



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

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

BRECHAS DE COMPETENCIA EN EL CUIDADO POSOPERATORIO INMEDIATO: DIAGNÓSTICO Y PRIORIZACIÓN MATRICIAL DE NECESIDADES DE CAPACITACIÓN EN ENFERMERÍA

**COMPETENCY GAPS IN IMMEDIATE POSTOPERATIVE
NURSING CARE: FUNCTIONAL DIAGNOSIS AND MATRIX
PRIORITIZATION OF TRAINING NEEDS**

Maricarmen Cobos-Gutierrez
Instituto Mexicano del Seguro Social

Abel Emigdio-Vargas
Secretaría de Salud Guerrero

Nancy Gabriela Morales-Castro
Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar

Maximina Gil-Nava
Universidad Autónoma de Guerrero

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i3.24233

Brechas de competencia en el cuidado posoperatorio inmediato: diagnóstico y priorización matricial de necesidades de capacitación en enfermería

Maricarmen Cobos-Gutierrez¹12360554@uagro.mx<https://orcid.org/0000-0002-3847-0554>Instituto Mexicano del Seguro Social
México**Abel Emigdio-Vargas**a.emigdio.v@gmail.com<https://orcid.org/0000-0001-6018-1489>Secretaría de Salud Guerrero
México**Nancy Gabriela Morales-Castro**nancygabrielam01@gmail.com<https://orcid.org/0009-0003-1741-842X>Servicios de Salud del Instituto Mexicano del
Seguro Social para el Bienestar
México**Maximina Gil-Nava**maxgln@yaoo.com.mx<https://orcid.org/0009-0009-5497-2917>Universidad Autónoma de Guerrero
México

RESUMEN

Las brechas de competencia en el cuidado posoperatorio inmediato representan un riesgo documentado para la seguridad del paciente, cuya distribución por sistema funcional permanece poco caracterizada en hospitales públicos mexicanos. Se realizó un estudio transversal en 21 enfermeras y enfermeros del servicio de recuperación posquirúrgica de un hospital de segundo nivel de Acapulco, México. Se aplicó un cuestionario estandarizado sobre el cumplimiento de la valoración de ocho sistemas funcionales y se construyó una matriz de priorización de cuadrantes. La asociación con el perfil socioprofesional se exploró mediante prueba exacta de Fisher y Kruskal-Wallis. Los sistemas neurológico y emocional presentaron afectación universal (100.0%), seguidos del gastrointestinal (95.2%) y musculoesquelético (85.7%); cuatro sistemas fueron clasificados como críticos. Poseer nivel académico de especialidad redujo la afectación cardiovascular ($p=0.009$) y renal ($p=0.030$); la antigüedad se asoció con omisión de valoración respiratoria ($p=0.046$); el turno matutino concentró la mayor extensión de brechas ($p=0.002$). La ausencia de capacitación previa fue el factor más consistentemente asociado. Los hallazgos sustentan programas de capacitación diferenciados por sistema, turno y perfil del personal, con intervención prioritaria en los dominios neurológico, emocional, gastrointestinal y musculoesquelético.

Palabras clave: Seguridad del paciente; Cuidado posoperatorio; Periodo de recuperación anestésica; Competencia clínica; Capacitación en servicio.

¹ Autor principal.

Correspondencia: a.emigdio.v@gmail.com

Competency gaps in immediate postoperative nursing care: functional diagnosis and matrix prioritization of training needs

ABSTRACT

Competency gaps in immediate postoperative nursing care represent a documented risk to patient safety, yet their distribution across functional systems remains poorly characterized in Mexican public hospitals. A cross-sectional census study was conducted in the post-surgical recovery unit of a second-level hospital in Acapulco, Mexico (n=21). The Valle Dávila et al. (2021) questionnaire was applied across eight functional systems and a quadrant prioritization matrix was constructed. Associations with socioprofessional profile were explored using Fisher's exact test and Kruskal-Wallis. The neurological and emotional systems showed universal impairment (100.0%), followed by gastrointestinal (95.2%) and musculoskeletal (85.7%); four systems were classified as critical. Surgical specialty training reduced cardiovascular (p=0.009) and renal (p=0.030) impairment; seniority increased respiratory omission risk (p=0.046); the morning shift concentrated the greatest breadth of gaps (p=0.002). Absence of prior training was the most consistently associated factor. Findings support differentiated training programs by functional system, shift, and staff profile, with priority intervention in the neurological, emotional, gastrointestinal, and musculoskeletal systems.

