



**Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Vicerrectoría de Posgrados e Investigación
Decanato de Posgrados en Ciencias de la Salud
Dirección Académica de Posgrados en Enfermería
Coordinación de Investigación en Enfermería**

Título:

Acciones Dirigidas por el Profesional de Enfermería al Paciente en el Preoperatorio

Para Obtener el Grado de:

Especialista en Enfermería Quirúrgica

Nombre del Estudiante:

LE. Marín Pérez Vania Karina

LE. Salas Carbente Adriana Jazmín

Nombre del Asesor:

ME. Patricia Alarcón Morgado

Puebla, Puebla, México 21 octubre 2020



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyla**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de textos, imágenes, gráficas, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Lista de Contenido

	Página
Capítulo I Introducción	12
1.1 Problema de Investigación	12
1.1.1 Pregunta de Investigación	15
1.2 Justificación	16
1.3 Objetivo General	16
1.4 Hipótesis	16
1.4.1 Hipótesis 1	16
1.4.2 Hipótesis 2	17
Capítulo II Marco de Investigación	18
2.1 Marco Teórico Teoría de los Cuidados de Kristen M. Swanson	18
2.1.1 Derivación Teórico- Empírica	22
2.2 Definición de Términos	22
2.3 Revisión de la Bibliografía	24
Capítulo III Metodología	45
3.1 Enfoque Metodológico	45
3.2 Diseño de la Investigación	45
3.3 Población Muestra y muestreo	46

3.3.1 Población	46
3.3.2 Procedimiento de Muestreo	46
3.3.3 Tamaño de la Muestra	46
3.4 Criterios de Selección	47
3.4.1 Criterios de Inclusión	47
3.4.1 Criterios de Exclusión	47
3.4.2 Criterios de Eliminación	48
3.5 Instrumento de Medición	48
3.6 Procedimiento de Recolección de Datos	48
3.7 Consideraciones Éticas	49
Capítulo IV Resultados	56
4.1 Descripción de datos Descriptivos e Inferenciales	56
4.2 Discusión	70
4.3 Conclusiones	73
4.4 Recomendaciones	74

Lista de Tablas

	Página
Tabla 1 Descripción de datos Biológicos de la Muestra de Estudio Grupo Control y grupo Experimental	56
Tabla 2 Descripción de Dato Laboral Turno de la Muestra de grupo Control y Grupo Experimental	57

Tabla 3 Descripción de Dato Laboral Categoría de la Muestra de grupo Control y Grupo Experimental	58
Tabla 4 Descripción de Frecuencias y Proporciones de la Etapa Asesoría al Paciente de la Muestra de Estudio Grupo Control y Grupo Experimental	59
Tabla 5 Descripción de Frecuencias y Proporciones de la etapa Verificación del Historial Clínico de la Muestra de Estudio Grupo Control y Grupo Experimental	60
Tabla 6 Descripción de Frecuencias y Proporciones de la Etapa Valoración Física del Paciente de la Muestra de Estudio Grupo Control y Grupo Experimental	61
Tabla 7 Descripción de Frecuencias y Proporciones de la Etapa Verificación de Ejecución de Indicaciones Preoperatorias de la Muestra de Estudio Grupo Control y Grupo Experimental	62
Tabla 8 Análisis de regresión lineal de las variables que predicen el cumplimiento de las Acciones Dirigidas por el Profesional de Enfermería del Grupo Control	63
Tabla 9 Análisis de regresión lineal de las variables que predicen el cumplimiento de las Acciones Dirigidas por el Profesional de Enfermería del Grupo Experimental	62
Tabla 10 Efecto de los Factores Personales sobre las Acciones Dirigidas del Grupo Control	64
Tabla 11 Efecto de los Factores Personales sobre las Acciones Dirigidas del Grupo Experimental.	65

Lista de Figuras

	Página
Figura 1. Estructura Teórico – Empírica (Marín, Salas, Alarcón 2019)	18
Figura 2. Gráfico de Dispersión Turno y Acciones Dirigidas del Grupo	66

control.

Figura 3. Gráfico de Dispersión Categoría y Acciones Dirigidas del Grupo 67

Control.

Figura 4. Gráfico de Dispersión Turno y Acciones Dirigidas del Grupo 68

Experimental.

Figura 5. Gráfico de Dispersión Categoría y Acciones Dirigidas del Grupo 69

Experimental.

Resumen

Introducción: A nivel mundial se realizan millones de cirugías de las cuales un considerable porcentaje de estas presentan complicaciones. El profesional de la salud tiene el compromiso de prevenir dichas complicaciones, salvaguardar la vida y evitar discapacidades. Por lo tanto es primordial trabajar enfocados hacia la seguridad del paciente desde el preoperatorio, ejecutando medidas y acciones de enfermería para poder colaborar con el bienestar del paciente y lograr el éxito de la cirugía, sin olvidar el valor humano, el respeto hacia la persona y la situación en la que se encuentra, basándose en la ética para cuidar la dignidad humana. **Objetivo:** Identificar si existen diferencias en las medias del grupo control y experimental de las acciones dirigidas por el profesional de

enfermería en el preoperatorio en un hospital de tercer nivel. **Metodología:** El enfoque metodológico para el presente estudio será cuantitativo; el diseño predictivo, observacional y transversal. Se formarán dos grupos: uno llamado control y otro experimental. El tamaño de la muestra se determinó por la fórmula llamada tamaño de la muestra para un estudio descriptivo de una variable dicotómica, que nos da una muestra de 42 por cada grupo. Es decir, un tamaño total de muestra de 84. El análisis de los datos se realizará mediante el paquete estadístico SPSS utilizando estadística descriptiva a través de frecuencias y porcentajes, para la prueba de hipótesis se realizaron regresiones lineales múltiples y para el objetivo se realizó la prueba de t de Student. **Resultados:** Se encontró que en la muestra de estudio las medias de cada grupo no hay diferencia ya que cada grupo presenta $p = .00$, en la Etapa 3. Valoración física: tanto el grupo control con el 56.7% y el grupo experimental con el 61% si llevó a cabo el cumplimiento de las acciones dirigidas, mientras que en las demás etapas, los dos grupos alcanzaron porcentajes menores del 50% al llevarlas a cabo. Por otro lado, en el grupo control la variable categoría impulso negativamente el efecto en el cumplimiento de las acciones dirigidas con ($t = -2.373$; $p = .023$), mientras que en el grupo experimental, la variable turno impulso positivamente el efecto de las acciones dirigidas con 2.035 ; $p = .049$). Por último con los resultados de la regresión lineal múltiple se encontró que en el grupo control se aprecia el efecto de los factores turno y categoría fue de ($F^2/39 = 3.518$; $p = .039$), efecto explicado por una varianza de $R^2 = .153\%$. Y del grupo resultó de ($F^2/39 = 2.183$; $p = .126$), efecto explicado por una varianza de $R^2 = .101\%$.

Conclusión: Se concluye que no existe diferencia significativa entre las medias de cada grupo, el cumplimiento de las acciones dirigidas no cambia en las enfermeras al saberse observadas. Por el contrario, el turno y la categoría si son un factor para el cumplimiento.

Puesto que por parte del turno matutino existe un mayor cumplimiento al igual que por las enfermeras especialistas.

Palabras Clave: Profesional de Enfermería, Acciones, Paciente y preoperatorio.

Dedicatoria

A mi madre

Por su apoyo incondicional en todo momento, su comprensión y palabras de aliento para siempre continuar y lograr lo que me propongo, por hacerme fuerte e impulsarme a seguir preparándome personalmente y profesionalmente, por inculcarme los valores más valiosos, por enseñarme a ser valiente, pero sobre todo, por su amor que desde que tengo memoria me ha brindado inigualablemente.

A mi abuelo

Que a sus 94 años me sigue convenciendo que no hay mejor herencia que la educación y los valores para crecer y ser mejor tanto personalmente como profesionalmente.

Vania Karina Marín Pérez

Agradecimientos

A Dios y a mí

Por permitir que cada paso valga la pena, por la fortaleza que encuentro en mí para seguir siempre el mejor camino, por no rendirme aunque parezca demasiado difícil. Por la sabiduría y la vida que me ha tocado vivir.

A mis hermanas

Por su ayuda y comprensión hacia mi profesión, por creer en mí y ayudarme a crecer personalmente.

A Juan

Por permitirme encontrar en él, el apoyo y motivación para seguir mis sueños y cumplir mis metas.

A Patricia Alarcon Morgado, Marcela Macip Lanzagorta y Miguel Rojas Tochimani

Por su gran comprensión y sabiduría, por facilitarme su ayuda hacia esta investigación, por compartir sus conocimientos, tiempo y palabras de aliento para lograrlo.

A Adriana

Por su dedicación y compromiso en cada etapa de esta investigación y así lograr juntas concluir satisfactoriamente.

Vania Karina Marín Pérez

Dedicatoria

A mis padres Leticia y Francisco

De una forma muy especial por ser cómplices de todas mis aventuras, como un testimonio de cariño y eterno agradecimiento por mi existencia, valores morales y formación profesional. Porque sin escatimar esfuerzo alguno, han sacrificado gran parte de su vida para formarme y porque nunca podré pagar todos sus desvelos ni aún con las riquezas más grandes del mundo. Por lo que soy y por todo el tiempo que les robé pensando en mí.

Agradecimientos

A Dios

Por darme vida, salud y sabiduría.

A mis padres Leticia y Francisco

Por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad, por enseñarme buenos valores y apoyarme en cada uno de mis pasos, por la motivación constante y su amor incondicional.

A Adrian

Me ayudaste hasta donde te era posible, incluso más que eso. Gracias por estar siempre a mi lado.

A Patricia Alarcón Morgado

Quien se ha tomado el arduo trabajo de transmitirme sus diversos conocimientos, exalto su trabajo y le agradezco con creces por ayudarme a lograr esta nueva meta.

A Evit

La ayuda que me has brindado ha sido sumamente importante, gracias por tu apoyo incondicional.

A Vania

No fue nada fácil el proceso, pero gracias a tu esfuerzo y dedicación lo logramos, te agradezco por ser mi gran compañera y amiga.

Adriana Jazmín Salas Carbente

Capítulo I

Introducción

1.1 Problema de Investigación

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que a nivel mundial por año se realizan 234 millones de cirugías mayores en países desarrollados de las cuales 7 millones presentan complicaciones y el 1% muere de manera inmediata o durante el procedimiento quirúrgico, lo cual representa un aumento en el número de procedimientos conllevando al incremento de complicaciones; las intervenciones quirúrgicas pueden salvar muchas vidas y evitar discapacidades, sin embargo, el problema es la falta de una atención quirúrgica de calidad que disminuya los daños que pudieran ocasionarse al paciente, (Céspedes, Díaz, y Tafur, 2018).

La atención brindada por los profesionales del equipo quirúrgico tiene como objetivo la mejora del estado de salud de los pacientes, sin embargo, no excluye el hecho de que se pueda presentar un riesgo y por ello se debe trabajar en la seguridad del paciente desde el preoperatorio, ejecutando medidas y acciones de enfermería que nos competan para poder colaborar con el bienestar del paciente y lograr el éxito de la cirugía, en la profesión de enfermería se aplican intervenciones que se basan en principios científicos con valor humano, respetando la vida y basándose en la ética para salvaguardar la dignidad humana, (Muñoz y Pérez, 2015).

Debe señalarse que la poca seguridad en las cirugías se ha vuelto un problema de salud pública a nivel mundial, los principales desaciertos que se han detectado en los actos quirúrgicos son sitios y órganos equivocados, paciente incorrecto, son poco frecuentes, pero no inexistentes y que además se consideran accidentes evitables, que se generan a partir de

una mala comunicación y deficiente información; dentro de los principales factores que contribuyen al error es la falta de un proceso preoperatorio estandarizado y de una preparación del personal de salud sobre la forma de enfrentar las diversas situaciones de la verificación preoperatoria, (López, Palacios, Bernal y Orellana, 2015).

De este modo, la fase preoperatoria abarca el periodo de tiempo que va desde el momento en que el paciente acepta a someterse al tratamiento quirúrgico hasta su traslado al quirófano donde será intervenido, en el proceso de atención de enfermería, la valoración a los pacientes es el primer paso para conocer su estado de salud, por tanto, la valoración preoperatoria de la enfermera quirúrgica puede definirse como el proceso por el cual se individualizan los cuidados de enfermería previos a una cirugía, por medio de una entrevista personalizada que busca informar al paciente sobre su autocuidado, así como su asesoramiento y disminución de la ansiedad y así responder a las necesidades de pacientes con acciones específicas para el preoperatorio, (Herrera et. al (2015).

Cuando un paciente va a ser sometido a una cirugía su cuerpo está a expuesto a sufrir alteraciones fisiológicas como elevación de la tensión arterial y taquicardia, además alteraciones emocionales tales como temor, angustia, incomodidad, ansiedad, estrés, nerviosismo y preocupación; por ello la importancia de que la enfermera realice las acciones correspondientes y visite al paciente con anticipación para que pueda ser valorado en un tiempo prudente antes del procedimiento, este tiempo permitirá anticipar las intervenciones y evitar demorar innecesariamente el procedimiento quirúrgico así como lograr una relación enfermera- paciente que genere un ambiente de calidez donde el paciente pueda externar todas sus dudas e inconformidades, y al mismo tiempo la enfermera indague sobre su estado de salud, le explique sobre el procedimiento a realizarse,

las complicaciones o riesgos que este implica y así detectar factores de riesgo que puedan propiciar una complicación en la cirugía, (Herrera et. al (2015).

La ansiedad es definida como el estado en que una persona experimenta un sentimiento de incomodidad (leve o intensa) cuyo origen, con frecuencia, es inespecífico o desconocido para el individuo; tiene una utilidad adaptativa, pero puede llegar a constituir una enfermedad si ésta es desproporcionada, por esto, en el momento previo a una intervención quirúrgica en la sala de quirófano se transforma en un suceso estresante para el paciente y es variable de acuerdo a diversos factores como son sexo, edad, estado socioeconómico, ocupación y el tipo de cirugía a realizarse; el nivel de ansiedad en el paciente irá en aumento si éste no recibe una adecuada información por parte del personal que está a su cargo, que haga referencia a su estado de salud como a su posible enfermedad y al tratamiento que debe seguir, (Doñate, Litago, Monge y Martínez, 2015).

Una de las funciones de enfermería es indagar cómo se siente el paciente en el momento y buscar alternativas que le ayuden a reducir el impacto de un diagnóstico que pueda producirle un riesgo potencial a su salud, ya que en su mayoría los pacientes presentan ansiedad preoperatoria; por tanto; en su mayoría los diagnósticos de enfermería son ansiedad y temor relacionados con la intervención quirúrgica, la anestesia o resultados impredecibles que estas puedan desencadenar, por lo tanto, la información que la enfermera proporcione al paciente debe ser clara, veraz y adecuada con vocabulario entendible al paciente para no generar dudas o confusiones sobre el procedimiento a realizar si no al contrario debe darle confianza y seguridad, (González, 2015).

Es indispensable que previamente a cualquier procedimiento quirúrgico, todos los pacientes sean preparados de manera adecuada tanto física como emocionalmente, esto para

disminuir su nivel de ansiedad y evitar cancelaciones de cirugías por el mismo motivo; es importante mencionar que el cuidado constituye la esencia de la enfermería, puesto que ésta disciplina utiliza sus habilidades y el arte para llevar a cabo los cuidados pertinentes antes, durante y después de todo procedimiento quirúrgico, ya que, desde el punto de vista del paciente, el cuidado que la enfermera le brinde en el preoperatorio va a constituir la pieza clave con la cual él lidiará para la mejoría de su salud durante su estancia hospitalaria, (Chuquihuaccha, Herrera y Villaorduña, 2018).

Cabe resaltar entonces que la valoración preoperatoria por parte de enfermería es una pieza fundamental para poder detectar problemas de manera oportuna y al mismo tiempo evitar complicaciones futuras, disminuir la tasa de morbilidad y mortalidad, así como contribuir a una mejora en la calidad de los cuidados y sobre todo ayudar a que el paciente pueda retomar su vida cotidiana lo más rápido posible, esto debido a que la gran parte de las complicaciones que pudieran llegar a presentarse son prevenibles y en su gran mayoría evitables; es por ello que una adecuada valoración y preparación en el preoperatorio ayuda a disminuir la morbimortalidad transoperatoria y además logra una adecuada recuperación postoperatoria puesto que disminuye diversas complicaciones físicas y emocionales, (Gutiérrez et. al 2017).

