



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

TRABAJO ACADEMICO

“CONOCIMIENTO DEL PACIENTE SOBRE EL PROCEDIMIENTO COLONOSCÓPICO AL QUE SERÁ SOMETIDO EN EL SERVICIO DE EXÁMENES ESPECIALES DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL”

**PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD DE:
GASTROENTEROLOGÍA Y PROCEDIMIENTOS
ENDOSCÓPICOS**

**ASESOR:
JORGE RAUL PONCE ALIAGA**

**PRESENTADO POR:
LIC. FLORES ORELLANA MILAGROS DEL ROSARIO**

CHINCHA – ICA – PERU 2017

ÍNDICE

ÍNDICE

INTRODUCCION

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	01
1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	04
1.2.1 DELIMITACIÓN ESPACIAL.....	04
1.2.2 DELIMITACIÓN SOCIAL.....	04
1.2.3 DELIMITACIÓN TEMPORAL.....	04
1.2.4 DELIMITACIÓN CONCEPTUAL.....	05
1.3 PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN.....	05
1.3.1 PROBLEMA PRINCIPAL.....	05
1.3.2 PROBLEMA SECUNDARIO.....	05
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	06
1.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	06
1.4.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	06
1.5 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	07
1.5.1 JUSTIFICACIÓN.....	07
1.5.2 IMPORTANCIA.....	10
1.5.3 LIMITACIONES.....	10

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	12
2.2 MARCO TEORICO.....	15

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS GENERAL.....	29
3.2 HIPÓTESIS SECUNDARIA.....	29
3.3 VARIABLES (DEFINICIÓN CONCEPTUAL).....	30

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	34
4.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	34
4.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	34
4.2 MÉTODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	34
4.2.1 MÉTODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	34
4.2.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	36
4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN.....	37
4.3.1 POBLACIÓN.....	37
4.3.2 MUESTRA.....	37

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	38
4.4.1 TÉCNICAS.....	38
4.4.2 INSTRUMENTOS.....	39
4.4.3 FUENTES.....	39

CAPÍTULO V: ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

5.1 RECURSOS (HUMANOS, MATERIALES).....	40
5.2 PRESUPUESTO.....	40
5.3 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	42
5.4 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43

ANEXOS:

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DE INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Diariamente, el servicio de Exámenes Especiales de Gastroenterología del Hospital Militar Central atiende a pacientes que serán sometidos cada uno a diferentes procedimientos endoscópicos, que pueden ser altos (Endoscopia Digestiva Alta) o bajos (Colonoscopia). Hago hincapié en esta última por ser un procedimiento muy complejo y si no se le brinda al paciente la información adecuada en cuanto a la preparación previa a la prueba así como los cuidados previos, el procedimiento puede ser un fracaso, ya que se pueden escapar a la vista del médico y enfermera lesiones importantes que podrían comprometer la vida

1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio se realizara en el Servicio de Exámenes Especiales de Gastroenterología del Hospital Militar Central.

Siendo el objetivo el cuidado de Enfermería en el paciente sometido a procedimiento colonoscópico, la enfermera de la especialidad, debe ser un profesional que reúna conocimiento y pericia a fin de realizar actividades que sean de mayor complejidad y que repercuten en el estado de salud del paciente.

1.3 PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN

1.3.1 PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuánto conoce el paciente sobre el procedimiento colonoscópico al que será sometido en el Servicio de Exámenes Especiales de Gastroenterología del HMC?

1.3.2 PROBLEMA SECUNDARIOS

- ¿Cuáles son las implicancias de una adecuada preparación previa al procedimiento colonoscópico?
- ¿Cuán importante es la presencia de un familiar que acompañe al paciente al procedimiento colonoscópico?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el grado de conocimiento del paciente acerca del procedimiento colonoscópico al que será sometido en el Servicio de Exámenes Especiales de Gastroenterología del Hospital Militar Central.

1.5 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

El propósito del trabajo es generar la confianza de un cuidado de calidad, basado en la seguridad, ampliar y mejorar el cuidado de la enfermería hacia los pacientes sometidos a procedimientos colonoscópicos, asimismo, satisfacer las demandas de los pacientes que llegan al Servicio de Exámenes Especiales de Gastroenterología.

Es muy importante que el paciente conozca y tome conciencia del motivo por el cual debe realizarse una colonoscopia, pues su diagnóstico estará orientado a los problemas activos que pueda presentar e identificar aquellas situaciones que puedan influir en los problemas actuales y potenciales de enfermería.

