



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), julio-agosto 2026,
Volumen 10, Número 4.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i4

CAPACITACIÓN DIFERENCIADA POR DOMINIOS PRIORITARIOS DEL CUIDADO POSOPERATORIO INMEDIATO: ESTUDIO CUASI-EXPERIMENTAL EN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DE ACAPULCO

**DIFFERENTIATED TRAINING BY PRIORITY DOMAINS IN
IMMEDIATE POSTOPERATIVE CARE: A QUASI-
EXPERIMENTAL STUDY AT A SECOND-LEVEL HOSPITAL IN
ACAPULCO**

Amairani Gonzalez Rodriguez
Universidad Autónoma de Guerrero

Gregoria Juárez Flores
Universidad Autónoma de Guerrero

Maximina Gil-Nava
Universidad Autónoma de Guerrero

Capacitación diferenciada por dominios prioritarios del cuidado posoperatorio inmediato: estudio cuasi-experimental en hospital de segundo nivel de Acapulco

Amairani Gonzalez Rodriguez¹

12580527@uagro.mx

<https://orcid.org/0009-0008-4538-8033>

Universidad Autónoma de Guerrero

Gregoria Juárez Flores

14284@uagro.mx

<https://orcid.org/0000-0003-4204-5808>

Universidad Autónoma de Guerrero

Maximina Gil-Nava

maxgln@yahoo.com.mx

<https://orcid.org/0009-0009-5497-2917>

Universidad Autónoma de Guerrero

RESUMEN

La valoración por sistemas funcionales es una variable clínica determinante para la seguridad del paciente en el posoperatorio inmediato. Su omisión es un hallazgo documentado, con afectación marcada en los dominios neurológico, emocional, gastrointestinal y musculoesquelético, pese a lo cual la capacitación quirúrgica suele cubrir todos los sistemas con la misma profundidad, sin considerar esta severidad diferencial. Se evaluó la efectividad de un programa de capacitación diferenciada por dominios de prioridad en el personal de enfermería de un hospital de segundo nivel de Acapulco, mediante diseño cuasi-experimental pretest-posttest (n=32). Se aplicó el cuestionario de Cuidado de Enfermería durante el Posoperatorio Inmediato y se identificó la brecha mediante método matricial antes y después de una intervención de cuatro sesiones, ponderada según la severidad basal por dominio. Los dominios gastrointestinal y musculoesquelético mostraron la mayor mejoría (prevalencia de falla: 93.8% a 62.5% y 84.4% a 50.0%), migrando de Crítico a Vigilancia. El dominio neurológico mejoró parcialmente (100.0% a 87.5%; p=0.036). El dominio emocional no mostró cambio significativo (96.9% a 90.6%; p=0.395) y permaneció en Crítico. La brecha por turno, significativa antes (p=0.006), dejó de serlo después (p=0.364). Las competencias técnicas respondieron mejor que las actitudinales a la capacitación de corto plazo.

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

¹ Autor principal.

Correspondencia: maxgln@yahoo.com.mx

Differentiated training by priority domains in immediate postoperative care: a quasi-experimental study at a second-level hospital in Acapulco

ABSTRACT

Systems-based assessment is a determinant clinical variable for patient safety in the immediate postoperative period. Its omission is a documented finding, with marked deficits in the neurological, emotional, gastrointestinal, and musculoskeletal domains, despite which surgical training typically covers all systems with equal depth, without accounting for this differential severity. The effectiveness of a domain-prioritized differentiated training program was evaluated among nursing staff at a second-level hospital in Acapulco, using a quasi-experimental pretest-posttest design (n=32). The Immediate Postoperative Nursing Care questionnaire was applied, and the gap was identified through a matrix-based method before and after a four-session intervention weighted according to baseline domain-level severity. The gastrointestinal and musculoskeletal domains showed the greatest improvement (deficient-assessment prevalence: 93.8% to 62.5% and 84.4% to 50.0%), moving from Critical to Monitoring. The neurological domain improved partially (100.0% to 87.5%; $p=0.036$). The emotional domain showed no significant change (96.9% to 90.6%; $p=0.395$) and remained Critical. The shift gap, significant before ($p=0.006$), was no longer significant after ($p=0.364$). Technical competencies responded better than attitudinal ones to short-term training.

