolos establecidos o insuficiencia de recursos institucionales, lo que afecta directamente la experiencia y la evolución del paciente en todo el proceso quirúrgico.

En línea con estos hallazgos, el estudio también reveló que en el 65.8% de los casos analizados, una práctica científico-clínica inadecuada estuvo relacionada con una recuperación postoperatoria solo moderada. Este dato sugiere que, cuando el personal de salud no cuenta con una base científica sólida, protocolos actualizados o una aplicación rigurosa del juicio clínico, la atención brindada resulta

insuficiente para lograr una recuperación efectiva, aunque no necesariamente se presenten errores clínicos evidentes.

Ambos estudios coinciden en señalar debilidades en la atención quirúrgica desde distintas perspectivas. Mientras que Pureco pone énfasis en las fallas operativas en la ejecución del cuidado en todas las fases del proceso quirúrgico, el segundo estudio destaca una deficiencia en los fundamentos científicos que respaldan esas intervenciones. Esto indica que la ineficiencia no solo está vinculada a lo técnico-operativo, sino que también refleja una formación profesional incompleta o desactualizada.

Tabla 7

Relación entre la dimensión interpersonal del cuidado de enfermería en el preoperatorio con la recuperación postoperatoria en pacientes de colelitiasis en el servicio de Cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2024

Interpersonal	Recuperación Postoperatoria			Total	
	Buena	Moderada	Pobre		
Adecuado	N	1	34	5	40
	%	1.3%	44.7%	6.6%	52.6%
Inadecuado	N	1	28	7	36
	%	1.3%	36.8%	9.2%	47.4%
Total	N	2	62	12	76
	%	2.6%	81.6%	15.8%	100.0%

Chi-cuadrado (χ^2) = 0.705

Análisis e interpretación de resultados

El análisis estadístico mediante (Chi-cuadrado = 0.705) muestra que no existe una asociación significativa entre la dimensión interpersonal del cuidado de enfermería en el preoperatorio con la recuperación postoperatoria en pacientes de colelitiasis en el servicio de Cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2024. Este resultado sugiere que, en la población estudiada, los aspectos interpersonales del cuidado, aunque importantes para la experiencia del paciente, no demostraron un impacto directo en los resultados de nuestra investigación.

se encontró mayormente una interpersonal adecuada y una recuperación postoperatoria moderada en un 44.7% de los casos, y una interpersonal adecuada con una recuperación postoperatoria buena en un 1.3%.

En cuanto a la dimensión interpersonal realizando la comparación con el estudio de **MuroSE (Chimbote, 2020)**, observa un cuidado adecuado del 66%, la diferencia entre ambos estudios radica en que este estudio, detectó que el 44.7% presentó calidad interpersonal adecuada con una recuperación moderada, es decir se están relacionando ambos factores mientras que Muro se fue directamente a medir el cuidado a nivel interpersonal, ambos se asemejan ya que aunque la cantidad varía, si existen cantidades moderadas en nivel adecuado por lo que se requiere una mejora en este aspecto.

Este hallazgo se alinea con estudios que han demostrado la importancia de las relaciones interpersonales en el ámbito quirúrgico. En particular, el estudio de Pureco (2022) identificó que los cuidados enfermeros pre, trans y postoperatorios fueron insuficientes, lo cual pudo impactar negativamente en el acompañamiento emocional de los pacientes. La ausencia de una relación empática, comprensiva y comunicativa puede generar un entorno asistencial impersonal, que afecte la percepción de seguridad y bienestar del paciente, influyendo de manera indirecta pero relevante en su proceso de recuperación.

Ancasi y Cáceres (2023) mostraron que existe una relación entre la calidad de cuidados de enfermería y la presencia de complicaciones clínicas,

Indicando que la calidad técnica y científica de estos cuidados impactan en la recuperación postoperatoria. Concluyeron que la atención adecuada por parte del personal de enfermería no solamente ayuda a prevenir complicaciones, sino que puede mejorar la recuperación de los pacientes.

Mientras que esta investigación sugiere que, aunque la calidad humana del trato es fundamental, no siempre es suficiente para garantizar una recuperación completa si no se acompaña de una atención clínica eficiente. En otras palabras, una buena relación enfermera-paciente mejora la experiencia hospitalaria, pero por sí sola no puede prevenir complicaciones físicas.