1.1.1 Pregunta de Investigación

¿Cuál es el nivel de cumplimiento de la aplicación de acciones dirigidas por el profesional de enfermería al paciente en el preoperatorio en un hospital de tercer nivel de la ciudad de Puebla en el periodo de octubre 2019 a febrero 2020?

1.2 Justificación

En diversos hospitales de segundo y tercer nivel en el área de quirófanos se puede observar que no se realiza una valoración preoperatoria adecuada y por lo tanto no se llevan a cabo las acciones de enfermería específicas en los pacientes preoperatorios, además de que no se realiza, no están bien definidos, establecidos y delimitados los aspectos básicos que debería incluir la valoración preoperatoria de enfermería.

Es necesario identificar las acciones que las enfermeras realizan con el paciente en el preoperatorio y así poder definir porque algunos profesionales de la salud si las realizan y otros no, con esto buscamos una trascendencia para la enfermería, lograr determinar cómo se lograría una atención de calidad por estas enfermeras y aún más para el beneficio de los pacientes, buscando la aplicación de acciones específicas para poder lograr una cirugía exitosa y de calidad, alcanzar la concientización y que se logre comprender la importancia de valorar y de saber cómo se debe actuar frente a un paciente antes de entrar al proceso quirúrgico.

Con esto los pacientes y el profesional de enfermería tomarán empoderamiento.

1.3 Objetivo General

Identificar si existen diferencias en las medias del grupo control y experimental de las acciones dirigidas por el profesional de enfermería en el preoperatorio en un hospital de tercer nivel.

1.4 Hipótesis

1.4.1 Hipótesis 1

Determinar si el factor laboral (turno) es predictor del cumplimiento de las acciones dirigidas del personal de enfermería en el preoperatorio.

1.4.2 Hipótesis 2

Definir si el factor laboral (categoría) es predictor del cumplimiento de las acciones dirigidas del personal de enfermería en el preoperatorio.

Capítulo II

Marco de Investigación

2.1 Marco Teórico

Kristen M. Swanson sustentó su teoría gracias a los resultados de sus investigaciones, en su modelo de los cuidados ella propuso cinco procesos básicos: 1) conocimiento, se menciona al esforzarse por comprender el significado de un suceso en la vida de otro, centrándose en la persona a la que se cuida, buscando claves, valorando meticulosamente y buscando un proceso de compromiso entre el que cuida y el que es cuidado (Swanson, 1991). 2) estar con, significa estar emocionalmente presente con el otro, esto incluye estar allí en persona, compartir sentimientos sin abrumar a la persona cuidada y transmitir disponibilidad (Swanson, 1991). 3) hacer por, es hacer por otros lo que se haría por uno mismo, si fuera posible, confortar, actuar con habilidad, adelantarse a las necesidades y proteger al que es cuidado, respetando su dignidad (Swanson, 1991). 4) posibilitar hace referencia a facilitar el paso del otro por las transiciones de la vida y los acontecimientos desconocidos, centrándose en el acontecimiento, informando, explicando, apoyando, dando alternativas y validez a los sentimientos y dando retroalimentación (Swanson, 1991). y 5) mantener las creencias, es mantener la fe en la capacidad del otro para superar un acontecimiento o transición y de enfrentarse al futuro con significado, sobre todo creyendo en la capacidad del otro, manteniendo una actitud llena de esperanza estando al lado de la persona cuidada en cualquier situación; estos procesos dan un gran significado a catalogar los cuidados que más tarde dieron pauta para crear la teoría intermedia de los cuidados de Swanson (1991). Gracias a el estudio fenomenológico que exploró al proporcionar los cuidados a lactantes en la unidad de cuidados intensivos, los resultados que obtuvo

Swanson (1990) la llevaron a decidir conservar la formulación que describe los actos de los cuidados y por lo tanto propuso que el cuidado integrar en un ambiente complejo abarca un equilibrio entre cuidados (de uno mismo y de la persona a la que se cuida), acompañamiento (a otros y roles), enfrentarse a responsabilidades (asignadas por uno, por otros y por la sociedad) y evitar malos desenlaces (Swanson, 1990). Posterior en 1991 por una investigación fenomenológica realizada con madres de alto riesgo social, Swanson fue capaz de definir los cuidados y de mejorar la comprensión de los procesos de los cuidados.

En 1999, Swanson realizó una siguiente investigación bajo su meta análisis de la bibliografía sobre los cuidados, ya que después de una revisión de 130 investigaciones le llevó a proponer que el conocimiento sobre los cuidados puede ser catalogada en cinco niveles y que la investigación realizada en cualquiera de los niveles asume la presencia de todos los dominios previos (Swanson 1999). Entonces el primer dominio que hacer referencia Swanson habla sobre referir a las capacidades de la persona para dar cuidados; el segundo, a las preocupaciones y compromisos individuales que llevan a las acciones de los cuidados; el tercero, a las condiciones (enfermera, cliente, organización) creando la posibilidad de aumentar o reducir la probabilidad de brindar cuidados; el cuarto, a las acciones de los cuidados, y el quinto a la consecuencia de los resultados intencionales así como los no intencionales tanto para el cliente como para el profesional (Swanson 1999).

Más tarde en 1991, Swanson desarrolló más su teoría de los cuidados explicando sus principales asunciones sobre los cuatro fenómenos que ella consideró de interés fundamental en la disciplina: enfermería, persona-cliente, salud y entorno. Por lo tanto Swanson define estos cuatro fenómenos como: 1) enfermería como una disciplina

conocedora de los cuidados para el bienestar de otros, y como disciplina está fundada por el conocimiento empírico de la enfermería y de otras disciplinas relacionadas así como por <el conocimiento ético, personal y estético derivado de las humanidades, la experiencia clínica y los valores y expectativas personales y sociales> (Swanson 1993), 2) Persona como <seres únicos que están en proceso de creación y cuya integridad se completa cuando se manifiestan en pensamientos, sentimientos y conductas>, menciona también que las personas modelan y son modeladas por el entorno en el que viven, Swanson (1993) considera a las personas como seres dinámicos, en crecimiento, espirituales que se auto reflejan y que anhelan estar conectados con otros, y que al incluir el libre albedrío se exige a la disciplina de la enfermería aceptar la individualidad y que se tenga en cuenta todas las posibilidades que son aceptables o deseables para las personas a las que atienden las enfermeras, 3) Salud, considera el restablecimiento del bienestar como un complejo proceso de cuidados y curación que incluye < desprenderse del dolor interno, establecer nuevos significados, restaurar la integridad y emerger con un sentimiento de renovada plenitud> (Swanson, 1993 p.353), 4) Entorno lo define de manera situacional, para enfermería es < cualquier contexto que influye o que es influido por el cliente> (p.353), afirma que hay varios tipos de influencias sobre el entorno, como los aspectos culturales, sociales, biofísicos, políticos y económicos.

Entonces afirmamos que la teoría de los cuidados de Swanson (Swanson, 1991, 1993, 1999) se creó de una investigación fenomenológica, lo que refiere a que significa para las enfermeras el modo de cuidar en la práctica, el objetivo de la enfermería es promover el bienestar de otros, Swanson (1991) define los cuidados como < una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado, hacia el que se siente un compromiso y una

responsabilidad personal> (p.162), para eso menciona que un componente fundamental de la buena enfermería que debería ser universal es el atender el bienestar biopsicosocial y espiritual del cliente y afirma que estos cuidados se basan en el mantenimiento de una creencia básica en los seres humanos, apoyada por el conocimiento de la realidad de cliente, expresada por estar emocional y físicamente presente, y representada por hacer por y posibilitar al cliente.

En forma lógica la teoría intermedia de los cuidados de Swanson se creó utilizando una metodología inductiva, por lo que Chinn y Kramer (2004, 2008) mencionan que con el razonamiento inductivo, las hipótesis y las relaciones son producidas experimentando u observando fenómenos y sacando conclusiones, entonces Swanson (1991) afirma que conocer, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias son componentes esenciales de cualquier relación enfermera-cliente.

En la práctica profesional comprendemos que la utilidad de la teoría de los cuidados de Swanson se ha demostrado en la investigación, educación y en la práctica clínica, al hablar sobre formación debemos entender que los cuidados son un concepto difícil de aceptar sin comprenderlo, el cuidado humano resulta cuando se aplica la teoría en la práctica, que va desde la sencillez de alimentar o arreglar a una persona mayor incapacitada, hasta la complejidad de controlar y tratar la recuperación de un paciente que ha sufrido un ictus así como aumentar las habilidades de los nuevos padres para el cuidado de los niños, por lo que los cuidados de enfermería deben reconocer la importancia de atender la plenitud de los seres humanos en sus vidas cotidianas, Swanson menciona que se debe describir y definir el concepto de los cuidados y los procesos básicos para instrumentar el desarrollo de la

investigación, pero más allá de la investigación, Swanson está más interesada en aplicar su teórica a la práctica clínica que en desarrollarla más, su principal objetivo es ayudar a los profesionales a proporcionar un cuidado de enfermería que se centre en las necesidades de las personas de una forma que fomente su dignidad, respeto y capacidad. La sencillez y la coherencia del lenguaje hace más fácil comprender y aplicar esta teoría en la práctica clínica. La teoría de los cuidados de Swanson asegura que aplicar los procesos del cuidado como proceso terapéutico a los clientes aumenta el confort y acelera la curación.

2.1.1 Derivación Teórico- Empírica

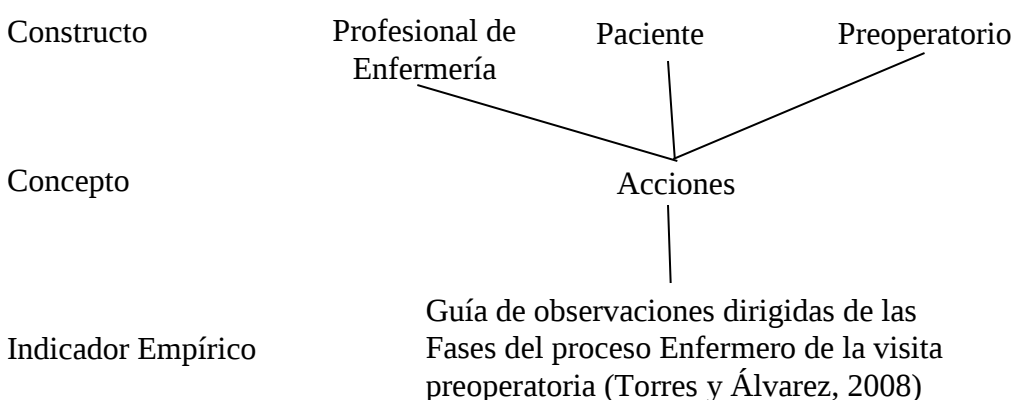


Figura 1. Estructura Teórico – Empírica (Marín, Salas, Alarcón 2019)

2.2 Definición de Términos

Para fines de este estudio vamos a definir algunos términos, en primer lugar, a un “profesional” como aquella persona capacitada para modificar o resolver con su actividad, de manera independiente y creadora, los problemas de la realidad objetiva donde desempeña su labor, (Espinosa, Gibert y Oria, 2016). Ahora bien la Facultad de Enfermería

y Nutriología de la Universidad Autónoma de Chihuahua dice que el “Profesional de Enfermería” es aquel que presta un servicio a la sociedad en coordinación con los otros profesionistas del área de la salud, a través de la prevención y tratamiento de las enfermedades, así como de la rehabilitación de las personas que las padecen, basándose en la identificación y tratamiento de las respuestas humanas reales o potenciales que los sujetos sanos o enfermos presentan, con el propósito de conservar y fomentar la salud, (Universidad Autónoma de Chihuahua, 2012).

Por su parte “Paciente” se define como la persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica, (Ayuzco, 2016). Y para continuar se conoce como “preoperatorio” al manejo integral del paciente quirúrgico en el periodo que antecede a la operación, (Archundia, 2017). Para el desarrollo del presente trabajo manejaremos la palabra “acciones” como sinónimo de “cuidado” por lo que Swanson dice que los “cuidados” son una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal, del mismo modo “Cuidar” es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad y en enfermería, el “cuidado” se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él y según Watson, el cuidado se manifiesta en la práctica interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona (Báez, Nava, Ramos y Medina, 2009).

2.3 Revisión Bibliográfica

Elers y Gilbert (2016). En su estudio *Relación enfermera-paciente: una perspectiva* desde las teorías de las relaciones interpersonales, mencionan que gracias a la indagación sobre la relación enfermera-paciente les permitió presentar la visión de esta en las diferentes teorías de enfermería relacionadas con el tema, mediante el método de revisión bibliográfica integrativa, con análisis crítico de la literatura consultada, donde incluyeron libros de texto, monografías, artículos originales y de revisión publicados en castellano de 2004 a 2015, la búsqueda se realizó en SciELO, Dialnet y elsevier, con las palabras clave, relación, enfermera, paciente y enfermería, se identificaron y revisaron 8 artículos de los que fueron útiles 5. También se consultaron especialistas para ampliar los conocimientos sobre las bases conceptuales de enfermería, encontraron que la indagación sobre la relación enfermera-paciente permitió presentar la visión de esta en las diferentes teorías de enfermería relacionadas con el tema, a partir de su expresión en los elementos de la comunicación necesarios para lograr el cuidado y con ello la satisfacción de necesidades, concluyendo que el profesional de enfermería en las diferentes situaciones de enfermería se relaciona con pacientes y familiares, fundamentalmente a través de la comunicación, donde aplica diferentes elementos. Esto favorece que la enfermera realice un plan de cuidado personalizado mediante una relación recíproca. Una buena relación enfermera-paciente contribuye con el mantenimiento de la salud, la propuesta de plan de cuidados y mejora la actividad de enfermería.

León, R., C. (2017). Menciona en su estudio Nuevas teorías en enfermería y las precedentes de importancia histórica que la Enfermería es una ciencia humana práctica, una actividad sistematizada que parte de una explicación lógica, racional y fundamentada. Cuenta con un sistema de teorías que se aplican a la práctica, en su artículo tiene como objetivo exponer algunas consideraciones sobre las nuevas teorías en enfermería y las precedentes de importancia histórica, el cual su método de investigación fue mediante la revisión y análisis del contenido bibliográfico y documental, publicado a nivel nacional e internacional entre los años 2006 al 2015. Se detallaron criterios sobre la actualización de las teorías en enfermería, basado en los métodos teóricos de análisis-síntesis e histórico-lógico aplicado a las referencias consultadas. Unido a ello, se incorporó el criterio del autor, basado en su accionar en el devenir histórico vinculándolo con el tema. Encontrando que el abordaje global de las nuevas teorías en enfermería y las precedentes de importancia histórica, dentro del marco teórico de la ciencia de la enfermería, permite el conocimiento de diversas perspectivas que estimulan el pensamiento creativo, guían la enseñanza, la gestión y la investigación, aumenta el reconocimiento de la contribución científica y facilita la colaboración interdisciplinaria; ofrece los términos específicos para ser más operativos los conceptos centrales de la disciplina y permite guiar y dar sentido al proceso del cuidado. Concluyendo también que, aunque existen varias teorías de enfermería, estas no son contradictorias entre sí, ya que están diseñadas para abordar el fenómeno de distintas formas, las cuales se complementan y establecen un grupo de declaraciones que conforman el paradigma de la enfermería.

Rojas, García, Cárdenas, Vázquez y Silveira (2018) en su artículo Adaptación del modelo de Kristen Swanson para el cuidado de enfermería en adultas mayores con el objetivo de adaptar el modelo de Kristen M. Swanson para el cuidado de enfermería en adultas mayores, enfocado en sus necesidades de salud, tomando como referencia la valoración integral y la interpretación de su vivencia, obteniendo que son seis las categorías de cuidado identificadas en las acciones terapéuticas que intervienen para el logro del bienestar. El acompañamiento familiar, la esperanza, el movimiento, la orientación en salud, el diálogo terapéutico y el amor son factores que propician el bienestar de las mujeres mayores. La disposición de las categorías se organizó en campos semánticos de donde emergieron tres dimensiones: la de ser mujer, adulta mayor y estrategias de afrontamiento, y el cuidado de enfermería. A partir del análisis hermenéutico se construyó el Modelo de Kristen Swanson para el cuidado de enfermería en adultas mayores con sus cinco procesos de cuidado: Mantener las creencias; El conocer; El estar con; El hacer por; y El permitir o posibilitar, concluyendo que el modelo de cuidado dirigido a mujeres mayores se fundamenta en: el diálogo, esperanza, movimiento y orientación de salud centrado en el ejercicio de la autonomía.