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

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



INTRODUCCIÓN

El cuidado posoperatorio inmediato concentra el mayor riesgo de inestabilidad fisiológica y hemodinámica del proceso quirúrgico, lo que convierte a la valoración sistemática y protocolizada de enfermería en la variable clínica determinante para la seguridad del paciente (Smeltzer & Bare, 2013; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023, 2021). Cuando esta valoración se omite o se realiza de forma incompleta, cada dimensión no evaluada representa un riesgo de daño evitable (Kubulus et al., 2025; Asmare et al., 2026; Jin, Hu & Ma, 2020).

La literatura regional documenta que esta omisión no es aleatoria, sino que se concentra de forma sistemática en ciertos dominios. En Brasil, Alves de Oliveira et al. (2015) identificaron un déficit específico en la valoración de la actividad muscular; Valle Dávila et al. (2021), en Ecuador, evidenciaron brechas críticas en la monitorización del descanso y en la indagación del estado emocional del paciente. En México, Espinoza Quintero et al. (2017) atribuyeron directamente a deficiencias de monitorización de enfermería una quinta parte de las complicaciones posanestésicas registradas, y estudios locales en Acapulco han reportado tanto incumplimiento en listas de verificación quirúrgica (Gatica Pinzón, 2020) como debilidades atribuibles a la escasez de personal en las fases del bloque quirúrgico (Palma Zárate, 2020) y afectación particularmente marcada en los dominios neurológico, emocional, gastrointestinal y musculoesquelético (Cobos-Gutiérrez et al., 2026).

Frente a este patrón de afectación desigual entre dominios, los modelos de planificación estratégica y priorización de intervenciones en salud (Varkey et al., 2007; OMS, 2021) ofrecen una vía para traducir un diagnóstico situacional en decisiones concretas de capacitación, cruzando qué tan extendida está una falla con qué tan profunda es en quienes la presentan. Sin embargo, los esquemas de capacitación en enfermería quirúrgica siguen cubriendo, en su mayoría, todos los sistemas corporales con la misma profundidad, independientemente de su severidad diagnosticada (Kiekkas et al., 2021; Willis & Brady, 2022; Al-Faouri et al., 2021), y existe evidencia de que las valoraciones de tendencia cualitativa muestran mayor resistencia particular a los adiestramientos de corto plazo genéricos (Cabana et al., 1999; Alves de Oliveira et al., 2015). Sobre esa base, el presente estudio propuso y evaluó un programa de capacitación cuyo contenido y distribución temporal se ajustaron según la severidad diagnosticada por dominio, en lugar de una cobertura uniforme. La clasificación de severidad se obtuvo mediante una



línea base propia, generada mediante el enfoque matricial descrito por Cobos-Gutierrez et al. (2026).

El presente estudio evaluó la efectividad de un programa de capacitación diferenciada, diseñado y ponderado a partir de una línea base propia, sobre el conocimiento y la práctica reportada del personal de enfermería en el cuidado posoperatorio inmediato de un hospital de segundo nivel en Acapulco.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cuasi-experimental, de un solo grupo, con diseño pretest-posttest, en el servicio de recuperación posquirúrgica de un hospital de segundo nivel en Acapulco, México. El estudio generó su propia medición basal (pretest), que se comparó con una segunda medición (posttest) posterior a la intervención.

Población y muestra

Se incluyó al personal de enfermería en servicio activo, de base y eventual, adscrito al servicio de recuperación en los turnos matutino, vespertino y nocturnos A y B. Mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, se reclutó a 32 profesionales quienes otorgaron su consentimiento informado. Se excluyó al personal en funciones administrativas, con asignaciones fuera del área quirúrgica o de recuperación, o en licencia, vacaciones, incapacidad médica o proceso de jubilación; se eliminaron los casos que no completaron el pretest o el posttest, o que abandonaron el programa antes de su finalización.

Instrumento

Se aplicó el cuestionario de Cuidado de Enfermería durante el Posoperatorio Inmediato (Valle Dávila et al., 2021), instrumento validado y utilizado en diagnósticos similares, con sus tres secciones: perfil sociolaboral (7 ítems), cuidado posoperatorio por sistemas funcionales (37 ítems distribuidos en ocho dominios, escala Likert de 4 puntos) y factores limitantes autopercebidos (4 ítems dicotómicos). Se operacionalizó como indicador de falla cualquier respuesta "a veces" o "nunca".

Intervención

El personal completó el cuestionario Cuidado de Enfermería durante el Posoperatorio Inmediato (Valle Dávila et al., 2021) en un primer momento (pretest), con el cual se calculó la matriz de priorización propia. A diferencia de un taller que cubre todos los sistemas corporales con la misma profundidad, el contenido y el tiempo de cada sesión se distribuyeron según el cuadrante de prioridad que resultó de la

línea base (tabla 1, tabla 2).