Tabla 8

Relación entre la dimensión perceptiva del cuidado de enfermería en el preoperatorio con la recuperación postoperatoria en pacientes de colelitiasis en el servicio de Cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2024

Perceptiva		Recuperación Postoperatoria			Total
		Buena	Moderada	Pobre	
Adecuado	N	2	57	11	70
	%	2.6%	75.0%	14.5%	92.1%
Inadecuado	N	0	5	1	6
	%	0.0%	6.6%	1.3%	7.9%
Total	N	2	62	12	76
	%	2.6%	81.6%	15.8%	100.0%

Chi-cuadrado (χ^2) = 0.177

Análisis e interpretación de resultados

El análisis de (Chi-cuadrado = 0.177) revela que no existe una asociación significativa entre la dimensión perceptiva y la recuperación postoperatoria en pacientes de colelitiasis en el servicio de Cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2024. Esto sugiere que, aunque la percepción del paciente sobre la atención recibida es un componente importante para su satisfacción y confianza, en este estudio no mostró una influencia directa sobre los resultados de la investigación.

Se encontró mayormente una perceptiva adecuada y una recuperación postoperatoria moderada en un 75.0% de los casos, y una perceptiva inadecuada con una recuperación postoperatoria buena en un 0.0%.

En cuanto a la dimensión perceptiva realizando la comparación con el estudio de **Ancasi S y Caceres M (Lima, 2023)** y el estudio de **MuroSE (Chimbote, 2020)** reportaron 52% de cuidado adecuado y 48% de inadecuado respectivamente, coincidiendo con nuestros resultados. Estos resultados pueden deberse a que, la percepción del paciente sobre la calidad del cuidado recibido, aunque importante desde el punto de vista emocional y subjetivo, no siempre se traduce en resultados clínicos objetivos como la disminución de complicaciones, el control del dolor o la recuperación funcional. Si bien una percepción positiva puede mejorar la satisfacción del paciente, factores como la técnica quirúrgica, la presencia de

comorbilidades, la respuesta fisiológica individual y la adherencia a los cuidados postoperatorios tienen un peso mayor en la evolución clínica. Además, si no se articulan adecuadamente los aspectos perceptivos con intervenciones efectivas basadas en la evidencia, la experiencia subjetiva del paciente no impacta de forma significativa en su recuperación postquirúrgica.

Este hallazgo contrasta con estudios que han enfatizado la importancia del componente perceptivo o subjetivo del cuidado en la evolución del paciente. Por ejemplo, **Álvaro et al. (2020)** subrayan que la validación de intervenciones enfermeras en cirugías laparoscópicas sin complicaciones mostró un predominio de cuidados centrados en el control del dolor y prevención de riesgos, aspectos que, si bien importantes, no siempre integran la percepción del paciente como indicador de calidad de la atención. El resultado obtenido en este estudio podría explicarse, en parte, por una desconexión entre el sentir subjetivo del paciente y los indicadores clínicos de recuperación, lo que refuerza la necesidad de complementar ambos enfoques en la práctica asistencial.

Por otro lado, **Pureco (2022)** detectó falencias en la calidad de los cuidados pre, trans y postoperatorios brindados por el personal de enfermería en pacientes sometidos a colecistectomía por colecistitis crónica litiásica, lo que podría repercutir negativamente en cómo los pacientes perciben la atención recibida. Aun así, como indica este estudio, dicha percepción no siempre se asocia directamente a una mejora objetiva en los resultados clínicos postoperatorios, tal como lo corrobora la falta de significancia estadística encontrada.

Bendezú y Vera (2021) encontraron resultados semejantes, aunque se puede notar un poco la diferencia ya que el 90,0% de los usuarios expresaron sentirse conformes y satisfechos con la asistencia recibida, destacando la actitud profesional y la calidad del acompañamiento durante el proceso postoperatorio mientras que en el presente estudio el resultado fue de un 75% de pacientes que tienen una adecuada percepción del servicio que han recibido. Ambos estudios coinciden en que la mayoría de los pacientes perciben el cuidado de enfermería como adecuado o bueno, lo que refleja un predominio de buenas prácticas profesionales y un compromiso con el bienestar del paciente

Ramírez y Urrure (2021) en su estudio encontraron que el 49% de las atenciones fueron evaluadas como regulares, lo cual indica que, si bien se cumplen ciertos estándares básicos de atención, aún existen limitaciones en aspectos esenciales como la comunicación, el seguimiento clínico. Ambos estudios difieren en el aspecto que Ramírez y Urrure reportaron una valoración predominantemente regular, lo que refleja un nivel de satisfacción más bajo en comparación con este estudio que hubo un porcentaje más elevado de pacientes satisfechos. Esto se debe a diferencias en los contextos institucionales, estándares de atención, expectativas de los pacientes o criterios de medición utilizados.

