



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE SOBRE LA CALIDAD DEL CUIDADO

ENFERMERO BRINDADO EN EL

CENTRO ENDOSCÓPICO DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el Título de Segunda Especialidad en Enfermería Especialista en
Gastroenterología y Procedimientos Endoscópicos.

Autora:

Huayta Velarde, Ana Norma

Asesora:

Quispe Ruffner, Rita

Jurado:

Marcos Santos, Hilda

Olivera Mejía, Nila

Atúncar Tasayco, Urbano

Lima - Perú

2019

Agradecimiento

A mis docentes por su apoyo e interés en fortalecer mis conocimientos.

A mi esposo por su comprensión y ayuda para poder lograr mis objetivos.

Dedicatoria

A mis padres por su gran
apoyo todos los días de mi
vida.

a mis hijos Fabián y mariana
por ser mi fuerza y motivación
para superarme día a día.

Índice

Agradecimiento

Dedicatoria

Índice4

Resumen8

Abstract9

I. INTRODUCCIÓN10

1.1. Descripción y formulación del problema.....11

1.1.1. Formulación del problema de investigación.....12

1.2. Antecedentes.....12

1.3. Objetivos.....15

1.3.1 Objetivos generales.....15

1.3.2 Objetivos específicos.....15

1.4 Justificación.....16

II. MARCO TEÓRICO18

2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación.....18

2.1.6. Definición de conceptos básicos.....42

III. MÉTODO.....43

3.1. Tipo de Investigación.....43

3.2. Ámbito temporal y espacial.....43

3.3. Variables.....43

3.4. Población y muestra.....	44
3.5. Instrumentos.....	45
3.6. Procedimientos.....	45
3.7. Análisis de datos.....	46
3.8. Aspectos éticos.....	46
IV. RESULTADOS.....	47
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	52
VI. CONCLUSIONES	53
VII. RECOMENDACIONES	54
VIII. REFERENCIAS	55

Índice de tabla

Tabla 1 Clasificación según el Sexo	47
Tabla 2 Clasificación según grupo Etario	47
Tabla 3 Conclusión sobre la Percepción de la Calidad del Cuidado Enfermero.....	48
Tabla 4 <i>Conclusión sobre la Calidad de la Dimensión Técnica</i>	49
Tabla 5 Conclusión sobre la Calidad de la Dimensión Humana.....	50
Tabla 6 Conclusión sobre la Calidad de la Dimensión Entorno	51

Índice de figuras

Figura 1 Clasificación según el Sexo	47
Figura 2 Clasificación según grupo Etario.....	48
Figura 3 Conclusión sobre la percepción de la Calidad del Cuidado Enfermero	49
Figura4 <i>Conclusión sobre la Calidad de la Dimensión Técnica</i>	50
Figura 5 Conclusión sobre la Calidad de la Dimensión Humana	50
Figura 6 Conclusión sobre la Calidad de la Dimensión Entorno	51

Resumen

Objetivos: Determinar la Percepción de la Calidad del Cuidado Enfermero brindado en el Centro Endoscópico del Hospital Regional de Ica, Los resultados del estudio brindará información actualizada que mejoren la calidad del cuidado. **Método:** El estudio es de tipo descriptivo porque describe el comportamiento de la variable, así mismo es transversal, porque se aplicó en un momento dado. La presentación final se hizo a través de tablas y gráficos. La muestra está conformada por 60 pacientes del centro endoscópico, considerando los criterios de inclusión y exclusión. La técnica de estudio es la encuesta y el instrumento de recolección de datos fue el cuestionario. **Resultados:** En la percepción de la calidad del cuidado enfermero fueron el 92%(55) considera que es buena, el 8%(5) es regular, en lo que respecta a la dimensión técnica el 83% (50) refiere que es buena y el 17%(10) refiere que es regular; en la dimensión interpersonal el 82%8(49) es buena y el 18%(11) es regular; mientras que en la dimensión entorno el 83% (50) refiere que es buena y el 17%(10). **Conclusiones:** La percepción de la calidad del cuidado enfermero brindado en el centro endoscópico es buena.

Palabras claves: calidad, percepción, cuidado enfermero, dimensión, endoscopia.

Abstract

Objectives: Determine the Perception of the Quality of the Nursing Care provided in the Endoscopic Center of the Regional Hospital of Ica, the results of the study will provide updated information that improve the quality of the care. **Method:** The study is of descriptive type because it describes the behavior of the variable, likewise it is transversal, because it was applied in a given moment. The final presentation was made through tables and graphs. The sample consists of 60 patients from the endoscopic center, considering the inclusion and exclusion criteria. The study technique is the survey and the data collection instrument was the questionnaire. **Results:** In the perception of the quality of nursing care were 92% (55) considered to be good, 8% (5) is regular, as regards the technical dimension 83% (50) refers that it is good and 17% (10) refers that it is regular; in the interpersonal dimension 82% 8 (49) is good and 18% (11) is regular; while in the environment dimension 83% (50) refers that it is good and 17% (10). **Conclusions:** The perception of the quality of nursing care provided in the endoscopic center is good.

Keywords: quality, perception, nursing care, dimension, endoscopy.

I. INTRODUCCIÓN

La Percepción, es muy importante en el tema de Calidad de Servicio, ya que esta muchas veces sesga nuestra forma de identificar las necesidades, cualidades o gustos de nuestros clientes. Por este motivo debemos conocer muy bien que es la percepción para evitar caer en errores, tomando en cuenta que la Calidad de Servicio es subjetiva (Zeithaml, 1993).

La satisfacción y la calidad percibida son conceptos cercanos, ambos se organizan comparando expectativas y percepciones en el proceso. En la satisfacción las expectativas se relacionan con las necesidades y preferencias del paciente, en la calidad percibida la comparación se realiza con expectativas de lo que el paciente desearía que pasara y que pueda ser por experiencias previas a la atención recibida (Torres & Buitrago, 2011).

El paciente Gastroenterológico es un ser que vive, piensa, sufre, que se enfrenta a situaciones que le determinan angustia, recelo, o duda. Lo que influye notoriamente en su carácter y conducta.

Toda exploración endoscópica y tratamiento a los que va a ser sometido constituyen para el paciente una interrogante y merece el derecho a una respuesta veraz con un trato humano adecuado.

Los cuidados de Enfermería en el ámbito endoscópico tienen un carácter holístico, que no sólo se centra en el desarrollo científico técnico, sino en la aportación como miembro del equipo con una visión global de todo el proceso, asumiendo la responsabilidad profesional y ética que de él se deriva.

La intervención de la enfermera radica en proporcionar cuidados específicos de la respuesta humana ante la presencia de un problema o enfermedad; actualmente los procedimientos endoscópicos ocupan gran parte del quehacer cotidiano de la enfermera,

por lo tanto, la profesionalización de Enfermería es indispensable para proporcionar un cuidado específico y eficaz con bases científicas y humanísticas (Glean, 2010).

El gran desarrollo alcanzado por la endoscopía en los últimos años, se debe a que la técnica no se limitó al diagnóstico, sino que pasó a ser importante en el pronóstico de muchos procesos y fundamentalmente, un método terapéutico de primera línea. Por ello, la endoscopía digestiva cumple hoy una triple misión en enfermedades digestivas: diagnóstica, pronóstica y en el tratamiento (Carreño & Tovar, 2019).

En las unidades de endoscopia, se reciben cada día pacientes ambulatorios y pacientes de diferentes áreas del hospital. En los últimos tiempos, acostumbran a ser pacientes cada vez con mayor número de patologías concomitantes y distintos grados de gravedad y fragilidad.

1.1. Descripción y formulación del problema

En la actualidad el hospital regional de Ica cuenta con un centro endoscópico recientemente inaugurado, en donde se realizan procedimientos de endoscopias alta y bajas; tanto diagnosticas como terapéuticas de alta complejidad, contamos con 4 Gastroenterólogos, 1 Pediatra Gastroenteróloga, 3 Residentes de Gastroenterología, 2 Licenciadas en Enfermería y un personal técnico.

El interés de realizar esta investigación surge a raíz de que durante el trabajo diario se pudo notar que habían pacientes ansiosos, temerosos y con dudas ante el procedimiento, hacían referencias como: “que me va a pasar, voy a dormir mucho y si no despierto”, o frases como ¿si me sacaron biopsia, es porque tengo algo malo?, a pesar de que la enfermera se encarga de brindar la información antes, durante y después del procedimiento, pese al poco tiempo con el que dispone debido a la gran cantidad de pacientes y la rapidez con la que se hacen los procedimientos. Esto motivo a que surja la interrogante ¿qué está pasando? acaso la información brindada previamente es insuficiente o la interacción enfermera - paciente se ha

debilitado, tal vez por el aumento de la demanda de procedimientos o por que el personal es insuficiente para cubrir todas las necesidades del paciente.

1.1.1. *Formulación del problema de investigación*

¿Cuál es la percepción de los pacientes sobre la calidad del cuidado enfermero brindado en el centro endoscópico del hospital regional de Ica?

1.2. Antecedentes

Calidad de Atención de Enfermería según Modelo de Donabedian, Hospital “Ruiz y Páez”, Ciudad Bolívar, Mayo – Junio 2009. Resultados: En estructura la calidad fue regular, en proceso fue buena mientras que en resultado fue regular. Concluyendo que la actividad más realizada por el personal es la administración de medicamentos en la unidad; la forma de llevarse a cabo la estructura y el proceso no evidencia el impacto de calidad mínimo esperado; el modelo utilizado sintetiza los aspectos básicos a evaluar en los servicios de enfermería ya que presenta una serie de recomendaciones que pueden ser usadas en esta y otras ramas de las ciencias de la salud. Es de vital importancia enfatizar la relación asistencial Enfermero –Paciente ya que así se da respuestas inmediatas a las necesidades insatisfechas, así como, la implementación periódica de estudios relacionados con la calidad de atención (Rondón & Salazar, 2009).

Satisfacción del paciente con la endoscopia digestiva: resultados de un estudio multicéntrico.