Tabla 1. Resultados del pretest

Sistema funcional	Ítems	Pretest: n fallas (%)	Pretest densidad (%)	Cuadrante pretest
Neurológico	6	32/32 (100.0)	44.8	Crítico
Emocional	6	31/32 (96.9)	42.7	Crítico
Gastrointestinal	5	30/32 (93.8)	41.3	Crítico
Musculoesquelético	3	27/32 (84.4)	51.0	Crítico
Respiratorio	6	25/32 (78.1)	21.9	Extenso
Renal	4	22/32 (68.8)	23.4	Vigilancia
Tegumentario	3	18/32 (56.3)	27.6	Vigilancia
Cardiovascular	4	10/32 (31.3)	9.4	Vigilancia

Con base en los resultados del pretest se clasificaron en el cuadrante Crítico los dominios neurológico, emocional, gastrointestinal y musculoesquelético; en el cuadrante Extenso, el dominio respiratorio; y en Vigilancia, los dominios renal, tegumentario y cardiovascular.

Tabla 2. Regla de asignación de contenido formativo según cuadrante de prioridad

Cuadrante	Tratamiento en el programa
Crítico	Mayor profundidad teórico-práctica; sesiones dedicadas y retroalimentación individualizada
Extenso	Refuerzo focalizado; revisión de ítems puntuales de mayor densidad de falla
Vigilancia	Mantenimiento de competencias; repaso breve, sin profundización

El programa se impartió en cuatro sesiones: dos teóricas en línea y dos prácticas in situ, redistribuyendo el tiempo dedicado a cada sistema conforme a esta clasificación: mayor profundidad para los dominios Crítico, refuerzo focalizado para el dominio Extenso, y un repaso breve de mantenimiento para los dominios Vigilancia. Dado que el turno matutino concentró la mayor extensión de brechas en el pretest, se ofreció además una sesión de refuerzo adicional para ese turno. Tras un periodo de consolidación cognitiva de dos semanas, sin actividades formales, se aplicó nuevamente el cuestionario (postest) y se recalculó la matriz de priorización con los mismos umbrales del pretest.

Análisis estadístico

Los datos se procesaron en SPSS. Se evaluó la distribución mediante prueba de Shapiro-Wilk. Para las comparaciones pretest-posttest se utilizó la prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas o prueba t de student cuando los datos cumplieron el supuesto de normalidad, calculando el tamaño del efecto mediante r de Wilcoxon o d de Cohen, con nivel de significancia $p < 0.05$. El cambio en la clasificación binaria de cumplimiento (falla/no falla) se contrastó mediante prueba de McNemar. Las matrices de priorización del pretest y del posttest se compararon de forma descriptiva para determinar la migración de dominios entre cuadrantes. El efecto por turno se exploró mediante prueba de Kruskal-Wallis.

Consideraciones éticas

El protocolo fue revisado y aprobado por el Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería No. 2 de la Universidad Autónoma de Guerrero, en apego a la Declaración de Helsinki y a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Se solicitó el consentimiento informado a los participantes, garantizando la participación voluntaria, la confidencialidad de los datos y la posibilidad de retiro en cualquier momento sin consecuencias.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se evaluó al personal de enfermería adscrito al servicio de recuperación posoperatoria del hospital, en los cuatro turnos (matutino, vespertino, nocturno A y nocturno B) (n=32). Los resultados se presentan en cinco bloques: caracterización sociolaboral, prevalencia de brechas por sistema funcional antes y después de la intervención, migración de cuadrantes de priorización, comparación pretest-posttest por dominio y análisis exploratorio por turno.

Datos sociodemográficos

Tabla 3. Caracterización sociolaboral del personal de enfermería evaluado

Variable	Categoría	n	%
Turno	Matutino	10	31.3
	Vespertino	09	28.1
	Nocturno A	07	21.9
	Nocturno B	06	18.8
Sexo	Mujer	27	84.4
	Hombre	05	15.6
Edad	≤36 años	17	53.1
	≥37 años	15	46.9
Contrato	Base	30	93.8
	Otro	02	6.3
Formación	Licenciatura	14	43.8
	Especialidad	18	56.3
Experiencia laboral	≤7 años	18	56.3
	≥8 años	14	43.8
Capacitación previa	Sí	22	68.8
	No	10	31.3

La Tabla 3 presenta los perfiles del personal evaluado en el pretest. La muestra estuvo compuesta predominantemente por mujeres (84.4%) y personal de base (93.8%). La formación de especialidad

(56.3%) resultó ligeramente mayor consistente con una tendencia gradual de mayor profesionalización del personal adscrito al servicio.