Incluyendo a Lenis y Manrique (2015). En su artículo realizado sobre la Calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados, con el objetivo determinar la calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados en una clínica privada de Barranquilla, Colombia. Obteniendo los resultados mencionan que dentro de los aspectos valorados, el que mayor relevancia tuvo para los pacientes fue la buena comunicación basada en la confianza, la cual les generaba buenas relaciones y los hacía sentir tranquilos, lo que indica que este tipo de comportamiento en el personal de enfermería ayuda a la evolución de su estado de salud y concluyen que la calidad del cuidado de enfermería que se brinda en el servicio de hospitalización de la institución centro de estudio es buena, según la percepción de los pacientes. Así lo demuestran los resultados satisfactorios obtenidos en las dimensiones: experiencia y satisfacción con el cuidado de enfermería.

Por otra parte, Müggenburg, et al. (2015). Realizaron su artículo de investigación llamado Evaluación de la percepción de pacientes sobre el comportamiento de comunicación del personal de enfermería: diseño y validación en población mexicana con el objetivo de diseñar y validar un instrumento sobre la percepción de los pacientes sobre el comportamiento de comunicación de enfermeras (denominado CECOP), en función de lo que observan pacientes mexicanos. Mencionando que la comunicación de las enfermeras se ha investigado a partir de estudios descriptivos sobre los comportamientos de interacción personal de ellas con sus pacientes. El constructo que motiva el diseño y validación de este instrumento se fundamenta en los siguientes sustentos teóricos: 1) La comunicación interpersonal tiene dos formas de expresión: comunicación verbal y comunicación no verbal, 2) La comunicación o interacción entre la enfermera y el paciente tiene un efecto

terapéutico, 3) La empatía y el respeto son condiciones facilitadoras de la relación terapéutica y colaboración del paciente. La primera se define como la capacidad de comprender correctamente lo que experimenta la otra persona, no sólo entender las palabras, sino los sentimientos y las emociones que hay detrás de estas, valorar con precisión sus preocupaciones y problemas, obteniendo así su confianza. En tanto, el respeto implica aceptación positiva, manifestar disposición de tiempo y energía, valorar al paciente como persona única con las cualidades y los recursos que pueden estar bloqueados por la enfermedad, por la educación o que no han sido estimulados para ser ejercidos. Por último, 4) La escucha y la comunicación eficaz son habilidades fundamentales para una buena relación terapéutica. Encontrando que el cuidado implica cercanía con el paciente por medio de expresiones verbales y no verbales que generan comunicación que favorece la aplicación de cuidados técnicos y propicia la satisfacción del paciente y de la enfermera como resultado de la interacción. Los resultados obtenidos arrojaron dos factores con una varianza explicada de 54.58%. El primero, con ocho reactivos relacionados con la empatía que explora la proximidad física, la comunicación durante la instrumentación de procedimientos técnicos (como el registro de constantes vitales y la administración de medicamentos), la escucha, la explicación de los cuidados impartidos y la transmisión de ánimo, confianza y afecto por parte de la enfermera hacia el paciente. El segundo factor quedó constituido por dos reactivos relacionados con el respeto que exploran el comportamiento de la enfermera ante la resistencia del paciente para el cumplimiento de hábitos relacionados con las funciones biológicas, como la alimentación y el baño. Aunque este factor sólo tuvo dos reactivos, su carga factorial fue muy alta y mostró identidad independiente.

También, Ramírez y Muggenburg (2015). En su artículo Relaciones personales entre la enfermera y el paciente, mencionan que su objetivo de estudio se centró en la reflexión sobre las relaciones interpersonales y la trascendencia que tiene la comunicación en la práctica del cuidado, encontrando que el contacto entre la enfermera y el paciente son ocasiones en las cuales se transfiere o se intercambia información, energía, sentimientos y en las que se desarrolla el afecto humano, a través de estos se brinda el cuidado de enfermería y se ayuda a las personas, los componentes verbales y no verbales que se dan en las relaciones interpersonales tienen lugar en la práctica del cuidado de enfermería y están sujetos a una serie de condicionantes personales y ambientales que pueden influir para que la relación enfermera-paciente produzca los beneficios esperados y que una comunicación plenamente humana entre enfermera y paciente requiere tiempo, incluye información, comunicación, comprensión y trato digno; sin embargo, para algunos profesionales su desempeño laboral podría significar la realización de procedimientos, sin importar lo que siente o necesita el paciente. Se señala que la enfermera en ocasiones emplea el lenguaje verbal técnico, establece contactos físicos breves y no planificados basados en el cuidado físico y tecnológico sin considerar las emociones, concluyendo que los fundamentos teóricos que se abordaron permitieron identificar un común denominador: la relación interpersonal que desempeñan las enfermeras cuando brindan los cuidados al paciente tiene gran potencialidad terapéutica, misma que habrá que considerar en el campo de la práctica profesional y en los espacios de formación de enfermeras.

De igual manera Morales, Hernández, Morales y Landeros (2016) en su artículo validación y estandarización del instrumento: evaluación de los comportamientos de cuidado otorgado en enfermeras mexicanas, bajo el objetivo de validar y adecuar la versión

en español del Caring Behaviors Assessment, para obtener una primera versión que pueda evaluar los comportamientos del cuidado otorgado en una población de enfermeras mexicanas de un hospital de segundo nivel de atención, obtuvieron los siguientes resultados. El índice de validez de contenido fue igual a 0.96. El coeficiente en la escala general fue de $\alpha = 0.96$, por subescalas osciló entre 0.75 y 0.86 respectivamente. El análisis factorial mostró una varianza explicada del 72% para el primer factor. Concluyendo que la validación y estandarización que se realizó para obtener la versión en español ECCOE permitió analizar estadísticamente la percepción que la enfermera asume sobre sus comportamientos dentro de la práctica profesional al brindar su cuidado hacia los pacientes.

Los resultados fortalecen los supuestos de la Teoría del cuidado humano de Jean Watson, dado que representa un aporte sin precedente, para evaluar el cuidado humano transpersonal desde la perspectiva de la enfermera (o), a partir de una filosofía humanística y ética.

Chuquihuaccha, Herrera y Villaorduña (2018). Realizaron un trabajo académico: "Percepción del paciente sobre el cuidado humanizado del equipo de enfermería de centro quirúrgico en un hospital del callao de julio a diciembre 2018" con el objetivo de determinar la percepción del paciente sobre el cuidado humano del equipo de enfermería de centro quirúrgico del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de Julio – Diciembre 2018, donde mencionan que El cuidado de enfermería, a través de la percepción de los pacientes, es un conjunto de diversas acciones, cuya respuesta depende de los datos brindados por las personas y de las experiencias del que lo percibe; enfocando a la percepción del cuidado de enfermería, el paciente juzga según lo que percibe y no a como lo ve directamente. Se debe tomar en consideración la percepción del paciente, puesto que, en algunas situaciones, se ignora lo que nos refiere debido a que a veces no lo reconocemos como persona, sino como un número o lo vemos como un objeto, un aparato, un instrumento de trabajo; la percepción que se tiene del cuidado humano brindado decae y el paciente puede crear recelo ante quien lo cuida; por ello es que enfocamos la importancia dentro del actuar de enfermería, donde se analizaron los datos con un baseamiento de los datos obtenidos de cada cuestionario en Excel para codificación y posteriormente se realizará el procesamiento de datos en el estadístico SPSS v25 para la elaboración de gráficos de barras y cuadros que ayudaran a la interpretación y análisis de los resultados que conlleve a obtener el objetivo de la investigación.

Hernández, (2016). Realizó una tesis sobre los Factores de Cuidado en los Profesionales de Enfermería, con el objetivo de determinar los factores de cuidado que otorgan los profesionales de enfermería a pacientes en un hospital de tercer nivel de atención y su relación con los datos sociodemográficos (edad, antigüedad laboral, años de escolaridad), con un diseño descriptivo, transversal y correlacional, el muestreo fue por conveniencia no probabilístico. La muestra se calculó a través de la fórmula de población finita dando como resultado 120 profesionales de enfermería se aplicaron los indicadores empíricos, una cedula sociodemográficos y en seguida el instrumento inquiriere la Evaluación de los Comportamientos de Cuidado Otorgado por la Enfermera, encontrando los siguientes resultados: La edad promedio de los profesionales de enfermería fue de 35.21 años de edad, la antigüedad con un promedio de 7.11 años, el 80% correspondió al sexo femenino, el 71% de los profesionales de enfermería tienen un nivel de licenciatura y el 10% tienen estudios de posgrado. Al realizar la correlación de los factores de cuidado con la edad de los profesionales de enfermería se encontró estadísticamente significativa ($r = .277$, $p < .05$); en cuanto a la antigüedad laboral existe una relación negativa ($r = -.030$, $p > .05$) y con respecto a los años de escolaridad de los profesionales de enfermería se observa que no hay relación ($r = .066$, $p > .05$), concluyendo que A partir de los resultados de esta investigación los profesionales de enfermería de un hospital de tercer nivel de atención, son jóvenes y con poca antigüedad laboral; factores que no favorecen al cuidado humanizado, mostrado a través de la falta relación con el paciente y su familiar; las evidencias de este estudio demuestran las necesidades de incluir las afirmaciones de Jean Watson, que señalan que solo a través de las relaciones interpersonales, se puede demostrar y practicar el cuidado humano de manera eficaz.

También al hablar sobre los cuidados que se deben aplicar, técnicas o métodos podemos mencionar a Céspedes, Días y Tafur (2018). Los cuales realizaron su investigación para saber el conocimiento y aplicación de la lista de chequeo de las enfermeras perioperatorias en un hospital del Minsa. marzo 2018 a marzo 2018, donde encontraron que las intervenciones quirúrgicas representan un componente indispensable de la asistencia sanitaria, cuyo crecimiento está relacionado al incremento de los traumatismos, enfermedades oncológicas y cardiovasculares, entre otras. El propósito de la cirugía es beneficiar a los pacientes, sin embargo posee un riesgo inevitable para la aparición de eventos adversos, que como consecuencia de la intervención en salud ocasiona un perjuicio no intencionado, con el propósito de Garantizar la seguridad del paciente quirúrgico, la prevención y disminución de eventos adversos; mediante el empoderamiento y el liderazgo de la enfermera basado en el conocimiento científico y técnico para la aplicación de lista de chequeo para seguridad en cirugía; siendo la enfermera el ente principal en la ejecución de la misma y así lograr una atención de calidad. La disciplina enfermera debe desarrollarse con el conocimiento generado a través de la investigación, dando poder en la toma de decisiones sobre el cuidado de la persona, la autonomía y el ejercicio interdependiente de la profesión dentro del equipo de salud de manera multidisciplinar.

También Muñoz y Pérez (2015). En su artículo de investigación sobre El check list como herramienta para el desarrollo de la seguridad al paciente quirúrgico, mencionan que con el fin de promover la seguridad del paciente quirúrgico la Organización Mundial de la Salud, desarrolla estrategias para reducir los eventos adversos al paciente que va a ser intervenido, diversos países a nivel mundial han extendido la implementación del listado de verificación de la seguridad de la cirugía, por lo tanto tienen como objetivo de profundizar los conocimientos y la convicción de los profesionales en la identificación de controles de seguridad de la cirugía para la prevención de daños al paciente quirúrgico. Y que los eventos adversos son más frecuentes en los pacientes quirúrgicos que en los de cualquier otra especialidad. Los pacientes al ser intervenidos quirúrgicamente, son más vulnerables a complicaciones producidas por errores profesionales. El cumplimiento de protocolos como el Check list garantiza la seguridad del paciente y acredita la buena praxis por parte de los profesionales sanitarios. Por lo que concluyen que el checklist o LVQ es sinónimo de seguridad del paciente, pero también de seguridad jurídica de los profesionales sanitarios. Sólo con el firme compromiso de las organizaciones sanitarias se pueden trasladar las herramientas de seguridad del paciente en el quirófano. La implantación del checklist no se agota en la exigencia a los profesionales de cumplimentar un LVQ, mediante una norma jurídica que imponga su uso. Es preciso crear y reforzar una creciente cultura de seguridad clínica en los profesionales sanitarios y lograr el compromiso y la convicción de todos los profesionales implicados en la utilidad de la herramienta.

López, Palacios, Bernal y Orellana (2015). En su Protocolo de cirugía segura mencionan que la Seguridad del Paciente es un componente clave de la calidad asistencial. Los efectos no deseados secundarios en la atención en salud, representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados, por lo que tienen como objetivo reforzar las prácticas seguras conocidas para disminuir la posibilidad de eventos adversos, fomentando una mejor comunicación y trabajo en equipo entre las diferentes disciplinas quirúrgicas, concluyendo que existen problemas potenciales aún como: 1) Errores en la ejecución de un procedimiento o intervención quirúrgica 2) Errores en la prevención 3) Errores en el diagnóstico 4) Errores en el tratamiento farmacológico 5) Errores del sistema, por lo tanto se debe hacer hincapié en el adecuado llenado del check list, con un equipo entrenado y calificado en su uso. Se logra de esta manera, que se unifiquen criterios, reduciendo las posibles complicaciones y problemas durante el acto quirúrgico.

Es importante mencionar que Bagés, et al. (2015). Realizaron el artículo sobre la efectividad de la visita prequirúrgica sobre la ansiedad, el dolor y el bienestar, con el objetivo de analizar el efecto de la visita prequirúrgica estructurada de enfermería sobre el nivel de ansiedad, la evolución de la percepción del dolor postoperatorio y del bienestar en el proceso quirúrgico. De forma adicional se comprobó si existía asociación entre el nivel de ansiedad y el dolor, así como con la experiencia vivida en procesos quirúrgicos anteriores y la adecuación de la información recibida, también comentan que el grupo intervención presenta un descenso estadísticamente significativo del nivel de ansiedad en el preoperatorio, del dolor postoperatorio y un aumento de bienestar, concluyendo que la visita prequirúrgica es una herramienta eficaz para disminuir la ansiedad situacional y el dolor postoperatorio, obteniendo como resultados la evolución de los niveles de ansiedad-estado en todo el proceso se calculó la diferencia entre distintos momentos, resultando el más destacado la diferencia entre el momento del ingreso, el día anterior a la operación, y la sala de pre anestesia, justo antes de entrar en quirófano. El grupo control experimentó un aumento del nivel de ansiedad (15,83 puntos), mientras que en el grupo intervención, disminuyó (3,03 puntos), siendo la diferencia de la evolución estadísticamente significativa ($p=0,001$). Concluyendo que los resultados evidencian que la visita prequirúrgica estructurada de enfermería es una herramienta eficaz para disminuir la ansiedad en los momentos previos a la intervención y la percepción del dolor postoperatorio durante las primeras 72 horas, así como mejora la percepción de bienestar. Para avanzar en los cuidados de enfermería y humanizar nuestra asistencia hay que remodelar los sistemas organizativos que se han quedado arcaicos para luchar para crear consultas de enfermería paralelas a las consultas de los anestesistas con el objetivo de que todos los pacientes

puedan beneficiarse de los efectos ansiolíticos de la actuación de la enfermera en el proceso preoperatorio desde una perspectiva holística.