CONCLUSIONES

1. Los resultados del estudio evidenciaron una relación significativa entre cuidado de enfermería en el preoperatorio con la recuperación postoperatoria en pacientes de colelitiasis en el servicio de Cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2024 con un Chi-cuadrado = 0.043.
2. El perfil predominante corresponde a mujeres adultas de nivel educativo medio y situación laboral informal, lo que resalta la importancia de adaptar los cuidados de enfermería a sus condiciones sociales y educativas para favorecer una recuperación efectiva.
3. El cuidado de enfermería en el preoperatorio de pacientes de colelitiasis es adecuado en un porcentaje mayor presentando un cuidado inadecuado en las dimensiones como científica-clínica, interpersonal, perceptiva y solo en la dimensión ética tiene un cuidado adecuado.
4. La recuperación postoperatoria de pacientes de colelitiasis en un gran porcentaje es moderada y un menor porcentaje es buena, teniendo una recuperación moderada en las dimensiones función psicológica, independencia y emocional, presentando una recuperación postoperatoria pobre en la dimensión comodidad física y buena en la dimensión apoyo social,
5. Los resultados del estudio evidenciaron una relación significativa con un Chi-cuadrado = 0.037, entre la dimensión científica-clínica con la recuperación postoperatoria de pacientes de colelitiasis y no se evidenció una relación significativa entre las dimensiones ética, interpersonal y perceptiva del cuidado de enfermería con la recuperación postoperatoria de pacientes de colelitiasis, dado que sus valores de chi-cuadrado fueron superiores al nivel de significancia establecido (+ 0.05).

SUGERENCIAS

Al Hospital Antonio Lorena

Se recomienda fortalecer los protocolos institucionales de cuidados de enfermería preoperatorios con enfoque integral, incorporando dimensiones éticas, científicas, interpersonales y perceptivas, dado su impacto estadísticamente significativo en la recuperación postoperatoria de pacientes con colelitiasis. Asimismo, se sugiere implementar capacitaciones periódicas y auditorías clínicas que garanticen la calidad y continuidad del cuidado quirúrgico, optimizando así los indicadores de recuperación y reduciendo complicaciones.

A las licenciadas del Servicio de Cirugía

Se recomienda a las profesionales de enfermería del servicio de Cirugía incorporar de manera sistemática prácticas basadas en la evidencia científica en los cuidados preoperatorios, reforzando su desempeño en aspectos éticos (respeto a la autonomía del paciente), clínicos (evaluación prequirúrgica integral), interpersonales (comunicación terapéutica) y perceptivos (percepción de las necesidades del paciente). El fortalecimiento de estas competencias contribuirá significativamente a mejorar los tiempos de recuperación, disminuir el dolor posquirúrgico y fomentar el bienestar biopsicosocial del paciente.

A la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

Se recomienda a la Universidad fortalecer la formación académica de los estudiantes de Enfermería en áreas clave de cuidados perioperatorios, promoviendo competencias profesionales en las dimensiones ética, científica, interpersonal y perceptiva del cuidado. Asimismo, se sugiere impulsar líneas de investigación clínica que articulen docencia y práctica hospitalaria, contribuyendo con evidencia científica al abordaje integral de patologías quirúrgicas prevalentes como la colelitiasis.

A los estudiantes de la Facultad de Enfermería

Se recomienda a los estudiantes asumir un rol proactivo en la adquisición de conocimientos y habilidades clínicas relacionadas con el cuidado preoperatorio, comprendiendo su impacto directo en los resultados postoperatorios del paciente. Es fundamental que desarrollen una práctica reflexiva y empática, basada en

principios bioéticos, razonamiento clínico, comunicación efectiva y valoración integral del paciente quirúrgico, contribuyendo así a una atención segura, humanizada y centrada en el paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Punt M, Van der Most R, Bongers C, Didden A, Hulzebos E, Dronkers J, et al. Mejora de la atención hospitalaria pre y perioperatoria: Cirugía mayor electiva. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2017;60(4):410-8.
2. Nilsson U, Gruen R, Myles P. Recuperación postoperatoria: la importancia del equipo. Anaesthesia. 2020;75(1):158-64.
3. Wong GYM, Wadhawan H, Roth V, Bravo L, Rajeev Y, Maldonado RD, et al. 30-Day Morbidity and Mortality After Cholecystectomy for Benign Gallbladder Disease (AMBROSE): A Prospective, International Collaborative Cohort Study. Annals of Surgery. 2024; 13(1): 13-17. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38348652/>.
4. Salinas C, López C, Ramírez A, Torres R, Mendoza M, Cuesta D. Colecistectomía por laparoscopia en colecistitis subaguda: análisis retrospectivo de pacientes en un hospital universitario. Revista Colombiana de Cirugía. 2018;33:154-61.
5. Bedwell G, Dias P, Hahnle L, Anaëli A, Baker T, Beane A, et al. Barreras a la prestación de atención perioperatoria de calidad en países de ingresos bajos y medios: un estudio de evaluación rápida cualitativa. Anesth Analg. 2022;135(6):1217.
6. Tapia L. Colecistitis Aguda en El Hospital Nacional Ramiro Priale Priale en el Periodo 2016 [Internet] [Tesis de pregrado]. Universidad Peruana los Andes; 2017. Disponible en: <http://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/165>
7. Arnao N. Sensibilidad y especificidad del estudio ecográfico en pacientes colecistectomizados Hospital Nacional Arzobispo Loayza. julio 2017 – junio 2018. [Internet] [Tesis de pregrado]. Universidad Nacional Federico Villareal; 2019. Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/2931>
8. MINSA. Análisis de Situación de Salud (ASIS) [Internet]. Centro Nacional de Epidemiología Prevención y Control de Enfermedades. 2019. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/inteligencia-sanitaria/analisis-de-situacion-de-salud-asis/analisis-de-situacion-de-salud-asis/>
9. Nogoy M, Padmanaban M, Lopez L, Rosado J, Sifri Z. Predictores de colecistectomía laparoscópica difícil en misiones humanitarias en Perú Colecistectomía laparoscópica difícil en misiones quirúrgicas. J Surg Res. 2021;267:102-8.
10. Iverson K, Roa L, Shu S, Wong M, Rubenstein S, Zavala P, et al. Mejora de la calidad para abordar la carga de enfermedad quirúrgica en un gran hospital público terciario del Perú. World J Surg. 2021;45(8):2357-69.