Prevalencia de brechas por sistema funcional: pretest vs. posttest

Los hallazgos del pretest vertidos en la tabla 4 replicaron parcialmente el perfil de afectación transversal reportado en otro estudio local (Cobos-Gutiérrez et al., 2026); los dominios neurológico, emocional y gastrointestinal se ubicaron en niveles de afectación críticos. Sin embargo, el dominio renal, clasificado como Extenso en el diagnóstico previo, se ubicó en esta muestra por debajo del umbral grupal de prevalencia (68.8%), coincidiendo además con la mayor proporción de personal con especialidad.

Tabla 4. Prevalencia y densidad de falla por sistema funcional, pretest y posttest

Sistema funcional	Ítems	Pretest: n	fallasPretest	Posttest: n	fallasPosttest	densidad
		(%)	densidad (%)	(%)	(%)	
Neurológico	6	32/32 (100.0)	44.8	28/32 (87.5)	30.2	
Emocional	6	31/32 (96.9)	42.7	29/32 (90.6)	40.1	
Gastrointestinal	5	30/32 (93.8)	41.3	20/32 (62.5)	18.7	
Musculoesquelético	3	27/32 (84.4)	51.0	16/32 (50.0)	22.4	
Respiratorio	6	25/32 (78.1)	21.9	20/32 (62.5)	15.6	
Renal	4	22/32 (68.8)	23.4	19/32 (59.4)	19.8	
Tegumentario	3	18/32 (56.3)	27.6	15/32 (46.9)	20.3	
Cardiovascular	4	10/32 (31.3)	9.4	08/32 (25.0)	7.8	

Nota: Umbrales calculados en el pretest (media grupal de la muestra actual): prevalencia $\geq 76.2\%$, densidad $\geq 32.8\%$.

Priorización de necesidades de capacitación: migración de cuadrantes

Tabla 5. Matriz de cuadrantes: pretest vs. posttest

Sistema funcional	Cuadrante pretest	Cuadrante posttest	Migración
Neurológico	Crítico	Extenso	Mejora parcial
Emocional	Crítico	Crítico	Sin cambio
Gastrointestinal	Crítico	Vigilancia	Mejora sustancial
Musculoesquelético	Crítico	Vigilancia	Mejora sustancial
Respiratorio	Extenso	Vigilancia	Mejora
Renal	Vigilancia	Vigilancia	Sin cambio
Tegumentario	Vigilancia	Vigilancia	Sin cambio
Cardiovascular	Vigilancia	Vigilancia	Sin cambio

La concentración de cuatro dominios en el cuadrante Crítico en el pretest replica hallazgos previos. Tras la intervención, tres de esos cuatro dominios migraron a categorías de menor severidad: gastrointestinal y musculoesquelético se desplazaron hasta Vigilancia, y neurológico hasta Extenso (Tabla 5). El dominio emocional, en cambio, permaneció en el cuadrante Crítico a pesar de que recibió la misma profundidad curricular que los demás dominios prioritarios, lo que refuerza la evidencia latinoamericana sobre la resistencia al cambio de las valoraciones cualitativas e integrales tras adiestramientos de corto plazo (Alves de Oliveira et al., 2015; Cabana et al., 1999).

Comparación pretest-posttest por dominio

La prueba de McNemar evalúa el cambio en la clasificación binaria de falla, mientras que la prueba de Wilcoxon evalúa el desplazamiento dentro de la escala ordinal completa. Esta distinción explica por qué el dominio neurológico resultó significativo en Wilcoxon ($p=0.036$) pero no en McNemar ($p=0.070$) (tabla 6).

Tabla 6. Comparación pretest-posttest por dominio

Sistema funcional	Δ Prevalencia (pp)	McNemar (p)	Wilcoxon z	Wilcoxon (p)	r
Neurológico	-12.5	0.070	-2.10	0.036*	0.26
Emocional	-6.3	0.508	-0.85	0.395	0.11
Gastrointestinal	-31.3	<0.001*	-3.98	<0.001*	0.50
Musculoesquelético	-34.4	<0.001*	-4.21	<0.001*	0.53
Respiratorio	-15.6	0.021*	-2.45	0.014*	0.31
Renal	-9.4	0.549	-1.02	0.308	0.13
Tegumentario	-9.4	0.549	-1.15	0.250	0.14
Cardiovascular	-6.3	0.617	-0.63	0.529	0.08

Nota: * $p < 0.05$

Parte del personal mejoró su desempeño dentro de la escala sin necesariamente cruzar el umbral operacional de falla. Los dominios gastrointestinal y musculoesquelético mostraron los tamaños del efecto más grandes, mientras que emocional, renal, tegumentario y cardiovascular no alcanzaron significancia estadística.

Análisis exploratorio por turno

Tabla 7. Sistemas funcionales afectados según turno de trabajo, pretest vs. posttest

Turno	Pretest: mediana [RIQ]	Posttest: mediana [RIQ]
Matutino (n=10)	7.0 [6.0-8.0]	4.0 [3.0-5.0]
Vespertino (n=9)	5.0 [4.0-6.0]	3.0 [2.0-4.0]
Nocturno A (n=7)	5.0 [4.0-5.0]	3.0 [3.0-4.0]
Nocturno B (n=6)	4.0 [3.0-5.0]	3.0 [2.0-4.0]
Kruskal-Wallis	H=12.407, gl=3, p=0.006 *	H=3.184, gl=3, p=0.364

En el pretest se observa un gradiente por turnos, con el matutino concentrando la mayor extensión de brechas ($p=0.006$). En el posttest, ese gradiente dejó de ser estadísticamente significativo ($p=0.364$), lo que es consistente con la sesión de refuerzo adicional dirigida específicamente al turno matutino

contemplada en el diseño de la intervención. Este hallazgo secundario sugiere que la disparidad por turno no es necesariamente estructural, sino sensible a ajustes en la distribución y 1453emática de la capacitación.

CONCLUSIONES

Los hallazgos deben interpretarse considerando sus limitaciones. Se trata de un estudio realizado en una muestra de 32 profesionales de enfermería en un solo servicio, con un diseño cuasi-experimental sin grupo control, por lo que los resultados no son generalizables ni permiten atribuir de manera concluyente el cambio observado únicamente a la intervención.

Dentro de estos límites, la capacitación diferenciada por dominios de prioridad se asoció con una mejora sustancial y estadísticamente significativa en los dominios de mayor componente técnico y procedimental (gastrointestinal, musculoesquelético, respiratorio), que migraron a categorías de menor severidad en la matriz de priorización. El dominio emocional, en cambio, no mostró cambio significativo pese a haber recibido la misma profundidad curricular, lo que sugiere que las competencias actitudinales y relacionales requieren estrategias distintas a la capacitación tradicional para consolidarse. La brecha por turno, presente antes de la intervención y concentrada en el turno matutino, dejó de ser significativa después, lo que respalda la utilidad de dirigir refuerzos específicos a los turnos de mayor carga asistencial.

Estos hallazgos aportan evidencia preliminar de que ponderar el contenido formativo según la severidad diagnosticada por dominio, en lugar de una cobertura uniforme, puede optimizar el uso de recursos limitados de capacitación en servicios de recuperación posquirúrgica con alta carga asistencial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al-Faouri, I., Obaidat, D. M., & AbuAlRub, R. F. (2021). Missed nursing care, staffing levels, job satisfaction, and intent to leave among Jordanian nurses. *Nursing Forum*, 56(2), 273-283.
- 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.
- 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.
- Cobos-Gutiérrez, M., Emigdio-Vargas, A., Morales-Castro, N. G., & Gil-Nava, M. (2026). Brechas de competencia en el cuidado posoperatorio inmediato: diagnóstico y priorización matricial de necesidades de capacitación en enfermería. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 10(3), 2492-2505. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i3.24233
- 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).
- 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.
- Jin, Z., Hu, J., & Ma, D. (2020). Postoperative delirium: perioperative assessment, risk reduction, and management. *British Journal of Anaesthesia*, 125(4), 492-504.
- Kiekkas, P., Tsekoura, V., Fligou, F., Tzenalis, A., Michalopoulos, E., & Voyagis, G. (2021). Missed nursing care in the postanesthesia care unit: A cross-sectional study. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 36(3), 232-237.
- 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.
- 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.



Organización Mundial de la Salud. (2023, 11 de septiembre). Seguridad del paciente.

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.

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.

Varkey, P., Reller, M. K., & Resar, R. K. (2007). Basics of quality improvement in health care. Mayo Clinic Proceedings, 82(6), 735-739.

Willis, E., & Brady, C. (2022). The impact of "missed nursing care" or "care not done" on adults in health care: A rapid review for the Consensus Development Project. Nursing Open, 9(2), 862-871.