Por su parte Quintero, Yasnó, Riveros, Castillo y Borrález (2017). En su trabajo de investigación sobre la ansiedad en el paciente prequirúrgico: un problema que nos afecta a todos, menciona que la ansiedad es el estado mental que conduce al ser humano a experimentar reacciones de incomodidad, angustia, miedo, preocupación o excitación. Los procesos quirúrgicos desencadenan una serie de reacciones mentales, emocionales y físicas que pueden aumentar el grado de ansiedad, llegando al punto de influir en el proceso de recuperación de los pacientes que son sometidos a cirugías tuvieron de objetivo determinar el estado de ansiedad de los pacientes llevados a colecistectomía en un servicio de cirugía y determinar la asociación entre el grado de ansiedad y el sexo, la presencia de antecedentes quirúrgicos y el tiempo de hospitalización previo al procedimiento quirúrgico. Como resultado incluyeron 21 pacientes intervenidos quirúrgicamente, con un rango de edad entre los 23 y los 93 años, en quienes se practicó colecistectomía laparoscópica. Todos los pacientes intervenidos presentaron algún grado de ansiedad: leve en 7, moderada en 11 y grave en 3. Los hombres presentaron con mayor frecuencia niveles altos de ansiedad ($p=0,3458$). Los pacientes que presentaron un antecedente quirúrgico previo al procedimiento tuvieron menores grados de ansiedad ($p=0,0071$). Nueve pacientes cursaron con procesos de adaptación hospitalaria y 12 fueron intervenidos el mismo día de la hospitalización, sin diferencia estadísticamente significativa en el grado de ansiedad. Concluyendo que no se encuentra asociación entre el grado de ansiedad y el sexo, o el tiempo de hospitalización previo a la realización del procedimiento quirúrgico, mientras que la presencia de antecedentes quirúrgicos genera un menor grado de ansiedad en quienes

van a ser intervenidos. La intervención psicológica prequirúrgica y posquirúrgica podría permitir identificar factores que generan ansiedad, mejorar la adaptación antes y después del procedimiento, y generar espacios óptimos para complementar información y aclarar dudas sobre el procedimiento.

Por otro lado, Doñate, Litago, Monge y Martínez (2015). En su investigación sobre los aspectos de la información pre operatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía comentan que la ansiedad preoperatoria es un evento frecuente que depende de múltiples factores. Uno de ellos es la información previa que recibe el paciente, que debe de ser sencilla, inteligible y fidedigna. El objetivo de este estudio fue establecer la relación entre el grado de información del procedimiento quirúrgico y el nivel de ansiedad preoperatoria en los pacientes programados para cirugía. De lo cual los resultados el 100% de los pacientes que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica por primera vez tiene ansiedad. Del grupo de pacientes que se han sometido previamente a un procedimiento quirúrgico sufren ansiedad el 85,2% ($p>0,05$), también se encontraron resultados estadísticamente significativos que relacionan el nivel de ansiedad con diferentes aspectos específicos de la información facilitada, que se refieren a la cantidad de información respecto a la anestesia y al procedimiento quirúrgico, el tiempo estimado de ingreso, si el paciente considera la información suficiente y el nivel de comprensión de dicha información, por lo que recalcaron que las variables de: nivel educativo, tipo de cirugía, especialidad e intervención quirúrgica previa, no muestran una significación estadística ($p<0,05$) respecto a la variable de nivel de ansiedad. Se ha evidenciado que existe asociación entre el grado de información y el nivel de ansiedad, concluyendo que los resultados obtenidos en este estudio sugieren que los pacientes que creen necesitar más

información sobre el proceso quirúrgico presentan niveles de ansiedad mayores que los mostrados por pacientes que requieren menos información y con relación al grado de información, se encontró que los pacientes que necesitaban más información sobre el procedimiento quirúrgico presentaban niveles de ansiedad mayores.

También, Carchipulla, y Chabla (2015). En su tesis sobre la Aplicación del proceso de atención de enfermería en el preoperatorio de pacientes quirúrgicos del hospital “Monte Sinai” Cuenca 2015”, mencionan que La enfermera como parte del equipo multidisciplinario de salud juega un papel protagónico en la atención integral del paciente quirúrgico por ser la primera que interactúa con el mismo. Por tal razón los profesionales de enfermería requieren tener habilidades, conocimientos y acciones lógicas al aplicar el PAE con el fin de garantizar una preparación psicológica, física, espiritual y educativa en los pacientes prequirúrgico. Tuvieron como objetivo Identificar la Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en el preoperatorio de Pacientes quirúrgicos del Hospital “Monte Sinai” Cuenca, 2015. Con un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal, el mismo que permitió cumplir con los objetivos propuestos y los hallazgos de este estudio señalan la existencia de factores de los profesionales y de la institución que podrían estar relacionados con la aplicación del PAE en el cuidado de los pacientes en el preoperatorio. Algunos se asociaron estadísticamente y otro fueron corroborados por los mismos profesionales concluyendo que en la investigación los profesionales y egresadas a quien se aplicó el formulario de observación en el servicio de hospitalización del Hospital Monte Sinai de la ciudad de Cuenca se logró identificar que se realiza cada una de las etapas pero dentro de la valoración, en la revisión de la historia clínica el 100% revisan datos de identificación, exámenes de laboratorio, verifica ingreso médico y hoja de consentimiento

informado, el 67,7% revisa los exámenes complementarios, también se observa que en la entrevista el 100% interroga sobre los antecedentes personales como datos más importantes, el 71% entrevista sobre antecedentes familiares y nivel de instrucción, el 41,9% valora hábitos y costumbres, el 38,7% grado de ansiedad del paciente, el 35,5% aborda los factores ambientales y el 25,8% aborda en la entrevista sobre la nutrición.

Dentro del examen físico se observó que el 64,5% observa el estado emocional del paciente. Dentro de la valoración física determinamos que 100% valora el estado general, antropometría y signos vitales, el 38,7% valora la cavidad abdominal, el 19,4% realiza la valoración torácica, el 9,7% valora las extremidades superiores e inferiores y el 6,5% realiza la valoración de genitales. Los resultados de la investigación muestran que el nivel de aplicación está relacionado directamente con el nivel de conocimientos, al tener un conocimiento medio sobre el PAE su aplicación no se realiza en su totalidad.

Gutiérrez, et al. (2017). Realizaron su investigación sobre el Rol de enfermería en la etapa prequirúrgica del paciente ambulatorio, con el objetivo de dar a conocer sobre la situación de los pacientes ambulatorios que van a ser operados en el Hospital. Garrahan, o a los que les van a realizarse un procedimiento invasivo programado y bajo anestesia general, pasan por una evaluación y preparación prequirúrgica que se lleva a cabo en el consultorio Prequirúrgico para optimizar la situación del paciente y su familia y disminuir los riesgos peri operatorios, donde mencionan que el enfermero es el que recibe al paciente, y por lo tanto el primer profesional que lo atiende en el sector aunque también realiza una mirada de la sala de espera y, de acuerdo a las características del paciente (edad, con oxígeno, en camilla traído por ambulancia, etc.) lo hace pasar antes. Tiene un lugar de privilegio dado que es el primero que le transmite confianza, tranquilidad y comprensión y el que lo alivia

en sus preocupaciones inmediatas. Tiene un lugar de acercamiento al paciente, concluyendo que la adecuada evaluación y preparación prequirúrgica disminuye la morbimortalidad perioperatoria y permite una mejor recuperación postoperatoria evitando complicaciones físicas y/o emocionales. Enfermería tiene un rol muy importante en toda la etapa prequirúrgica del paciente ambulatorio, controlando, conteniendo, aclarando dudas, guiando y facilitando las muchas acciones que los pacientes y sus padres tienen que realizar en este tramo. Así como detectando factores de riesgo y avisando a los otros profesionales del equipo de atención para que sean atendidos. La buena preparación sobre los baños prequirúrgicos y condiciones higiénicas incidirán en evitar infecciones de heridas quirúrgicas. Enfermería forma parte del equipo de atención del paciente que se va a operar, cuidando tanto los aspectos biológicos como psicológicos y a su familia. Enfermería está incluida en la cadena de confianza que necesita el paciente y su familia ante la cirugía (cirujano, anestesiólogo, pediatra, enfermero, psicólogo, psiquiatra, etc.).

Mencionando también a Reyes, (2019). En su trabajo Relación enfermera- paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales menciona como objetivo, determinar el cumplimiento de funciones de la enfermera especialista en sala de operaciones, mediante un estudio descriptivo, no experimental, con un enfoque cuantitativo; diseño transversal. La población estuvo conformada por 30 enfermeras especialistas en sala de operaciones, que reunieron los criterios de inclusión. El instrumento que se utilizó fue una guía de observación, que contempla los ítems en 3 espacios, antes, durante y después de la cirugía, con un valor de 1 punto a la respuesta afirmativa y 0 puntos una respuesta negativa, su validación fue a través de juicios de expertos y la confiabilidad con alfa de Cronbach ($OKR = 20$). Como resultado mencionar, que la función de la

enfermera quirúrgica no se limita a las actividades de rutina. Dentro de la sala quirúrgica, tiene responsabilidades en el área preoperatoria, sala de recuperación o post operatoria, central de equipo y esterilización (CEYE) y área de lavado de instrumental entre otras. La enfermera circulante e instrumentista cumplen funciones de salud importante en un quirófano, responsable de anticipar y satisfacer las necesidades del cirujano y el paciente, concluyendo que - El 83.3% de las enfermeras observadas que trabajan en sala de operaciones sí cumplen con sus funciones, el 16.7% de las enfermeras observadas que trabajan en sala de operaciones no cumplen con sus funciones y el 83.3% de las enfermeras observadas que trabajan en sala de operaciones sí cumplen sus funciones en las 3 fases de la cirugía: antes, durante y después.

Los autores Herrera, et al. (2015). Realizaron un artículo sobre la Calidad de la visita preoperatoria de enfermería, con el objetivo de determinar de calidad de la visita preoperatoria de enfermería en el Hospital Municipal Nuestra Señora de la Merced, de la ciudad de Ambato, Ecuador, donde encontraron que más de la mitad de los pacientes no fueron llamados por su nombre de forma constante (n=48, 60%). La información sobre los cuidados a realizar, no fue brindada en el 53,8% de los pacientes. Se evidenció la toma de signos vitales al ingreso del paciente como una práctica habitual (n=23, 95.8%), Entre los aspectos encuestados al personal de enfermería, como parte de la visita preoperatoria, se constató dificultades en cuanto a la presentación del personal por su nombre, la preparación de la piel acorde al tipo de cirugía a realizarse y la explicación de los ejercicios respiratorios en el paciente. Como aspectos favorables, se evidenció el registro de los signos vitales al ingreso del paciente con cierta regularidad, así como la verificación del ayuno previo a la cirugía concluyendo que Acorde a la percepción de los pacientes, la

calidad de la visita preoperatoria que se brindó en el Hospital Municipal Nuestra Señora de la Merced fue susceptible de mejoras. Finalmente concluyeron que se evidenció una atención de enfermería en cierta medida rutinaria, que no brindó la información necesaria a los pacientes en relación a su condición quirúrgica, toda vez que este es un elemento determinante para disminuir la ansiedad de estos. Desde el punto de vista técnico, la visita preoperatoria presentó dificultades en cuanto a la relación enfermero-paciente, a lo que se sumó la no preparación de la piel previa a la cirugía y la no instrucción a pacientes sobre los ejercicios respiratorios.

Así también Rojas, Tejeda y Valladares (2017). En su estudio Influencia del estrés laboral en la relación enfermera – paciente en centro quirúrgico del hospital nacional, lima – 2017, mencionan su propósito de la investigación sobre mejorar la relación enfermera – paciente contribuyendo a fortalecer el empoderamiento de enfermería en la relación enfermera – paciente; y a su vez proponer estrategias que permitan reducir el estrés laboral en esta área crítica y determinar la influencia del estrés laboral en la relación enfermera - paciente en centro quirúrgico, también mencionan que en la actualidad se conoce que en nuestro país el profesional de enfermería es insuficiente para satisfacer la demanda y necesidades de pacientes en los hospitales. La enfermera especialista en centro quirúrgico, como parte importante de un área crítica como lo es sala de operaciones, es un profesional que trabaja en conjunto con un equipo multidisciplinario de salud, que tiene como fin la atención y cuidado integral del paciente quirúrgico. Así mismo tiene la gran responsabilidad de aplicar el proceso de atención de enfermería según las necesidades específicas del paciente y de acuerdo a los requerimientos del servicio especializado. Cabe mencionar que el paciente que ingresa al área de centro quirúrgico, es aquel que antes ha

pasado por diversas experiencias en otros servicios, con distintos profesionales de salud, además lleva la preocupación del proceso de su enfermedad, ambientes nuevos, entre otros que contribuyen a la percepción muchas veces equivocada, y experiencia negativa, causando una carga de emociones sensibles como temor, miedo y ansiedad. Esto quiere decir que la atención brindada por enfermería debe ser de calidad e igual de especializada que el servicio de centro quirúrgico, pese al poco tiempo con el que se cuenta para este contacto. Para obtener la muestra en dicho trabajo, se utilizó la siguiente fórmula por tratarse de una población finita cuya población ya está establecida por las estadísticas de la institución. La aplicación dio como resultado a un aproximado de 46 personas. Por lo que obtuvieron los resultados para cada variable y sus respectivas dimensiones representandolas en tablas de frecuencia. Así mismo; para la correlación de las 2 variables: Estrés laboral y Relación enfermera - paciente se utiliza la, r de Spearman.

Capítulo III

Metodología

En este capítulo se desarrollan el diseño de estudio, población, muestreo y muestra, criterios de selección, instrumentos de medición, procedimiento para la recolección de datos, estrategias para el análisis de resultados y consideraciones éticas.

3.1 Enfoque Metodológico

El enfoque metodológico para el presente estudio será cuantitativo.

3.2 Diseño de la Investigación

El diseño del presente estudio es predictivo, observacional y transversal, (Hernández, 2014), considerado predictivo por qué se observaron los efectos entre variables independientes sobre variables dependientes en situación que ocurre de manera natural de las acciones dirigidas por el profesional de enfermería al paciente en el preoperatorio, observacional, porque el investigador principal observará las acciones que realiza el profesional de enfermería en los mismos pacientes y transversal porque se efectuará en un solo momento. El estudio será aleatorizado con enmascaramiento, se traduce a que se crean dos grupos mediante un proceso aleatorio y se aplica una intervención con enmascaramiento.

3.3 Población, Muestra y Muestreo

3.3.1 Población

La población para esta investigación será el profesional de enfermería que brinde atención al paciente preoperatorio en un hospital de tercer nivel, de la ciudad de Puebla, con un muestreo probabilístico aleatorio.

3.3.2 Procedimientos de Muestreo

Se ha seleccionado el muestreo probabilístico aleatorio, que conlleva a una muestra integrada por dos grupos, uno denominado control que sabrá el objetivo del estudio y el otro llamado experimental que no sabrá la finalidad del estudio, donde tendremos que aplicar un total de 84 instrumentos.

3.3.3 Tamaño de la Muestra

El tamaño de la muestra se determinó de la siguiente manera, primero se calculó la prevalencia quirúrgica dividiendo el total de intervenciones quirúrgicas realizadas en el hospital en el año 2019 (55471) entre el total de pacientes atendidos (6941) que da como resultado 0.125., esto convirtiendo a porcentaje arroja un total de 12.5% de población que se operó. Posteriormente al sustituir los datos en la fórmula llamada tamaño de la muestra para un estudio descriptivo de una variable dicotómica:

$$N = 4(Z\alpha)^2(P)(1-P) / A^2 = 4 (1.96)^2 (0.125) (1-0.125) / .20^2 = 42$$

A= Amplitud total del intervalo de confianza

$Z\alpha$ = Desviación típica normalizada para una α bilateral donde $(1-\alpha)$ es el nivel de confianza. En este caso se utilizó un número superior: nivel de confianza del 90% de un tamaño de la muestra para proporciones en donde $Z\alpha=1.96$

P = Prevalencia quirúrgica= Total de pacientes atendidos/ Total de cirugías realizadas=
 $6941/55471= 0.125$

Que nos da un total de 42 procedimientos necesarios a evaluar por cada grupo. Es decir, un tamaño de muestra de 84 procedimientos a evaluar.

3.4 Criterios de Selección

3.4.1 Criterios de Inclusión

Los criterios de inclusión que se consideraron para el presente estudio fueron los siguientes: a) profesionales de enfermería hombres y mujeres que atienden a pacientes en el preoperatorio, b) profesionales de enfermería que acepten voluntariamente participar en el estudio.

3.4.2 Criterios de Exclusión

El único criterio de exclusión considerado será cuando los profesionales atiendan a un paciente que presente dificultades de comunicación debido a su estado de salud.

3.4.3 Criterios de Eliminación

Los criterios de eliminación serán que el profesional de enfermería decida retirarse del estudio.