Fundamento y objetivo: El objetivo de nuestro trabajo fue determinar los principales problemas de calidad desde el punto de vista del paciente en la endoscopia digestiva mediante un cuestionario de satisfacción. Pacientes y métodos: Cinco unidades de endoscopia digestiva incluyeron a un total de 321 pacientes. Se realizó una encuesta telefónica sobre diversos aspectos relacionados con la prueba utilizando un cuestionario previamente validado. Se

realizó un análisis de Pareto para cada centro para averiguar cuáles eran los aspectos más representados entre los poco vitales. A partir del cuestionario se calcularon dos indicadores de satisfacción para cada centro: la puntuación global de satisfacción (suma de los valores de las respuestas a las 8 cuestiones) y la tasa de problemas percibidos (número de preguntas con respuesta negativa dividido por el número de preguntas realizadas). Resultados: Los aspectos más representados en los poco vitales fueron el tiempo de espera para la cita y las molestias durante la exploración, pues ambos aparecían en los poco vitales de 4 de los 5 centros.

Había diferencias significativas entre los centros para la puntuación global de satisfacción (puntuación del cuestionario) ($p < 0,001$) y para la tasa de problemas percibidos ($p < 0,001$). Conclusión: Los aspectos más problemáticos desde el punto de vista de los pacientes son el tiempo de espera hasta el día de la cita y las molestias durante la exploración. Hay diferencias en la calidad percibida entre los centros participantes (Llerena et al, 2014).

Nivel de satisfacción de pacientes tras un procedimiento endoscópico y factores asociados, España. Autor: OE Trujillo-Benavides, AA Altamirano-García, P Baltazar-Montúfara, C Maroun-Maruna, R Méndez-del Monte, D Torres-Rubía. Antecedentes: La satisfacción del paciente representa una evaluación cognitiva o emocional sobre el desempeño del personal de salud, se basa en aspectos relevantes de su experiencia en la atención médica. Objetivo: Determinar el nivel de satisfacción de los pacientes tras un procedimiento endoscópico y los factores asociados, en el servicio de endoscopia gastrointestinal del Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza. Métodos: Se aplicó un cuestionario validado para evaluar la satisfacción de los pacientes tras un procedimiento endoscópico (mGHAA-9) a pacientes en quienes se realizó una gastroscopia o colonoscopia. Se evaluaron los factores que influyeron sobre la satisfacción del paciente. Resultados: Se aplicaron 200 cuestionarios; el porcentaje de respuesta fue de 89.5% El grupo se conformó por una mayoría de mujeres (65.4%, edad promedio 51.3 años). El puntaje promedio fue de 30.9 (máximo posible 35). En

la evaluación general los pacientes calificaron: excelente 60.9%, muy bueno 29.6%, bueno 8.9%, regular 0.6%. Los factores que más influyeron en la satisfacción fueron el tiempo de espera para la cita (OR 3.104), explicación y respuesta a preguntas (OR 2.961) y tiempo de espera para la realización del procedimiento (OR 2.408) Algunos factores no influyeron sobre la satisfacción fueron el género, la edad y la sedación empleada. Conclusiones: El nivel de satisfacción de pacientes sometidos a una esófagogastroduodenoscopia o colonoscopia es bueno. Los factores que más influyen en la satisfacción de estos usuarios están relacionados con la comunicación entre médico y paciente, así como el tiempo de espera para el estudio (Trujillo-Benavides et al., 2010).

Artículo: La Asociación de Enfermería en Endoscopia Digestiva premia a enfermeros de Málaga, Sevilla 10 ENE, 2015

Con este procedimiento, los profesionales de este Departamento del Hospital constataron que “las intervenciones de Enfermería, tales como la información del procedimiento, escucha activa de los signos verbales y no verbales, apoyo emocional, cercanía y contacto directo, entre otros, mejoraron de forma significativa el temor de la paciente tras el tratamiento” (Altamirano, 2015).

La Enfermería en el acto del cuidado: una estrategia prioritaria para los servicios de endoscopia digestiva. Autores: Dalia Glean Suárez. Licenciada en Enfermería.

Master en atención integral al niño. Titular sociedad cubana de Enfermería. Policlínico

“Antonio guiteras Holmes”. Resumen: La seguridad durante los procedimientos endoscópicos no ha recibido la atención de Enfermería apropiada en la literatura publicada. Siendo este análisis como objetivo principal un intento de evaluar los medios materiales y humanos disponibles para la sedación y el modo habitual de utilizarla en las unidades de endoscopia de atención primaria de salud. Considerando la endoscopia como un procedimiento seguro, existen peligros potenciales relacionados con cada procedimiento. Se realizó un estudio

descriptivo prospectivo, basado en la realización y análisis de una encuesta sobre buenas prácticas de Enfermería evaluando las informaciones obtenidas sobre las exploraciones realizadas (197 casos), los medios disponibles para la sedación y el nivel de sedación usado y deseable en cada exploración.

Finalmente, la sedación presentó una significativa menor percepción de molestias ($p<0.0001$), dolor, náusea y falta de aire ($p<0.001$); en el no sedado se encontró una dificultad para realizar la inserción endoscópica al primer intento ($p<0.001$). Los encuestados consideran necesaria sedación, sedante utilizado lidocaína al 10% spray en un (83%) con mejor apreciación de la enfermera en relación al no sedado ($p<0.015$). La endoscopía digestiva alta con sedación demostró ser significativamente mejor tanto para la enfermera como para el paciente. Los pacientes que se realizaron endoscopía bajo sedación acudirían mayoritariamente a un nuevo examen si fuera necesario. La práctica endoscópica de Enfermería reduciría aún más la baja frecuencia de complicaciones cardiovasculares y respiratorias con responsabilidad legal y moral en el ejercicio, de forma competente y segura (Glean, 2010).

1.3. Objetivos

1.3.1 *Objetivos generales*

Determinar la percepción de la calidad del cuidado enfermero brindado en el centro endoscópico del Hospital Regional de Ica.

1.3.2 *Objetivos específicos*

Identificar la percepción del paciente acerca de la calidad del cuidado que brinda la enfermera, según dimensión técnico-científico, en el centro endoscópico del Hospital Regional de Ica.

Identificar la percepción del paciente acerca de la calidad del cuidado que brinda la enfermera, según la dimensión interpersonal

Identificar la percepción del paciente acerca de la calidad del cuidado que brinda la enfermera, según la dimensión entorno.

1.4 Justificación

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la gastritis se ha convertido en una de las consultas más comunes en el mundo, tanto en los centros de salud públicos como privados y las complicaciones, si no se le da el tratamiento indicado, son diversas, entre ellas ulcera gástrica y aumento de riesgo de cáncer (Quintana & Huamani, 2019).

Una de las formas de diagnosticarla es mediante la endoscopia, razón por la cual este procedimiento ha aumentado significativamente en la actualidad, trayendo como consigo la especialización de los profesionales para poder brindar una ayuda al paciente de gastroenterología.

El paciente gastroenterológico es un ser que piensa y siente y como cualquier persona tiene temor a lo desconocido, a raíz de trabajo diario se pudo notar que los pacientes entraban a la sala de procedimientos ansiosos, temerosos y con dudas con respecto al procedimiento, entonces que estaba pasando, que estaba faltando para que se pueda cubrir todas esas necesidades; más tiempo con el paciente, más información.

Debido a ello es que surge el interés de realizar esta investigación para poder saber que sucede si todo está bien o si se está fallando en algún aspecto que conlleva a que el paciente se muestre ansioso; y así poder brindar alternativas de solución que mejoren la relación enfermera paciente, logrando organizar los recursos disponibles y así mejorar la calidad del cuidado.

Además, permitirá que el personal de enfermería pueda mejorar y reforzar conocimientos que permitan brindar una mejor atención al paciente, así como el manejo del estrés y ansiedad del paciente.

Por ello este trabajo servirá para conocer la percepción de la calidad del cuidado enfermero en el hospital regional de Ica.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1. *Percepción*

La percepción obedece a los estímulos cerebrales logrados a través de los 5 sentidos, vista, olfato, tacto, auditivo y gusto, los cuales dan una realidad física del entorno. Es la capacidad de recibir por medio de todos los sentidos, las imágenes, impresiones o sensaciones para conocer algo. También se puede definir como un proceso mediante el cual una persona selecciona, organiza e interpreta los estímulos, para darle un significado a algo. Toda percepción incluye la búsqueda para obtener y procesar cualquier información (Gutiérrez & Lázaro, 2019).

2.1.1.1. Áreas. Los principales campos investigados en percepción se asemejan a los sentidos clásicos, aunque esta no es una división que se sostenga hoy en día: visión, audición, tacto, olfato y gusto. A estos habría que añadir otros como la propiocepción o el sentido del equilibrio.

2.1.1.2. El proceso de la percepción. Tal como propuso Hermann von Helmholtz, es de carácter inferencial y constructivo, generando una representación interna de lo que sucede en el exterior al modo de hipótesis. Para ello se usa la información que llega a los receptores y se va analizando paulatinamente, así como información que viene de la memoria tanto empírica como genética y que ayuda a la interpretación y a la formación de la representación (Henríquez, 2011).

Mediante la percepción, la información recopilada por todos los sentidos se procesa, y se forma la idea de un sólo objeto. Es posible sentir distintas cualidades de un mismo objeto, y mediante la percepción, unir las, determinar de qué objeto provienen, y determinar a su vez que este es un único objeto.

De este modo, la simple respuesta a las sensaciones, es decir al efecto directo de los estímulos, no fue suficiente; la evolución desarrolló paulatinamente formas de recuperar la implicación que tenían los estímulos en relación a los objetos o procesos de los que provenían; formándose así los procesos perceptuales.

2.1.1.3. La Percepción ¿aprendida o heredada? Diversas investigaciones han demostrado que algunos factores básicos de la percepción son biológicos y en la mayoría de los casos cumplen funciones adaptativas. Otros estudios han demostrado que la percepción es el resultado, en gran medida, de la ampliación y/o readaptación de las capacidades perceptivas innatas. No obstante, son más los estudios que han arrojado datos ambiguos y poco representativos.