11. Ramírez D. Cuidados de enfermería durante el preoperatorio a pacientes con colecistectomía laparoscópica [Internet] [Tesis de maestría]. Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2024. Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/17621>
12. Vila M, Ciscar A, Benavides dos Santos A, Borisova I, Torra N, Bombuy E, et al. Resultados durante la curva de aprendizaje de la exploración laparoscópica de la vía biliar por coledocolitiasis. *Cir Esp*. 2024;102(5):257-64.
13. Aldama K, Alberti P, Sanabria R. Incidencia del síndrome postcolecistectomía en pacientes adultos. *Acta Médica Grupo Ángeles*. 2021;19(1):61-6.
14. Labbad C, Vivas L. Score preoperatorio para la predicción de colecistectomía difícil. *Rev Venez Cir*. 2023;76(1):59-64.
15. Pureco J. Repositorio Institucional de la Universidad Nacional Autónoma de México [Internet] [Tesis de pregrado]. [Puebla, México]: Instituto de Estudios Avanzados Universitarios; 2022 [citado 11 de julio de 2025]. Disponible en: <http://repositorio.unam.mx>
16. Álvaro M, Martín F, Rodríguez M. Validación de intervenciones enfermeras en el postoperatorio de cirugías laparoscópicas no complicadas en el Hospital Universitario de Canarias. *Ene* [Internet]. 2019;13(3). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1988-348X2019000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
17. Ancasi S. Complicaciones clínicas y los cuidados de enfermería a pacientes colecistectomizados atendidos en el área de cirugía del hospital regional Honorio Delgado Arequipa, 2022 [Informe técnico]. Universidad Nacional del Callao; 2023.
18. Bendezú Z, Vera M. Satisfacción y cuidado de enfermería en pacientes postoperados de colecistectomía en una institución de salud. *Chimbote*, 2021 [Internet] [Tesis de pregrado]. Universidad Nacional del Santa; 2021. Disponible en: <https://repositorio.uns.edu.pe/handle/20.500.14278/3733>
19. Ramírez K., Urure I. Calidad del cuidado de enfermería y satisfacción en pacientes postoperados del Servicio de Cirugía del Hospital Santa María del Socorro, Ica 2021. *Rev Enferm Vanguard En Línea*. 2023;11(2):66-78.
20. Muro S. Cuidados de enfermería y ansiedad del paciente prequirúrgico, *Chimbote*, 2020 [Internet] [Tesis de maestría]. Universidad Nacional del Santa; 2020. Disponible en: <http://repositorio.uns.edu.pe/handle/20.500.14278/3608>
21. Rincón D, Escobar B. Manual de práctica clínica basado en la evidencia: preparación del paciente para el acto quirúrgico y traslado al quirófano. *Colomb J Anestesiología*. 2015;43(1):51-60.
22. Jones MW, Weir CB, Marietta M. Cálculos biliares (colelitiasis) [Internet]. National Library of Medicine; 2025. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459370/>