Solo ingresaran al Servicio de Exámenes Especiales de Gastroenterología los pacientes programados procedentes de Consultorio Externo de Gastroenterología, pacientes hospitalizados y de Emergencia en el turno mañana de 07:45 hrs a 13.00 hrs. De lunes a sábado.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

Siendo uno de los objetivos del cuidado de enfermería en gastroenterología contribuir a lograr un diagnóstico y tratamiento oportuno en la patología colorrectal, brindando la información necesaria para el éxito de la prueba, la enfermera de la especialidad debe ser un profesional que reúna conocimiento y pericia para brindar los cuidados que estos pacientes requieren antes, durante y después del procedimiento y que garantice la efectividad en la calidad de los cuidados de enfermería que se brinden.

2.2 MARCO TEORICO

El sistema digestivo es una parte fundamental en la supervivencia del ser humano, ya que este es el encargado de la transformación de los alimentos en moléculas sencillas denominadas monómeros.

Esta transformación va a darse mediante un proceso largo y complejo que va a pasar por diferentes partes del sistema; empezando por la boca bajando por la faringe, esófago, estómago e intestino delgado (duodeno, yeyuno e ileon), terminando en el intestino grueso (ciego, colon ascendente, colon transversal, colon descendente y recto) y el ano.

Las diversas enzimas que se encuentran segregadas por las paredes del intestino o por glándulas especializadas (glándulas anexas) van a tener la capacidad de poder descomponer de forma total los alimentos ingeridos, para que puedan ser distribuidos a todas las células del cuerpo.

Se denomina al aparato digestivo como un tubo, donde el alimento va a pasar por una serie de transformaciones para así hacer más fácil su absorción.

Estas transformaciones se van a dar, mediante la aparición de fuerzas mecánicas y químicas; las mecánicas se caracterizan por que el alimento se fragmenta, se amasa y se mezcla; mientras que las químicas van a darse por la segregación de sustancias, enzimas digestivas, etc que degradan los alimentos.

Una vez dada la transformación de los alimentos, estos compuestos nutritivos simples van a ser absorbidos por las vellosidades intestinales, las cuales tapizan el intestino delgado, seguido a ello, pasan a la sangre y proceden a nutrir a todas y cada una de las células del organismo.

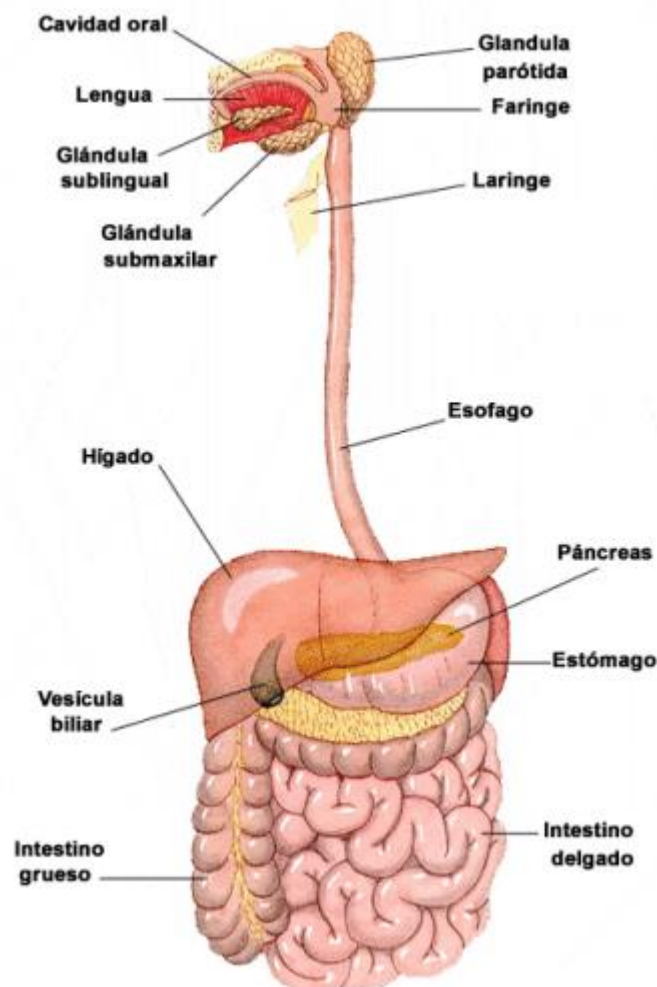
El tubo digestivo tiene un tamaño de once metros de longitud, abarca desde la boca hasta el ano. Y es ahí en la boca donde se da comienzo al proceso de digestión.

Los dientes se van a encargar de triturar los alimentos mientras que las secreciones de las glándulas salivales, van a accionar humedeciendo los alimentos y empezando la descomposición química.

Una vez formado el bolo alimenticio este va a cruzar la faringe, baja por el esófago, llegando al estómago este órgano tiene una capacidad de soportar más o menos un litro y medio de contenido, la mucosa de este órgano va a secretar el jugo gástrico, el cual se mezcla con los alimentos y se forma el quimo.