La percepción presenta una evidente flexibilidad, dado que puede ser modificada por nuestra experiencia. En este sentido juegan un papel muy importante los criterios de aprendizaje discriminativo, condicionamiento clásico y operante.

2.1.1.4. Percepción Extrasensorial. La percepción extrasensorial (ó PES) se entiende como el tipo de percepción que no requiere de los sentidos ordinarios. Consiste en varios tipos de fenómenos de transferencia de energía e información que no es explicable a través de mecanismos físicos o biológicos conocidos (Vitaluña et al., 2012).

2.1.1.5. Características de la percepción: La percepción de un individuo es subjetiva, selectiva y temporal:

A. Subjetiva: Ya que las reacciones a un mismo estímulo varían de un individuo a otro. Ante un estímulo visual, se derivan distintas respuestas, dependiendo de sus necesidades en ese momento o de sus experiencias.

B. La condición selectiva: En la percepción es consecuencia de la naturaleza subjetiva de la persona que no puede percibir todo al mismo tiempo y selecciona su campo perceptual en función de lo que desea percibir.

C. Temporal: Ya que es un fenómeno a corto plazo. La forma en que los individuos llevan a cabo el proceso de percepción evoluciona a medida que se enriquecen las experiencias, o varían las necesidades y motivaciones de los mismos (Vitaluña et al., 2012).

2.1.1.6. Teorías sobre la percepción

Las posiciones teóricas más importantes sobre la percepción son la teoría empirista y la teoría innatista.

A. Teoría empirista de la percepción. También llamada teoría asociacionista. Desde esta óptica la percepción tiene como base sensaciones más o menos caóticas que el sujeto perceptor ordenará posteriormente. La organización de la percepción siempre se efectúa desde conocimientos previos de la realidad.

El sujeto que percibe es pasivo en un principio y se limita a recibir los estímulos externos para luego proceder activamente y organizar el "mosaico" de la percepción. El empirismo clásico fue una corriente importante cuyos representantes son Hume, Hartley y Wundt, entre otros.

Esta corriente se denomina constructivismo, y considera que la percepción no puede aislarse de la actividad cognitiva del sujeto. En el acto de la percepción el sujeto proyecta su atención hacia determinadas características ambientales y entonces muestrea, es decir, selecciona cierta cantidad de información de los objetos y estímulos recibidos. A la vez, esta información activará o modificará los esquemas en que se encuadrará la percepción, dándole un significado (Farfán, 2016).

B. Teoría innatista o de la forma. Presupone la existencia de un sujeto que percibe mediante unas capacidades innatas (de nacimiento, no adquiridas). Los datos de la experiencia vendrían organizados automáticamente en el mismo acto de la percepción cuando vemos las cosas. No unificamos los datos dispersos de la sensación como si fuera un rompecabezas, sino que percibimos el mosaico total, directa e indirectamente.

La escuela de la Gestalt ha considerado el concepto de organización como resultado directo de los procesos sensoriales. No existen sensaciones puras sino sensaciones organizadas. La organización perceptiva sería el resultado de los procesos físicos que tienen lugar en la corteza cerebral. Habría un cierto isomorfismo (una igualdad de forma) entre la estimulación externa y los efectos que ésta produce en el cerebro. Así pues, nuestra percepción sería el resultado de una adaptación biológica al medio. No cabría la posibilidad de plantearnos si lo que percibimos es una mera realidad subjetiva o una correspondencia con lo que es realidad en nuestro umbral de percepción. La visión que la percepción nos proporciona está ordenada en sí misma, estructurada con los caracteres propios de un todo. Las partes de la percepción dependen del todo de la percepción (Farfán, 2016).

2.1.2. Calidad de la atención de la salud

Es el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud.

2.1.2.1. Definición de calidad:

A. Absolutista: Yo quiero lograr lo más posible, en el nivel de la salud de mi paciente. Muchas veces esto implica el indicar muchos estudios, a veces se hace un estudio y no estoy conforme por eso mando hacer otro estudio. Yo quiero hacer todo lo posible por mi paciente, gráficamente es como el practicar una higiene muscular con todo el equipo posible, con toda la tecnología disponible y en un sujeto que esté dispuesto a que yo lo fije, lo varíe y le haga muchas cosas. Esto es la definición absolutista y está un poco más cercana a la media (Elías, 2017).

B. Individualista: El paciente como sujeto es el que sufre, del que tomo muestra de sangre, el que paga por los estudios que yo le pida, y no necesariamente, va a ser igual su definición de calidad a la que yo tengo como médico, yo como médico si no estoy seguro que mi paciente tenga cáncer, voy a sugerirle: vamos a realizarle una biopsia, o una intervención

quirúrgica; pero el paciente puede decir, bueno y que me ofrece usted a cambio de esta nueva vida, ¿el que usted sepa exactamente si yo tengo cáncer va a prolongar mi vida? y puede ser que la respuesta sea no (Elías, 2017).

C. Social: Nosotros tenemos unos bienes comunes y que son los recursos que tiene la sociedad para gastar en la salud de la población, el que yo le dé a un sólo individuo, implica que ya no va a estar disponible para el siguiente paciente que se presente, en una definición social se busca lograr el mayor beneficio, pero ello implica que algunos individuos puedan no llegar a recibir todos los beneficios, esto es un beneficio de la mayoría de la sociedad (Sarmiento & Paredes, 2019).

La Calidad de Atención en Salud no puede definirse desde el punto de vista exclusivo de un actor del sistema de salud. Cada uno de ellos: paciente, prestador, asegurador o entidad rectora- tiene una percepción diferente, que, sin contradecir y estando de acuerdo con la de los demás, hace énfasis en aquel o aquellos determinantes que más valora.

Para el paciente, por ejemplo, aspectos tales como la amabilidad y disponibilidad de tiempo del prestador, las características físicas del sitio en donde recibe la atención, el tiempo que transcurre entre el momento en que solicita el servicio y efectivamente lo recibe, y los resultados y las complicaciones del proceso, son características que puede evaluar fácilmente y que, por lo tanto, determinan su valoración de la calidad. Por el contrario, la idoneidad del prestador y el nivel de actualización de la tecnología empleada durante su atención, son aspectos que no puede evaluar y que, por eso mismo, da por hechos.

El resumen anterior sirve para ilustrar cómo la calidad en salud no depende de una sola característica, sino de múltiples aspectos, cada uno apreciado y valorado de manera diferente según el actor del sistema de que se trate.

Es por lo anterior que los expertos (Donnabidian, Ruelas e Instituto de Medicina de los Estados Unidos) entienden y definen CALIDAD EN SALUD en términos de la sumatoria de los resultados de todas las dimensiones que la soportan (Ariza, 2015).

2.1.2.2. Dimensiones de la calidad. Avedis Donavedian, considerado el padre de la calidad, propone tres dimensiones: los aspectos técnicos de la atención, las relaciones interpersonales que se establecen entre proveedor y usuario y el contexto o entorno de la atención.

Tales dimensiones se expresan de la siguiente manera:

A. Dimensión Técnico – Científica. Referida a los aspectos científicos técnicos de la atención, cuyas características básicas son:

- Efectividad, referida al logro de cambios positivos (efectos) en el estado de salud de la población.
- Eficacia, referida al logro de los objetivos en la prestación del servicio de salud a través de aplicación correcta de las normas y técnicas administrativas;
- Eficiencia, uso adecuado de recursos estimados para obtener los resultados esperados; - Continuidad, prestación ininterrumpida del servicio, sin paralizaciones o repeticiones innecesarias;
- Seguridad, la forma en que se prestan los servicios de salud determinada por la estructura y los procesos de atención que buscan optimizar los beneficios y minimizar los riesgos para la salud del usuario;
- Integralidad, que el usuario reciba las atenciones de salud que su caso requiere y que se exprese un interés por la condición de salud del acompañante.

B. Dimensión Humana. Referida al aspecto interpersonal de la atención, y que a su vez tiene las siguientes características:

1. Respeto a los derechos, a la cultura y a las características individuales de la persona;
2. Información completa, veraz, oportuna y entendida por el usuario o por quien es responsable de él o ella;
3. Interés manifiesto en la persona, en sus percepciones, necesidades y demandas, lo que es asimismo válido para el usuario interno;
4. Amabilidad, trato cordial, cálido y empático en la atención;
5. Ética, de acuerdo con los valores aceptados por la sociedad y los principios ético-deontológicos que orientan la conducta y los deberes de los profesionales y trabajadores de la salud.

C. Dimensión del Entorno. Referida a las facilidades que la institución dispone para la mejor prestación de los servicios y que generan valor agregado para el usuario a costos razonables y sostenibles: Implica un nivel básico de comodidad, ambientación, limpieza, orden, privacidad y el elemento de confianza que percibe el usuario por el servicio (Ariza, 2015).

2.1.2.3. Teoría de la calidad de Avedis Donabedian: El autor de la teoría presente propuso en 1980 una definición de calidad asistencial que ha llegado a ser clásica y que formulaba de la siguiente manera: "Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes" (Ruiz-Cerino et al., 2020).

Años más tarde, concretamente en 1989, la International Organization for Standardization (ISO) definió que: "Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado". Esta definición que gozó desde el inicio de una amplia aceptación, transmite dos conceptos fundamentales. El primero de ellos

es que la calidad de la asistencia puede medirse y de otro lado que la calidad es el grado de cumplimiento de un objetivo y por tanto depende de cómo se define éste. Efectivamente, el concepto de calidad varía en función de quién lo utiliza y en consecuencia la idea de calidad será distinta cuando la aplica la administración, la gerencia del centro, que cuando el término es aplicado por los profesionales y aún por los usuarios. Sin embargo, es evidente que estas tres ideas distintas de la calidad se entrelazan y se encuentran en una zona común.

En 1991 la Organización Mundial de la Salud afirmó que: "Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite" (*WHO working group*, 1989).

A. Pensamiento de Abedis Donabedian. Sus respuestas las iremos colocando de manera secuencial ya que sus palabras nos relevan de mayor comentario:

1. "La calidad que se observa en el hospital realmente está limitada a la competencia técnica y, más recientemente, a la atención superficial al proceso interpersonal. Mantenga contento al paciente, sea amable con el paciente, llámelo señor o señora; recuerde su nombre. La idea que los pacientes deben involucrarse en su atención en general no es practicada de manera responsable. Hoy día la gente habla de autonomía del paciente, pero por lo general eso se traduce en abandono del paciente. El médico debe trabajar diligentemente con el paciente a fin de llegar a una solución que a fin de cuentas sea aceptable para este, pero no sea dirigida. El papel del médico es asegurarse activamente de que el paciente llegue a una decisión razonable, pero sin ser manipulador".

2. "Muchos médicos se esconden tras el alegato de que son buenos clínicos pero que el sistema está mal, sin darse cuenta de que ellos son el aspecto clave del sistema.

3. El sistema es responsabilidad de los médicos y de los dirigentes de los hospitales (...).".

4. "Creo que los servicios de los hospitales son un desastre. He visto a tantas enfermeras de tiempo parcial trabajando en horarios distintos. Van y vienen. A menudo no podía saber si estaba tratando con una enfermera, un técnico, un médico de guardia o un asistente. Vi una discontinuidad rapante en la atención de enfermería y muchas enfermeras pobremente formadas, especialmente en los fines de semana (...).".

5. "En las escuelas de medicina o enfermería no se enseña administración del sistema. Y luego se pone a médicos y enfermeras a cargo de sistemas que suelen estar bajo presiones financieras de corto plazo. Estas presiones son reales, pero el objetivo de los buenos sistemas debe ser lidiar con ellas".

6. "Nunca he estado convencido de que la competencia por sí sola pueda mejorar la eficiencia o la eficacia de la atención y ni siquiera de que pueda reducir el costo de la atención. Creo que la comercialización de la atención es un gran error. La salud es una misión sagrada. Es una empresa moral y una empresa científica, pero ni una empresa comercial en sentido estricto. No estamos vendiendo un producto. No tenemos un cliente que entiende todo y hace elecciones razonables - y en ello también me incluyo a mí mismo. Los médicos y las enfermeras son guías de algo muy valioso. Su labor es una suerte de vocación y no simplemente un trabajo; los valores comerciales no alcanzan a captar lo que ellos hacen por los pacientes y por la sociedad en su conjunto".

7. "Siempre he estado a favor de la práctica de grupos de prepaga como método para proveer la atención médica, reducir las barreras al acceso e incrementar la equidad en la distribución de los servicios. La atención gerenciada prometía una manera más coherente,

integrada y coordinada para proveer la atención. Muchos de los aspectos fundamentales de las HMOs de hoy son aquellas que yo propuse desde el principio. Pero siempre partí de la base de que las HMO estarían diseñadas con el objetivo de prestar atención, no de reducir costos. No tiene nada de malo buscar eficiencia, pero la reducción de costos por sí sola no produce eficiencia y definitivamente no mejora al paciente. Las HMO de hoy son buenas para medir los costos, pero le ponen poca atención a la medición de los efectos. Esta falla para ver los resultados limita todas las razones por las cuales tantos de entre nosotros estábamos interesados en la práctica de los grupos de prepaga en el principio. Aun hoy yo estaría entusiasmado por las HMO si se quitaran las presiones financieras que se ejercen sobre los médicos. El reto es conservar cierto control sobre los costos sin crear un conflicto de intereses con los médicos al ligar su paga a la reducción de los costos de los pacientes. Mi solución estaría basada en la probidad moral y científica de los practicantes más que en incentivos financieros”.

La conciencia en los sistemas y el diseño de los sistemas son importantes para los profesionales de la salud, pero no bastan. Sólo son mecanismos potenciadores. Lo esencial para el éxito de un sistema es la dimensión ética de los individuos. A fin de cuentas, el secreto de la calidad es el amor. Uno debe amar a su paciente; uno debe amar su profesión; uno debe amar a su Dios. Si tienes amor, entonces puedes volver la mirada para monitorear y mejorar el sistema. El comercialismo no debe ser una fuerza central en el sistema (Rondón & Salazar, 2009).

2.1.2.4. Filosofía de la calidad total

1. La persona que hace el trabajo es la que mejor lo conoce.
2. Las personas quieren estar involucradas y hacer bien su trabajo
3. Cada persona quiere sentirse con capacidad de contribuir al mejoramiento.
4. Trabajando juntos se logra mejorar más.
5. Procesos estructurados de solución de problemas producen mejores resultados.

6. Las técnicas gráficas de solución de problemas permiten mejor visualización.
7. No se logra mucho buscando culpables. Se logra más analizando el sistema.
8. Mejorar calidad al remover causas de problemas en el sistema, inevitablemente conduce hacia una mejoría de la productividad.
9. Colaboración es mejor que rivalidad.
10. En cada organización hay "piedras preciosas".

2.1.2.5. Fundamentos

1. Identificación de la cadena cliente proveedor.
2. La principal fuente de defectos de calidad son problemas en los procesos.
3. Extender la variabilidad de los procesos es clave para mejorar la calidad.
4. Identificación de procesos vitales.
5. Estrategias basadas en pensamientos científicos y herramientas estadísticas.
6. Involucramiento total de los empleados en todos los niveles.
7. La pobre calidad es costosa (Sarmiento & Paredes, 2019).

2.1.3. Cuidado enfermero

El “cuidado” constituye el foco principal del profesional enfermero. En un sentido genérico, Leninger define como “aquellos actos de asistencia, de soporte o facilitadores que van dirigidos a otro ser humano o grupo con necesidades reales o potenciales, con el fin de mejorar o aliviar las condiciones de vida humana”

Dorothea Orem define el cuidado como “una actividad orientada hacia el objetivo de satisfacer necesidades determinadas”. Desde la perspectiva del autocuidado lo explica como “una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”. Define los sistemas de enfermeros

como series y secuencias de acciones prácticas de las enfermeras que actúan para proteger y regular el desarrollo de la actividad de autocuidado de los pacientes (Orozco & López, 2019).

Entonces sí, Brindar cuidados significa ser responsable de proveer o encargarse de individuos que dependen de otros por sus condiciones o estado de salud podemos conceptualizar el Cuidado Enfermero como “conjunto de funciones que desarrolla la enfermera (o) en la atención y cuidado al usuario, fundamentadas en la relación interpersonal y en el dominio de lo técnico-científico orientada a comprender a la persona usuaria en el entorno en el que se desenvuelve, actuando en la prevención, la curación y la rehabilitación de la persona en el proceso salud-enfermedad”.

2.1.3.1. Atributos del cuidado de enfermería. Constituye la esencia de la profesión, pero con una mirada global se debe considerar como un medio para lograr un fin que es propender a la salud de las personas se basa en el respeto a las personas

1. Es intencional, es planificado, es dirigido.
2. Es un proceso, tiene etapas.
3. Es relacional, es un proceso interpersonal.
4. Su carácter es personal ya que implica una interacción profesional.
5. Competente, requiere preparación profesional.
6. Se da en un contexto, no es aislado.

La Enfermería se ha caracterizado por ser una profesión de servicio y cuya esencia es el respeto a la vida y el cuidado del ser humano; correspondiéndole para ello, realizar el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud presentes o potenciales. La noción del cuidado ocupa un lugar central y fundamental en el discurso de nuestra profesión y constituye un modo de ser (Céspedes & Lévano, 2020).

La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que este realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible (Araya & Córdoba, 2006).

2.1.3.2. Cuidado enfermero en el procedimiento endoscópico

Antes del procedimiento:

1. Comprobar el correcto funcionamiento de la torre de endoscopia y del endoscopio.
2. Preparar el material y la medicación necesaria para la realización del procedimiento.
3. Acoger al paciente e identificarlo con la Solicitud de procedimiento.
4. Proporcionar un camisón abierto para que se cambie.
5. Verificación del grado de conocimiento que tiene sobre el procedimiento y su preparación asesorando tanto al paciente como a su familia sobre Educación para la Salud.
6. Comprobar que el paciente viene adecuadamente preparado.
7. Verificar que los Consentimientos Informados han sido comprendidos y firmados, despejando cualquier duda.
8. Comprobar la administración de medicación si esta prescrita y el nivel de glucemia si el paciente es diabético.
9. Monitorización y registro de las constantes vitales, diuresis y deposiciones.

10. Explicar al paciente que debido a la sedo-analgesia no debe conducir ni realizar tareas que requieran atención hasta el día siguiente.
11. Preguntarle al paciente si padece problemas cardiorrespiratorios u otras enfermedades importantes, así como alergias medicamentosas.
12. Canalizar un acceso venoso en la mano no-dominante.
13. Verificar posibles alergias y enfermedades importantes.
14. Retirar prótesis dentales y otros objetos metálicos.
15. Disponer al paciente en decúbito lateral izquierdo.
16. Administración de sedo-analgesia según prescripción facultativa.

Registrar todas las actuaciones según protocolos establecidos en soporte informatizado:

Durante del procedimiento:

1. Lubricar el endoscopio.
2. Colaborar en la introducción y retirada del endoscopio.
3. Vigilar el estado del paciente y sus constantes vitales, además de la posible aparición de una excesiva distensión abdominal.
4. Colaborar con el paciente en la adopción de las posturas necesarias para el procedimiento.
5. Instrumentar según se precise (mucosectomía, biopsia, citología, esclerosis, polipectomía, etcétera).
6. Registrar todas las actuaciones según protocolos establecidos en soporte informatizado.

Después del procedimiento:

1. Retirar los restos de lubricante tras el procedimiento, cuidando de que el paciente esté confortable.
2. Identificar y enviar las muestras recogidas al laboratorio.
3. Vigilar la recuperación del paciente y retirar la monitorización.
4. Facilitar el acceso a la información al paciente y su familia.
5. Lavar y desinfectar el endoscopio y material utilizado según protocolo.
6. Preparar el material y la sala para el siguiente procedimiento.
7. Trasladar al paciente a la Sala de Cuidados.
8. Registrar todas las actuaciones según protocolos establecidos en soporte informatizado.
9. Monitorización y registro de constantes vitales y diuresis.
10. Observar grado de consciencia del paciente.
11. Facilitar el acceso a la información al paciente y su familia.
12. Iniciar tolerancia dependiendo del estado del paciente.
13. Tras su recuperación según la escala de valoración de alerta/sedación, el paciente será dado de alta a domicilio, entregándole el informe del procedimiento y las recomendaciones de Enfermería.
14. Registrar todas las actuaciones según protocolos establecidos en soporte informatizado (Alcolea et al., 2012).

2.1.4. Endoscopia

La endoscopia es una técnica diagnóstica, utilizada en medicina, que consiste en la introducción de una cámara o lente dentro de un tubo o endoscopio a través de un orificio natural, una incisión quirúrgica o una lesión para la visualización de un órgano hueco o cavidad corporal.

El endoscopio es un instrumento (producto sanitario) en forma de tubo, este puede ser rígido o flexible el cual contiene una luz y una óptica que permite la visualización del interior de un órgano hueco o una cavidad corporal, introduciéndolo mediante un agujero natural o una pequeña incisión quirúrgica. El procedimiento diagnóstico que utiliza cualquier tipo de endoscopio se llama endoscopia (Rodríguez, 2018).

El endoscopio es un instrumento que se utiliza para observar dentro de una cavidad, conducto u órgano hueco. Está conformado por una sonda flexible la cual presenta una luz que permite que la cavidad sea observable y una cámara en el extremo de la sonda. Se utiliza introduciendo el instrumento a través de un orificio natural del cuerpo como la boca, el recto o la uretra, o también a través de una incisión. El endoscopio es un instrumento que ha permitido el desarrollo y la especificidad en la medicina, influyendo tanto en la prevención, diagnóstico y pronóstico de muchas enfermedades (Rodríguez, 2018).

El término endoscopia propiamente se emplea para señalar el estudio que se realiza al tubo digestivo con ayuda de un tubo flexible y los hay de dos tipos: endoscopio de fibra óptica y el video-endoscopio.

El estudio de endoscopia se divide a grandes rasgos en cuatro grupos:

- Panendoscopia o endoscopia alta.
- Endoscopia baja.
- Esofago-duodenoscopia o revisión completa del tubo digestivo.
- Colangiopancreatografía endoscópica o CPRE.

2.14.1. Preparación para el examen. La preparación para el examen varía dependiendo de la prueba. En algunos casos basta solo con estar en ayunas, la colocación. Por ejemplo, no se necesita ninguna preparación para una anoscopia, mientras que se necesita una dieta especial y laxante para prepararse para una colonoscopia.

Todos estos exámenes causan molestia o dolor. Algunos de ellos se hacen después de administrar sedantes y analgésicos (Dávila & González, 2017).

2.1.4.2. Indicaciones de la endoscopia. Los endoscopios fueron creados originalmente para examinar partes del cuerpo que no podían examinarse de ninguna otra manera. Ésta es aún una razón común para utilizarlos, pero la endoscopia actualmente también tiene muchos otros usos. Esta sección se enfocará en su función para la prevención, detección temprana, diagnóstico, clasificación de la etapa y tratamiento del cáncer.

1. Para la prevención y realización de pruebas de detección del cáncer
2. Para encontrar cáncer en sus etapas iniciales
3. Descubrir las causas de los síntomas
4. Observar problemas encontrados durante los estudios por imágenes
5. Para diagnosticar y determinar la etapa (extensión) del cáncer
6. Para extraer una muestra de tejido
7. Para capturar mejores imágenes
8. Para tratar el cáncer
9. Los endoscopios pueden ser usados para extirpar o destruir cánceres pequeños.
10. Cirugía para extirpar el tumor canceroso

Para aliviar los síntomas del cáncer en etapa avanzada. (*American Cancer Society*, 2012).

2.1.4.3. Procedimiento. Hay muchos tipos distintos de procedimientos endoscópicos, y la experiencia de someterse a uno puede variar mucho de un tipo a otro. La tabla a

continuación muestra algunos de los datos clave de las formas más comunes de endoscopias.

Esta tabla no incluye cirugías mínimamente invasivas.

2.1.4.4. Datos sobre algunos tipos de endoscopia más comunes

comunes

Tipo de endoscopia	Preparación especial (por lo general comienza la noche anterior)	¿Se realiza comúnmente en la sala de operaciones (quirófano)?	Tipo usual de anestesia *	Tiempo aproximado que toma
Enteroscopia	Ayuno ⁺ , dieta líquida y laxante/enema	No	Sedación o general	(De 45 a 90 minutos)
	si se usa entrada anal			
Laringoscopia	Ayuno ⁺	No	Local o general	15 minutos a 1 hora
Endoscopia superior	Ayuno ⁺	No	Local y sedación	15 a 30 minutos

Sigmoidoscopia flexible	Dieta líquida, laxante/enema	No	Usualmente ninguna	15 a 30 minutos
Colonoscopia	Dieta líquida, laxante/enema	No	Sedación leve	30 a 60 min

Fuente: Datos de la Americana Cancer Society

- Ayunar, significa no comer por cierto periodo de tiempo antes del procedimiento. La anestesia consiste del uso de medicamentos que hacen que no sienta dolor durante el procedimiento. Existen dos tipos diferentes de anestesia:
- Local se refiere al área de alcance adormecida por la cual se atraviesa el instrumento, pero usted permanece despierto.
- Sedación se refiere a que permanece despierto, pero se administran medicamentos para hacerle sentir somnoliento y relajado.
- General se refiere al uso de medicamentos que le hacen dormir profundamente. La experiencia de la gente también puede variar dependiendo de la salud que tengan y lo que se necesite hacer (tal como si se tomarán o no muestras de biopsia) (*American Cancer Society*, 2012).

2.1.5. Informe Belmont

La investigación científica ha producido grandes beneficios sociales. También ha planteado algunos dilemas éticos difíciles.

Los códigos consisten en reglas, algunas generales, otras específicas, que guían a los investigadores o a los inspectores de investigaciones en su trabajo.

En esta declaración se identifican tres principios o conceptos generales establecidos que se relacionan con las investigaciones que incluyen sujetos humanos.

2.1.5.1. Distinción Entre Práctica e Investigación. Es importante distinguir entre investigación biomédica y de comportamiento por un lado y la práctica de terapia aceptada por el otro.

Si hay un elemento de investigación en una actividad, esa actividad debe someterse a inspección como protección para los sujetos humanos.

2.1.5.2. Principios Éticos Básicos. La expresión "principios éticos básicos" se refiere a aquellos conceptos generales que sirven como justificación básica para los diversos principios éticos y evaluaciones de las acciones humanas.

A. Respeto a las Personas

El respeto a las personas incorpora cuando menos dos convicciones éticas: primero, que los individuos deberán ser tratados como agentes autónomos y segundos, que las personas con autonomía disminuida tienen derecho a ser protegidas.

Respetar la autonomía significa dar valor a las opiniones y elecciones de personas autónomas al mismo tiempo que se evita obstruir sus acciones, a menos que éstas sean claramente en detrimento de otros.

Sin embargo, no todos los seres humanos son capaces de hacer decisiones propias. Algunas personas necesitan protección completa, al punto de excluirlos de actividades que puedan lastimarlos;

En la mayoría de los casos de investigación incluyendo sujetos humanos, el respeto a las personas exige que los sujetos participen en la investigación voluntariamente y con información adecuada.

B. Beneficencia

El concepto de tratar a las personas de una manera ética, implica no sólo respetar sus decisiones y protegerlos de daños, sino también procurar su bienestar. Este trato cae bajo el principio de beneficencia. Con frecuencia, el término "beneficencia" se entiende como actos de bondad o caridad que van más allá de la estricta obligación. En este sentido se han formulado dos reglas generales como expresiones complementarias de beneficencia: (1) no hacer daño; y (2) acrecentar al máximo los beneficios y disminuir los daños posibles.

El principio de beneficencia con frecuencia tiene una función bien definida y justificada en muchas áreas de investigación que incluyen sujetos humanos.

C. Justicia

¿Quién debe recibir los beneficios de la investigación y soportar su responsabilidad? Esto es una cuestión de justicia, en el sentido de "justicia en la distribución" o "lo que se merece". Una injusticia ocurre cuando un beneficio al que una persona tiene derecho se niega sin razón válida o cuando se impone una responsabilidad indebidamente. Otra manera de interpretar el principio de justicia es que los iguales deben tratarse con igualdad.

Por muchos años las cuestiones de justicia se han asociado con prácticas sociales, tales como castigo, impuestos y representación política.

2.1.5.3. Aplicaciones. Las aplicaciones de los principios generales de la conducta de investigación nos llevan a considerar los siguientes requisitos: consentimiento informado, evaluación de riesgo/beneficio y la selección de sujetos de investigación.

A. Consentimiento Informado

El respeto a las personas requiere que se dé a los sujetos, en la medida en que sean capaces, la oportunidad de elegir lo que les sucederá. Esta oportunidad se proporciona cuando se satisfacen las normas adecuadas para obtener un consentimiento informado. Puede ser analizado comprendiendo tres elementos: información, comprensión y voluntad.

- **Información**

La mayoría de los códigos de investigación establecen puntos específicos de declaración que tienen por objeto asegurar que se proporcione suficiente información a los sujetos. Estos puntos generalmente incluyen: el procedimiento de la investigación, sus propósitos, riesgos y beneficios anticipados, procedimientos alternos (cuando se incluye terapia) y una declaración ofreciendo al sujeto la oportunidad de hacer preguntas y retirarse en cualquier momento de la investigación.

Un problema especial de consentimiento se plantea cuando el informar a los sujetos de algún aspecto pertinente a la investigación puede invalidar la investigación.

En todos los casos de investigación que involucren declaración incompleta, la investigación es justificada sólo si es claro que la declaración incompleta es realmente necesaria para lograr los objetivos de la investigación,

Nunca debe retenerse la información sobre riesgos con el propósito de facilitar la cooperación de los sujetos y siempre se deben dar respuestas verdaderas a preguntas directas sobre la investigación. Se debe tener cuidado en distinguir casos en los cuales la investigación se invalidaría con una declaración completa, de los casos en los cuales la declaración completa simplemente incomodaría al investigador.

- **Comprensión**

La manera y el contexto en que se comunica la información son tan importantes como la información misma. Aun cuando siempre existe una obligación de asegurarse que la información sobre riesgo a sujetos sea comprendida completa y adecuadamente, cuando los riesgos son más serios, la obligación es mayor. En ocasiones puede ser adecuado hacer una prueba de comprensión ya sea oral o escrita.

Las terceras personas escogidas deberán ser aquellas que estén en las mejores condiciones de entender la situación del sujeto incompetente y actúen en el mejor interés de esa persona.

- **Calidad de Voluntario**

La aceptación de participar en una investigación constituye un consentimiento válido sólo si se ha hecho voluntariamente. Este elemento del consentimiento informado exige condiciones libres de coerción y de influencia indebida. La coerción ocurre cuando una persona presenta intencionalmente a otra una amenaza evidente de daño para lograr su consentimiento.

B. Evaluación de Riesgos y Beneficios

La evaluación de riesgos y beneficios requiere una serie de datos relevantes, incluyendo, en algunos casos, medios alternos de obtener los beneficios que se buscan en la investigación. Así, la evaluación presenta una oportunidad y una responsabilidad de reunir información sistemática y amplia acerca de la investigación propuesta. La exigencia de que la investigación se justifique en base a una evaluación favorable de riesgos y beneficios está íntimamente relacionada con el principio de beneficencia, del mismo modo que la exigencia moral de que se obtenga consentimiento informado se deriva primordialmente del principio de respeto a las personas.

Los riesgos y beneficios de la investigación pueden afectar a sujetos individuales, a las familias de los sujetos y a la sociedad en general (o grupos especiales de sujetos en la sociedad). Por otra parte, algunos intereses aparte de los del sujeto pueden en ocasiones ser suficientes por sí mismos para justificar riesgos en la investigación, siempre y cuando los derechos de los sujetos se hayan protegido. Así, la beneficencia exige que protejamos a los sujetos contra el riesgo de daño y también que consideremos la pérdida de beneficios importantes que podrían obtenerse de la investigación.

C. Selección de Sujetos

Así como el principio del respeto a las personas encuentra su expresión en la exigencia de consentimiento y el principio de beneficencia en la evaluación de riesgos/beneficios, el principio de justicia sostiene las exigencias morales de que existan procedimientos y resultados justos en la selección de sujetos.

La justicia se relaciona con la selección de sujetos de investigación a dos niveles: el social y el individual. La justicia individual en la selección de sujetos requiere que los investigadores muestren imparcialidad: o sea que no deben ofrecer investigación potencialmente beneficiosa sólo a algunos pacientes que estén a su favor o bien seleccionar sólo personas "indeseables" para investigaciones que implican riesgos. La justicia social exige que se marque una distinción entre clases de sujetos que deben o no deben participar en un tipo particular de investigación, basándose en la habilidad de los miembros de esa clase de soportar responsabilidades y en la conveniencia de aumentar las responsabilidades de personas que ya las tienen.

Cuando se propone una investigación que presenta riesgos y no incluye un componente terapéutico, se debe invitar primero a que acepten estos riesgos de investigación a personas de clases menos incomodadas, excepto cuando la investigación está directamente relacionada con las condiciones específicas de las clases involucradas. Asimismo, aun cuando los fondos públicos para investigación pueden seguir la misma ruta que los fondos públicos para tratamiento médico, parece injusto que la población dependiente de cuidados médicos constituya un grupo preferido para elegir sujetos de investigación, si es aparente que la población con más recursos recibirá los beneficios (Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos, 1979).

2.1.6. Definición de conceptos básicos

Percepción: La noción de percepción deriva del término latino *perception* y describe tanto a la acción como a la consecuencia de percibir (es decir, de tener la capacidad para recibir mediante los sentidos las imágenes, impresiones o sensaciones externas, o comprender y conocer algo (Echevarría, 2018) .

Calidad del cuidado: Es un conjunto de propiedades inherentes a un objeto que le confieren capacidad para satisfacer necesidades implícitas o explícitas. Por otro lado, la calidad de un producto o servicio es la percepción que el cliente tiene del mismo, es una fijación mental del consumidor que asume conformidad con dicho producto o servicio y la capacidad del mismo para satisfacer sus necesidades (Daza & Medina, 2006).

Cuidado: Es la acción de cuidar (preservar, guardar, conservar, asistir). El cuidado implica ayudarse a uno mismo o a otro ser vivo, tratar de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio (Echevarría, 2018).

Endoscopia: Es una forma de mirar dentro del cuerpo mediante una sonda flexible que tiene una pequeña cámara en su extremo. Este instrumento se denomina endoscopio (Hinostroza & Flores, 2019).

A través de un endoscopio se pueden introducir instrumentos pequeños y usarse para: Observar en detalle un área en el interior del cuerpo, tomar muestras de tejidos anormales, extraer cuerpos extraños (Dávila & González. 2017).

III. MÉTODO

3.1. Tipo de Investigación

a. Tipo de estudio:

Descriptivo, diseño de corte transversal.

3.2. Ámbito temporal y espacial:

La investigación se realizará en el Centro endoscópico de gastroenterología del Hospital Regional de Ica.

3.3. Variables

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Indicadores
Percepción de la calidad del cuidado	Percepción	Componente técnico	Efectividad: Eficacia: Eficiencia: Continuidad: Seguridad: Integridad:	Cambios positivos Logro de objetivos Uso de recursos disponibles Sin interrupciones Evitar riesgos Un todo
		Componente interpersonal	Respeto Información Amabilidad Interés	Veraz y oportuna
	Calidad del cuidado	Componente entorno	Orden Ventilación Iluminación Privacidad	Cantidad de aire y luz adecuada Protección de intimidad

3.4. Población y muestra.

Año 2016	Número de pacientes atendidos
Enero	55
Febrero	56
Marzo	62
Abril	60
Mayo	75
Junio	52
Julio	58
Agosto	55
Setiembre	51
Octubre	69
Noviembre	58
Diciembre	68
Total	719

Al dividir el total entre los 12 meses sale una cantidad de 60 pacientes a quienes se les aplicaran una encuesta.

- **Criterios de inclusión:**

Pacientes de 18 a 65 años de edad.

Pacientes que acepten voluntariamente participar en la encuesta.

Pacientes sin alteraciones mentales.

Pacientes provenientes de consultorio externo.

- **Criterios de exclusión:**

Pacientes menores de 18 y mayores de 65 años.

Pacientes con alteración del estado de la conciencia.

Pacientes bajo efectos de sedación.

Pacientes a quienes su estado de salud les impide concentrarse (hospitalizados).

3.5. Instrumentos.

La técnica sería la entrevista y el instrumento sería la aplicación de la encuesta.

La encuesta estará dividida en un antes, durante y después del procedimiento endoscópico, enmarcando las interrogantes dentro de las dimensiones de la calidad:

técnico, interpersonal y del entorno.

Estará enumerado el 1 al 20 de las cuales tenemos:

Dimensión técnica: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7

Dimensión interpersonal: 8, 9, 10, 11, 12, 13

Dimensión del entorno: 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20

Cuyas respuestas corresponden a SI y NO teniendo un punto de 2 si es SI y 1 si es No.

3.6. Procedimientos.

Se coordinó con la jefatura del Centro endoscópico de gastroenterología del Hospital Regional de Ica, el cual pueda brindar las facilidades para la ejecución de la encuesta, posteriormente se ingresó la información recopilada para ser evaluada estadísticamente y obtener resultados que puedan ser graficados y expresados en tablas para determinar las conclusiones y recomendaciones en base a los problemas de la investigación.

3.7. Análisis de datos

Se realizarán tablas y gráficos teniendo en cuenta los objetivos del proyecto de investigación, utilizando el sistema Excel.

3.8. Aspectos éticos:

Se tendrá presente en el desarrollo los principios del informe Belmont.

IV. RESULTADOS

Tabla 1

Clasificación según el Sexo

Sexo	Cantidad	Porcentaje
Femenino	41	68%
Masculino	19	32%

Figura 1

Clasificación según el Sexo

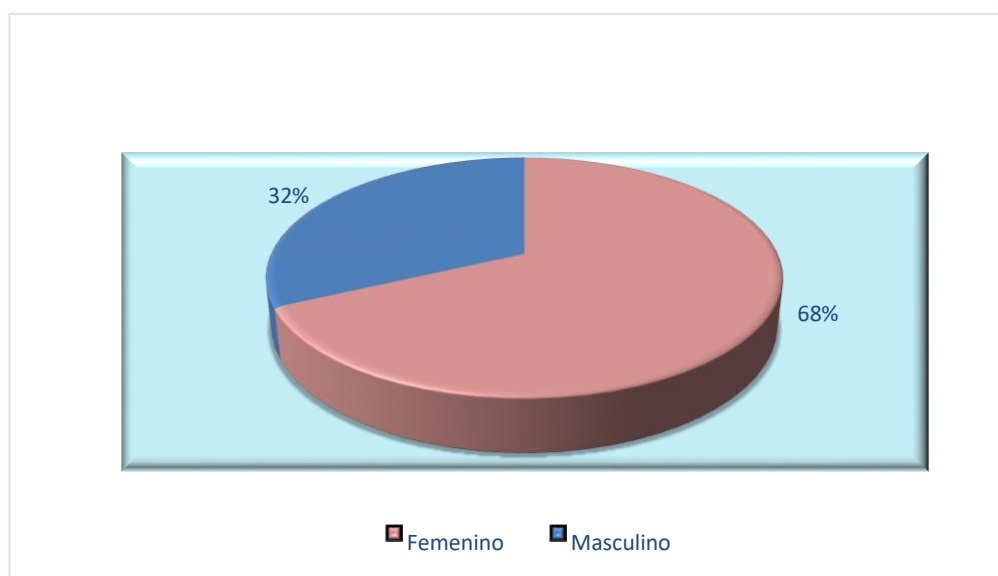
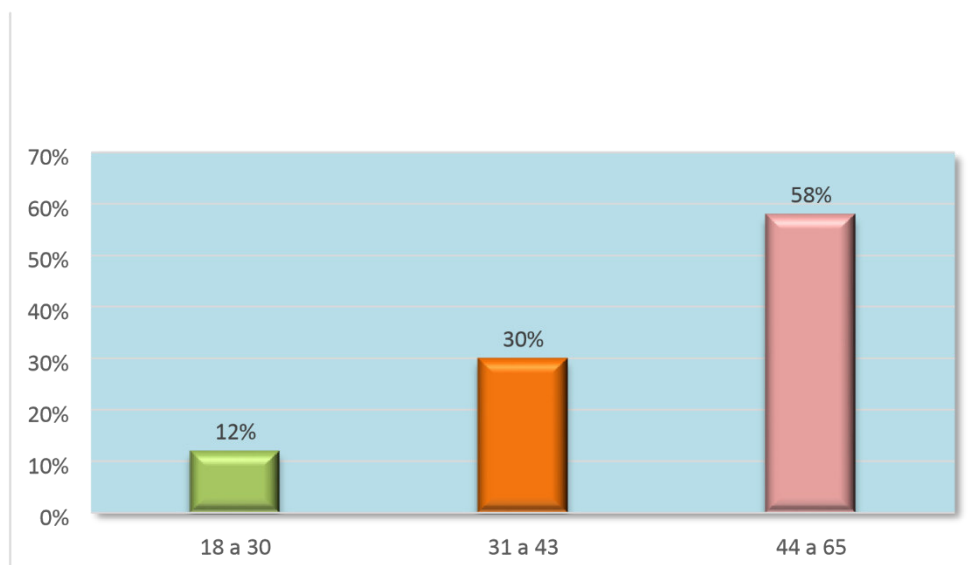


Tabla 2

Clasificación según grupo Etario

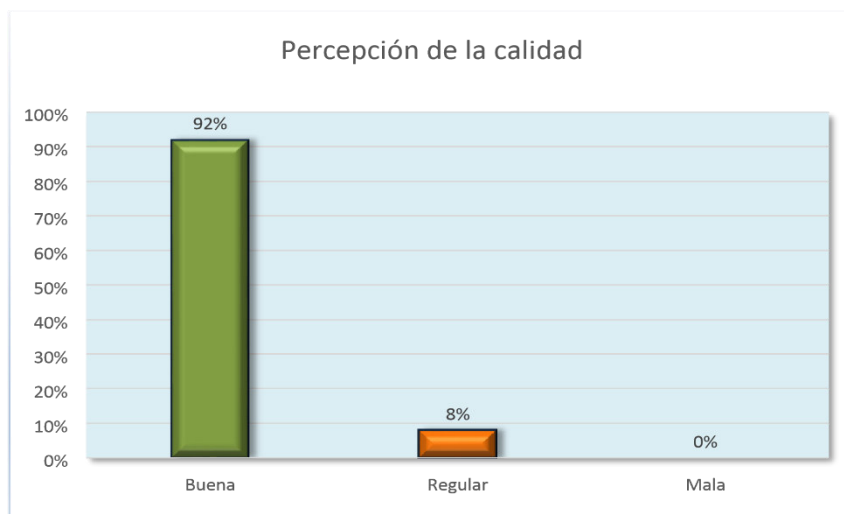
Grupo Etario	Total	Cantidad	Porcentaje
18 a 30	60	7	12%
31 a 43	60	18	30%
44 a 65	60	35	58%

Figura 2*Clasificación según grupo Etario***Tabla 3***Percepción de la Calidad del Cuidado Enfermero*

Percepción de la Calidad	Muestra	Pacientes encuestados	Porcentaje
Buena	60	55	92%
Regular	60	5	8%
Mala	60	0	0%

Figura 3

Conclusión sobre la percepción de la Calidad del Cuidado Enfermero

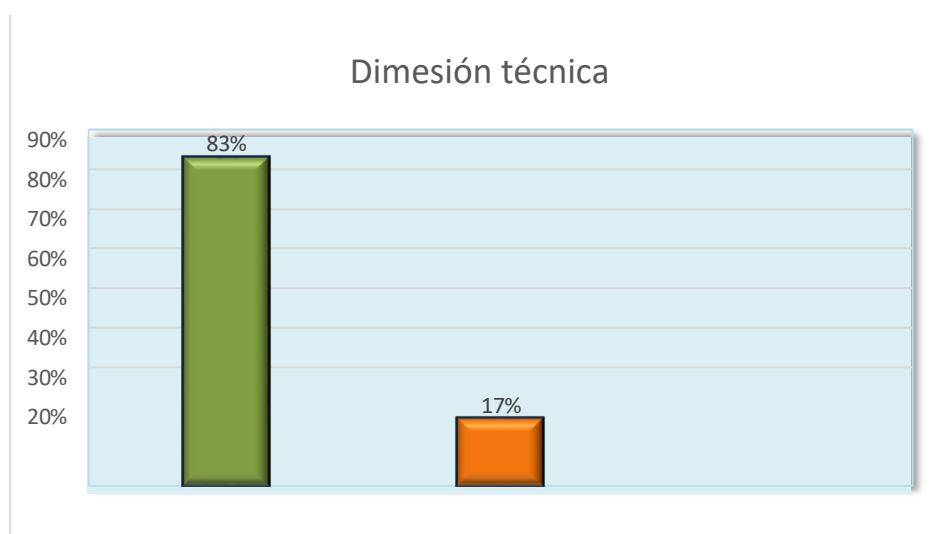
**Tabla 4**

Conclusión sobre la Calidad de la Dimensión Técnica

Dimensión Técnica	Total	Pacientes encuestados	Porcentaje
Buena	60	50	83%
Regular	60	10	17%
Mala	60	0	0%

Figura4

Conclusión sobre la Calidad de la Dimensión Técnica

**Tabla 5**

Conclusión sobre la Calidad de la Dimensión Humana

Dimensión Humana	Total	Pacientes Encuestados	Porcentaje
Buena	60	49	82 %
Regular	60	11	18 %
Mala	60	0	0%

Figura 4

Conclusión sobre la Calidad de la Dimensión Humana

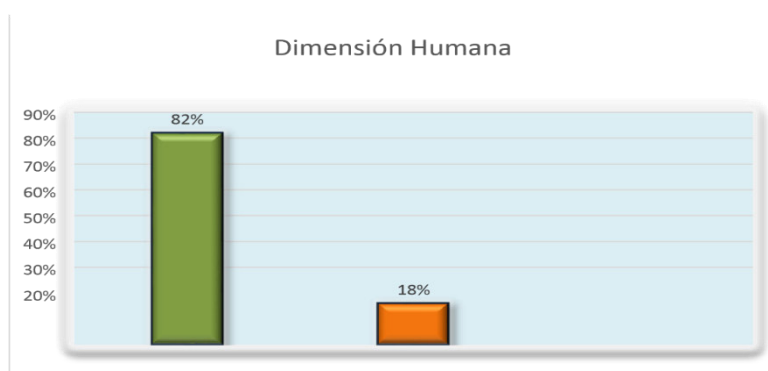
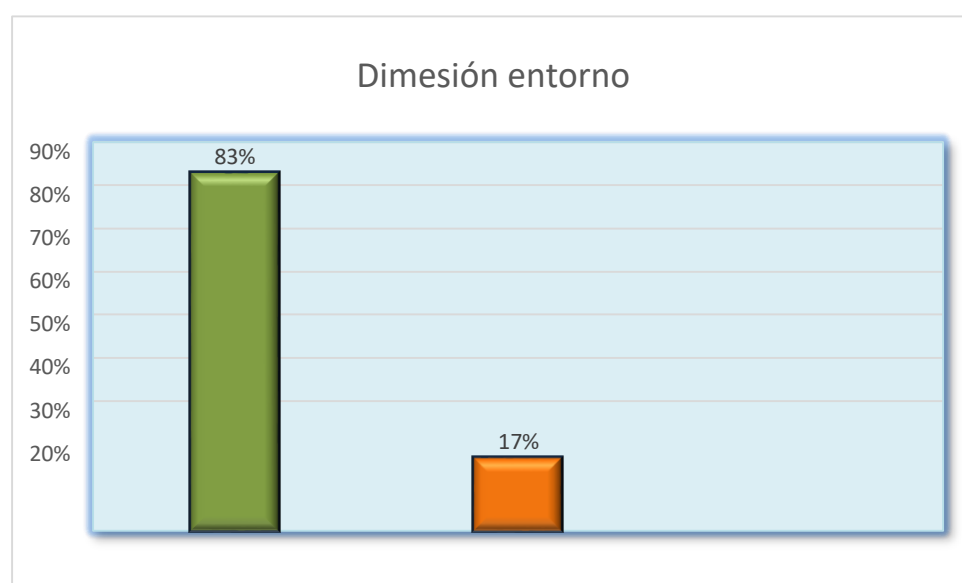


Tabla 6*Conclusión sobre la Calidad de la Dimensión Entorno*

Dimensión Entorno	Total	Pacientes encuestados	Porcentaje
Buena	60	50	83%
Regular	60	10	17%
Mala	60	0	0%

Figura 5*Conclusión sobre la Calidad de la Dimensión Entorno*

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Luego de haber recolectado los datos a través de las encuestas realizadas, estas fueron procesadas y se obtuvieron los siguientes resultados que se analizaron a continuación:

El resultado sobre la calidad del cuidado enfermero el 92% considero que el cuidado en bueno, mientras que un 8% considero que es regular, esto se aproxima a lo presentado por OE Trujillo-Benavides, AA Altamirano-García, P Baltazar-Montufar, C. MarounMaruna, R Méndez-del Montea, D Torres-Rubía cuyos resultados son excelente 60.9%, muy bueno 29.6%, bueno 8.9%, regular 0.6% con respecto al nivel de satisfacción tras un procedimiento endoscópico.

En cuanto a la percepción de la calidad en la dimensión técnica – científica se encontró que el 83% considere que es buena mientras que un 17% considera que es regular, si lo comparamos a lo que Dalia Glean Suárez encontró en su investigación determinando que la práctica endoscópica de Enfermería reduciría aún más la baja frecuencia de complicaciones cardiovasculares y respiratorias con responsabilidad legal y moral en el ejercicio, de forma competente y segura.

En cuanto a la dimensión humana se encontró que el 82% considero buena la calidad del cuidado enfermero mientras que el 18% lo considero regular, lo que es muy importante si lo comparamos con el articulo brindado por La Asociación de Enfermería en Endoscopia Digestiva quien refiere que las intervenciones de Enfermería, tales como la información del procedimiento, escucha activa de los signos verbales y no verbales, apoyo emocional, cercanía y contacto directo, entre otros, mejoraron de forma significativa el temor del paciente tras el tratamiento.

En cuanto a la dimensión del entorno se encontró que el 83% considera buena la calidad del cuidado mientras que el 17% regular.

VI. CONCLUSIONES

- La percepción de la calidad del cuidado enfermero brindado en el centro endoscópico del Hospital Regional de Ica en un 92% es buena.
- La percepción de la calidad del cuidado enfermero en el componente técnico científico brindado en el centro endoscópico en un 83% es buena.
- La percepción de la calidad del cuidado enfermero en el componente humano brindado en el centro endoscópico en un 82% es buena.
- La percepción de la calidad del cuidado enfermero en el componente de entorno brindado en el centro endoscópico en un 83% es buena.
- En cuanto al sexo de los encuestados se encontró que el 68% corresponde a mujeres mientras que el 32 % a varones.
- En cuanto a los grupos etarios se encontró que el 58% corresponde a 44 a 65 años; 30% de 31 a 43 años y 12% a 18 a 30 años.

VII. RECOMENDACIONES

- Crear normas y guías que estandaricen la atención del paciente ante un procedimiento endoscópico.
- Fortalecer los conocimientos del personal de enfermería que labore en el centro endoscópico acorde a la especialidad y de manera continua.
- Establecer estrategias en la atención del paciente a fin de que este sea personalizado y en contacto directo con el paciente.
- Realizar un plan de mantenimiento y mejora continua tanto de los ambientes como de los equipos de endoscopia.

VIII. REFERENCIAS

- Alcolea, I., Camacho, P., García, C., Hellín, J., López, P., Parraga, J. & Riquelme, P. (2010). Protocolo de atención de enfermería en el procedimiento de colonoscopia. ,1-32
- Altamirano Cáceres, S. (2015). Calidad del cuidado enfermero desde la percepción del paciente hospitalizado en el Servicio de Cirugía del Hospital Sergio E. Bernales en el año 2017. [Tesis de pregrado, Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio Digital Institucional UCV. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/11982>
- American Cancer Society. (2012). *Indicaciones de endoscopia: preparación*. Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/servicios/comocomprendersudiagnostico/fragmentado/endoscopia-when-is-endoscopy-used>
- Araya, I. & Córdoba, F. (2006). *Cumplimiento del rol de enfermería ante las necesidades básicas de los pacientes*: [Tesina de pregrado. Mendoza, Universidad Nacional de Cuyo]. Repositorio Institucional UNCUIYO. <https://bdigital.uncu.edu.ar/9391>.
- Ariza Olarte, C. (2015). Satisfacción del cuidado de enfermería en el paciente cardiaco. Medwave, 4(3). <https://doi.org/10.5867/medwave.2004.03.2712>
- Carreño Corredor, S. P., & Tovar Ramírez, D. S. (2019). Percepción y prácticas de la cultura Krishna desde una perspectiva de cuidado paliativo en Enfermería. *Paradigmas Socio-Humanísticos*, 1(1), 18–30. <https://doi.org/10.26752/revistaparadigmash.v1i1.453>
- Céspedes Ayala, M. E., & Lévano Felipa, E. Z. (2020). *Percepción de la calidad del cuidado de enfermería y el nivel de satisfacción del usuario hospitalizado en el Servicio de Cirugía del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren – ESSALUD*. Callao. 2020. [Tesis de posgrado, Universidad Nacional del Callao]. Repositorio Digital Institucional UNAC. <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/5237>

- Dávila Alva, S., & González Díaz, T. G. (2017). *Percepción de la calidad del cuidado de enfermería desde la perspectiva del paciente: variables asociadas*. [Tesis de pregrado, Universidad Científica del Perú]. Repositorio Digital Institucional UCP. <http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/186/DAVILA-GONZALES-1-Trabajo-Percepci%C3%B3n.pdf?sequence=1>
- Daza De Caballero, R., & Medina, L. S. (2006). Significado del cuidado de enfermería desde la perspectiva de los profesionales de una institución hospitalaria de tercer nivel en Santa Fe de Bogotá, Colombia. *Cultura de los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*, 19, 55–62. <https://doi.org/10.14198/cuid.2006.19.08>
- Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos (1979). Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación. Observatori de Bioètica i Dret Parc Científic de Barcelona, 1-11. <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
- Echevarría Schmidt, H. (2018). Percepción del paciente sobre calidad del cuidado humanizado brindado por la enfermera en una clínica-Lima. *Cuidado y salud: Kawsayninchis*, 3(1), 239–248. https://doi.org/10.31381/cuidado_y_salud.v3i1.1421
- Elías, M. (2017). Enfermería garantizando la calidad del cuidado a la salud de las personas y familias en los sistemas públicos de salud: una mirada desde América Latina. *Enfermería Clínica*, 27(2), 65–67. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.03.002>
- Farfán Pesante, R. (2016). Percepción de atención humanizada y su relación con la calidad de atención en el servicio de radiodiagnóstico. *UCV - SCIENTIA*, 8(2). <https://doi.org/10.18050/revucv-scientia.v8n2a4>
- Glean, D. (2010). La Enfermería en el acto del cuidado: una estrategia prioritaria para los servicios de endoscopia digestiva. *Revista Electronica de PortalesMedicos.com*, 5 (22), 1-7. <https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2558/2/LaEnfermeriaen->

el-acto-del-cuidado%3A-una-estrategia-prioritaria-para-los-servicios-de-endoscopia-digestiva-

- Gutiérrez Vásquez, D. E., & Lázaro Alcántara, E. (2019). Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en pacientes adultos hospitalizados en servicios de medicina. Chiclayo. 2018. ACC CIETNA: Revista de la Escuela de Enfermería, 6(2), 68–82. <https://doi.org/10.35383/cietna.v6i2.258>
- Henríquez, C. (2011). Significado del cuidado en la percepción de los pacientes oncológicos. Medwave. <https://doi.org/10.5867/medwave.2011.08.5108>
- Hinostroza Figueroa, J. R., & Flores Resumen, I. M. C. (2019). Percepción de los pacientes sobre la calidad del cuidado invisible del profesional de Enfermería de los servicios de medicina y cirugía del Hospital II de Vitarte-EsSalud, 2011. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*, 5(1). <https://doi.org/10.17162/rccs.v5i1.96>
- Llerena, S., García, M., Hernandez, D., Iruzubieta, P., Cabezas, J., Cuadrado, A., Terán, A., & de la Peña, J. (2014). Satisfacción del paciente en endoscopia digestiva alta. *Endoscopy*, 46(11). <https://doi.org/10.1055/s-0034-1393755>
- Orozco-Castillo, L., & López-Díaz, L. (2019). Percepción del cuidado de enfermería por indígenas Embera. *Revista Ciencia y Cuidado*, 16(2), 72–82. <https://doi.org/10.22463/17949831.1609>
- Quintana Damián, C., & Huamaní Quintana, C. M. (2019). La calidad del cuidado de Enfermería y el nivel de satisfacción de las necesidades espirituales en los pacientes del servicio de emergencia del Hospital José Agurto Tello, Lurigancho, Chosica, 2012. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*, 5(1). <https://doi.org/10.17162/rccs.v5i1.100>
- Rodríguez-Terrones, J. (2018). Percepción de los pacientes oncológicos intervenidos en el Servicio de Cirugía de un Hospital de la Seguridad Social de Chiclayo acerca de la

- atención recibida. 2015. *Revista del Cuerpo Médico del HNAAA*, 10(4), 226–229.
<https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2017.104.22>
- Rondón, A. & Salazar, D. (2009). *Calidad de Atención de Enfermería según Modelo de Donabedian, Hospital “Ruiz y Páez”, Ciudad Bolívar, Mayo – Junio 2009*. [Tesis de pregrado, Universidad de Oriente]. Repositorio Digital Institucional UDO.
<http://ri2.udo.edu.ve>
- Ruiz-Cerino, J. M., Tamariz-López, M. M., Méndez-González, L. A., Torres-Hernández, L., & Duran-Badillo, T. (2020). Percepción de la calidad del cuidado de Enfermería desde la perspectiva de personas hospitalizadas en una institución pública. *SANUS*, 14, 1–9.
<https://doi.org/10.36789/sanus.vi14.174>
- Sarmiento Prieto, S. R., & Paredes Tarazona, M. T. (2019). Percepción de la calidad de servicio del usuario interno en una institución pública. *Industrial Data*, 22(1), 95–112.
<https://doi.org/10.15381/idata.v22i1.16529>
- Torres Contreras, C., & Buitrago-Vera, M. (2011). Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes oncológicos hospitalizados. *Revista CUIDARTE*, 2(1).
<https://doi.org/10.15649/cuidarte.v2i1.49>
- Trujillo-Benavides, A., Altamirano-García, P., Baltazar-Montúfara, C., Maroun-Maruna, R. Méndez-del Monte, D. y Torres-Rubí (2010). Nivel de satisfacción de pacientes tras un procedimiento endoscópico y factores asociados. *Revista de gastroenterología de México*, 75(4), 374-379. <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-pdf-X0375090610898401>
- Vitaluña, F., Guajala, D., José, J. & Ortiz, W. (2012). Sensación y percepción en la construcción del conocimiento. *Sophia, Colección de Filosofía de la Educación*, 13, 123-149. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=441846102006>

WHO working group (1989). *The principles of quality assurance. Qual Assur Health Care*, 1, 79-95. <https://doi.org/10.1093/intqhc/1.2-3.79>

Zeithalm, V., Berry, L., & Parasuraman, A. (1993) The nature and determinants of costumer expectations of services. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 21(1), 1-12.