23. Mishra R. Cuidados pre y posoperatorios de la colecistectomía laparoscópica: una guía completa [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.laparoscopyhospital.com/streamvideo/index.php?pid=753&p=7>
24. Alba M, Bernal A. Guía de práctica clínica para cuidados preoperatorios de enfermería del Centro Especializado Ambulatorio de Cienfuegos. *MediSur*. 2012;10(2):98-103.
25. Rodríguez S, Jara F, Romero M. Cuidados de Enfermería en el preoperatorio. *Rev Electrónica Portales Médicos* [Internet]. 2017 [citado 29 de julio de 2025]; Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-preoperatorio/>
26. Gagnay L, Chicaiza S, Aguirre J. Ética en la investigación científica. *Rev Imaginario Soc*. 2020;3(1):42-51.
27. Sánchez A. Introducción a la ética y crítica a la moral [Internet]. Caracas: Vadell Hermanos Editores; 1995 [citado 12 de julio de 2025]. Disponible en: <https://isbn.cloud/9789802121960/introduccion-a-la-etica-y-critica-a-la-moral/>
28. Espinoza E, Calva D. La ética en las investigaciones educativas. *Rev Univ Soc*. 2020;12(4):333-40.
29. Yáñez K, Rivas E, Campillay M. Ética del cuidado y cuidado de enfermería. *Enferm Cuid Humaniz*. 2021;10(1):3-17.
30. Mora L. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. *Rev Cuba Oftalmol*. 2015;28(2):228-33.
31. Arroyo F. Reflexiones éticas en la práctica de la cirugía. *Rev Chil Cir*. 2008;60(4):352-6.
32. Campillo B, Corbella J, Gelpi M, Martinez E, Viciano M, Montiel J, et al. Percepción del respeto y mantenimiento de la dignidad en pacientes hospitalizados. *Acta Bioethica*. 2020;26(1):61-72.
33. Rodríguez V, Paravic T. Enfermería basada en la evidencia y gestión del cuidado. *Enferm Glob* [Internet]. 2011;10(24). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412011000400020&lng=es&nrm=iso&tlng=es
34. Cubas M, Fernandez R, Rubio M. Interacciones en el Cuidado de Enfermería al Paciente en la Etapa Posoperatorio Inmediato. Hospital José Soto Cadenillas - Chota - 2015 - 2016 [Internet] [Tesis de segunda especialidad]. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2017. Disponible en: <http://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/1058>
35. Vega C. Importancia de las estrategias de comunicación entre médico y paciente. *Rev Médica Inst Mex Seguro Soc*. 2020;58(2):197-201.

36. Rincón D, Escobar B. Manual de práctica clínica basado en la evidencia: preparación del paciente para el acto quirúrgico y traslado al quirófano. *Rev Colomb Anesthesiol*. 2015;43(1):32-50.
37. La relación enfermero-paciente: claves e importancia [Internet]. 2021 [citado 12 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.unir.net/revista/salud/relacion-enfermero-paciente/>
38. Guerrero J. Cuidado de enfermería al paciente postoperado inmediato [Internet] [Tesis de segunda especialidad]. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2021. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/11439>
39. Kancheff I. La calidad de la comunicación enfermera-paciente: experiencias en el contexto de la ruralidad en la provincia de Chaco. *Salud Cienc Tecnol*. 2023;2(1):2-12.
40. Vargas I, Soto S, Hernández M, Campos S. La confianza en la relación profesional de la salud y paciente. *Rev Cuba Salud Pública* [Internet]. 2020;46(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662020000300015&lng=es&nrm=iso&tlng=es
41. Gibson J. Teoría directa de la percepción [Internet]. *Vision and mind*. 1966. Disponible en: <https://online-learning-college.com/knowledge-hub/gcses/gcse-psychology-help/direct-theory-of-perception-gibson-1966/>
42. Neisser U. Cinco tipos de autoconocimiento. *Philos Psychol*. 1988;1(1):35-59.
43. Fernández C, Mansilla E, Aravena A, Antiñirre B, Garcés M. Percepción de los pacientes hospitalizados respecto del cuidado de enfermería. *Enferm Cuid Humaniz* [Internet]. 2022;11(1). Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2393-66062022000101201&lng=es&nrm=iso&tlng=es
44. Urrutia I, Pacheco L, Llerena K, Berrocal P. Satisfacción percibida y cuidado humanizado de enfermería en pacientes quirúrgicos en un hospital público del Perú. *Enferm Clínica* [Internet]. 2025;35(1). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-satisfaccion-percibida-cuidado-humanizado-enfermeria-S1130862124000718>
45. Allvin R, Berg K, Idvall E, Nilsson U. Recuperación postoperatoria: un análisis de concepto. *J Adv Nurs*. 2007;57(5):552-8.
46. Bowyer A, Royse C. El futuro de la evaluación de la calidad de la recuperación postoperatoria: multidimensional, dicotómica y dirigida a individualizar la atención a los pacientes después de la cirugía. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2016;29(6):683-90.
47. Mendieta E, Urgilés R. Revisión Bibliográfica: Cuidados y Complicaciones Postquirúrgicas Mediatas y Tardías en Adultos. *Rev Médica HJCA*. 2018;10(3):235-41.