3.5 Instrumento de Medición

La guía de observaciones dirigidas de las fases del proceso enfermero de la visita preoperatoria de Torres y Álvarez, (2008) (anexo C), consta de 4 fases, la primera fase Asesoría al paciente con un total de 7 ítems, la segunda fase Verificación del historial clínico con 8 ítems, la tercera fase Valoración física del paciente con 6 ítems y la cuarta fase Verificación de ejecución de indicaciones preoperatorias de 7 ítems con opción de respuesta dicotómica 1. si, y 2 no. Para la interpretación de resultados de este instrumento se obtiene un promedio de las actividades realizadas por la enfermera.

3.6 Procedimiento para la Recolección de Datos

Para la realización del presente estudio se obtiene la autorización de la Dirección de Posgrados de la Universidad Popular Autónoma de Puebla (UPAEP). Posteriormente se solicitó autorización por escrito a las autoridades del Hospital de tercer nivel.

La recolección de datos mediante el instrumento estará a cargo de las investigadoras responsables quienes se presentarán al área de recuperación para invitar al personal a participar en el estudio. El profesional de enfermería tendrá que firmar el consentimiento informado, al azar se irán integrando a los grupos correspondientes, ya sea de control o experimental. Después observaremos y registraremos conforme a los ítems del instrumento si realizan o no las acciones. Una vez recabados los datos se realizará un análisis estadístico con el programa SPSS.

3.7 Consideraciones Éticas

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, la investigación tiene como bases fundamentales los siguientes artículos:

ARTÍCULO 3o.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan: I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos; II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social; III. A la prevención y control de los problemas de salud.

ARTÍCULO 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTÍCULO 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases: I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen; II.- Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos; III.- Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo; IV.- Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficios esperados sobre los riesgos predecibles; V.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala; VI.- Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación;

VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y de Bioseguridad. ARTÍCULO 15.- Cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usarán métodos aleatorios de selección para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo y deberán tomarse las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación.

ARTÍCULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. ARTÍCULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la

probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Y conforme a la Norma Oficial Mexicana 012-SSA3-2012 Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Que tiene como objetivo establecer los criterios normativos de carácter administrativo, ético y metodológico, que en correspondencia con la Ley General de Salud y el Reglamento en materia de investigación para la salud, son de observancia obligatoria para solicitar la autorización de proyectos o protocolos con fines de investigación, para el empleo en seres humanos de medicamentos o materiales, respecto de los cuales aún no se tenga evidencia científica suficiente de su eficacia terapéutica o rehabilitatoria o se pretenda la modificación de las indicaciones terapéuticas de productos ya conocidos, así como para la ejecución y seguimiento de dichos proyectos y que es de observancia obligatoria, para todo profesional de la salud, institución o establecimiento para la atención médica de los sectores público, social y privado, que pretendan llevar a cabo o realicen actividades de investigación para la salud en seres humanos, con las características señaladas en el objetivo de la presente norma.

De esta norma resaltaremos los puntos:

10. Del Investigador principal

10.1 La conducción de toda investigación de conformidad con esta norma, estará a cargo del investigador principal, el cual deberá ser un profesional de la salud con la formación académica y experiencia probada en la materia, que le permitan dirigir la investigación que pretenda realizar.

10.2 El investigador principal podrá planear y elaborar el proyecto o protocolo de investigación y debe dirigir él mismo en apego a los aspectos metodológicos, éticos y de seguridad del sujeto de investigación.

10.3 Cuando el investigador principal desee efectuar enmiendas en el diseño metodológico del proyecto o protocolo de investigación inicial, que sirvió de base para la emisión de la autorización original de una investigación para la salud en seres humanos, de conformidad con esta norma, deberá solicitar a la Secretaría una nueva autorización, previo dictamen favorable del Comité que validó el proyecto o protocolo inicial. En los casos en que se encuentre en peligro la vida de los sujetos de investigación, las enmiendas podrán ser aplicadas de inmediato, previa aprobación del Comité de Ética en la Investigación y posteriormente con la autorización de la Secretaría, de todo lo cual, deberá quedar constancia documental.

10.4 Es atribución del investigador principal, seleccionar y especificar el número de participantes: personal de apoyo técnico y administrativo que participará en la investigación, por lo que será responsable solidario del proceder y pericia de éstos en relación con la investigación, por lo cual deberá tener facultades amplias para, en su caso,

solicitar al titular de la institución o establecimiento, que suspenda la participación de cualquiera de ellos.

10.4.1 Para cada investigador principal o asociado, especificar si está adscrito a la institución o establecimiento, cargo o función, horas/semana que dedicará al proyecto o protocolo de investigación, máximo grado académico, el lugar e institución en que se obtuvo (nacional o extranjera) así como la disciplina; si es el caso, categoría en el Sistema Nacional de Investigadores (investigador nacional o candidato).

10.5 El investigador es responsable de suspender la investigación, de conformidad con lo establecido en la fracción VI del artículo 100 de la Ley General de Salud.

10.6 Al formular la carta de consentimiento informado en materia de investigación, el investigador debe cerciorarse de que ésta cumpla con los requisitos y supuestos que se indican en el Reglamento, cuidando que se hagan explícitas la gratuidad para el sujeto de investigación, la indemnización a que tendrá derecho en caso de sufrir daños a su salud directamente atribuibles a la investigación y la disponibilidad del tratamiento médico gratuito para éste, aun en el caso de que decida retirarse de dicha investigación, antes de que concluya.

10.7 El investigador deberá abstenerse de obtener personalmente el consentimiento informado, de aquellos sujetos de investigación que se encuentren ligados a él por algún tipo de dependencia, ascendencia o subordinación.

10.8 Es responsabilidad del investigador principal informar al sujeto de investigación, al familiar, tutor o representante legal, durante el desarrollo de la investigación, acerca de las implicaciones de cada maniobra experimental y de las características de su padecimiento.

Asimismo, deberá informar en su caso, acerca de la conveniencia de tomar una opción terapéutica adecuada a sus características particulares.

10.9 El investigador debe informar al Comité de Ética en la Investigación de todo efecto adverso probable o directamente relacionado con la investigación.

10.10 El investigador principal debe elaborar y entregar a la Secretaría los informes técnico-descriptivos, parciales o finales correspondientes, a que se refiere el numeral 7.4.1, de esta norma.

11. De la seguridad física y jurídica del sujeto de investigación

11.1 La seguridad del sujeto de investigación respecto del desarrollo de la maniobra experimental, es responsabilidad de la institución o establecimiento, del investigador principal y del patrocinador, en los términos del numeral 7.2, de esta norma.

11.2 El sujeto de investigación, sus familiares, tutor o representante legal, tienen el derecho de retirar en cualquier tiempo, su consentimiento para dejar de participar en la investigación de que se trate, en el momento que así se solicite. Cuando esto suceda, el investigador principal debe asegurar que el sujeto de investigación continúe recibiendo el cuidado y tratamiento sin costo alguno, hasta que se tenga la certeza de que no hubo daños directamente relacionados con la investigación.

11.2.1 En su caso, el investigador principal también podrá retirar al sujeto de investigación para que deje de participar en ella, si considera que, durante el desarrollo de dicha investigación, el riesgo es mayor que el beneficio y que por tal motivo obligue a su retiro.

11.2.2 Para garantizar la seguridad del sujeto de investigación, al término de ésta, el investigador principal

deberá proveer lo necesario para que se continúe con el tratamiento y cuidados, a fin de evitar que se presenten efectos secundarios derivados de la suspensión de la maniobra experimental que le haya sido practicada.

11.3 La carta de consentimiento informado es requisito indispensable para solicitar la autorización de un proyecto o protocolo de investigación, por lo que deberá cumplir con las especificaciones que se establecen en los artículos 20, 21 y 22 del Reglamento.

En los casos de investigaciones sin riesgo o con riesgo mínimo, la carta de consentimiento informado no será un requisito para solicitar la autorización del proyecto o protocolo de investigación.

11.4 Cuando la investigación implique la aplicación combinada de un procedimiento en fase experimental con otro método ya probado, la responsabilidad de la seguridad del individuo, a causa de su carácter de paciente-sujeto de investigación, será mancomunada entre el investigador y el médico responsable del método probado.

11.5 En la investigación, queda prohibido cobrar cuotas de recuperación a los sujetos de investigación, sus familiares o representante legal, por participar en ella.

11.6 Si durante el desarrollo de un proyecto o protocolo de investigación, el sujeto que participe en ella, presenta signos y síntomas de una patología no contemplada (comorbilidad), que no sea consecuencia de la maniobra experimental y que pudiera llegar a generar daños a su salud o complicarse como resultado de dicha maniobra experimental, el investigador principal deberá evaluar la conveniencia de que el sujeto continúe o sea excluido de la investigación, en concordancia con el numeral 11.2.1, de esta norma.

La decisión y su justificación deberán quedar registradas en el expediente clínico del sujeto de investigación.

11.7 Todo sujeto de investigación tiene derecho a la protección de sus datos personales al acceso, rectificación y cancelación de los mismos, así como a manifestar su oposición, en los términos que fijen la ley, la cual establecerá los supuestos de excepción a los principios que fijen el tratamiento de datos, por razones de seguridad nacional, disposiciones de orden público, seguridad y salud pública para proteger los derechos de terceros.

3.8 Análisis Estadístico

El análisis de los datos se realizará mediante el paquete estadístico SPSS (Statistical Package For Social Sciences) versión 25 para Windows. Se utilizará estadística descriptiva a través de frecuencias y proporciones. Así mismo se obtendrá la consistencia interna de los instrumentos aplicados mediante el coeficiente Alpha de Cronbach, se realizará transformación de los datos obtenidos del instrumento a índices del cero al 100. Para la prueba de hipótesis se realizaron regresiones lineales múltiples y para el objetivo se realizó la prueba de t de Student.

Capítulo IV

Resultados

4.1 Descripción de los datos Descriptivos e inferencial

En este apartado se muestran los resultados de la investigación “Acciones dirigidas por el profesional de enfermería al paciente en el preoperatorio” en el siguiente orden: 1)

4.1.1 Descripción de la Muestra de Estudio

La muestra de estudio se muestra en las siguientes tablas

Tabla 1

Descripción de Datos Biológicos de la Muestra de Estudio Grupo Control y Grupo Experimental

Variable	Categoría	f_x	%
Género Grupo control	Hombre	1	11.1
	Mujer	8	88.9
Género Grupo Experimental	Hombre	0	0
	Mujer	14	100

Nota: Marín, Salas y Alarcón, (2020)

$n=84$

En la tabla 1 se aprecia que el género mujer predomina en los dos grupos, tanto en el grupo control con el 88.9% como en el grupo experimental con el 100%.

Tabla 2

Descripción Turno de la Muestra de Grupo Control y Grupo Experimental

Variable	Categoría	f_x	%
Turno Grupo Control	Matutino	38	90.47
	Vespertino	2	4.76
	Nocturno	2	4.76
Turno Grupo Experimental	Matutino	24	57.14
	Vespertino	12	28.57
	Nocturno	6	14.28

Nota: Marín, Salas y Alarcón, (2020)

 $n=84$

Tabla 3

Descripción de la Categoría de la Muestra de Grupo Control y Grupo Experimental

Variable	Categoría	f_x	%
Categoría	General	7	50
Grupo Control	Especialista	7	50
Categoría	General	3	33.3
Grupo Experimental	Especialista	6	66.6
Nota: Marín, Salas y Alarcón, (2020)			$n=84$

Respecto a lo hallado en el estudio que se realizó con un total de 84 valoraciones prequirúrgicas por 23 profesionales de enfermería que laboran en un hospital de tercer nivel de la ciudad de Puebla como lo señala el objetivo general. Teniendo en el grupo control una frecuencia de 7 tanto para general como especialista, pero en el grupo experimental, la categoría predominante es especialista con un total de 6.

Tabla 4

Consistencia Interna del Instrumento

Estadística de Fiabilidad Grupo Control y Experimental

No	Instrumento y Fases	Reactivos	Alpha de Cronbach
	Guía de observaciones dirigidas de la fase del proceso enfermero de la visita preoperatoria	28	.843
1	Asesoría al paciente: Grupo Control	7	.557
1	Asesoría al paciente: Grupo Experimental	7	.495
2	Verificación del historial clínico: Grupo Control	8	.759
2	Verificación del historial clínico: Grupo Experimental	8	.434
3	Valoración física del paciente: Grupo Control	6	.558
3	Valoración física del paciente: Grupo Experimental	6	.462
4	Verificación de ejecución de indicaciones preoperatorias: Grupo Control	7	.504
4	Verificación de ejecución de indicaciones preoperatorias: Grupo Experimental	7	.398

Nota: Guía de observaciones dirigidas de la fase del proceso enfermero de la visita preoperatoria; Marín, Salas y Alarcón, (2020).

$n=84$

La tabla 4 muestra que la consistencia interna del instrumento Guía de observaciones dirigidas de las fases de proceso enfermero de la visita preoperatoria con 28 elementos tiene un Alpha de Cronbach de 0.843. Obteniendo la mayor fiabilidad en la etapa 2 del grupo control con un Alpha de Cronbach de .759

Tabla 5

Diferencia de Medias por Grupo Prueba de t de Student

		P. de igualdad de varianzas		Prueba t de igualdad de medias						
		F	p	t	gl	p	Diferencia de medias	ED de medias	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
										I S
Acciones Grupo Control.	Se asumen varianzas iguales.	83.29	.00	18.76	82	.00	51.70	2.75	46.22	57.18
	No se asumen varianzas iguales.			18.76	41.00	.00	51.70	2.75	46.13	57.26
Acciones Grupo Experimental	Se asumen varianzas iguales.	55.43	.00	-26.09	82	.00	-57.90	2.22	-62.32	-53.49
	No se asumen varianzas iguales.			-26.09	41.00	.00	-57.90	2.22	-62.39	-53.42

Nota: CI Guía de Observaciones Dirigidas de la Fase del Proceso Enfermero de la Visita Preoperatoria.

$n=84$

En las acciones dirigidas en un grupo control y un grupo experimental no hay diferencia de medias entre los grupos, en el grupo control ($t=18.76$, $p=.00$) y en el grupo experimental ($t= -26.09$, $p=.00$). El grupo experimental presentó media alta significativa

pero negativa; mientras que en el grupo control las medias fueron positivas significativas (tabla 5 y 6)

Tabla 6.

T de Student Diferencia por Grupo

Variable	Grupo	Media	DE	Error Media
Acciones	Control	51.70	17.853	2.755
	Experimental	57.91	14.384	2.220
Nota: CI Guía de Observaciones Dirigidas de la Fase del Proceso Enfermero de la Visita Preoperatoria.				<i>n=84</i>

Tabla 7

Descripción de las Acciones Dirigidas por Etapa en Grupo Control y Grupo Experimental.

Variable	Respuestas			
	Si		No	
	<i>fx</i>	%	<i>fx</i>	%
Etapa 1. Asesoría al paciente: Grupo Control.	58	19.7	236	80.2
Etapa 1. Asesoría al paciente: Grupo Experimental.	63	21.4	231	78.5
Etapa 2. Verificación del historial clínico: Grupo Control.	146	43.4	190	56.5
Etapa 2. Verificación del historial clínico: Grupo Experimental.	143	42.5	193	57.4
Etapa 3. Valoración física: Grupo Control.	143	56.7	109	43.2
Etapa 3. Valoración física: Grupo Experimental.	154	61.0	98	38.8
Etapa 4. Verificación de ejecución de indicaciones: Grupo Control.	128	43.5	166	56.4
Etapa 4. Verificación de ejecución de indicaciones: Grupo Experimental.	112	38.0	182	61.9

Nota: Marín, Salas y Alarcón, (2020)

n=84

En la tabla 7 se observa que tanto el grupo control como experimental tienen un mayor cumplimiento de las acciones dirigidas en la etapa 3.

Tabla 8

Análisis de Regresión Lineal Múltiple del Efecto del Factor Turno, y Categoría sobre el Cumplimiento de las Acciones Dirigidas del Grupo Control

Variables	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F. cal	Valor de <i>P</i>
Regresión	1997.115	2	998.557	3.518	.039
Residuo	11070.183	39	283.851		

Variable Dependiente: Acciones dirigidas.

$R^2 = .153\%$

Variable independiente: turno, categoría

En la tabla 8, se aprecia el efecto de los factores turno y categoría sobre el cumplimiento de las acciones dirigidas ($F^2/39=3.518$; $p=.039$), efecto explicado por una varianza de $R^2=.153\%$.

Tabla 9

Regresión Lineal Múltiple del Efecto del Turno y Categoría sobre el Cumplimiento de las Acciones Dirigidas en el grupo Experimental

Variables	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F. cal	Valor de P
Regresión	854.128	2	427.064	2.183	.126
Residuo	7628.916	39	195.613		

Variable dependiente: Acciones dirigidas.

$R^2 = .101\%$

Variable independiente: turno, categoría

En la tabla 9, se aprecia el efecto de los factores turno y categoría sobre el cumplimiento de las acciones dirigidas ($F^2/39=2.183$; $p= .126$), efecto explicado por una varianza de $R^2=.101\%$

Tabla 10

Efecto de los Factores Laborales sobre las Acciones Dirigidas del Grupo Control.

Variables	B	Error estándar	t	Valor de P	Intervalo límite I	Intervalo límite S
Constante	62.747	13.024	4.818	.000	36.402	89.091
Turno	7.058	8.622	.819	.418	-10.382	24.498
Categoría	-12.491	5.264	-2.373	.023	-23.139	-1.844

Variable dependiente: Acciones dirigidas.

$R^2 = .153$

En la tabla 10, se observa el efecto del turno y la categoría sobre el cumplimiento de las acciones dirigidas, en donde la variable categoría impulso negativamente el efecto en el cumplimiento de las acciones dirigidas ($t= -2.373$; $p= .023$).

Tabla 11

Efecto de los Factores Personales sobre las Acciones Dirigidas del Grupo Experimental.

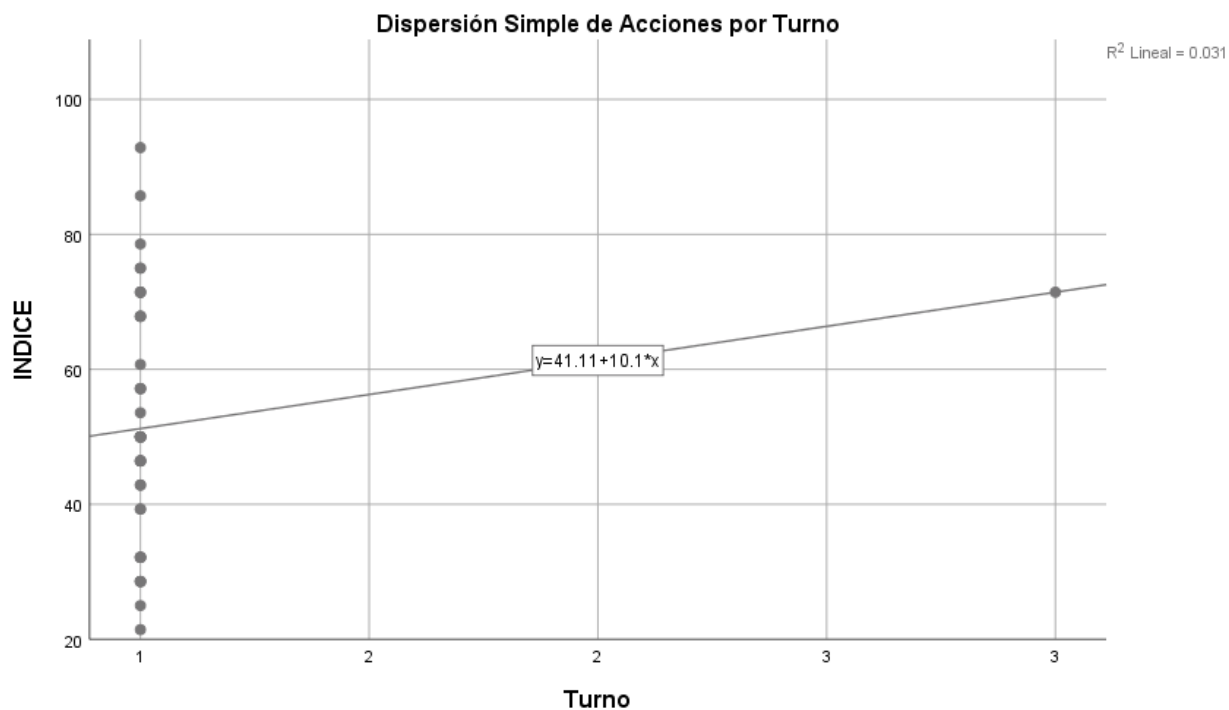
Variables	<i>B</i>	Error estándar	t	Valor de <i>P</i>	Intervalo límite I	Intervalo límite S
Constante	51.511	9.119	5.648	.000	33.065	69.957
Turno	6.031	2.964	2.035	.049	.036	12.026
Categoría	-1.875	4.506	-.416	.680	-10.989	7.239

Variable dependiente: Acciones dirigidas.

$R^2=.101$

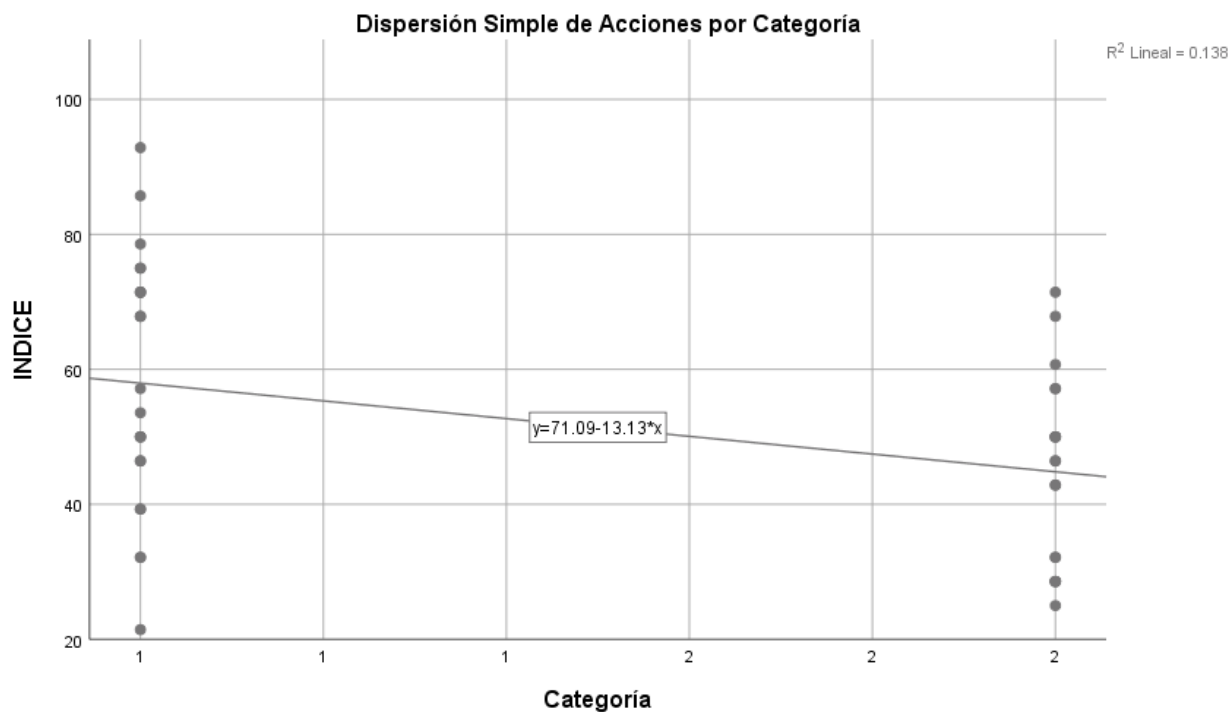
En la tabla 11, se observa el efecto de turno y categoría sobre el cumplimiento de las acciones dirigidas, en donde la variable turno impulso positivamente el efecto de las acciones dirigidas en el grupo experimental ($t= 2.035$; $p=.049$).

Figura 2. Gráfico de Dispersión Turno y Acciones Dirigidas del Grupo control.



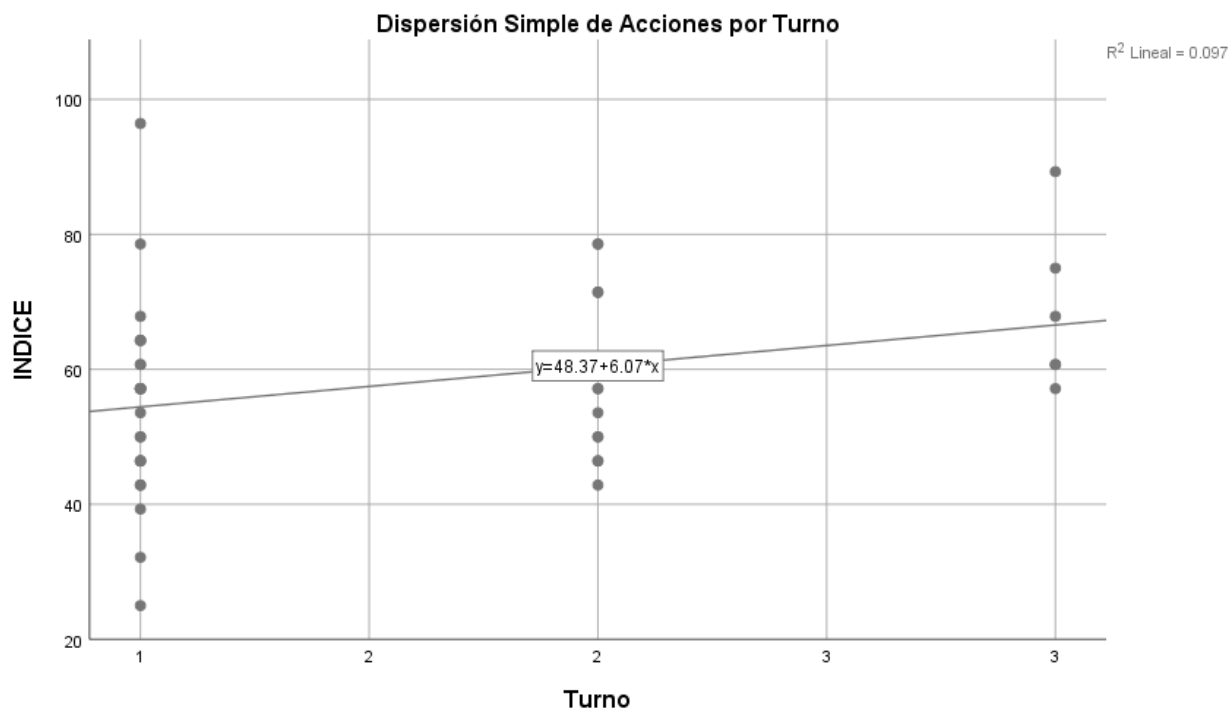
Como se observa en el gráfico de dispersión de la Figura 2, el turno presenta menor cumplimiento de las acciones dirigidas por el profesional de enfermería en el grupo control.

Figura 3. Gráfico de Dispersión Categoría y Acciones Dirigidas del Grupo Control.



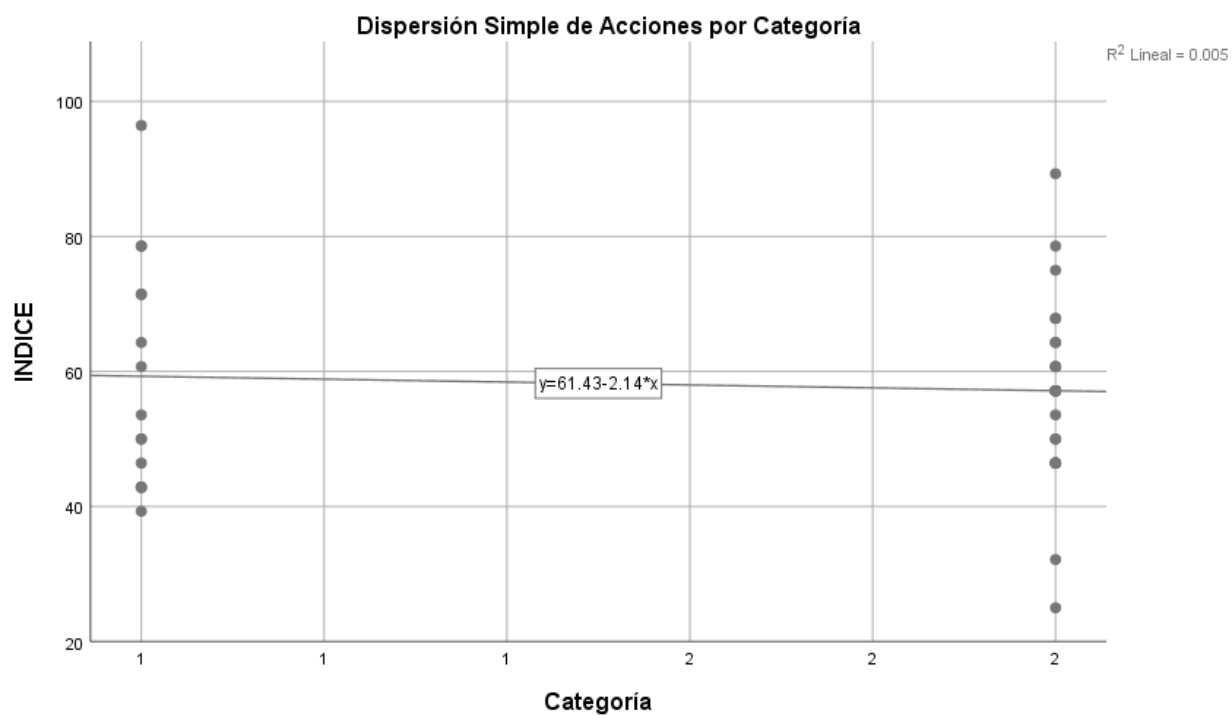
Como se observa en el gráfico de dispersión de la Figura 3, la categoría presenta mayor cumplimiento de las acciones dirigidas

Figura 4. Gráfico de Dispersión Turno y Acciones Dirigidas del Grupo Experimental.



Como se observa en el gráfico de dispersión de la Figura 4, el turno en el grupo experimental el turno si incrementa las acciones dirigidas.

Figura 5. Gráfico de Dispersión Categoría y Acciones Dirigidas del Grupo Experimental.



Como se observa en el gráfico de dispersión de la Figura 5, si hay un incremento significativo respecto a la categoría para el cumplimiento de las acciones dirigidas.

4.2 Discusión

La presente investigación que lleva por título “acciones dirigidas por el profesional de enfermería al paciente en el preoperatorio” que se llevó a cabo en dos grupos, uno experimental y otro control, en un hospital de tercer nivel de atención del sector público en la ciudad de Puebla en un periodo de 30 días (enero-febrero) el cual tuvo como objetivo de la presente investigación fue identificar si existen diferencias en las medias del grupo control y experimental de las acciones dirigidas por el profesional de enfermería en el preoperatorio donde se encontró que en la muestra de estudio las medias de cada grupo no hay diferencia ya que cada grupo presenta $p=.00$.

Para dar respuesta a la pregunta de investigación que señalan el nivel de cumplimiento de la aplicación de acciones dirigidas por el profesional de enfermería al paciente en el preoperatorio en un hospital de tercer nivel de la ciudad de Puebla, se encontró que de una muestra de 84 procedimientos quirúrgicos por 23 enfermeras en la Etapa 1. Asesoría al paciente: Grupo Control el 80.2% no se realizó; Asesoría al paciente: Grupo Experimental el 78.5% no se llevó a cabo. En la Etapa 2. Verificación del historial clínico: Grupo Control 56.6% no se llevó a cabo. Igualmente la verificación del historial clínico: Grupo Experimental el 57.4% no se efectuó. En la Etapa 3. Valoración física: Grupo Control el 56.7% si se realizó. Así mismo en la valoración física: Grupo Experimental el 61% si se llevó a cabo. Finalmente en la Etapa 4. Verificación de ejecución de indicaciones: Grupo Control el 56.4% no se cumplió. Al igual que en la Verificación de ejecución de indicaciones: Grupo Experimental con el 61.9% que tampoco se cumplió, hecho que coincide con Torres y Priego (2008), el cual reporta que en su investigación obtuvieron que en la Etapa 1. Asesoría al paciente sólo el 25% de las acciones se realizaron y el 75% no se realizó. En la etapa 2. Valoración física del paciente, solo el 38% de las acciones se realizó

y el 63% no se efectuó. Así mismo en la Etapa 3. Valoración física del paciente solo el 44% de las acciones se realizaron y el 56% no. Por último en la Etapa 4. Verificación de ejecución de las indicaciones preoperatorias solo el 44% de las acciones se efectuó y el 56% no se realizó.

Dentro del estudio las variables correspondientes de género, turno y categoría, resultó que del grupo control se obtuvo el 8 (88.9%) que corresponden al género mujer, mientras que 1 (11.1) corresponden al género hombre y en el grupo experimental un 14 (100%) corresponden al género mujer y el 0 (0%) al género hombre. De acuerdo al turno en el grupo control se encontró que el 38 (90.47%) corresponden al turno matutino, 2 (4.76%) del vespertino y 2 (4.76%) del nocturno. Mientras que del grupo experimental el 24 (57.14%) al turno matutino, 12 (28.57%) del vespertino y 6 (14.28%) del turno nocturno. Respecto al nivel profesional (categoría) se obtuvo que en el 7 (50%) del grupo control son generales al igual que especialistas 7 (50%). En el grupo experimental en su mayoría son especialistas con 6 (66.6%) mientras que 3 (33.3%) son generales. Dando un total de 84 procedimientos quirúrgicos por 23 enfermeras. Encontrando similitud con el estudio de Morales, Hernández, Morales y Landeros. (2016) ya que en la descripción de la muestra de su investigación reporta que el 95.2% de los profesionales de enfermería corresponden al género femenino. De acuerdo al turno asignado, las enfermeras tuvieron la siguiente distribución: 43 del matutino (51.8%), 23 del vespertino (27.7%) y 17 del nocturno (20.5%). Respecto al nivel profesional, se observaron los siguientes datos: 48 enfermeras generales (57.8%), 11 enfermeras con postécnico (13.3%), una enfermera especialista con posgrado (1.2%) y 23 enfermeras con licenciatura (27.7%).

Para dar respuesta a las hipótesis y demostrar si el factor laboral (categoría) el factor laboral (turno) son predictores del cumplimiento de las acciones dirigidas del personal de enfermería en el preoperatorio, se encontró que del grupo control el efecto de los factores turno y categoría sobre el cumplimiento de las acciones dirigidas solo la variable categoría impulso negativamente el efecto en el cumplimiento de las acciones dirigidas ($t = -2.373$; $p = .023$). Mientras que en el grupo experimental se observó el efecto de turno y categoría sobre el cumplimiento de las acciones dirigidas, la variable turno impulsó positivamente el efecto de las acciones dirigidas ($t = 2.035$; $p = .049$). Así mismo en el análisis de los datos del gráfico del diagrama de dispersión se observó en el grupo control, el turno presenta menor cumplimiento de las acciones dirigidas por el profesional de enfermería y la categoría presenta mayor cumplimiento de las acciones dirigidas, mientras que en el grupo experimental la variable turno si incrementa las acciones dirigidas y con respecto a la variable categoría, de igual manera, incrementa significativamente el cumplimiento de las acciones dirigidas. Por último en el análisis de la regresión lineal múltiple del efecto en el factor turno y categoría sobre el cumplimiento de las acciones dirigidas en el grupo control se aprecia el efecto de los factores turno y categoría sobre el cumplimiento de las acciones dirigidas fue de ($F^2/39 = 3.518$; $p = .039$), efecto explicado por una varianza de $R^2 = .153\%$. Y en el grupo experimental se aprecia el efecto de los factores turno y categoría sobre el cumplimiento de las acciones dirigidas resultó de ($F^2/39 = 2.183$; $p = .126$), efecto explicado por una varianza de $R^2 = .101\%$.

Los hallazgos encontrados aportan resultados que evidencian la necesidad de que enfermería se siga preparando profesionalmente para así poder alcanzar un nivel óptimo de conocimientos para poder aplicarlos de forma oportuna y correctamente donde se

demuestre con evidencias que enfermería no trabaja bajo una rutina. De igual manera encontramos una evidencia notoria que el turno si determina el cumplimiento de las acciones de enfermería en el preoperatorio, lo cual incrementa la necesidad de ofrecer mayor supervisión o estrategias donde resulte un nivel de cumplimiento igualitario en los tres turnos, esto con la finalidad de brindar la mejor atención de enfermería en el preoperatorio. En general el cumplimiento de las acciones dirigidas por el profesional de enfermería en el preoperatorio son acciones indispensables y necesarias para demostrar una atención de calidad y lograr que enfermería tome empoderamiento y se reconozca aún más la profesión. Evidentemente, también es necesario la implementación de una hoja de valoración que sea óptima y práctica, donde se pueda plasmar y exista una evidencia de la correcta valoración preoperatoria.

La consistencia interna del instrumento “Acciones dirigidas por el profesional de Enfermería al paciente en el preoperatorio” fue de .843 que se considera aceptable debido a que no existe una regla que sugiera que a partir de ese número el instrumento se considera confiable (Hernández, 2014).

4.3 Conclusión

En la presente investigación “Acciones Dirigidas por el Profesional de Enfermería al Paciente en el Preoperatorio” se concluye que no existe diferencia significativa entre las medias de cada grupo, ya que el cumplimiento de las acciones dirigidas no cambia por parte de las enfermeras al saberse observadas. Así mismo, el turno y la categoría si son un factor que contribuye al cumplimiento de las acciones dirigidas por el profesional de enfermería.

Finalmente, el nivel de cumplimiento de las acciones en ambos grupos son mínimas ya que sólo en la Etapa 3. Valoración física, se obtuvieron porcentajes mayores del 50% donde el Grupo Control con el 56.7% que sí realizó las acciones dirigidas así como Grupo Experimental con el 61%.

4.4 Recomendaciones

A partir de los resultados y conclusiones obtenidas en la investigación “Acciones Dirigidas por el Profesional de Enfermería al Paciente en el Preoperatorio” se recomienda:

Al hospital: hacer énfasis a todo su personal de enfermería que se encuentra laborando en el área quirófono, sobre la importancia que tiene la realización de una valoración preoperatoria de calidad que ayude a prevenir complicaciones y eventos adversos. Así mismo puede considerarse la implementación de una hoja de valoración o Checklist que sea entendible y práctica, pero sobre todo que sea un apoyo para poder abarcar los puntos fundamentales de una valoración preoperatoria.

A la universidad: durante el proceso de realización del presente trabajo nos encontramos con deficiencias de conocimientos en materia de investigación, por ello consideramos importante el fomentar más la investigación y llegar a hacer estadística inferencial.

Al personal de enfermería: tenemos conocimiento de que son diversos factores los que podrían ser un obstáculo para la realización de todas estas acciones o valoración preoperatoria (apatía, sobrecarga de trabajo, falta de tiempo, falta de conocimiento) sin embargo como profesionales esto no es una justificación para no realizarla o para no brindar una atención de calidad, tenemos la capacidad suficiente y por ello es importante

aumentar la capacitación a través de intervenciones educativas a todo el personal para lograr una valoración efectiva y de calidad que nos lleven a aumentar la seguridad de cada paciente y así enfermería tome empoderamiento hacia la visita preoperatoria.

Lista de Referencias

- Archundia, G., A. (2017) Cirugía 1 Educación Quirúrgica. Sexta edición. McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES. Cap. 13. Recuperado el 05 de octubre de 2019 de <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2194§ionid=167840641>
- Ayuzco, DV., C. (2016). Pacientes, clientes, médicos y proveedores, ¿es sólo cuestión de terminología. Gaceta Médica de México. 429-430. Recuperado el 05 de octubre de 2019 de https://www.anmm.org.mx/GMM/2016/n3/GMM_152_2016_3_429-430.pdf
- Báez, H., F.; Nava, N., V.; Ramos, C., L.; Medina, L., O. (2009). El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. Universidad de la Sabana. Recuperado el 06 de octubre de 2019 de <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1476/1676>
- Bagés, F., C.; Leixá, F., M.; Español, P., C.; Imbemón, C., G.; Munté, P., N.; Vázquez, M., D. (2015). Efectividad de la visita prequirúrgica sobre la ansiedad, el dolor y el bienestar. *Enfermería Global*. Recuperado el día 23 de septiembre de 2019 de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n39/clinica2.pdf>
- Carchipulla, C., E.; Chabla, C., N. (2015). Aplicación del proceso de atención de enfermería en el preoperatorio de pacientes quirúrgicos del hospital “monte Sinaí” Cuenca 2015”. *Universidad de Cuenca*. Recuperado el día 23 de septiembre de 2019

de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23512/1/Tesis%20Pregrado.pdf>

Céspedes, O., E.; Días, R., D.; Tafur, C., F. (2018). Conocimiento y aplicación de la lista de chequeo de las enfermeras peri operatorias en un hospital del Minsa. marzo 2017 – marzo 2018. *Universidad Peruana Cayetano Heredia*. Recuperado el 20 de septiembre de 2019

de http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/3576/Conocimiento_CespedesOrellana_Evelin.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Chuquihuaccha, H., C.; Herrera, J., R.; Villaorduña, R., S. (2018). Percepción del paciente sobre el cuidado humanizado del equipo de enfermería de centro quirúrgico en un hospital del callao de julio a diciembre 2018”. *Universidad Peruana Cayetano Heredia*. Recuperado el 20 de septiembre de 2019

de http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/3951/Percepcion_ChquihuacchaHuamani_Carolina.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Doñate, M., M.; Litago, C., A.; Monge Sanz., Y.; Martínez, S., R. (2015). Aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía. *Scielo*. 14 (37). Recuperado el día 23 de septiembre de 2019

de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000100008

Elers, M., Y.; Gilbert, L., M. (2016). Relación enfermera- paciente: una perspectiva desde

- Espinosa, A., A.; Gibert, L., M.; Oria, S., M. (2016). El Desempeño de los Profesionales de Enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*. 32(1). Recuperado el 05 de octubre de 2019 de <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/823/155>
- Guerra, F., M.; Alfaro, G., S.; Viveros, F., S. (2010). Manual de publicaciones de la American Psychological Association. Tercera edición. México. El Manual Moderno.
- Gutiérrez, L., A.; Natello, L.; Díaz, G., D.; Gamboa, M., S.; Gamba, D., L.; Fernández, R., A. (2017). Rol de enfermería en la etapa pre quirúrgica del paciente ambulatorio. *Columna de enfermería*. Recuperado el 20 de septiembre de 2019 de http://www.medicinainfantil.org.ar/images/stories/volumen/2017/xxiv_2_221.pdf
- Hernández, P., M., (2016). Factores de Cuidado en los Profesionales de Enfermería. (tesis de maestría). Recuperado el 07 de septiembre de 2019 de <https://repositorioinstitucional.buap.mx/bitstream/handle/20.500.12371/1770/595016T.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Hernández, S., R.; Fernández, C., C.; Baptista, L., P. (2014). Metodología de la Investigación. Sexta edición. México: Mc Graw Hill Education.
- Herrera, L., J.; Jiménez, E.; Núñez, S.; Fuente, B., M.; Vergara, L., A.; Cevallez, M., C.; Martínez, G., N.; Chasillacta, A., F., (2015). Calidad de la visita preoperatoria de Enfermería. *Universidad Técnica de Ambato*. Recuperado el 07 de Septiembre de 2019 de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6194278>

- Mastrapa, Y., Gilbert, M. (2016). Relación enfermera paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. *Revista Cubana de enfermería*. 32(4). Recuperado el día 23 de septiembre de 2019 de <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/976/215>
- Lenis, V.; Manrique, A. (2015). Calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados. 2015;15 (3): 413-425. DOI: 10.5294/aqui.2015.15.3.9 Recuperado el día 28 de septiembre de 2019 de <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v15n3/v15n3a09.pdf>
- León, R., C. (2017). Nuevas teorías en enfermería y las precedentes de importancia histórica. *Revista Cubana de enfermería*. 33 (4). Recuperado el día 23 de septiembre de 2019 de <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1587/301>
- López, T.; Palacios, M.; Bernal, A.; Orellana, J. (2015). Protocolo de cirugía segura. *Ministerio de salud pública*. Recuperado el 20 de septiembre de 2019 de <http://hvcn.gob.ec/wp-content/uploads/2015/03/PROTOCOLO-DE-CIRUGIAel-SEGURA.pdf>
- Morales, C., F.; Hernández, C., M.; Morales, R., M.; Landeros O., E. (2016). Validación y estandarización del instrumento: Evaluación de los comportamientos de cuidado otorgado en enfermeras mexicanas. *Scielo*. 13 (1). Recuperado el día 23 de septiembre de 2019 de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000100003

Müggenburg, C.; Robles, R.; Valencia, A.; Hernández, G., M.; Olvera, S.; Riveros R., A.

(2015) Evaluación de la percepción de pacientes sobre el comportamiento de comunicación del personal de enfermería: diseño y validación en población mexicana. *Salud mental*. 38 (4). Recuperado el 23 de septiembre 2019 de <http://www.inprfcd.gob.mx/pdf/sm3804/sm3804273.pdf>

Muñoz, S., A.; Pérez, B., L. (2015). El check list como herramienta para el desarrollo de la seguridad al paciente quirúrgico. *Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación*. 14(1): 50-57. Recuperado el 20 de septiembre de 2019

de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubanerea/rca-2015/rca151f.pdf>

Quintero, D.; Yasno, D.; Riveros, O.; Castillo, J.; Borraez, B. (2017). Ansiedad en el paciente prequirúrgico: un problema que nos afecta a todos. *Rev. Colomb. Cir.* 23 (115). Recuperado el día 23 de septiembre de 2019

de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v32n2/v32n2a6.pdf>

Raile, A., M.; Marriner, T., A. (2011). Modelos y Teorías en Enfermería. Séptima edición. (pp. 741-752). España: Elsevier.

Reyes, N. (2019). Cumplimiento de las funciones de la enfermera especialista en sala de operaciones del Hospital Hipólito UNANUE-2016. *Universidad Nacional Federico Villarreal*. Recuperado el día 05 de octubre de 2019

de http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3213/UNFV_REYES_NO

[VOA EVA ERICKA SEGUNDA ESPECIALIDAD 2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y](#)

Rojas, E., J.; García, H., M.; Cárdenas, B., L.; Vázquez, G., L. (2018). Adaptación del modelo de Kristen Swanson para el cuidado de enfermería en adultas mayores. *Scielo*. 27(4). Recuperado el día 23 de septiembre de 2019 de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072018000400316&script=sci_arttext

Rojas, E.; Tejeda, C.; Valladares, M. (2017). influencia del estrés laboral en la relación enfermera – paciente en centro quirúrgico del hospital nacional, lima – 2017. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Recuperado el día 05 de Octubre de 2019 de: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/3559/Influencia_RojasEnca_nacion_Andrea.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Torres, J., D.; Priego, A., Heberto R. (2008). Calidad de la visita preoperatoria de la enfermera quirúrgica. *Horizonte sanitario*. 7(1); 21-28. Recuperado el 07 de septiembre de 2019 de <https://www.redalyc.org/pdf/4578/457845072005.pdf>

Zartha, S., J.; Montes, H., J.; Vargas, M., E.; Arias, L., O.; Hoyos, C., J. (2015). El Método Delphi Modificado, Un acercamiento desde la metodología de sistemas suaves. *Revista Espacios*. 36-11. Recuperado el día 16 de Octubre de 2019 de <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/65449/Revista%20ESPACIOS%20%20Vol.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Anexos

Apéndice A



Puebla, Pue. a 21 de octubre de 2019

ASUNTO: Aprobación de tema

A QUIEN CORRESPONDA:

P r e s e n t e.

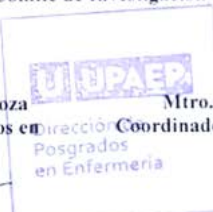
Por medio de la presente tengo a bien comunicarle a Usted **C. Vania Karina Marín Pérez**, con ID 3341611 y número de Matrícula 20680259 estudiante de la Especialidad en Enfermería Quirúrgica generación 2019 - 2020; se aprueba la investigación denominada:

Nombre:	Acciones dirigidas por el profesional de enfermería al paciente en el preoperatorio
Instrumento:	Guía de observaciones dirigidas de las fases del Proceso Enfermero de la visita preoperatoria . Torres Jimenez Domiga, Priego Alvarez Heberto R. (2008).
Población:	Profesional de Enfermería
Asesor metodológico:	ME. Patricia Alarcon Morgado

Para el logro de este objetivo se da cumplimiento a la fase de aceptación del tema y continuar con su proceso de titulación.

Atentamente
Comité de Investigación


Mtra. Florentina Salazar Mendoza
 Directora Académica de Posgrados en Enfermería


Dirección Posgrados en Enfermería


Mtro. José Alfredo Romero Soriano
 Coordinador de Investigación en Posgrados de Enfermería


Mtra. Ilse Hidalgo Arce
 Comité de Investigación


Mtra. Patricia Alarcón Morgado
 Asesor Metodológico

C.c.p. Archivo
Estudiante

UPAEP
21 Sur 1103
Barrio de Santiago
Puebla, Pue. México
C.P. 72410

Tel: 01 (222) 229 9400
Fax: 01 (222) 237 5251
01 800 224 2200
www.upaep.mx

Apéndice B



Carta Compromiso de Asesor principal de Tesis

Puebla, Pue. a 11 de Julio de 2020

H. Comité Académico del Posgrado
Presente:

Por medio de la presente hago llegar a ustedes la postulación del C. Adriana Jazmin Salas Carbente y Vania Karina Marin Pérez

que en caso de ser aceptado en el

Programa académico:

Especialidad de Enfermería en: Quirúrgica

Desarrollara su trabajo de tesis bajo mi asesoria, supervision y direccion; el tema de investigacion propuesto es:

Me comprometo a dar seguimiento permanente a las actividades del estudiante derivadas de esta propuesta, y manifiesto contar con la infraestructura requerida para lograr los objetivos propuestos en el tiempo programado, en caso de que el postulante sea admitido y el comité tutorial apruebe el proyecto de tesis. También me comprometo a revisar y autorizar los seminarios de Investigación semestrales que el estudiante presentara, así como atender las recomendaciones que el comité académico emita; manifiesto que conozco el plan de estudios y acordare con el estudiante las asignatura optativa que debiera cursar, de tal forma que fortalezca el proyecto de investigación y su formación profesional, en los tiempos mas pertinentes para ello. Así como favorecer todas las acciones pertinentes para que obtenga el grado en un plazo máximo a 6 meses posteriores a la terminación de los créditos académicos.

Atentamente

M.E. Patricia Alarcón Morgado
ID 3345825
Colaborador hora-clase
Puebla, Puebla
2224583393



Carta Compromiso de co-asesor de tesis

Puebla, Pue. a 11 de Julio de 2020

H. Comité Académico del Posgrado

Presente:

Por medio de la presente hago llegar a ustedes la postulación del C. Adriana Jazmín Salas Carbente y Vania Karina Marín Pérez, que en caso de ser aceptado en el

Programa académico:

Especialidad de Enfermería en: Quirúrgica

Desarrollará su trabajo de tesis bajo mi asesoría, supervisión y dirección; el tema de investigación propuesto es:

Me comprometo a dar seguimiento permanente a las actividades del estudiante derivadas de esta propuesta, y manifiesto contar con la infraestructura requerida para lograr los objetivos propuestos en el tiempo programado, en caso de que el postulante sea admitido y el comité tutorial apruebe el proyecto de tesis. También me comprometo a revisar y autorizar los seminarios de Investigación semestrales que el estudiante presentará, así como atender las recomendaciones que el comité académico emita; manifiesto que conozco el plan de estudios y acordaré con el estudiante las asignaturas optativas que deberá cursar, de tal forma que fortalezca el proyecto de investigación y su formación profesional, en los tiempos más pertinentes para ello. Así como favorecer todas las acciones pertinentes para que obtenga el grado en un plazo máximo a 6 meses posteriores a la terminación de los créditos académicos.

Atentamente

Nombre y Firma.

ID

(Grado académico, puesto, Institución, dirección y teléfono)



Asunto: Cesión de Derechos

Puebla, Pue., México a 11 de Julio de 2020

Comité Académico de Investigación
Dirección Académica de Posgrados en Enfermería

El proyecto de Investigación titulado "Acciones Dirigidas por el Personal de Enfermería al Paciente en el Preoperatorio" es una obra original, cuyos derechos de autoría se comparten con la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla (UPAEP), así como los derechos del título, contenido, base de datos y los cambios que se generen.

Los autores, abajo firmantes, declaran:

- Que es un trabajo original.
- Que no ha sido previamente publicado en algún medio.
- Que no ha sido remitido para su publicación.
- Que todos los autores han contribuido intelectualmente en su elaboración y por tanto son autores materiales del mismo.
- Que todos los autores han leído y aprobado la versión final del Proyecto.
- Que no han existido conflictos de intereses en la gestación y elaboración de la Investigación, y si pudiera haberlos por mediar financiación u otros apoyos, los autores se comprometen a declararlos en el apartado correspondiente.
- Que el manuscrito explica de manera honesta, exacta y transparente los resultados del estudio, que no se han omitido aspectos importantes del mismo, y que cualquier discrepancia del estudio ha sido explicada.
- Que, en caso de ser publicado el artículo, se respetará la autoría del estudiante, asesores y la UPAEP.

A través de este documento, el estudiante, asesores y la UPAEP, asumen los derechos exclusivos para editar, publicar, reproducir, distribuir copias, preparar trabajos derivados en papel, electrónicos o multimedia e incluir la Investigación en índices nacionales e internacionales o bases de datos bibliográficas.

L.E. Adriana Jazmin Salas Carbente	
L.E. Vaniz Karina Marin Pérez	M.E. Patricia Alarcón Morgado
Mtra. Florentina Salazar Mendoza Directora de Posgrados en Enfermería	Representante del Comité Académico de Investigación



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Vicerrectoría de Posgrados e Investigación
Decanato Académico de Posgrados en Ciencias de la Salud
Dirección de Posgrados en Enfermería

Puebla, Pue. a 23 de septiembre de 2019

M.C.E. Miguel Rojas Tochimaní
Coordinación de Enseñanza en Enfermería
Hospital de Traumatología y Ortopedia SSEP
PRESENTE

La que suscribe **Mtra. Florentina Salazar Mendoza**, Directora de Posgrados en Enfermería de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla (U.P.A.E.P.), por medio del presente, me es grato saludarle, así mismo solicitar su valioso apoyo para los estudiantes **L.E. Adriana Jazmín Salas Carbente / L.E. Vanía Karina Marín Pérez** con No. Id 3352975 / 3341611 y Matrícula 20680266 / 20680259 estudiantes del Posgrado en la Especialidad en Enfermería Quirúrgica, puedan ingresar a la institución que usted dignamente dirige para la aplicación de instrumentos que aportarán datos importantes y con esto llevar a cabo la tesis de titulación que a continuación le detallo:

Nombre:	Acciones dirigidas por el profesional de enfermería al paciente en el preoperatorio
Objetivo:	Observar si se realizan o no acciones dirigidas por el profesional de enfermería al paciente preoperatorio en el Hospital de Traumatología y Ortopedia de la Secretaría de Salud Puebla en el periodo de octubre 2019 a enero 2020
Instrumento:	Las fases del proceso enfermero de la visita preoperatoria con base en guía para la visita prequirúrgica de enfermería. Torres J., D.; Priego, A., H. (2008).
Periodo:	Octubre 2019 – enero 2020
Población:	Profesional de enfermería

Con la finalidad de acreditar el Posgrado de su Especialidad en Enfermería, motivo por el cual me permito solicitar a usted de la manera más atenta su autorización para la recolección de datos. Adjunto a la presente, sírvase encontrar propuestas de los instrumentos.

Agradeciendo de ante mano su invaluable apoyo a esta Universidad, en beneficio de la capacidad del profesional de Enfermería, quedo a sus distinguidos órdenes.

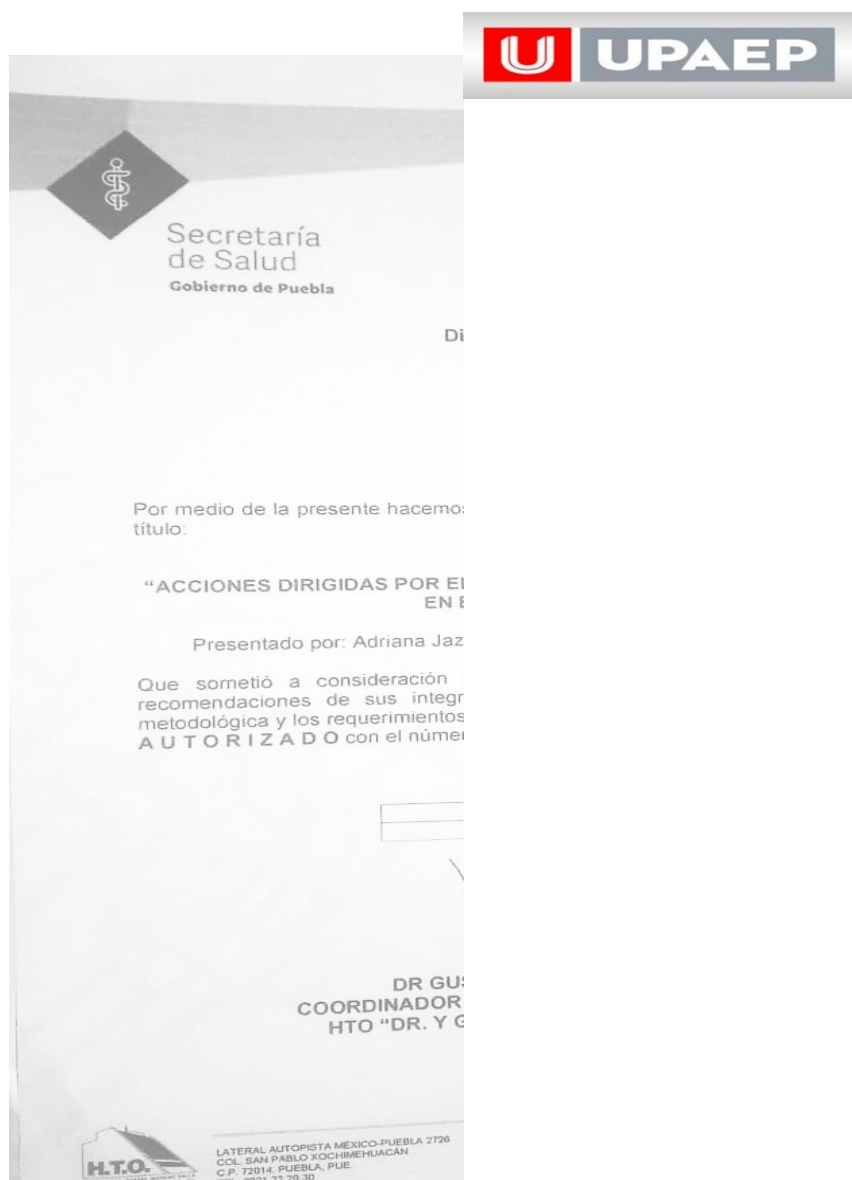
PRESENTE
"Crear Corrientes de Pensamiento y Liderar Líderes que Transformen a la Sociedad"

Mtra. Florentina Salazar Mendoza
Directora de Posgrados en Enfermería
229 de 40 Ave. 7812
Dirección de Posgrados en Enfermería
U.P.A.E.P.

C.c.p.
Mtro. José Alfredo Romero Soriano (josealfredo.romero@upaepp.mx)
Archivo

Posgrados en Enfermería
9 Poniente 1712, Barrio de Santiago
CP. 72410, Puebla, Pue, México
Teléfono: (222) 2 29 94 00 Ext. 7848 y 7713
www.upaepp.mx





**Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Vicerrectoría de Posgrados e Investigación
Decanato de Posgrados en Ciencias de la Salud
Dirección de Posgrados en Enfermería**

Consentimiento Informado

Fecha: _____

Título del Proyecto: Acciones dirigidas por el profesional de Enfermería al paciente en el preoperatorio

Investigador Responsable: L.E Vania Karina Marín Pérez, L.E. Adriana Jazmín Salas Carbente

Objetivo del Estudio: Identificar si existen diferencias en las medias del grupo control y experimental de las acciones dirigidas por el profesional de enfermería en el preoperatorio en un hospital de tercer nivel.

Descripción: Si usted desea participar en el estudio, se le solicitará firmar el consentimiento informado, y contestar un instrumento, los cuales se le serán aplicados dentro de su unidad de trabajo con la mayor privacidad posible y protegiendo la confidencialidad. La información obtenida será resguardada por el autor principal del estudio, evitándose la identificación del nombre, dirección u otros datos personales que pueda exponer la identidad. La participación no tendrá ninguna repercusión en la institución donde se lleva a cabo la formación académica, y tendrá la libertad de retirar el consentimiento informado y con ello, la participación en el estudio.

Riesgos e Inquietudes: No existen riesgos relacionados con la participación en el estudio. Si Usted se siente incómodo, incapacitado o simplemente no desea seguir contestando los instrumentos puede retirarse en el momento que lo desee.

Beneficios Esperados: No existe ningún beneficio personal por participar. Sin embargo, los resultados contribuirán a profundizar en el conocimiento de la valoración prequirúrgica en los profesionales de enfermería.

Costos: La participación en el estudio, no implica ningún costo.

Autorización para uso y distribución de la información: Las únicas personas que conocerán la información recabada serán los responsables del estudio, y será utilizada exclusivamente por ellos. Los resultados del estudio serán publicados de manera general en artículos científicos, esto significa que no se publicará información individualizada de cada participante.

Preguntas: Si tiene alguna pregunta sobre los derechos como participante en este estudio, podrá comunicarse a Posgrados en Enfermería de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla.

Consentimiento: Voluntariamente aceptó brindar información y participar en el estudio. He leído la información en este formato y todas las preguntas han sido contestadas. Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar la participación.

Nombre y firma del Participante

Nombre y Firma del Primer Testigo

Nombre y firma del investigador

Apéndice H



**Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Vicerrectoría de Posgrados e Investigación
Decanato de Posgrados en Ciencias de la Salud
Dirección Académica de Posgrados en Enfermería
Coordinación de Investigación en Enfermería**

Instrumento de Recolección De Datos

Guía de observaciones dirigidas de las fases del proceso enfermero de la visita preoperatoria

Enfermeras quirúrgicas y generales	Si	No
Se presenta con el paciente en su habitación refiriendo su nombre y categoría.		
Verifica datos del paciente: nombre completo, edad, sexo y número de expediente.		
Informa sobre el procedimiento quirúrgico que se realizará.		
Informa posibles riesgos y complicaciones de la cirugía.		
Proporciona información para reducir la ansiedad del paciente.		
Enseñanza previa del manejo del dolor y cuidado post operatorios.		
Proporciona apoyo psicológico.		
Promedio de acciones realizadas		

Enfermeras quirúrgicas y generales	Si	No
Verifica el expediente clínico del paciente.		
Verificar antecedentes quirúrgicos previos.		
Verificar antecedentes anestésicos.		
Verifica antecedentes de alergias.		
Verifica antecedentes de transfusión.		
Verifica prueba de laboratorios necesarios actualizada.		
Verificación de estudios de gabinete.		
Verifica la solicitud de autorización quirúrgica firmada.		
Promedio de acciones realizadas		

Enfermeras quirúrgicas y generales	Si	No
Verificar la higiene general del paciente.		
Verificar si la vena está permeable y la fecha de colocación.		
Verificar si los signos vitales están dentro de los parámetros normales.		

Comprobar que el paciente vaya sin alhajas, prótesis, que las uñas no contengan esmalte.		
Verificar la colocación de gorro, si el cabello es largo, se realiza una trenza.		
Verificación de la colocación de vendajes elásticos en las extremidades inferiores.		
Promedio de acciones realizadas		

Enfermeras quirúrgicas y generales	Si	No
Corrobora la realización de tricotomía.		
Corrobora preparación intestinal.		
Verifica la administración de premedicación.		
Corrobora ayuno de 8 horas.		
Verifica colocación de catéter central y sonda Foley.		
Corrobora la disponibilidad de sangre y derivados.		
Verifica la disponibilidad de material y medicamentos para la cirugía.		
Promedio de acciones realizadas		

Apéndice I



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Vicerrectoría de Posgrados e Investigación
Decanato de Posgrados en Ciencias de la Salud
Dirección Académica de Posgrados en Enfermería
Coordinación de Investigación en Enfermería

Diagrama de Gantt