Keywords: Patient Safety; Postoperative Care; Anesthesia Recovery Period; Clinical Competence; Inservice Training.

*Artículo recibido 25 marzo 2026
Aceptado para publicación: 25 abril 2026*



INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es una prioridad global de los sistemas de salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como la ausencia de daños prevenibles en los pacientes y la reducción hasta un mínimo aceptable del riesgo de causarles innecesariamente daños al atenderlos; asimismo, se trata del conjunto de estructuras y procesos orientados a reducir la probabilidad de efectos adversos derivados de la atención sanitaria (OMS, 2023).

En el ámbito quirúrgico, la seguridad del paciente representa un indicador crítico de calidad. Datos de la OMS asocian los procedimientos quirúrgicos subóptimos con una tasa de complicaciones del 25% y una mortalidad global estimada en un millón de defunciones anuales. La evidencia sitúa el mayor riesgo de inestabilidad fisiológica y hemodinámica en el posoperatorio inmediato, restringido a las primeras 24 horas posintervención, lo que convierte a la vigilancia protocolizada y la gestión del cuidado de enfermería en la variable clínica determinante. Esta centralidad del cuidado enfermero exige como condición la valoración sistemática e integral del paciente (Smeltzer & Bare, 2013)..

Sin evaluación estructurada por sistemas, la intervención carece de sustento clínico y cada dimensión no valorada representa un riesgo de daño. El dolor posquirúrgico inadecuadamente valorado y controlado duplica el riesgo de complicaciones posoperatorias tales como eventos cardíacos, trombosis venosa, atelectasia, infección del sitio quirúrgico, entre otras (Kubulus et al., 2025; Asmare et al., 2022).

En el plano neurológico, hasta un tercio de los casos de delirium posoperatorio no son detectados por depender precisamente de esa valoración estandarizada (Jin, Hu & Ma, 2020). La misma lógica aplica al resto de sistemas funcionales en donde la no detección temprana convierte complicaciones prevenibles en eventos clínicamente irreversibles.

A pesar de su importancia para la toma de decisiones clínicas, la literatura reporta una omisión sistemática en la ejecución completa de los criterios de valoración. A nivel regional, Alves de Olivera et al. (2015) documentaron en Brasil que la valoración por sistemas no se realiza de forma simultánea ni exhaustiva, identificando un déficit específico en la evaluación de la actividad muscular (38.5%). En concordancia, el estudio de Valle Dávila et al. (2021) en Ecuador evidenció brechas críticas en la monitorización de patrones de descanso y en la indagación de las esferas de preocupación psicológica del paciente. Esta desarticulación en la continuidad del cuidado tiene un impacto directo en la seguridad;



en México, Espinoza Quintero et al. (2017) registraron una incidencia de complicaciones posanestésicas del 20.1% atribuibles directamente a deficiencias en la monitorización y vigilancia de enfermería.

En el contexto local, los hospitales de segundo nivel de Acapulco, México, operan bajo restricciones estructurales, sobrecarga asistencial y variaciones operativas por turnos, lo que favorece la fragmentación del cuidado y la omisión de valoraciones en el posoperatorio inmediato; así, el perfil de cumplimiento normativo regional muestra discrepancias institucionales sistemáticas. Por un lado, la evidencia en el entorno de la seguridad quirúrgica de la región reporta un incumplimiento global del 33.3% en las listas de verificación obligatorias (Gatica Pinzón, 2020). Por otro lado, evaluaciones locales del cuidado perioperatorio catalogan la calidad de la atención general como regular, identificando que las mayores debilidades proceden de la escasez crítica de personal asignado a las fases del bloque quirúrgico (Palma Zárate, 2020).

Como respuesta a esta necesidad y ante el vacío de evidencia sistematizada en la región, este trabajo adopta el marco metodológico propuesto por Valle Dávila et al. (2021), el cual sistematiza la evaluación del estado del paciente a través de ocho dimensiones funcionales específicas para garantizar la seguridad integral en las unidades de recuperación posoperatoria. Sin embargo, para superar las limitaciones de la gestión lineal del cuidado y proveer un insumo con valor estratégico para la toma de decisiones, se propuso un modelo analítico bidimensional basado en el enfoque matricial de planificación sanitaria (Varkey et al., 2007; OMS, 2021). El presente estudio tuvo como objetivo identificar las brechas de competencia en el cuidado posoperatorio inmediato dentro de un hospital de segundo nivel en Acapulco mediante la aplicación de dicho instrumento, analizando su relación con el perfil sociolaboral del personal para fundamentar una priorización matricial de necesidades de capacitación que oriente el diseño de intervenciones educativas contextualizadas.



METODOLOGÍA

Se realizó un estudio transversal en el servicio de recuperación posquirúrgica de un hospital de segundo nivel de la Secretaría de Salud en Acapulco, Guerrero, durante el período noviembre-diciembre de 2021.

Población y muestra

La población censal incluyó a la totalidad del personal de enfermería adscrito al servicio en los turnos matutino, vespertino y nocturnos (A y B). Mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, se integró a los 21 profesionales presentes en el período de recolección que otorgaron su consentimiento informado. Se excluyó al personal ausente por licencias, vacaciones o incapacidad.

Instrumento

Se aplicó el cuestionario de Cuidado de Enfermería durante el Posoperatorio Inmediato de Valle Dávila et al. (2021), el cual consta de tres secciones: perfil socioprofesional (7 ítems), cuidado posoperatorio por sistemas funcionales (37 ítems distribuidos en las ocho dimensiones descritas, evaluados mediante escala Likert de 4 puntos) y factores limitantes autopercebidos (4 ítems dicotómicos).

Análisis estadístico

Los datos se procesaron en SPSS versión 25. Para las variables clínicas, se operacionalizó como indicador de deficiencia (falla) cualquier respuesta categorizada como "a veces" o "nunca". A partir de este criterio se calcularon dos indicadores por dimensión: a) la prevalencia de afectación, definida como el porcentaje de personal con al menos una falla en el sistema, y b) la densidad de falla, medida como el porcentaje de respuestas incorrectas sobre el total de ítems posibles de la dimensión. Para la gestión del cuidado, ambos indicadores se cruzaron en una matriz de priorización basada en la media grupal (umbrales: 81.0% de prevalencia y 36.4% de densidad) para clasificar las necesidades de capacitación en cuatro cuadrantes de intervención operativa (Tabla 1). El diseño analítico de esta matriz de cuadrantes se fundamenta teóricamente en los modelos de planificación estratégica y priorización de intervenciones para la gestión de la calidad en servicios de salud (Varkey et al., 2007; OMS, 2021). La distribución bidimensional de las brechas, que contrasta la extensión poblacional del problema frente a su severidad técnica, responde a la necesidad de optimizar los recursos institucionales asignados al desarrollo del capital humano.

Tabla 1. Matriz de cuadrantes para la priorización de necesidades de capacitación



Cuadrante	Prevalencia de Afectación	Densidad de Falla	Enfoque e Intervención
Crítico	Alta ($\geq 81.0\%$)	Alta ($\geq 36.4\%$)	Intervención prioritaria inmediata. Déficit generalizado y profundo; requiere programas de capacitación estructurales y sostenidos en el servicio.
Extenso	Alta ($\geq 81.0\%$)	Baja ($< 36.4\%$)	Reforzamiento a escala poblacional. El error está muy difundido en el personal, pero se concentra en cuidados o ítems muy puntuales.
Profundo	Baja ($< 81.0\%$)	Alta ($\geq 36.4\%$)	Focalización por grupos acotados. Pocos profesionales presentan la falla, pero quienes la tienen muestran un déficit severo en la dimensión.
Vigilancia	Baja ($< 81.0\%$)	Baja ($< 36.4\%$)	Monitoreo continuo. Bajo impacto en extensión y densidad; se mantiene bajo supervisión rutinaria o mantenimiento de competencias.

Asimismo, la distribución operativa de los cuadrantes permite discriminar entre fallas estructurales que requieren intervenciones de rediseño organizacional y aquellas desviaciones procedentes de la inercia práctica o de la desactualización de competencias clínicas específicas (Cabana et al., 1999). Finalmente, el análisis inferencial exploratorio se ejecutó mediante la prueba exacta de Fisher para variables dicotómicas y la prueba de Kruskal-Wallis para comparar el número de sistemas afectados por turno laboral. Debido a su varianza nula (afectación universal), los dominios neurológico y emocional fueron excluidos de los contrastes bivariados.

Consideraciones éticas

Este estudio fue revisado y aprobado por el Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería Numero 2 de la Universidad Autónoma de Guerrero. Se garantizó el cumplimiento riguroso de los principios éticos en investigación.

Se estableció un consentimiento informado en la primera página del cuestionario, en el cual explicó a



los participantes de manera clara los objetivos del estudio y el uso de sus respuestas. Se hizo del conocimiento de los participantes que su colaboración era voluntaria y confidencial. Se aclaró que podían declinar o abandonar la encuesta en cualquier momento sin repercusiones laborales ni académicas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se evaluó a la totalidad del personal de enfermería adscrito al servicio de recuperación posoperatoria del hospital, con una participación de 21 profesionales. Los resultados se presentan en cuatro bloques: caracterización sociolaboral, prevalencia de brechas por sistema funcional, priorización de necesidades de capacitación y análisis de variables de contraste.

Características de los participantes

La Tabla 2 consolida los perfiles del personal evaluado. La muestra estuvo compuesta predominantemente por mujeres (85.7%). Los turnos matutino y vespertino concentraron cada uno el 33.3% de la muestra, mientras que el nocturno A y el nocturno B representaron el 19.0% y el 14.3%, respectivamente. En cuanto a la formación académica, el 52.4% contaba con especialidad y el 47.6% con licenciatura. La mayoría reportó experiencia laboral de siete años o menos (61.9%). El 76.2% del personal refirió haber recibido alguna modalidad de capacitación previa en el área (Tabla 2).

Tabla 2. Caracterización sociolaboral del personal de enfermería evaluado

Variable	Categoría	n	%
Turno	Matutino	07	33.3
	Vespertino	07	33.3
	Nocturno A	04	19.0
	Nocturno B	03	14.3
Sexo	Mujer	18	85.7
	Hombre	03	14.3
Edad	≤36 años	10	47.6
	≥37 años	11	52.4
Contrato	Base	20	95.2
	Otro	01	04.8



Formación	Licenciatura	10	47.6
	Especialidad	11	52.4
Experiencia laboral	≤7 años	13	61.9
	≥8 años	08	38.1
Capacitación previa	Sí	16	76.2
	No	05	23.8

Prevalencia de brechas por sistema funcional

Los hallazgos evidencian un perfil de afectación transversal y de gran magnitud (Tabla 3). Los dominios neurológico y emocional mostraron una afectación universal (100.0%), patrón consistente con los déficits generalizados en esferas cualitativas y de monitorización perceptiva reportados a nivel internacional por Alves de Oliveira et al. (2015) y en el estudio basal de Valle Dávila et al. (2021).

Por otra parte, la densidad de falla del sistema musculoesquelético (55.6%) supera los precedentes de la literatura regional. Este fenómeno puede atribuirse a la inercia operativa del servicio, donde las maniobras físicas de confort o movilización temprana suelen postergarse frente a actividades de corte puramente clínico. En contraposición, la menor prevalencia relativa del sistema cardiovascular (38.1%) y su baja densidad de falla (10.7%) sugieren una priorización implícita y automatizada en el cuidado rutinario, enfocando la atención en los signos vitales hemodinámicos tradicionales en detrimento de una valoración sistémica e integral.

Tabla 3. Prevalencia de afectación y densidad de falla por sistema funcional

Sistema funcional	Ítems	N de fallas	Prevalencia (%) ¹	Densidad de falla (%) ²	Prioridad ³
Neurológico	6	21/21	100.0	46.8	Crítico
Emocional	6	21/21	100.0	45.2	Crítico
Gastrointestinal	5	20/21	95.2	45.7	Crítico
Musculoesquelético	3	18/21	85.7	55.6	Crítico
Respiratorio	6	18/21	85.7	24.6	Extenso
Renal	4	17/21	81.0	32.1	Extenso
Tegumentario	3	13/21	61.9	30.2	Vigilancia
Cardiovascular	4	08/21	38.1	10.7	Vigilancia

1 Porcentaje del personal con al menos una falla en el sistema. 2 Densidad de falla: porcentaje de respuestas incorrectas sobre el total posible de ítems. 3 Prioridad asignada según matriz de cuadrantes (umbral: prevalencia $\geq 81.0\%$ y densidad $\geq 36.4\%$).

Priorización de necesidades de capacitación

La concentración de cuatro dimensiones en el cuadrante Crítico subraya que las brechas de competencia identificadas en este entorno de segundo nivel obedecen a un problema de carácter estructural y no sectorial. La persistencia de las fallas en los dominios emocional y neurológico robustece la evidencia latinoamericana, demostrando que las valoraciones cualitativas e integrales tienden a presentar resistencia al cambio tras adiestramientos tradicionales de corto plazo, exigiendo esquemas de acompañamiento y auditoría clínica sostenida en el tiempo.

Análisis de variables de contraste

El personal con especialidad quirúrgica mostró un apego normativo significativamente mayor en las dimensiones cardiovascular ($p=0.009$) y renal ($p=0.030$) (Tabla 4). Esto demuestra la efectividad de los programas de posgrado formal en la monitorización de la función renal posanestésica y estabilidad hemodinámica. Sin embargo, la ausencia de diferencias en los dominios neurológico, emocional y gastrointestinal ratifica que la educación formal tiende a replicar la priorización biomédica, soslayando



las dimensiones funcionales remanentes, línea argumental concordante con los hallazgos de Alves de Oliveira et al. (2015).

Tabla 4. Afectación por sistema funcional según formación académica

Sistema funcional	Licenciatura (n=10)	Especialidad (n=11)	p (Fisher)
Cardiovascular	8/10	2/11	0.009 *
Respiratorio	9/10	8/11	0.586
Gastrointestinal	9/10	10/11	1.000
Renal	8/10	3/11	0.030 *
Tegumentario	6/10	5/11	0.670
Musculoesquelético	9/10	8/11	0.586

* $p < 0.05$. Excluidos Neurológico y Emocional por varianza nula (afectación = 100 %).

La paradoja de la antigüedad laboral (Tabla 5): Los años de servicio revelaron un comportamiento contrastante. Mientras que el personal con mayor experiencia acumulada (≥ 8 años) funcionó como un factor diferencial para la seguridad del sistema renal ($p=0.014$), atribuible a la pericia clínica acumulada, este mismo grupo exhibió una afectación universal y significativamente mayor en el sistema respiratorio (100.0%, $p=0.046$). Esta desviación representa una manifestación empírica de la inercia práctica descrita por Cabana et al. (1999), donde la automatización rutinaria del personal experimentado propicia el desapego adaptativo frente a las actualizaciones de las guías clínicas vigentes.



Tabla 5. Afectación por sistema funcional según experiencia laboral

Sistema funcional	≤7 años (n=13)	≥8 años (n=8)	p (Fisher)
Cardiovascular	10/13	7/8	1.000
Respiratorio	7/13	8/8	0.046 *
Gastrointestinal	12/13	7/8	1.000
Renal	12/13	3/8	0.014 *
Tegumentario	8/13	5/8	1.000
Musculoesquelético	11/13	7/8	1.000

* $p < 0.05$. Excluidos Neurológico y Emocional por varianza nula (afectación = 100 %).

Impacto selectivo de la capacitación previa (Tabla 6): El adiestramiento previo operó como la variable de contraste más consistente, mostrando una diferencia estadísticamente significativa frente a las fallas cardiovasculares ($p=0.012$), respiratorias ($p=0.035$) y renales ($p=0.045$). El hecho de que el 76.2% del personal reporte capacitación continua previa pero mantenga afectaciones universales en las esferas neurológica y emocional confirma que los esquemas de actualización vigentes requieren una profunda reingeniería de contenido bajo enfoques transdisciplinarios.

Tabla 6. Afectación por sistema funcional según capacitación previa

Sistema funcional	Sin capacitación (n=5)	Con capacitación (n=16)	p (Fisher)
Cardiovascular	5/5	5/16	0.012 *
Respiratorio	5/5	6/16	0.035 *
Gastrointestinal	5/5	14/16	1.000
Renal	5/5	7/16	0.045 *
Tegumentario	3/5	9/16	1.000
Musculoesquelético	4/5	13/16	1.000

* $p < 0.05$. Excluidos Neurológico y Emocional por varianza nula (afectación = 100 %).

El turno de trabajo como determinante de carga asistencial (Tabla 7): El turno laboral se asoció significativamente con la extensión global de las brechas clínicas ($p=0.002$), registrándose un gradiente decreciente desde el turno matutino (mediana de 7 sistemas afectados) hasta el nocturno B (mediana de



4). Desde la óptica de la gestión de operaciones, este hallazgo apoya la hipótesis de que la concentración de cirugías electivas e incrementos de la carga de trabajo diurna actúan como determinantes críticos que fuerzan el racionamiento del cuidado de enfermería y disparan la omisión de valoraciones sistémicas en periodos de alta demanda.

Tabla 7. Sistemas funcionales afectados según turno de trabajo

Turno	n	Mediana	RIQ	Mín-Máx
Matutino	7	7.0	7.0–8.0	6–8
Vespertino	7	5.0	4.5–6.0	4–6
Nocturno A	4	5.0	5.0–5.8	5–6
Nocturno B	3	4.0	4.0–5.0	4–5
Prueba Kruskal-Wallis	H = 14.712	gl = 3	p = 0.002	*

n: número de sistemas funcionales con al menos una falla (0–8); excluidos Neurológico y Emocional por afectación universal. RIQ: rango intercuartílico. * p < 0.05

CONCLUSIONES

Los hallazgos del presente estudio deben interpretarse considerando sus condiciones de producción; un estudio transversal autodirigido, realizado en un único servicio durante un período acotado en 2021 y con una muestra de 21 participantes. Los resultados son válidos como diagnóstico situacional de base pero no son generalizables, ni permiten asumir que las condiciones permanezcan inalteradas en la actualidad.

En este estudio el perfil de omisión en la valoración integral del paciente durante el posoperatorio inmediato es un fenómeno condicionado por variables estructurales y por características socioprofesionales específicas del personal. La aplicación de la matriz de cuadrantes permitió superar el análisis descriptivo tradicional, identificando que las necesidades prioritarias de capacitación se concentran en el cuadrante crítico para los dominios neurológico, emocional, gastrointestinal y musculoesquelético, lo que evidencia la necesidad de rediseñar los contenidos formativos más allá del enfoque hemodinámico predominante.



El perfil socioprofesional condiciona selectivamente la seguridad del paciente. La formación de especialidad y la capacitación continua actúan como factores protectores del cumplimiento a la valoración cardiovascular y renal, mientras que la antigüedad laboral genera inercia práctica con mayor riesgo de omisión a la valoración respiratoria. El turno matutino concentra las mayores brechas por saturación de procedimientos electivos.

Estos hallazgos proveen a las jefaturas de enfermería y enseñanza un insumo diagnóstico directo para transitar de talleres genéricos hacia programas de capacitación diferenciados por sistema, turno y perfil del personal. Como herramienta de gestión, la matriz de priorización es replicable periódicamente para monitorear la evolución de las brechas, evaluar el impacto de las intervenciones implementadas y actualizar las necesidades conforme cambian las condiciones operativas del servicio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, M., Ferreira, F., de Oliveira, A., Andrade, C., & Freire, J. (2015). Cuidados de enfermería en el postoperatorio inmediato: estudio transversal. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 14(2), 161–167. http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/5082/pdf_521
- Asmare, T. B., Endeshaw, A. S., Gobezie, N. Z., Deress, G. M., Belete, K. G., Worku, E. A., Demissie, B., Hailu, B. A., Mossie, K. D., Yigzaw, Y., Gedefaw, G. D., Adane, D. E., Gemechu, T. W., & Wubet, H. B. (2026). Postoperative pain management satisfaction and its determinants among orthopedic patients in Northwest Ethiopia: a multicenter cross-sectional study. *Scientific Reports*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1038/s41598-026-48420-7>
- Cabana, M. D., Rand, C. S., Powe, N. R., Wu, A. W., Wilson, M. H., Abboud, P. A., & Rubin, H. R. (1999). Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA*, 282(15), 1458–1465. <https://doi.org/10.1001/jama.282.15.1458>
- Espinoza Quintero, E., Prince Angulo, S. A., Arce Bojorquez, B., Ayala Camargo, Y. D. R., Lugo Rodríguez, J., Félix Rodríguez, P. V., Manuel Serna Valencia, R. A., & Peraza Garay, F. D. J. (2017). Frecuencia de complicaciones inmediatas en pacientes sometidos a cirugía bajo anestesia general en la Unidad de Cuidados Postanestésicos. *Revista Médica UAS*, 7(2). <https://doi.org/10.28960/revmeduas.2007-8013.v7.n2.001>
- Gatica Pinzón, C. (2020). Cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de



- enfermería en servicio de quirófano en el Hospital General Acapulco [Tesis de especialidad, Universidad Autónoma de Guerrero]. Repositorio Institucional UAGro. <http://ri.uagro.mx/handle/uagro/2485>
- Jin, Z., Hu, J., & Ma, D. (2020). Postoperative delirium: perioperative assessment, risk reduction, and management. *British Journal of Anaesthesia*, 125(4), 492–504. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2020.06.063>
- Kubulus, C., Komann, M., Paxian, M., Schubert, A. K., Schwarzkopf, D., Rose, N., Meissner, W., Marschall, U., Dreiling, J., Fleischmann-Struzek, C., Volk, T., & net-ra investigators. (2025). Does the quality of pain relief after major surgery influence the risk of postoperative complications? A prospective observational study. *PloS One*, 20(9), e0332866. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0332866>
- Organización Mundial de la Salud. (2023, 11 de septiembre). Seguridad del paciente. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud. OMS. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240032705>
- Palma Zárate, M. C. (2020). Evaluación de la calidad de intervenciones del cuidado perioperatorio de enfermería en la seguridad del paciente en el área quirúrgica en un hospital de segundo nivel de atención [Tesis de especialidad, Universidad Autónoma de Guerrero]. Repositorio Institucional UAGro. <http://ri.uagro.mx/handle/uagro/2483>
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2013). *Brunner y Suddarth enfermería medicoquirúrgica*. Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Valle Dávila, M. F., Guerrero Ceh, J. G., Acosta Balseca, S. L., & Cando Rendón, M. M. J. (2021). Cuidado de enfermería durante el postoperatorio inmediato. *Revista Eugenio Espejo*, 15(2), 18–27. <https://doi.org/10.37135/ee.04.11.04>
- Varkey, P., Reller, M. K., & Resar, R. K. (2007). Basics of quality improvement in health care. *Mayo Clinic Proceedings*, 82(6), 735–739. <https://doi.org/10.4065/82.6.735>