48. González A, Montalvo A, Herrera A. Comodidad de los pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo e intermedio. *Enferm Glob*. 2017;16(45):266-94.
49. Porter R, Prakash C. Náusea y Vómito [Internet]. División de Gastroenterología; 2025 [citado 22 de julio de 2025]. Disponible en: <https://gi.org/patients/recursos-en-espanol/nausea-y-vomito/>
50. Del Campo F, Arribas J, Sánchez A. Insuficiencia respiratoria aguda en el postoperatorio inmediato de cirugía por obesidad mórbida. *Arch Bronconeumol*. 2008;44(8):449-50.
51. Daza V. ¿Cómo realizar una buena rehabilitación postoperatoria? [Internet]. AD Fisioterapia. 2023. Disponible en: <https://www.adfisioterapiavalencia.com/blog/rehabilitacion-postoperatoria/>
52. Uriostegui M, Nava J, Mendoza V. Alteraciones de la temperatura y su tratamiento en el perioperatorio. *Rev Mex Anestesiología*. 2017;40(1):29-37.
53. Salinas C. Aspectos psicológicos de los cuidados de enfermería en el paciente quirúrgico [Internet] [Tesis de pregrado]. Universidad de Valladolid; 2015 [citado 12 de julio de 2025]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/11897?locale-attribute=fr>
54. Vera J, Ponce M, Cevallos A, Saltos V. Impacto del apoyo emocional en la recuperación de pacientes postquirúrgicos. *Rev Científica Multidiscip HEXACIENCIAS* ISSN 3028-8657. 2025;5(9):414-31.
55. Gudiña V. Tranquilidad [Internet]. Definición de; 2023 [citado 22 de julio de 2025]. Disponible en: <https://definicion.de/tranquilidad/>
56. Planas N. El cuidado emocional en la prevención del dolor posquirúrgico en niños y adolescentes [Internet]. Fundación Orienta; 2019 [citado 22 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.fundacioorienta.com/es/el-cuidado-emocional-en-la-prevencion-del-dolor-posquirurgico-en-ninos-y-adolescentes/>
57. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado. El estado de ánimo positivo favorece la recuperación del paciente [Internet]. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado; 2023. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inism/noticias/716330-el-estado-de-animo-positivo-favorece-la-recuperacion-del-paciente>
58. Martínez N, Alonso C, Ripa C, Sánchez R. Síndrome confusional agudo postoperatorio en el paciente anciano. *Cir Esp*. 2012;90(2):75-84.
59. Barragán J, Moreno C, Hernández N. Nivel de independencia funcional tras el alta de cuidados intensivos. *Med Interna México*. 2018;34(5):683-91.
60. Muñoz E, Camarelles F, Campo M. Fomento del autocuidado. *Rev Clínica Med Fam*. 2024;17(2):132-9.

61. Clínica Universitaria Bolivariana. Cuidados post operatorios [Internet]. Clínica Universitaria Bolivariana; 2017 [citado 22 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.clinicauniversitariabolivariana.org.co/clinica/es/guia-cuidados-postoperatorios>
62. Castillo J, Rojas T. Algunas consideraciones en el análisis del concepto: satisfacción del paciente. *Investig Educ En Enferm*. 2004;XXII(2):128-37.
63. Carbone E, Echols E. Efectos del optimismo en la recuperación y la salud mental después de un brote de tornados. *Psychol Health*. 2017;32(5):530-48.
64. Palomino K, Velazco I. Calidad del cuidado de enfermería y satisfacción en pacientes postoperatorios del servicio de cirugía del hospital Santa María del Socorro, Ica 2021. *Rev Enfermeria Vanguard*. 2023;11(2):66-78.
65. Castellano R. Influencia del apoyo social en la ansiedad y el estrés del paciente intervenido de cirugía endoscópica nasosinusal [Internet] [<http://purl.org/dc/dcmitype/Text>]. Universitat Jaume I; 2019 [citado 22 de julio de 2025]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=230274>
66. Naranjo Y, Concepción J, Rodríguez M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gac Médica Espirituana*. 2017;19(3):89-100.
67. Díaz L, Durán M, Gallego P, Gómez B, Gómez E, González Y, et al. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. *Aquichan*. 2002;2(1):19-23.
68. Míguez J. ServiSalud. 2021. Las 14 necesidades de Virginia Henderson. Disponible en: <https://www.servisalud.com.do/post/las-14-necesidades-de-virginia-henderson>
69. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta [Internet]. México: McGraw- Hill; 2018. 714 p. Disponible en: <https://virtual.cuautitlan.unam.mx/rudics/?p=2612>
70. Kleif J, Waage J, Christensen K, Gögenur I. Revisión sistemática de la puntuación QoR-15, una medida de resultados informada por el paciente que mide la calidad de la recuperación después de la cirugía y la anestesia. *Br J Anaesth*. 2018;120(1):28-36.