Una vez formado el quimo, este va a pasar por el intestino delgado, cuyo tamaño es de siete metros de largo, se caracteriza por tener en su primera porción al duodeno, el cual está encargado de recibir secreciones de las glándulas intestinales, la bilis y los jugos del páncreas.

Una vez que se ha pasado por todo el intestino delgado este va a continuar por el intestino grueso que mide más de metro y medio de longitud, en la porción final se encuentra el recto el cual termina en el ano, porción que permite la evacuación de los restos indigeribles de los alimentos.



APARATO DIGESTIVO

INTESTINO GRUESO:

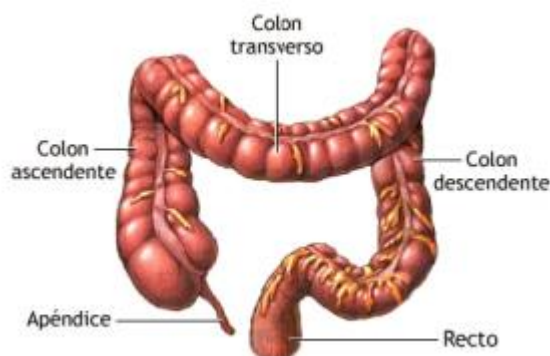
Esta porción del sistema digestivo va a iniciarse a partir de la válvula ileocecal la cual se encuentra en el fondo de un saco denominado ciego, de este fondo sale el apéndice vermiforme y termina en el recto.

El tramo que comprende desde el ciego al recto va a tener una serie de curvas, las cuales van a formar un marco, donde la parte central va a formado por las asas del yeyuno íleon.

La longitud del intestino grueso va a ser variable, este comprende entre 120 y 160 cm, el calibre va a disminuir progresivamente, por ello la porción más estrecha es aquella donde se une con el recto o unión rectosigmoidea, su diámetro no suele sobrepasar los 3 cm, mientras que el ciego es de 6 o 7 cm.

Una vez que se ha pasado el ciego, la segunda porción del intestino grueso va ser denominada colon ascendente, su longitud es de 15cm, ello da origen a la tercera porción denominado colon transverso este tiene una longitud media de 50cm, mientras que la cuarta porción es el colon descendente con 10cm de longitud.

El recto va ser la parte final del tubo digestivo.



COLONOSCOPIA

La colonoscopia es un estudio que proporciona la visualización directa del colon, con ello se puede realizar un diagnóstico y permite conceder un tratamiento adecuado a las patologías que causan daño a este órgano como al intestino delgado (íleon terminal).

Para que se pueda realizar esta práctica es necesario que el colonoscopio atraviese el orificio anal y con ello llegué hasta el colon, haciendo todo un recorrido por ese trayecto.

El colonoscopio se caracteriza por tener una fuente de luz así como una cámara en el extremo distal, esta mecánica permite la visualización de la mucosa y la grabación de ella, tomando imágenes que posteriormente servirán para el reporte o análisis de lo detectado.

A parte de los instrumentos mencionados también cuentan con otros dispositivos, los cuales ayudan a que se pueda irrigar, succionar e insuflar aire; todo ello con el fin de tomar muestras de biopsias y también realizar la extirpación de pólipos.

Para llegar a un diagnóstico óptimo, es necesario que el intestino se encuentre preparado, esto se puede llevar a cabo mediante el consumo de laxantes, estos laxantes serán ingeridos por el paciente un día antes a la realización de la prueba.

La colonoscopia es un examen que actualmente se realiza para poder revisar si es que los pacientes tienen alguna predisposición a padecer de cáncer colorectal, es por ello que lo que se busca es la óptima preparación del colon ya que con ello podremos observar de forma óptima la mucosa.

Se menciona que el método ideal de una buena preparación, debe ser tolerante, eficaz y seguro, lamentablemente no se ha llegado a esa meta.

Para que este examen pueda denominarse exitoso y se realice una buena detección del cáncer colorrectal y otras patologías se debe realizar una buena limpieza colonica.

Estudios mencionan que se han reportado casos en el que la limpieza no es adecuada entre el 17 y 30% de procedimientos.

Podemos decir que cuando se pueden observar lesiones de 4 mm la preparación del colon ha sido excelente.

Esta técnica es muy útil ya que va a permitir el diagnóstico y el seguimiento de las diversas patologías que afecten el tracto digestivo inferior.

Son diversas patologías las que van a atacar esta parte del tracto digestivo, es por ello que para poder clasificarlas va a ser necesario agruparlas de acuerdo a su incidencia, prevalencia y/o gravedad:

En primer lugar tenemos al cáncer colorrectal (CCR), cuya sospecha va ser un indicativo para poder realizar este procedimiento. El siguiente caso es cuando tenemos que hacerles seguimiento a los pacientes después de haberse sometido al tratamiento quirúrgico, con la finalidad de detectar precozmente la presencia de alguna neoplasia.

Otro caso es la detección de enfermedad inflamatoria intestinal así como el seguimiento de su evolución. Permite diagnosticar divertículos y pólipos intestinales.

Como el colonoscopio es un instrumento completo, este permite tomar muestras de aquellas anomalías que se encuentran en la mucosa las cuales serán analizadas en medicina patológica, y de ser necesarias serán extirpadas.

Al hacer estos procedimientos podemos lograr identificar cada una de las variables patológicas que afectan al colon como; pólipos adenomatosos, lesión precursora del cáncer colorrectal.

Seguido a ello también ayuda a diagnosticar la angiodisplasia de colon así como las colitis de diversas etiologías. Este examen también permite descartar la presencia de alguna alteración que afecte la estructura normal del intestino, como es el caso del síndrome de intestino irritable.

Ya que la colonoscopia actualmente es considerada como el gold standard frente a aquellas otras pruebas de detección de alteraciones del intestino, muy pocos son los estudios que han realizado investigación sobre su sensibilidad, especificidad y valores predictivos.

La gran parte de información obtenida sobre esta técnica va a estar relacionada con el diagnóstico de cáncer colorrectal y de pólipos adenomatosos, estudiándose de forma escasa sobre su eficacia frente al diagnóstico de otras patologías.

Lo que permite esta técnica es la visualización de la mucosa del colon desde su tramo final (perianal) hasta la porción del ciego la cual se puede identificar por la aparición de un signo, el símbolo invertido del osteum apendicular, hasta el íleon.

Los requerimientos para que el estudio sea exitoso, son los siguientes:

Se debe preparar la mucosa mediante el uso de laxantes, ello provee que el examinador tenga una buena visualización de todo el trayecto, así como la persona que lo realice debe tener una experiencia óptima en la realización de esta clase de exámenes.

Se sabe que al realizar la colonoscopia diagnóstica esta también puede ser utilizada como terapéutica, es por ello que el endoscopista que lo ejecuta debe tener una habilidad vinculante.

El experto de poder diagnosticar y también resolver las complicaciones que se presenten durante el transcurso de la realización del examen, ya que a pesar que la técnica de colonoscopia es inocua, se pueden presentar ciertas complicaciones, se reporta una incidencia global entre 0.1- 1.9%.

Al comparar los riesgos entre la colonoscopia diagnóstica y la terapéutica, tenemos que en la segunda opción los riesgos son mayores.

Los posibles eventos adversos son; la presencia de dolor abdominal, el desarrollo de una hemorragia así como la perforación de alguna parte del intestino y aquellas relacionadas con la sedación.

Al hablar de gravedad estas van a ser menores al 0,5% de todos los casos reportados y la gran mayoría de veces su solución va a darse en la exploración.

Las personas que se sometan a esta clase de examen deben saber que en algunos casos para que se pueda resolver el problema va a ser necesaria la cirugía; el riesgo siempre aumenta cuando las personas que se someten a esta clase de examen son pacientes añosos o pacientes que presenten patologías crónicas.

Por ello es de óptima importancia que el paciente sea educado sobre el examen que se va a realizar, mediante instrucciones claras y precisas, obteniendo el consentimiento informado previo al procedimiento.

Las complicaciones que se van a presentar por la aplicación de la anestesia, tienen poca incidencia.

Los estudios publicados, mencionan que del total de las anestесias realizadas a nivel mundial, el 15 % de ellas, fueron con fines endoscópicos, lo que nos da a entender que el auge de la colonoscopia esta en subida.

Actualmente se indica que los procedimientos que son realizados sean con sedación, ya que esto permite que la realización del examen sea más breve de lo usual y también se evite el dolor..

La consecuencia más frecuente por sedación, va a ser la depresión respiratoria, se ha recomendado de manera firme que la administración de la anestesia sea general intravenosa al momento de realizar endoscopias digestivas bajas; ya que con ello se puede asegurar el bienestar del paciente así como la disminución de la morbimortalidad, generando una mayor aceptación de la prueba diagnóstica.

La efectividad tanto diagnóstica como terapéutica depende de la adecuada preparación colónica. La incapacidad para obtener una adecuada preparación prolongara los tiempos del procedimiento, aumentara las complicaciones, incrementa el número las alteraciones no identificadas y disminuye el intervalo entre los estudios.

Se estima que aproximadamente un 20% de las colonoscopias que se realizan van a tener una preparación sub adecuada, para poder evaluar este término van a existir predictores de una mala preparación, como los de tener una edad mayor de 60 años, sexo masculino, que sufran de estreñimiento crónico, que las exploraciones sean tardías, las diferencias de tiempo que pueden ser amplias entre el comienzo del procedimiento y la realización de la última toma del preparado, enfermedades crónicas como (cirrosis, diabetes mellitus, enfermedad cerebrovascular); así como la falta de cumplimiento de las indicaciones por parte del paciente.

Existen indicadores de calidad de la colonoscopia; la indicación no apropiada no debe pasar más del 20%:

Según la Sociedad Europea de Gastroenterología Endoscópica (ESGE) y la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal (ASGE), se ha determinado que son apropiadas colonoscopias cuando éstas logran diagnósticos que tengan mayor significado clínico.

El tiempo de espera: no se han estableciendo pautas idóneas para el tiempo de espera adecuado, pero se mantiene que está no debe ser superior a 4 semanas.

Consentimiento informado: Se debe dar a conocer al usuario sobre los riesgos, así como las alternativas del procedimiento, y también cuales son los beneficios del procedimiento, con la finalidad de que él pueda adaptarse mejor a las instrucciones, para evitar el surgimiento de problemas medico legales.

La utilización de los intervalos de vigilancia recomendados debe ser respetados tras la realización de una polipectomia o la cirugía del cáncer colorrectal y los recomendados en la enfermedad intestinal inflamatoria, ya que así se podrá anticipar la aparición de cualquier consecuencia post quirúrgica.

La preparación del colon: Esta va a estar relacionado al indicador de calidad, se va a denominar preparación muy buena o buena en el 90 a 95% de los procedimientos.

La capacidad para la inserción y la retirada del colonoscopio debe ser optima, ya que se estima que el tiempo de llegada al ciego debe ser menor de 10 minutos sin provocar complicaciones, la tasa de intubación cecal debe ser mayor al 90% del total y el tiempo medio para retirar el colonoscopio desde el ciego, debe ser mayor de 6 minutos; con estas indicaciones se ha demostrado que hay una mayor tasa de detección de anomalías; toma de biopsias y menor índice de complicaciones bajas.

Cuando se realiza una mala preparación del colon, esto trae consecuencias como; el aumento del tiempo de salida, aumento del tiempo de entrada, así como la disminución de detección del número de anomalías; las represalias económicas aumentan ya que hay una necesidad de repetir el estudio, produciendo que no se dé una buena información sobre la morbimortalidad del cáncer rectocolónico.

Los grupos que son especialistas en calidad de la realización de endoscopías manifiestan que los informes reportados deben incluir la descripción de la mucosa visualizada, ya que esto demuestra el grado de eficacia del examen, también sugieren que los términos “excelente”, “buena”, “regular” no son expresiones validas, para poder utilizarla en estudios comparativos ya que carecen de definición estandarizada.

Boston Bowell es una escala de limpieza, que fue creada por la Sociedad de Gastroenterología del Centro Médico Boston, con el fin de poder definir el término de calidad en endoscopia, se relacionó con la preparación.

Solo se evalúan tres segmentos colonicos; derecho, transverso e izquierdo, la puntuación va desde 0 puntos, cuando el segmento del colon está sin preparar, ya que no se visualiza la mucosa y hay presencia de contenido de heces sólidas; se le proporciona 1 punto, cuando parte de la mucosa del segmento de colon observado tienen heces residuales semisólidas y contenido líquido; 2 puntos, cuando hay presencia de pocas heces líquidas, además de una buena visualización de la mucosa y 3 puntos, cuando hay poco materia fecal lo cual permite una correcta visualización de todo el colon.

Esta escala está reconocida como una herramienta totalmente válida, confiable y simple, ya que reconoce la calidad de la preparación colónica durante el proceso de colonoscopia. Su confiabilidad inter - observador y la utilización prospectiva muestra una mejor correlación clínica.

El uso de esta escala es obligatoria y debe ser reportada en todos los informes de colonoscopia, ya que permite evaluar la calidad de la preparación del colón, está no debe excluirse de ningún tipo de preparado, ya

que esta va a depender de la opción del centro donde se realice el procedimiento, esta escala tiene repercusiones medico legales.

Escalas de preparación colonica:

ARONCHICK: La va a dividir en tres categorías:

Excelente: La presencia de poca cantidad de líquido o la visualización de más del 95% de mucosa colónica.

Buena: Presencia de entre 5 - 25% de líquido o > 90% de mucosa observada correctamente.

Regular: Presencia de restos de materia fecal semisólida, las cuales pueden aspirarse permitiendo visualizar el 90% de mucosa.

Pobre: Cuando hay presencia de heces solidas o semisólidas, las cuales no se pueden aspirar o cuando hay menos del 90% de mucosa observable.

Inadecuada: Cuando se tiene que repetir el procedimiento endoscopico.

OTTAWA: Es una escala que califica del 0 a 4 puntos a cada segmento del colon.

De acuerdo a la segmentación del colon derecho: ciego y colon ascendente, colon medio: colon transversal y colon izquierdo: recto-sigmoides.

0 La presencia escasa o inexistentes de restos.

1 Presencia de material fecal que no necesita de aspiración.

- 2 Presencia de material fecal, que es necesario limpiar pero se puede aspirar.
- 3 Presencia de heces fecales donde se necesita aspirar.
- 4 Presencia de heces fecales que tienen que limpiarse y aspirarse.

BOSTON BOWEL: Escala que asigna de 0 a 3 puntos de acuerdo a la zona de colon estudiada.

Se evalúan áreas que abarcan desde el colon derecho (ciego y colon ascendente), colon transversal y colon descendente:

0: Cuando las heces fecales impiden observar la mucosa y tampoco pueden ser aspiradas.

1: Una parte de la mucosa no se puede explorar por la presencia de residuos fecales o material líquido opaco que impide visualizar la mucosa.

2: Hay presencia de pocos restos fecales, los cuales permiten observar en gran parte la totalidad de la mucosa.

3: No hay presencia de heces fecales o de restos, por lo que se puede observar la totalidad de la mucosa.

En cuanto a la dieta previa a la realización de la colonoscopia esta va a consistir, en comidas bajas en grasas y fibras, los líquidos ingeridos deben ser transparentes unas 24 horas antes del procedimiento.

El ayuno debe ser seis horas, no consumo de grasas ni fibras, el ayuno de líquidos claros son dos horas antes.

Se recomienda evitar el consumo de jugos o gelatinas rojas, ya que su presencia podría causar confusión con el contenido colónico, sobre todo en la zona proximal perteneciente al ciego.

A pesar de que se ha llegado a un acuerdo del tiempo de ayuno, un estudio encontró que hay similitudes en la cuantía de contenido gástrico entre ambos grupos, los que pertenecen al ayuno de seis horas de 21 mL versus el ayuno de dos horas de 19 mL.

No se recomienda hacer una dieta muy prolongada, ya que esta puede llegar a producir una reducción de la energía del paciente, por lo que se ha planteado la creación de nuevos combinados orales, los cuales permiten captar los beneficios de los diferentes mezclas, augurando un mejor beneficio, como la preparación en menor tiempo, así como dietas menos estrictas al igual que la reducción de los efectos secundarios, logrando que el paciente tolere mejor la dieta, dando como resultado una mejor visualización del colon.

Para que se pueda mejorar la eficiencia y eficacia del examen, es de vital importancia que se adopten métodos más efectivos, los cuales van a requerir un cumplimiento correcto de las instrucciones por parte paciente.

Se va a denominar preparado idóneo a aquella mezcla que permita eliminar rápidamente toda materia fecal depositada, sin que se produzca alteraciones de la mucosa o se desarrollen efectos secundarios, todo ello a un costo reducido. Lamentablemente aún no se halla esta clase de solución en el mercado.

Si es que se da una incorrecta preparación intestinal, el tiempo del procedimiento va ampliarse, produciendo esto una disminución en la detección de las anomalías que puedan encontrarse en la mucosa, por ejemplo; pólipos muy pequeños.

En cuanto a los laxantes, los que se utilizan con mayor frecuencia para la preparación colonoscópica son tres divididos en categorías: aquellos que son preparados con polietilenglicol, soluciones osmóticas y estimuladores.

Los laxantes de tipo osmótico se van caracterizar por ser moléculas o iones que van a permitir mayor absorción, por lo tanto se va a incrementar la salida de agua hacia la luz intestinal; esta característica es de suma importancia, ya que se va a poder mantener la tonalidad con el plasma; la osmolalidad se mantiene en 290 mosm/kg, es por ello que la unidad del agente va a producir una retención de más o menos 3.5 mL de líquido en el intestino. Una de sus características es el incremento de la motilidad intestinal lo que repercute en un aumento de las evacuaciones.

Los agentes osmóticos son los siguientes:

- Alcoholes de azúcar, como el manitol y el sorbitol.
- Las sales de sulfato, magnesio y fosfato.
- Disacáridos como el polietilenglicol 3350 (PEG) y la lactulosa.

Los otros dos laxantes, Fosfato Sódico y Polietilenglicol van hacer los más utilizados, estos pueden ser usados solos o asociados a otro fármaco, con el fin de poder aumentar su tolerancia y por lo tanto asegurar una preparación optima previa al procedimiento, la eficacia de ambos laxantes han sido confirmados.

El Fosfato Sódico es el laxante más tolerado, mientras que el Polietilenglicol va ser más seguro.

La utilización del fosfato sódico debe ser con mucha precaución, ya que este laxante se ha relacionado con la presencia de alteraciones renales de forma

aguda, ya que hay producción de fosfatos así como desequilibrio de electrolíticos de manera severa.

El polietilenglicol se caracteriza por tener un peso molecular alto (3350 Dalton), por tratarse de una molécula inerte está se va a poder mezclar con cualquier tipo de preparado, para su uso es necesario el consumo de más o menos 3 – 4 litros por un lapso de tres a cuatro horas.

El polietilenglicol va ser una solución isoosmótica que limpia el colon, esta solución no va a producir absorción ni secreción de electrolitos ni agua. Va a estar compuesto por 35 mmol/l de cloro, 20 mmol/l de bicarbonato, 10 mmol/l de potasio.

Esta solución va a ser la más efectiva, así como la más segura y también la de mayor tolerancia. Su principal desventaja va a relacionarse con la necesidad ingerir grandes cantidades de líquidos aproximadamente 4 litros, otro problema podría ser el sabor desagradable.

Según las guías, se tiene que tomar cada $\frac{1}{4}$ de hora 250 ml de mezcla, hasta que este se haya terminado o cuando se evidencien deposiciones líquidas de color claro.



MÁQUINA DE COLONOSCOPIA

ELCB		3	2	1	0
3 = Excelente					
2 = Buena					
1 = Mala					
0 = Inadccuada					
CI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ELCB =	<input type="checkbox"/>				

ESTADIAJE DE PREPARACIÓN COLONOSCOPICA

Tabla 4. Grado de dificultad para completar la preparación

Grado de dificultad	Manitol 10%		PEG	
	Pacientes	%	Pacientes	%
Fácil	38	95	8	20
Poco-moderadamente difícil	2	5	22	55
Muy difícil	0	0	10	25
TOTAL	40	100.0	40	100.0

COMPARACIÓN ENTRE MANITOL Y PEG EN RELACIÓN A LA PREPARACIÓN ANTES DEL EXAMEN

Tabla 5. Síntomas ocurridos durante la preparación (*)

Grado de dificultad	Manitol 10%		PEG	
	Pacientes	%	Pacientes	%
Ninguno	28	70	24	57.5
Náusea	7	17.5	13	32.5
Ardor anal	3	7.5	-	-
Dolor abdominal	2	5	3	7.5
Vómitos	2	5	5	12.5
Distensión abd.	2	5	5	12.5
Cefalea	1	2.5	1	2.5
Vértigo	1	2.5	-	-
Palpitaciones	1	2.5	-	-
Alt. del sueño	-	-	3	7.5

* Algunos pacientes presentaron más de un síntoma

SÍNTOMAS RELACIONADOS A LA PREPARACIÓN ANTES DEL EXAMEN CON MANITOL Y PEG

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS GENERAL

La información que se brinde al paciente en relación al procedimiento colonoscópico, permite el éxito del mismo.

3.2 HIPÓTESIS SECUNDARIOS

- La comunicación verbal y escrita brindada al paciente, permite la buena preparación previa al examen.
- La compañía de un familiar contribuye a calmar la ansiedad en el paciente.

3.3 VARIABLE (DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL)

- a) Variable Independiente: Conocimiento del paciente.
- b) Variable Dependiente: Procedimiento colonoscópico.

Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores
La calidad del cuidado es el efecto de la atención sobre el mejoramiento de la salud del individuo y de	La calidad del cuidado de enfermería, es el reflejo de toda la atención que la enfermera brinda	- Número de pacientes atendidos. - Clasificación de pacientes según edad y sexo.

la población, reflejándose en el mejoramiento de la calidad de vida.	durante el procedimiento colonoscópico creando un vinculo de confianza enfermera-paciente.	
---	---	--

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Tipo y Nivel de Investigación

4.1.1 Tipo de Investigación

El presente trabajo será de tipo Cuantitativo.

4.1.2 Nivel de Investigación

El nivel es de tipo descriptivo- correlacional, puesto que sus variables se relacionan entre sí.

4.2 Método y Diseño de la Investigación

4.2.1 Método de la Investigación

La investigación se llevara acabo de forma prospectiva- transversal.

4.2.2 Diseño de la Investigación

El diseño será prospectivo, descriptivo, transversal, de tipo cuantitativo.

4.3 Población y Muestra de la Investigación

Estadísticamente se realizaron de 50 a 65 procedimientos colonoscópicos mensuales comprendidas desde los meses de Enero a Junio del presente año por lo cual se decide estudiar a toda la población.

Siendo una población muy pequeña, se realizara un muestreo no probabilístico por conveniencia.

4.4 Técnicas e Instrumentos de la Recolección de Información

4.4.1 Técnicas

Se aplica la técnica de análisis y elaboración mediante la aplicación del paquete estadístico.

4.4.2 Instrumentos

Aplicación del Cuestionario en relación al conocimiento de la prueba de colonoscopia.

4.4.3 Fuentes

- Serán comprendidos para el presente estudio los pacientes mayores de 18 años de ambos sexos que son sometidos a colonoscopia.
- Serán excluidos pacientes menores de 18 años, pacientes con retraso mental, pacientes de emergencia que llegan fuera del horario de programación (después de las 2 pm).

Aspectos Éticos

Se hará uso del consentimiento informado.

Se aplicara el Código de Ética y Deontología, el cual se basa en:

- El respeto a la persona: la dignidad humana.
- La beneficencia: no al daño.
- La justicia: derecho al trato justo y a la privacidad.

Limitaciones

Solo ingresaran al servicio de exámenes especiales de gastroenterología los pacientes programados.

CAPÍTULO V: ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

5.5 RECURSOS (HUMANOS, MATERIALES)

Recurso Humano: Asesores

5.6 PRESUPUESTO

Personal.

Recursos Humanos	Cantidad	Duración	Costo/mes	Costo Total S/.
Asesor principal	01	03 meses	400	1200
Investigador Responsable	01	04 meses	1000	4000
Co asesores	01	02 meses	100	200
Total				5400

Descripción	Cantidad	Unidad	Costo Unitario	Costo Total S/.
Papel Bond 80 g.	02	Millar	25.00	50.00
Tinta impresora	04	Frasco	50.00	200.00
Lapiceros	10	Unidad	1.0	10.00
Lápiz	10	Unidad	1.0	10.00
Plumón para pizarra acrílica	01	Paquete	25.00	25.00
Total				295.00

5.7 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	2017				
	JUL	AGOS	SET	OCT	NOV
Elaboración del Proyecto	X				
Aprobación del proyecto		X			
Validación de instrumento		X			
Recolección de Datos			X		
Procesamiento de Datos				X	
Análisis de Datos				X	
Elaboración del Informe final				X	
Aprobación del informe					X
Sustentación					X

5.8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Autor: American College of Surgeon – Division Educativa.
Título: Colonoscopia, lo que debe conocer el paciente.
Fecha de Publicación: 2008. Págs. 1, 3.

- Autor: Revista de Gastroenterología de México, Vol 75 Numero 4. O.E Trujillo – Benavides, P. Baltazar – Montufar.
Título: Nivel de Satisfacción de Pacientes tras un Procedimiento Endoscópico y Factores Asociados.
Fecha de Publicación Octubre 2010.

- J.M. Sanguinetti, J.C. Lotero Polesel, en la Revista de Gastroenterología de México, Vol. 80, número 2, págs. 144,149.
Título: Consentimiento Informado en Colonoscopia: Un estudio comparativo de dos modalidades.
Fecha de Publicación: Abril 2015.

- MINSA, Documento de Normas Técnicas en relación a Cirugía Segura y Seguridad del Paciente.

- COLEGIO DE ENFERMEROS DEL PERU, “Código de Ética y Deontología”. Pág. 172.

ANEXOS

ANEXO 01. MATRIZ DE CONSISTENCIA

**CONOCIMIENTO DEL PACIENTE SOBRE EL PROCEDIMIENTO COLONOSCOPICO AL QUE SERA
SOMETIDO EN EL SERVICIO DE EXAMENES ESPECIALES DE GASTROENTEROLOGIA DEL HOSPITAL
MILITAR CENTRAL**

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	TECNICA DE INSTRUMENTACION	POBLACION Y MUESTRA
<p>¿Cuánto conoce el paciente sobre el procedimiento colonoscópico al que será sometido en el Servicio de Exámenes Especiales de Gastroenterología del HMC?</p> <p>PROBLEMA SECUNDARIOS</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Cuáles son las implicancias de una adecuada preparación previa al procedimiento colonoscópico?</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Cuán importante es la presencia de un familiar que acompañe al paciente al procedimiento colonoscópico?</p>	<p>Determinar el grado de conocimiento del paciente acerca del procedimiento colonoscópico al que será sometido en el Servicio de Exámenes Especiales de Gastroenterología del Hospital Militar Central.</p>	<p>La información que se brinda al paciente en relación al procedimiento colonoscópico, permite el éxito del mismo.</p>	<p>Grado de conocimiento del procedimiento</p> <p>Protocolo del procedimiento</p>	<p>Encuesta Estructurada</p>	<p>Estadísticamente se realizaron de 50 a 65 procedimientos colonoscópicos mensuales comprendidas desde los meses de Enero a Junio del presente año por lo cual se decide estudiar a toda la población.</p> <p>Siendo una población muy pequeña, se realizara un muestreo no probabilístico por conveniencia.</p>

FORMATO DE VALIDEZ SUBJETIVA DE
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

ESCALA DE OPINIÓN DEL EXPERTO
APRECIACIÓN DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Nº	ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica.		
2	la secuencia de presentación de items es óptima		
3	El grado de dificultad o complejidad de los items.		
4	Los terminos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.		
5	Los reactivos reflejan el problema de investigación.		
6	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación.		
7	Los items permiten medir el problema de investigación.		
8	Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación.		
9	El instrumento abarca las variables, sub variables e indicadores.		
10	Los items permiten contrastar la hipótesis.		

FECHA:/...../.....

.....

NOMBRE Y APELLIDOS

FIRMA DEL EXPERTO