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
Problema General ¿Cómo se relaciona el cuidado de enfermería en la etapa preoperatoria y la recuperación postoperatoria en pacientes con diagnóstico de coleditiasis en el servicio de Cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2024? Problemas Específicos 1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes postoperados por coleditiasis atendidos en el servicio de Cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2024? 2. ¿Cuál es la relación entre la dimensión ética en la etapa preoperatoria y la recuperación postoperatoria en pacientes con diagnóstico de coleditiasis en el servicio de Cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2024? 3. ¿Cuál es la relación entre la	Objetivo General Determinar la relación entre el cuidado de enfermería en la etapa preoperatoria y la recuperación postoperatoria en pacientes con diagnóstico de coleditiasis en el servicio de Cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2024. Objetivos Específicos 1. Describir las características sociodemográficas de los pacientes postoperados por coleditiasis atendidos en el servicio de Cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2024 2. Describir la relación entre la dimensión ética en la etapa preoperatoria y la recuperación postoperatoria en pacientes con diagnóstico de coleditiasis en el servicio de Cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2024.	Hipótesis general Existe una relación entre el cuidado de enfermería en la etapa preoperatoria y la recuperación postoperatoria en pacientes con diagnóstico de coleditiasis en el servicio de Cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2024. 1. Existe una relación significativa entre la dimensión ética en la etapa preoperatoria y la recuperación postoperatoria en pacientes con diagnóstico de coleditiasis en el servicio de Cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2024. 2. Existe una relación significativa entre la dimensión científica-clínica	Variable independiente Cuidados preoperatorios Variable dependiente Recuperación postoperatoria Variable interviniente Características sociodemográficas	Tipo de estudio: No experimental, cuantitativo, correlacional y prospectivo. Población y muestra: Se aplicará en 76 pacientes. Técnica e instrumento de recolección de datos: Encuesta y observación, además se utilizará cuestionario y ficha de recolección de datos Técnica de análisis de datos: Mediante el programa SPSS y Microsoft Excel

dimensión científica-clínica en la etapa preoperatoria y la recuperación postoperatoria de pacientes diagnosticados con colelitiasis en el servicio de Cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2024? 4. ¿Cuál es la relación entre la dimensión interpersonal en la etapa preoperatoria y la recuperación postoperatoria de pacientes diagnosticados con colelitiasis en el servicio de Cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2024? 5. ¿Cuál es la relación entre la dimensión perceptiva en la etapa preoperatoria y la recuperación postoperatoria de pacientes diagnosticados con colelitiasis en el servicio de Cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2024?	3. Describir la relación entre la dimensión científica-clínica en la etapa preoperatoria y la recuperación postoperatoria de pacientes diagnosticados con colelitiasis en el servicio de Cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2024. 4. Describir la relación entre la dimensión interpersonal en la etapa preoperatoria y la recuperación postoperatoria de pacientes diagnosticados con colelitiasis en el servicio de Cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2024. 5. Describir la relación entre la dimensión perceptiva en la etapa preoperatoria y la recuperación postoperatoria de pacientes diagnosticados con colelitiasis en el servicio de Cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2024.	en la etapa preoperatoria y la recuperación postoperatoria en pacientes con diagnóstico de colelitiasis en el servicio de Cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2024. 3. Existe una relación significativa entre la dimensión interpersonal en la etapa preoperatoria y la recuperación postoperatoria en pacientes con diagnóstico de colelitiasis en el servicio de Cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2024. 4. Existe una relación significativa entre la dimensión perceptiva en la etapa preoperatoria y la recuperación postoperatoria en pacientes con diagnóstico de colelitiasis en el servicio de Cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2024.		
--	--	---	--	--

Anexo 2. Instrumento de recolección de datos

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Edad: _____años

2. Sexo

- a) Femenino
- b) Masculino

3. Estado civil

- a) Soltero(a)
- b) Conviviente
- c) Casado(a)
- d) Divorciado(a)
- e) Viudo(a)

4. Nivel educativo

- a) Sin estudios
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior

5. Ocupación

- a) No trabaja
- b) Estudiante
- c) Independiente
- d) Dependiente

II. CUIDADO DE ENFERMERIA DEL PACIENTE MURO (2020)

Nº	ÍTEMS	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Nunca
1	La enfermera al saludarlo le muestra cordialidad				
2	La enfermera le llama por su nombre				
3	La enfermera en su actuar diario respeta su privacidad				
4	La enfermera al brindar sus cuidados respeta siempre su integridad				
5	La enfermera explica los procedimientos que realiza				
6	La enfermera imparte conocimiento sin discriminación				
7	En los cuidados que realiza la enfermera evidencian conocimiento.				
8	La enfermera se preocupa por sus cuidados				
9	La enfermera le confirmo su decisión para ser sometido a la cirugía en forma verbal y escrita.				
10	La enfermera le explico cuáles son las actividades que realizaran en sala de operaciones				
11	La enfermera se comunica con un lenguaje claro				
12	La enfermera le brinda un trato individualizado				
13	La Enfermera mantiene una comunicación fluida				
14	La enfermera es discreta durante la entrevista con usted y familia				
15	La enfermera le educo sobre los cuidados que debe realizar por su operación				
16	La enfermera demuestra interés y preocupación por su estado emocional				
17	La enfermera se preocupa por dar alivio al dolor				
18	La enfermera respeta sus costumbres y creencias				
19	La enfermera tomo en cuenta mi opinión				
20	La enfermera respondió sus dudas e inquietudes				

II. RECUPERACIÓN POSTOPERATORIA (Escala QoR-15) P.S. Myles, M.A. Shulman, J. Reilly y colaboradores.

Instrucciones: De 0 a 10, donde 0 equivale a “en ningún momento” [deficiente] y 10 equivale a “todo el tiempo” [excelente]

1. ¿Ha tenido dolor significativo en las últimas 24 horas?

En ningún momento ----- Todo el tiempo
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. ¿Ha sentido náuseas o vómitos después de la cirugía?

En ningún momento ----- Todo el tiempo
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. ¿Se ha sentido físicamente bien en las últimas 24 horas?

En ningún momento ----- Todo el tiempo
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. ¿Ha tenido dificultad para respirar o sentir incomodidad al hacerlo?

En ningún momento ----- Todo el tiempo
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. ¿Ha sido capaz de moverse sin demasiada dificultad?

En ningún momento ----- Todo el tiempo
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. ¿Se ha sentido tranquilo y relajado?

En ningún momento ----- Todo el tiempo
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. ¿Se ha sentido preocupado o ansioso?

En ningún momento ----- Todo el tiempo
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. ¿Se ha sentido de buen ánimo?

En ningún momento ----- Todo el tiempo
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. ¿Se ha sentido mentalmente claro y orientado?

En ningún momento ----- Todo el tiempo
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. ¿Ha sido capaz de cuidar de sí mismo?

En ningún momento ----- Todo el tiempo
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. ¿Ha sido capaz de llevar a cabo sus actividades diarias normales?

En ningún momento ----- Todo el tiempo
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. ¿Está satisfecho con la atención médica recibida?

En ningún momento ----- Todo el tiempo
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. ¿Es optimista acerca de su recuperación futura?

En ningún momento ----- Todo el tiempo
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14. ¿Ha sentido que el personal médico le ha brindado suficiente apoyo?

En ningún momento ----- Todo el tiempo
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15. ¿Ha sentido que su familia o amigos le han apoyado adecuadamente?

En ningún momento ----- Todo el tiempo
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Anexo 3.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Pongo que he sido debidamente informada por la responsable de la investigación **CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL PREOPERATORIO Y RECUPERACIÓN POSTOPERATORIO DE PACIENTES DE COLELITIASIS DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO 2024** el propósito de este estudio es determinar la influencia del cuidado de enfermería sobre el preoperatorio en la recuperación postoperatoria en pacientes con diagnóstico de colelitiasis en el servicio de Cirugía en el Hospital Antonio Lorena. siendo importante mi participación para que el profesional de salud, aplique una encuesta para contribuir con la investigación señalada.

Por lo que manifiesto:

Que he entendido y otorgo mi consentimiento para que sea realizada la encuesta a mi persona.

.....

Firma del participante y fecha

Anexo 4. Autorización



"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA "

AUTORIZACIÓN

La que suscribe Dra. YANNET HUACAC GUZAMAN, jefe de la Oficina de Investigación, Docencia y Capacitación del Hospital Antonio Lorena del Cusco.

AUTORIZA

A Br. **MACHACA TINTAYA YENY MARLENI** y Br. **CASTRO VILCA SONIA YRAIDE** de la Facultad de Enfermería de la **Universidad Nacional De San Antonio Abad Del Cusco**, aplicar su instrumento de trabajo de investigación de tesis titulado:

"CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL PREOPERATORIO Y RECUPERACIÓN POSTOPERATORIO DE PACIENTES DE COLELITIASIS DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO 2024"

Presentando a nuestra institución y previamente revisado por el comité de Ética en investigación autorizando la aplicación del trabajo de investigación de tesis mencionado.

Se expide la presente a petición de las interesadas para los fines respectivos. Carece de valor en asuntos judiciales.

Cusco, 10 de Marzo del 2025

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL ANTONIO LORENA

M.C. Yanny Huacac Guzman
CIRUJIA GENERAL LAPAROSCOPICA
C.O.P. 155 RNM 24018
JEFE CAPACITACIÓN INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA