

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
Hospital Central de las Fuerzas Armadas
Residencia de Gastroenterología

SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A PROCEDIMIENTOS
ENDOSCÓPICOS EN LA UNIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL
DE LAS FUERZAS ARMADAS, EN EL PERIODO ABRIL-OCTUBRE 2018



Tesis de pos grado para optar por el título de especialista en:

GASTROENTEROLOGÍA

Sustentante:

Dra. Yéssica De la Cruz Cruz

Asesores:

Dra. Claridania Rodríguez Berroa (Metodológica)

Dra. Yeisa Lugo (Clínica)

Los conceptos emitidos en la presente tesis de pos grado son de la exclusiva responsabilidad de la sustentante dela misma.

Distrito Nacional: 2019

CONTENIDO

Resumen

Abstract

I. Introducción.....	1
I.1. Antecedentes.....	2
I.1.1.1. Internacional.....	2
I.1.1.1.2. Nacional.....	5
I.2. Justificación.....	7
II. Planteamiento del problema.....	8
III. Objetivos.....	9
III.1. General.....	9
III.2. Específicos.....	9
IV. Marco teórico.....	10
IV.1. Definición.....	10
IV.1.1. Endoscopia.....	10
IV.1.1.1. Historia.....	11
IV.1.1.2.Exploraciones endoscópicas más usadas.....	13

IV.1.2. Complicaciones de la endoscopia digestiva.....	14
IV1.2.1. Complicaciones de la sedación.....	14
IV.1.2.2. Complicaciones infecciosa.....	15
IV.1.2.3. Complicaciones Hemorrágicas.....	17
IV1.2.4. Complicaciones Diversas.....	17
IV.1.3. Procedimientos endoscópicos.....	18
IV.1.3.1. Endoscopia de tubo digestivo alto o Gastroscopia.....	18
IV.1.3.2. Indicaciones.....	18
IV.1.3.3. Contraindicaciones.....	19
IV.1.3.3.1. Absolutas.....	19
IV.1.3.3.2. Relativas.....	20
IV.1.3.4. Complicaciones de la endoscopia alta.....	20
IV.1.3.4.1. Problemas respiratorios.....	20
IV.1.3.4.2. Hemorragia.....	21
IV.1.3.4.3. Perforación.....	21
IV.1.3.5. Complicaciones de la dilatación.....	22
IV.1.3.6. Complicación es de la hemostasia endoscópica.....	22
IV.1.3.7. Complicaciones de los procedimientos de acceso enteral.....	23
IV.1.4. Preparación para endoscopia digestiva alta.....	24
IV.1.5. Endoscopia digestiva baja o colonoscopia.....	25
IV.1.5.1 Indicaciones.....	25
IV.1.5.2. Complicaciones de la colonoscopia.....	26

IV.1.5.2.1. Hemorragia.....	26
IV.1.5.2.2. Perforación.....	26
IV.1.6. Riesgos de la endoscopia.....	28
IV.1.7. Endoscopia de urgencia.....	28
IV.1.7.1. Hemorragia aguda del tubo digestivo.....	28
IV.1.7.2. Úlcera péptica.....	29
IV.1.7.3. Varices.....	29
IV.1.7.4. Lesión de Dieulafoy.....	29
IV.1.7.5. Desgarro de Mallory-Weiss.....	30
IV.1.7.6. Ectasias vasculares.....	30
IV.1.7.7. Divertículos colónicos.....	30
IV.1.7.8. Obstrucción esofágica aguda.....	30
IV.1.7.9. Obstrucción de la salida gástrica.....	31
IV.1.7.10. Obstrucción y pseudoobstrucción colónicas.....	31
IV.1.8. Endoscopia electiva.....	32
IV.1.8.1. Dispepsia.....	32
IV.1.8.2. Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico.....	32
IV.1.8.3. Esófago de Barrett.....	32
IV.1.8.4. Úlcera péptica.....	33
IV.1.8.5. Disfagia.....	33
IV.1.8.6. Anemia y sangre oculta en heces.....	33
IV.1.8.7. Detección de cáncer colorrectal.....	34

IV.1.8.8. Diarrea.....	34
IV.1.8.9. Hematoquecia menor.....	34
IV.1.9. Enteroscopia de doble balón.....	35
IV.1.10. Cápsula Endoscópica.....	35
IV.1.11. Satisfacción.....	36
IV.1.12. Satisfacción del paciente y procedimientos endoscópicos.....	38
IV.1.13. Evaluación de la Satisfacción.....	40
IV.1.14. Cuestionario de satisfacción en procedimientos endoscópicos.....	40
V. Operacionalización de las variables.....	42
VI. Material y métodos.....	45
VI.1. Tipo de Estudio.....	45
VI.2. Demarcación geográfica y ámbito de estudio.....	45
VI.3. Universo.....	45
VI.4. Muestra.....	45
VI.5. Criterios.....	46
VI.5.1. De inclusión.....	46
VI.5.2. Criterio de Exclusión.....	46
VI. 6. Instrumento de recolección de datos.....	46
VI.7. Procedimiento.....	46
VI.8. Tabulación.....	46
VI.9. Análisis.....	46
VI.10. Aspectos éticos.....	47

VII. Resultados.....	48
VIII. Discusión.....	63
IX. Conclusiones.....	65
X. Referencias.....	66
XI Anexos.....	70
XI.1. Cronograma.....	70
XI.2. Instrumento de recolección de datos.....	71
XI.3 Costos y recursos.....	73
XI.4. Evaluación.....	74

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo de corte transversal, con el objetivo de Describir la satisfacción de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos en la Unidad de Gastroenterología del Hospital Central De Las Fuerzas Armadas, en el período Abril-Octubre 2018. Estuvo compuesta por todos los pacientes. Estuvo compuesta por todos los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos. El 33.2 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos tenían una edad de ≥ 50 años. El 58.4 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos comprendían al sexo femenino. El 41.1 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos eran casados. El 67.8 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos procedían de la zona urbana. El 42.1 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos según su escolaridad eran secundarios. El 99.5 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos según su nacionalidad dominicano. El 32.1 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos eran trabajador privado. El 93.1 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos su régimen de salud fue asegurado. El 47.5 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos según sus manifestaciones clínicas fue Epigastralgia. El 58.5 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos según su indicación fue de síndrome ulceroso. El 95.5 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos según su tipo de procedimiento fue alta. El 33.2 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos según su nivel de satisfacción fue bueno. El 34.2 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos según empatía del personal de salud fue muy bueno. El 37.2 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos según su calidad del servicio fue bueno. El 58.9 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos según su recomendación fue ninguna.

Palabras claves: satisfacción, procedimientos endoscópicos, calidad.

ABSTRACT

A descriptive, prospective, cross-sectional study was conducted with the objective of describing the satisfaction of patients undergoing endoscopic procedures in the Gastroenterology Unit of the Central Hospital of the Armed Forces, in the period April-October 2018. It was composed of all the patients. It was composed of all patients undergoing endoscopic procedures. 33.2 percent of the patients undergoing endoscopic procedures were aged ≥ 50 years. 58.4 percent of the patients undergoing endoscopic procedures comprised the female sex. 41.1 percent of the patients undergoing endoscopic procedures were married. The 67.8 percent of patients undergoing endoscopic procedures came from the urban area. 42.1 percent of the patients undergoing endoscopic procedures according to their schooling were secondary. 99.5 percent of patients undergoing endoscopic procedures according to their Dominican nationality. 32.1 percent of the patients undergoing endoscopic procedures were private workers. 93.1 percent of the patients undergoing endoscopic procedures their health regime was insured. The 47.5 percent of the patients submitted to endoscopic procedures according to their clinical manifestations was Epigastralgia. The 58.5 percent of the patients submitted to endoscopic procedures according to their indication was of ulcerous syndrome. 95.5 percent of the patients undergoing endoscopic procedures according to their type of procedure were high. The 33.2 percent of patients who underwent endoscopic procedures according to their level of satisfaction was good. The 34.2 percent of patients who underwent endoscopic procedures according to the empathy of the health personnel was very good. 37.2 percent of the patients undergoing endoscopic procedures according to their quality of service were good. 58.9 percent of the patients undergoing endoscopic procedures according to their recommendation were none.

Keywords: satisfaction, endoscopic procedures, quality.

I. INTRODUCCIÓN.

En la actualidad la satisfacción del paciente refleja el cumplimiento de sus expectativas, es decir, el nivel de acuerdo entre lo que éste espera y la atención recibida. Los pacientes satisfechos cumplen mejor las indicaciones y el seguimiento y toleran mejor los diferentes tratamientos. La satisfacción del paciente es considerada como una de las medidas de calidad en atención.¹

La evaluación periódica de la satisfacción de los pacientes es una práctica común en múltiples unidades de endoscopia gastrointestinal, como parte de un programa de mejoría de la calidad de los servicios que ofrecen. A la opinión de los pacientes se le debe conceder una importancia cada vez mayor, un paciente insatisfecho elegirá en el futuro otro proveedor de servicio, no seguirá la propuesta de tratamiento o no se someterá al seguimiento adecuado.¹

La endoscopia gastrointestinal representa una de las áreas de atención de salud en la cual, la percepción y experiencia de los pacientes se reconocen como una de las medidas críticas del desempeño del personal de salud, por lo que la medición del nivel de satisfacción de los pacientes es importante.²

La satisfacción del paciente es una variable mixta y compleja que se ha estudiado dentro de las ciencias sociales y de la salud. Actualmente hay poco consenso en la determinación de los componentes asociados a ésta. Por tanto, las investigaciones en los últimos años han estado dirigidas a solventar dichos obstáculos. Hay autores que abordan la satisfacción del usuario desde una perspectiva psicológica planteando dimensiones cognitivas, afectivas y conductuales de la asistencia médica proporcionada. Por su parte, otros investigadores conciben que la evaluación que hace el paciente implica predominantemente dimensiones de carácter organizacional.

Se entiende por satisfacción del paciente la evaluación positiva que éste hace sobre las diferentes dimensiones de la atención médica recibida. La importancia de su evaluación está dada por varias razones: la medida de dicha variable permite conocer las percepciones del cliente acerca de los estilos de prácticas, de los aspectos administrativos y de las modalidades de tratamiento; la satisfacción está asociada a mejores resultados en la salud y al cumplimiento del tratamiento; los

niveles de satisfacción están ligados a la continuidad en el uso del servicio sanitario, lo cual se convierte en un indicador de calidad y, por tanto genera una competitividad en el mercado.³

La satisfacción es un fenómeno que está determinado por los hábitos culturales de los diferentes grupos sociales, por lo tanto, la definición de satisfacción varía según el contexto social. El concepto de satisfacción se basa en la diferencia entre las expectativas del paciente y la percepción de los servicios que ha recibido. De esta manera las percepciones subjetivas acompañadas de las expectativas previas configuran la expresión de la calidad del servicio.⁴

En el contexto de los sistemas de información, se entiende por satisfacción de paciente la medida en la que estos creen que el sistema de información cumple con sus requisitos informativos. La satisfacción es un resultado que el sistema desea alcanzar, y busca que dependa tanto del servicio prestado, como de los valores y expectativas del propio usuario, además de contemplarse otros factores, tales como el tiempo invertido, el dinero, si fuera el caso, el esfuerzo o sacrificio.⁴

Se realiza esta investigación con el objetivo de evaluar la satisfacción de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos en la Unidad de Gastroenterología del Hospital central de las fuerzas armadas, en el Periodo Abril Octubre 2018, tomando en cuenta que cada vez son más los pacientes que se someten a este tipo de procedimientos, es de especial importancia conocer y analizar aspectos como la satisfacción del paciente, con el fin de detectar tanto las fortalezas como las debilidades del servicio brindado al paciente para lograr una asistencia sanitaria óptima y de calidad.

I.1. Antecedentes

I.1.1. Internacional

Trujillo Benavides, Altamirano García, Baltazar Montúfar, Maroun Marun, Méndez del Monte, Torres Rubí, realizaron un estudio sobre el Nivel de Satisfacción de Pacientes tras un Procedimiento Endoscópico y Factores Asociados, Servicio de Endoscopia Gastrointestinal del Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret de la UMAE La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010. Se aplicaron

200 cuestionarios en el mismo número de pacientes y se obtuvo respuesta en 179 (89.5%). Se recolectaron 99 cuestionarios auto-aplicados (porcentaje de respuesta 99%) y 80 por vía telefónica (80% de respuesta). Del total de cuestionarios 62 correspondía a hombres (34.6%) y 117 a mujeres (65.4%). La edad promedio del grupo fue de 51.3 ± 14.9 años (rango de 16-91 años). Se realizaron 168 esófago-gastro-duodenoscopia (EGD) diagnósticas, tres EGD terapéuticas y ocho colonoscopias. Se utilizó sedación en 17 enfermos (9.5%). El puntaje promedio obtenido fue 30.91 ± 3.8 (rango de 18-35). Este resultado fue significativamente mayor entre pacientes que contestaron el cuestionario en la modalidad de auto-aplicación, comparado con el grupo de pacientes que contestó el cuestionario vía telefónica (32.12 vs. 29.69 respectivamente) El porcentaje de pacientes que reportaron una evaluación "excelente" fue 60.9%, "muy bueno" en 29.6%, "bueno" en 8.9%, y "regular" en 0.6%. Ningún paciente calificó como "malo" la evaluación general.⁵

Nayarith Contreras, realizó un estudio descriptivo transversal con el fin de determinar el grado de satisfacción de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos en el Servicio de Endoscopia Digestiva del Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda Barquisimeto estado Lara, 2011. Del total de 55 pacientes estudiados, la edad media fue de $53,55 \pm 14,84$ años y 78,18% fueron del sexo masculino. El tiempo de espera desde la solicitud de la prueba hasta la realización de la misma fue 98,19% muy bueno y bueno; mientras, el tiempo de espera en la sala antes de la prueba fue 80% bueno. La atención por parte de los médicos, enfermeras y secretaria fue excelente en 100%, 89,09% y 81,82% respectivamente. Igualmente, las explicaciones dadas sobre la prueba a realizar y las dudas surgidas por parte de los pacientes fueron excelentes. No obstante, las molestias presentadas durante la realización de la prueba fueron 100% regulares. Por otro lado, 100% de los pacientes manifestaron que en el caso de que tuvieran que realizar una nueva endoscopia, lo harían con el mismo médico y en el mismo hospital.⁶

Gabriela Alejandra Logroño Logroño, Karen IvannaPozo Medina, realizaron un estudio en el Hospital De Especialidades De Las Fuerzas Armadas Del Ecuador N°1,

En El Periodo De Septiembre A Octubre Del Año 2015. El objetivo del estudio fue determinar los factores relacionados al paciente y a la calidad del procedimiento endoscópico que se asocian con el nivel de satisfacción. Estudio transversal en el que se empleó un cuestionario de satisfacción autoaplicado y vía telefónica a 180 pacientes que se realizaron endoscopia digestiva entre septiembre y octubre del 2015 en el servicio de Gastroenterología del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas del Ecuador N°1. Se realizó un análisis descriptivo y de asociación con el nivel de satisfacción, se utilizó razón de momios de prevalencia y Chi Mantel-Haenszel ($p < 0.05$). De los 180 pacientes, 92(51.1%) fueron mujeres y 88(48.9%) hombres, la edad media fue de 55 años. En la evaluación global del procedimiento calificaron como excelente 29.4%, muy bueno 50%, bueno 18.3%, regular 0.6% y malo 1.7%. Los factores que influyeron sobre el buen nivel de satisfacción fueron la cita adecuada ($p=0.001$), el tiempo de espera el día del procedimiento ($p=0.015$) y la buena tolerancia a las molestias ($p=0.000$). El nivel de satisfacción tras la realización de una endoscopia digestiva fue muy bueno, los factores que más se asociaron fueron el tiempo de espera para la cita, el tiempo de espera el día del procedimiento y la tolerancia a las molestias.⁷

San José A, Aguado I, Alonso I, Domínguez N, Pino A. realizó un estudio para analizar el grado de satisfacción y principales problemas de calidad que percibe el paciente tras la realización de una endoscopia digestiva en el Hospital de Medina del Campo. Se realizó un estudio descriptivo, mediante encuesta transversal a los pacientes a los que se realizó una endoscopia digestiva y tras la recuperación de la misma; recogiendo datos mediante el cuestionario de satisfacción GHAA-9mc, validado por la Asociación Americana de Endoscopia Digestiva. Resultados: se incluyeron 279 encuestas anónimas. El tiempo de espera hasta la endoscopia fue estimado como malo/regular en un 32% de los pacientes, bueno en un 38% y muy bueno/excelente en un 29.6%. El tiempo de espera el mismo día de la exploración fue valorado malo/regular en un 22.2%, bueno 35.7% y muy bueno/excelente en un 41.9%. Las explicaciones recibidas fueron muy buenas/excelentes para 62.3%. La cortesía de enfermería se estimó muy buena/excelente en un 86%, similar a la del personal médico, con un 85.5%. Un 8.9% reflejó como malo/regular las molestias

durante la prueba, siendo muy buena/excelente para el 67.9%. La valoración general del procedimiento fue muy buena/excelente en un 77.6% y mala en el 0.3%. El 98.8% de los pacientes volvería a repetir la exploración en el mismo centro y con el mismo personal. El tiempo de espera hasta la cita de endoscopia fue lo peor valorado de forma global, seguida del tiempo de espera el mismo día. Lo mejor valorado fue la cortesía del personal y las molestias durante la prueba.⁸

I.1.2. Nacional

En un estudio realizado por Randia Pérez, Mirna Font-Frías, basada en un estudio descriptivo y observacional que se desarrolló a través de una encuesta epidemiológica transversal con recolección de datos prospectivos, sobre la Satisfacción de los Usuarios que Asisten a la Consulta Externa del Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar; en febrero de 2012. De los 121 usuarios encuestados, todos obtuvieron lo que buscaban para un porcentaje del 100 por ciento. Según los usuarios entrevistados tardaron menor o igual a 20 minutos para llegar al hospital 12 (9.9%), 46 (38,0%) tardaron entre 30-60 minutos, 40 (33,1%) 1-2 horas, 21 (17,4%) tardó entre 3-4 horas, y 2 (1,7%) tardó más de 5 horas para llegar al hospital. Un total de 20 (16,5%) de los usuarios tuvieron que esperar menos o igual a 20 minutos; 34 (28,1%) esperaron entre 21-40 minutos, 40 (33,1%) de ellos esperaron entre 41-60 minutos, 17 (14,1%) esperaron de 61-90 minutos y 10 (8,3%) esperaron entre 81- 90 minutos. Según el tiempo que tuvieron que esperar, 39 (33,6%) de los usuarios lo catalogaron como bueno, 31 (26,7%) dijeron que era malo, 26 (22,4%) opinaron muy bueno, 23 (15,5%) expresaron que era excelente. De los usuarios, 77 (63,6%) manifestaron estar satisfechos con la atención prestada, 27 (22,3%) dijeron estar muy satisfechos. Un total de 95 (57%) usuarios entrevistados expresaron que obtuvieron buen trato, 52 (31%) su razón fue, me atendieron rápido, 13(8%) dicen me escuchó atentamente y 6 (4%) de los usuarios refieren respeto a su privacidad.⁹

Yomaira Carrasco, José Luis Cruz, Jovanna Paulino, realizaron un estudio acerca del Nivel de Satisfacción de los Usuarios que Demandan Atención en el Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar, Octubre 2007. Fueron

entrevistados 500 usuarios según área, de los que demandan atención en el Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar. 300 (60.0%) de la consulta externa; 35 (7.0%) de endoscopia; 30 (6.0%) de internamiento; 35 (7.0%) de imágenes; 30 (6.0%) admisión y 70 (14.0%) de laboratorio. De acuerdo con la distribución de usuarios encuestados en el área de Endoscopia, se presenta la distribución de los usuarios según diferentes variables de satisfacción y respuestas. De 35 pacientes encuestados en el área de Endoscopia, el 74,3% dijo que el acceso al centro le fue fácil; 85,7% consideró que fue tratado con respeto hacia su dignidad humana y su intimidad personal; 17,1% conoce el nombre del médico que lo trató y 11,4% conoce el nombre de la enfermera; 100,0 % dijo que el médico no le permitió explicar su situación de salud; 100,0% no entendió bien las explicaciones dadas por el médico; a 80,4% no le informaron sobre pruebas que le habían indicado o hecho; 68,6% no le habían informado suficiente sobre el tratamiento y los controles que había de seguir; 85,7% la información que le habían dado fue suficiente; 80,0%, afirma que no elegiría este centro para evaluar su salud otra vez; 91,4% admitió haber pagado por los servicios que le ofrecieron, 38,6% dijo que ese cobro era normal; 10,4% lo consideró bajo y 51,0% alto. Un 25,7% valoró el tiempo de espera para ser atendido como bueno y excelente; pero 74,3% lo consideró entre regular y malo. En promedio, el tiempo de espera para ser atendido fue de 3 horas, con rango: 0-5horas. El trato recibido por el usuario en la recepción varió entre bueno y excelente en el 71,5%; de 85,7% por parte de los médicos y de 68,6% entre las enfermeras. La espera en el laboratorio fue regular para el 54,3% de los usuarios, los demás la consideraron larga. El 96,8% afirmó que la limpieza del centro variaba entre excelente y buena; mientras que el 97.0%, admitió que el área donde fue atendido era confortable (en escala de excelente a bueno). En conclusión, en promedio, el 22,5% consideró una satisfacción excelente; 43,8% buena; 20,8% regular y 12,9% mala.¹⁰

I.2. Justificación

La endoscopia es una técnica cuyo propósito principal es la visualización del tracto digestivo, para esto utiliza un sistema óptico llamado endoscopio que consiste en un tubo de fibra óptica largo y flexible con una cámara conectada a una pantalla que permite visualizar el interior del tubo digestivo. La intención de la exploración del tubo digestivo por medio de la endoscopia es la prevención, detección precoz, diagnóstico, estadificación y tratamiento de enfermedades que afectan al mismo.¹⁰

En la actualidad, la percepción y experiencias de los pacientes se reconocen como una de las medidas críticas del desempeño del personal de salud, por lo que la medición del nivel de satisfacción de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos es importante. La evaluación periódica del nivel de satisfacción mejora la calidad de los servicios que ofrecen, incluso el rendimiento de los endoscopistas. Además que para el manejo médico de los pacientes, su satisfacción influye en la evolución de la enfermedad ya que un paciente insatisfecho elegirá en el futuro otro proveedor de servicio, no seguirá la propuesta de tratamiento o no se someterá al seguimiento adecuado.

El propósito de realizar esta investigación consiste en realizar un estudio prospectivo con la finalidad de conocer y describir la satisfacción obtenida por los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos que asisten a la Unidad de Gastroenterología del Hospital central de las fuerzas armadas; ya que no podemos despreciar el hecho de que la satisfacción es el resultado final de cualquier servicio, por lo que creemos conveniente impulsar a que estudios como este se realicen en el país y se evidencie que la calidad de los servicios y procedimientos también contribuye a la mejoría del paciente.

Con esta investigación procuramos que su resultado sea un aporte significativo tanto para la comunidad médica como para los pacientes, que se pueda concientizar a la población sobre la importancia de este procedimiento, educar a todo el personal de salud para que brinde un buen servicio a los pacientes y que estos queden satisfechos al momento de realizarse un procedimiento endoscópico.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El grado de satisfacción de los pacientes a pesar de que es un indicador de calidad de los servicios de salud, no es evaluado de manera periódica y muchas veces no se le da la importancia que merece. La satisfacción del paciente refleja el cumplimiento de sus expectativas, es decir, el grado de acuerdo entre lo que éste espera y la atención recibida y es uno de los ejes fundamentales de los programas de gestión de la calidad.

Los pacientes satisfechos cumplen mejor las indicaciones y el seguimiento y toleran mejor los diferentes tratamientos. Los pacientes insatisfechos sufren estrés o ansiedad por la atención recibida y pueden no responder completamente a los tratamientos propuestos. Evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del paciente es cada vez más útil, ya que a partir de ello, es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados en relación con la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficia a la organización y a los pacientes en sus necesidades y expectativas. Los procedimientos endoscópicos son realizados con frecuencia en el Hospital central de las fuerzas armadas, es por ello que merece ser evaluado y de cierta manera criticado desde la perspectiva de las personas que asisten a realizarse dichos estudios, para determinar y reconocer los errores que puedan ser corregidos y potenciar factores que aumenten el nivel de satisfacción.

Por lo antes mencionado nos planteamos la siguiente interrogante: ¿Cuál fue la satisfacción de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos en la unidad de gastroenterología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, en el período Abril- Octubre 2018?

III. OBJETIVOS

III.1. General

Describir la satisfacción de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos en la Unidad de Gastroenterología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, en el período Abril- Octubre 2018.

III.2. Específicos

1. Describir las variables sociodemográficas los pacientes en estudio (edad, sexo, estado civil, procedencia, escolaridad, ocupación, régimen de salud).
2. Identificar las manifestaciones clínicas de los pacientes en estudio.
3. Conocer la indicación del procedimiento de cada paciente.
4. Conocer el tipo de procedimiento realizado a los pacientes.
5. Describir el nivel de satisfacción de los pacientes.
6. Evaluar la empatía del personal de salud con el paciente.
7. Evaluar la calidad del servicio brindado a los pacientes en estudio.
8. Conocer la recomendación de los usuarios en estudio.
9. Describir la disposición de los pacientes para repetirse el estudio con el mismo médico.

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. Definición

IV.1.1. Endoscopia

La endoscopia es una técnica diagnóstica, de la rama de la 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. La endoscopia del tubo digestivo se ha intentado durante más de 200 años, pero la introducción de gastroscopios semirrígidos a la mitad del siglo XX marcó el amanecer de la era de la endoscopia moderna.

La endoscopia digestiva engloba diferentes procedimientos técnicos que nos permiten visualizar una gran parte del aparato digestivo. El desarrollo de estas exploraciones ha permitido, durante los últimos años, un gran avance en el estudio de las enfermedades digestivas y, más específicamente, en el manejo de algunas lesiones que hasta ahora suponían una indicación quirúrgica que, gracias a los métodos endoscópicos, se pueden tratar adecuadamente con una menor incidencia de complicaciones que la cirugía.¹¹

Las endoscopias digestivas son estudios realizados para visualizar y en ocasiones tratar patologías del tubo digestivo, con ayuda de un endoscopio. El abordaje se hace habitualmente por los orificios naturales del cuerpo. Por boca endoscopia alta, por ano colonoscopia. La endoscopia digestiva engloba diferentes procedimientos técnicos que nos permiten visualizar una gran parte del aparato digestivo. El desarrollo de estas exploraciones ha permitido, durante los últimos años, un gran avance en el estudio de las enfermedades digestivas.¹¹

A partir de entonces, avances rápidos en la tecnología endoscópica condujeron a cambios notables en el diagnóstico y el tratamiento de muchas enfermedades digestivas. Los instrumentos endoscópicos innovadores y las modalidades endoscópicas terapéuticas siguen ampliando el uso de la endoscopia en la atención del paciente. Los endoscopios flexibles permiten obtener ya sea una imagen óptica (que se transmite a través de un haz de fibras ópticas) o una electrónica de video (que genera un instrumento acoplado a la punta del endoscopio; el haz de fibras

ópticas conduce la luz hasta la punta del instrumento. Los cambios progresivos del diámetro de la rigidez de los endoscopios han incrementado la facilidad del procedimiento y la tolerancia del paciente a la endoscopia.¹²

IV.1.1.1. Historia

El deseo y la necesidad de evaluar el interior del cuerpo humano en vida de la manera más inocua posible, o mínimamente invasiva según la terminología actual, datan desde los inicios de la ciencia. Desde el momento en que la medicina inició sus investigaciones sobre la fisiología, la necesidad de evaluar el interior del cuerpo humano en funcionamiento se volvió imperiosa.¹³

El término endoscopia surgió de la unión de dos palabras griegas: endo que significa dentro de y skopien que quiere decir, buscar con un propósito. Esta palabra no existía hasta 400 años a.C, pero el concepto ya estaba presente.

En aquella época Hipócrates ya había descrito el espéculo anal, que hasta hoy guarda muchas semejanzas con su prototipo original. En la ruinas de Pompeya, ciudad del antiguo imperio romano, sepultada por la lluvia de cenizas del Vesubio en el año 79 d.C, fueron encontrados instrumentos análogos a los actuales anoscopios y colpóscopio. El parecido de estos aparatos con los utilizados actualmente en la práctica clínica es impresionante.

En la literatura japonesa es posible encontrar hechos que traducen el interés del hombre por el estudio endoscópico. Publicado en 1794, un libro japonés describe una persona mirando dentro del cuerpo humano a través de la boca, ombligo o ano, por medio de aparatos rígidos.¹³

No es hasta comienzos del siglo XIX, cuando se reporta un gran adelanto en la endoscopia; el médico alemán Philip Bozzini (1773-1809) introduce el lichtleiter o conductor de luz con el cual visualizó la uretra, debido a que fue una cavidad fácil de explorar de esta manera. Esta cámara de doble luz es la precursora del endoscopio moderno; la fuente de luz es una vela que refleja el rayo luminoso en un espejo. Bozzini utilizó además este instrumento para observar la vejiga, junto con sus cálculos y neoplasias.

A pesar de la proeza, fue reprendido por esta invención, la cual fue descartada como un “juguete”. Comienza con esto un gran avance, pero la rigidez de los instrumentos los hacía difíciles de maniobrar y los riesgos de perforación era muy altos; por eso la historia a través del tiempo los separa en períodos: período del endoscopio rígido (1868-1932), del endoscopio semiflexible (1932-1957), del fibroscopio (1957-actualidad) y de la videoendoscopia (1983-actualidad).¹²

Con esta evolución los enfermeros lograron alcanzar un grado de especialidad en esta área, apareciendo grupos/ sociedades las cuales se reunían para la aplicación de la técnicas e innovaciones, en 1934, llegada a Estado Unidos por el American en Gastroscopia Club (ASGE), la SGNA, sociedad de Enfermeras en Gastroenterología y Asociada y, actualmente en Brasil, en 1998, en la ciudad de Salvador, Ba fue fundada la sociedad Brasileña de Endoscopia Digestiva (SOBED).

El desarrollo de la cápsula endoscópica tuvo inicio en la década de 1980 cuando el Dr. Gravier Iddan, ingeniero para misiles, conoció al profesor Eitan Scapa, gastroenterólogo de Harvard Medical School, y junto idearon misil en miniatura que pudiese viajar a través del tracto gastrointestinal, transmitiendo sus imágenes para que éstas pudiesen ser estudiadas.

El uso de calor para producir la hemostasia de lesiones se remonta al inicio del siglo XXI con el físico francés Becquerel, quien usó aceite caliente y posteriormente corriente directa bajo un hilo. En 1881, otro biofísico que el uso de corriente alterna en alta frecuencia (200 kHz o más) calentaba el tejido sin estimular la musculatura, es decir, no provocaba choque.

Entre 1890 y 1920, el médico alemán Nagelschmidt introdujo el concepto de diatermia para explicar cómo las corrientes eléctricas de altas frecuencia generaban quemaduras en el cuerpo a través de la agitación de moléculas y de acuerdo con la frecuencia empleada eran capaces de producir efectos terapéuticos tisulares como: fulguración, desecación y corte. Las unidades electro quirúrgicas actuales fueron desarrolladas por el físico William T. Bovie y por el neurocirujano Harvey Cushing que desarrollaron su capacidad de coagulación.

IV.1.1.2. Exploraciones endoscópicas más usadas

La endoscopia digestiva alta y la colonoscopia son los procedimientos endoscópicos más realizados.¹³

La endoscopia digestiva alta o fibrogastroscofia, consiste en la visualización directa del esófago, estómago y duodeno mediante un tubo flexible llamado endoscopio introducido en el tubo digestivo superior. El aparato posee, en su extremo externo, un sistema electrónico de captación de imágenes que son transmitidas a una pantalla y que permite la visualización directa de los segmentos del aparato digestivo por donde va pasando.

La endoscopia digestiva alta se realiza con la finalidad de conocer la causa de un gran número de síntomas relacionados con el aparato digestivo alto, como son el dolor abdominal, epigastralgia, hemorragia digestiva alta, identificación de pólipos, tumores, obtención de muestra para estudio microscópicos; también se realizan con fines terapéuticos como son dilatación, colocación de sondas o prótesis, tratamiento de una estenosis, inyección, ligadura y cauterización de una lesión sangrante como úlcera, variz o angiodisplasia; extirpación de pólipos, o extracción de un cuerpo extraño.¹⁴

La endoscopia digestiva baja o colonoscopia permite visualizar el colon y recto mediante un tubo flexible con óptica llamado colonoscopio, que se introduce a través del orificio anal. En caso de considerar necesario, durante la exploración se tomarán muestras de tejidos que con su estudio microscópico nos pueden ayudar a completar el diagnóstico de la enfermedad. En algunas ocasiones extirpación de pólipos, dilatación de una estenosis, colocación de sondas o prótesis, cauterización o inyección de sustancias, el procedimiento endoscópico no sólo es diagnóstico, sino también terapéutico.¹⁵

Los motivos por los que se realizan la colonoscopia son conocer la causa de algunos síntomas como la diarrea o estreñimiento, dolor abdominal y rectorragia. La extirpación de pólipos benigno precursores de cáncer, ha demostrado disminuir la incidencia y mortalidad por cáncer de colon por lo que se pueden emplear como técnica de prevención del cáncer en individuos asintomáticos.¹⁶

IV.1.2. Complicaciones de la endoscopia digestiva

IV1.2.1. Complicaciones de la sedación

La sedación se aplica en la mayoría de las endoscopias para hacer más confortable la experiencia al paciente y, a veces para que el endoscopista disponga de un entorno tranquilo y operativo.¹⁷ La sedación moderada consciente es la más empleada en la endoscopia digestiva. Tras aplicar una asociación de una benzodiazepina más un narcótico administrado por vía intravenosa, el ayudante, encargado de las tareas intermitentes, puede vigilar al paciente. La sedación profunda, casi siempre mediante el uso intravenoso de propofol se emplea cada vez más en Estados Unidos, pero sus riesgos exceden los de la sedación consciente y requiere una vigilancia y formación especiales. Según la *american society of anesthesiology* (Asa), la sedación profunda la pueden aplicar profesionales no anestesiólogos, pero es necesario contar con persona que sepan rescatar paciente de la anestesia general.¹⁸

La mayoría de las endoscopias se puede ejecutar con sedación consciente, administrada o supervisada por la endoscopia, pero hay situaciones en la que asistencia de la anestesia general reduce el riesgo para el paciente. El paciente con antecedentes de dificultad para la sedación se beneficia de la sedación profunda.

Las complicaciones cardiorrespiratorias atribuidas habitualmente a la sedación son las más frecuentes de la endoscopia digestiva. Los datos al respecto revelan que aproximadamente la mitad de las complicaciones endoscópicas pertenece a esta categoría 4-6. La frecuencia notificada de complicaciones cardíacas y respiratorias de las endoscopia varía entre 2 y 5 por 1000 intervenciones; aproximadamente el 10% de estas complicaciones causa la muerte.¹⁹⁻²⁰

En general, las complicaciones respiratorias de la sedación se deben a la hiperventilación. Se sabe que las asociaciones de benzodiazepinas y narcóticos introducen más depresión respiratoria que su administración por separado. El uso sistemático de la pulsioximetría facilita un ajuste más cabal de los sedantes, pero no detecta la hipercapnia significativa que se reconoce con la capnografía técnica aún no empleada de manera sistemática en la mayoría de las instalaciones endoscópicas.

La vigilancia cuidadosa del paciente durante la endoscopia ayuda a reconocer pronto las complicaciones cardiorrespiratoria y a adoptar las medidas correctivas. La observación del paciente por un ayudante cualificado, que no participe activamente en la intervención, permite detectar la apnea y la pérdida de conocimiento. La lectura intermitente de la presión arterial y la pulsioximetría continua representan complementos valiosos y se aconsejan para los pacientes sedados. A pesar de que se recomiende una vigilancia continua del electrocardiograma de los pacientes con antecedentes de arritmias cardíacas, no todos los pacientes precisan una vigilancia sistemática del electrocardiograma.

IV.1.2.2. Complicaciones infecciosas

Las complicaciones infecciosas de la endoscopia pueden obedecer a la interacción de un procedimiento endoscópico específico con la enfermedad de base del paciente. Así, la colangitis ascendente se debe, en ocasiones, a la inyección de contraste radiológico en un conducto biliar obstruido durante la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), o aparece una peritonitis bacteriana tras la bacteriemia inducida por la escleroterapia endoscópica de un paciente con varices esofágica y ascitis. Estas complicaciones se comentan más adelante, con motivo de procedimiento específico.

En situaciones concretas, el mayor riesgo de infección asociado a determinadas intervenciones y los factores de riesgo del paciente propician el uso de la profilaxis antibiótica. Los antibióticos pretenden evitar las complicaciones locales, del tipo de la celulitis alrededor del tubo percutáneo de gastronomía o la infección de un pseudoquiste pancreático, así como las posibles consecuencias de una bacteriemia relacionada con la intervención. Los pacientes con anomalías de las válvulas cardíacas corren más riesgos de endocarditis por bacteriemias y precisan, por consiguiente, una profilaxis antibiótica si la intervención endoscópica conlleva un riesgo considerable de bacteriemia.

Las demás infecciones introducidas con el endoscopio, por ejemplo por *Pseudomonas* o por el virus de la hepatitis C, no son específicas del tipo de intervención ni de la enfermedad del paciente. Estas intervenciones exógenas son

raras, pero deben comentarse pues, en general, cabe evitarlas. Los endoscopios actuales son piezas muy especializadas y costosas del equipamiento y están diseñados para un uso múltiple. Como el tubo digestivo no es estéril, la desinfección de alto nivel entre cada uso se considera suficiente para evitar la transmisión de microorganismos infecciosos entre los pacientes. La desinfección de alto nivel abarca la limpieza mecánica de los conductos operativos y el exterior de endoscopio, seguida de la inmersión en soluciones desinfectantes, como el glutaraldehído o el ortofalaldehído y, finalmente, el enjuague y la desecación del instrumento.

La mayoría de los casos de transmisión infecciosa comprobada se debe a un fracaso de alguno de los pasos recomendados para el reprocesamiento del endoscopio. La prevalencia estimada de transmisión de un microorganismo infeccioso con el endoscopio es de 1 por 1,8 millones de intervenciones.²¹ Quizá este número infravalore la frecuencia del problema, ya que algunas infecciones no se llegan a reconocer ni a comunicar.

La desinfección de alto nivel destruye la mayoría de los virus y bacterias que podrían contaminar los endoscopios. Los patógenos habituales transmitidos por vía hematogena, como el virus de la inmunodeficiencia humana y los virus de las hepatitis B y C, se inactivan fácilmente con la desinfección de alto nivel. Aunque los priones, como el de la enfermedad de Creutzfeldt-Jacob, no se inactivan con este tipo de desinfección, no se ha notificado la transmisión de estos agentes a través del endoscopio.

Los microorganismos infecciosos también se pueden transmitir por los accesorios de la endoscopia o por las agujas y los medicamentos contaminados que se emplean en la sedación. La mayoría de los accesorios endoscópicos utilizados en la actualidad están diseñados para un único uso y debe desecharse después. Los accesorios reutilizables necesitan esterilización, después de su uso, para evitar la transmisión de microorganismos infecciosos. Los brotes de hepatitis C por endoscopia se han atribuido a una quiebra de la técnica estéril y a la contaminación de viales multidosis de la medicación sedante. Hay que utilizar siempre agujas y sistemas tubulares intravenosos estériles y de un solo uso. La medicación no

utilizada se desechará después de cada intervención; no se recomienda el uso de viales multidosis de la medicación.²²

IV.1.2.3. Complicaciones Hemorrágicas

Los pacientes tratados con warfarina corren más riesgo de hemorragia después de la polipectomía, la esfinterotomía endoscópica, la dilatación con globo, la gastrostomía percutánea y la aspiración con aguja fina guiada por eco endoscopia. Debe suspenderse la warfarina antes de esta intervención para que el tiempo de protrombina retorne a los valores normales; el tratamiento se reanudará en la primera semana después de la endoscopia. El anticoagulante de los pacientes con prótesis valvulares mecánicas u otras situaciones con alto riesgo de tromboembolia se cambiará por heparina no fraccionada o de bajo peso molecular, salvo durante las 12 horas anteriores y posteriores a la intervención.²³

No se ha demostrado claramente que los fármacos que alteran la función plaquetaria, como el ácido acetilsalicílico, los antiinflamatorios no esteroideos, la ticlopidina, el clopidogrel y otros más recientes, hayan aumentado las complicaciones de la endoscopia. Los estudios sobre el tema no contaban con suficiente poder para reconocer los efectos pequeños pero potencialmente significativos, desde el punto de vista clínico, sobre las tasas de complicación hemorrágica. El riesgo de hemorragia después de una intervención específica deberá sopesarse frente a la utilidad del tratamiento anti plaquetario en cada caso.²⁴

IV.1.2.4. Complicaciones Diversas

La distensión abdominal suele obedecer a la insuflación de aire con la endoscopia alta o la colonoscopia, pero también a la administración de gas durante la endoscopia con láser o a la coagulación con plasma de argón. La distensión resulta muy molesta e incluso puede llevar a una reacción vasovagal. Hay que tener cuidado para aspirar el aire antes de retirar el endoscopio.

Aunque no se conoce bien la prevalencia de complicaciones leves de la endoscopia, no debe trivializarse el problema. La faringitis después de la endoscopia alta, el dolor, las infecciones o la flebitis en el lugar de colocación del catéter

intravenoso, así como la recuperación prolongada de los efectos de la sedación, pueden alterar la calidad de vida del paciente.

IV.1.3. Procedimientos endoscópicos

IV.1.3.1. Endoscopia de tubo digestivo alto o Gastroscopia

La endoscopia del tubo digestivo alto, que también se denomina esófago gastroduodenoscopia (EGD) se realiza al pasar un endoscopio flexible a través de la boca hacia el esófago, el estómago, el bulbo duodenal y la segunda porción del duodeno.

El procedimiento es el método más adecuado para explorar la mucosa del tubo digestivo proximal. En tanto la serie radiográfica gastroduodenal contaba con una precisión similar para diagnosticar la úlcera duodenal, la EGD es mejor para la detección de úlceras gástricas y las lesiones planas de la mucosa, como el esófago de Barrett; asimismo, permite la obtención directa de biopsias y el tratamiento endoscópico. En Estados Unidos, se administra sedación intravenosa consciente a la mayor parte de los pacientes para disminuir la ansiedad y el malestar que genera el procedimiento; no obstante, en muchos países la EGD se lleva a cabo de manera sistemática tan solo con anestesia faríngea tópica. La tolerancia del paciente a la EGD que se realiza sin sedación mejora con la utilización de un endoscopio ultradelgado, de 5 mm de diámetro, que puede pasarse ya sea a través de la boca o la nariz.²⁵

IV.1.3.2. Indicaciones

La endoscopia digestiva alta es un procedimiento habitualmente indicado en las siguientes situaciones:

1. Investigación de cuadros de dolor o incomodidad inexplicable en el abdomen superior.
2. Evaluación de la gravedad de la enfermedad del reflujo gastroesofágico, que no responde al tratamiento clínico inicial.
3. Examen de rastreo del cáncer en pacientes con diagnóstico previo de esófago de Barrett.

4. Investigación de cuadro de náuseas y vómitos persistentes.
5. Evaluación y posible tratamiento para cuadros de sangramientos del tracto gastrointestinal superior (como vómitos con sangre o señales de sangre digerido en las heces, sugiriendo el estómago como causa).
6. Investigación de várices esófagicas en pacientes con cirrosis y/o hipertensión portal.
7. Investigación de cuadros de anemia por carencia de hierro sin causa definida.
8. Investigación de cuadros de dificultad de ingerir alimentos o sensación de comida atascada en el esófago.
9. Remoción de un cuerpo extraño accidentalmente ingerido.
10. Evaluar la gravedad de la lesión del esófago en pacientes que ingirieron soda cáustica, agua sanitaria (lejía) o cualquier otra sustancia corrosiva.
11. Diagnosticar infecciones por la bacteria *Helicobacter pylori*.
12. Dispepsia a pesar del tratamiento.
13. Dispepsia con signo de enfermedad orgánica.
14. Vómito resistente al tratamiento
15. Anomalías radiográficas y biopsia.

IV.1.3.3. Contraindicaciones

La mayoría de las contraindicaciones del procedimiento son más relativas que absolutas. La principal contraindicación es la falta de colaboración del enfermo.

IV.1.3.3.1. Absolutas

1. No colaboración
2. Estado terminal
3. Sospecha o confirmación de perforación
4. Imposibilidad para la resucitación (equipo y personal)
5. Inestabilidad cardiopulmonar

IV.1.3.3.2. Relativas

1. Divertículo de Zenker gigante

2. Insuficiencia respiratoria severa
3. Sangrado masivo con sospecha de fístula aortoduodenal.

IV.1.3.4. Complicaciones de la endoscopia alta

IV.1.3.4.1. Problemas respiratorios

Curiosamente, las complicaciones respiratorias de la endoscopia alta suceden pocas veces, pese a que el endoscopio se introduce por la bucofaringe. El estridor, que refleja una alteración de la vía respiratoria alta, ocurre rara vez durante la endoscopia, generalmente entre pacientes con una vía aérea alta pequeña por malformaciones congénitas, cirugía previa o radiación. Si se insertan endoscopios de pequeño calibre a estos pacientes, se puede reducir el problema. Los pacientes con debilidad neuromuscular, por ejemplo aquellos con esclerosis lateral amiotrófica, también pueden sufrir signos y síntomas de obstrucción de la vía respiratoria alta durante la endoscopia. La administración nasal de ventilación con presión positiva durante la endoscopia alta aumenta la seguridad de la intervención en estos casos.²⁵

La neumonía por aspiración es otra complicación de la endoscopia alta que sucede aproximadamente en 1 de cada 10.000 endoscopias'. Para reducir esta complicación hay que poner especial cuidado en la aspiración bucal y el uso selectivo de la intubación endotraqueal si se practica la endoscopia a pacientes con riesgo, por ejemplo un paciente obnubilado con una hemorragia digestiva alta.

IV.1.3.4.2. Hemorragia

Las complicaciones hemorrágicas de la endoscopia alta suelen apreciarse durante intervenciones terapéuticas como la dilatación o las técnicas de acceso enteral. Es rara la hemorragia por el paso del endoscopio a través de la bucofaringe o por un desgarro de Mallory-Weiss en la unión gastroesofágica. La hemorragia suele corregirse espontáneamente, a menos que el paciente sufra una coagulo Patía. Tampoco es común el sangrado tras la biopsia de la mucosa, ni siquiera utilizando pinzas con una copa grande. No está indicada la biopsia de los pacientes con una prolongación significativa del tiempo de protrombina (índice internacional normalizado >2,5) o con trombocitopenia (<20.000).²⁵

IV.1.3.4.3. Perforación

Se cree que en 3 de cada 10.000 endoscopias diagnósticas se produce una perforación de los tramos altos del tubo digestivo. El lugar más frecuente es la bucofaringe o el esófago cervical. Los pacientes con divertículos de Zenker, estenosis proximales del esófago y cánceres, así como aquellos con osteofitos cervicales grandes, corren más riesgo de perforación durante la endoscopia diagnóstica. La crepitación de los tejidos blandos del cuello, la fiebre y el dolor torácico después de la endoscopia obligan a descartar una perforación a través de radiografías de tórax y de cuello, un faringoesofagograma con contraste hidrosoluble y, si fuera necesario, una tomografía computarizada del cuello y del tórax. Las faríngeas que no se reconocen en el momento de la endoscopia pueden manifestarse unos días o semanas después por un absceso retrofaríngeo, que requiere drenaje quirúrgico.

La mayoría de las perforaciones intracervicales se combate de forma conservadora mediante la administración intravenosa de antibióticos y la consulta con un otorrinolaringólogo. Las perforaciones intratorácicas también pueden tratarse de forma conservadora con antibióticos y aspiración naso esofágica si la perforación es pequeña y se confina a los tejidos que rodean inmediatamente el esófago. Si se produce comunicación con el espacio pleural, suele recomendarse la toracotomía. La disponibilidad reciente de endoprótesis esofágicas removibles de polietileno quizá cambie esta recomendación, sobre todo entre los pacientes con enfermedades malignas o mayor riesgo de cirugía, ya que la colocación de este tipo de prótesis sella la perforación esofágica sin necesidad de Cirugía.²⁶

IV.1.3.5. Complicaciones de la dilatación

La dilatación en cualquier lugar del tubo digestivo aumenta el riesgo de complicaciones, en comparación con la endoscopia diagnóstica. El máximo riesgo es la perforación; la hemorragia grave es bastante más rara. No parece que el tipo de dilatador, bien una bujía con alambre guía o un globo introducido a través del instrumento, modifiquen significativamente el riesgo. Es más fácil que se perforen las estenosis esofágicas malignas, inducidas por radiación o por lejía, que las estenosis

pépticas. La dilatación con globo de estenosis pilóricas y duodenales comporta, al parecer, más riesgo de perforación que la dilatación de las estenosis ubicadas en anastomosis quirúrgicas. Jamás se ha llegado a probar, pero la dilatación gradual en varias sesiones endoscópicas posiblemente acarree menos riesgo de perforación. Hay que dilatar las estenosis hasta un diámetro que alivie los síntomas, no necesariamente hasta alcanzar el tamaño de la luz intacta.

IV.1.3.6. Complicaciones de la hemostasia endoscópica

El tratamiento de las úlceras pépticas sangrantes con sondas multipolares o térmicas entraña un riesgo de perforación próximo al 1%. Este riesgo se eleva hasta el 4 % si se precisa una segunda sesión terapéutica en las 48 horas siguientes para proceder a la hemostasia de un sangrado recidivante. La inyección de adrenalina puede ocasionar taquicardia y, a veces, ulceración isquémica en el lugar de la inyección. Se desaconseja la inyección de esclerosantes en las úlceras hemorrágicas dado el riesgo de necrosis isquémica.²⁷

La escleroterapia de las várices ha sido prácticamente sustituida por la ligadura en banda, de eficacia similar pero con menos complicaciones. La escleroterapia produce úlceras esofágicas que sangran profusamente en un 6% de los casos y motivan estenosis esofágicas tardías hasta en un 20%. Otras complicaciones de la escleroterapia son la perforación esofágica (25%,5%), los derrames pleurales y pericárdicos, la mediastinitis y la parálisis. Estas complicaciones conllevan una alta mortalidad, sobre todo por la hepatopatía grave presente en estos casos. La ligadura con banda se asocia a menos ulceraciones y estenosis tardías que la escleroterapia y la frecuencia de perforaciones no alcanza el 1%.²⁸

IV.1.3.7. Complicaciones de los procedimientos de acceso enteral

La endoscopia se utiliza para colocar una serie de tubos en la parte alta del tubo digestivo a fin de aportar la nutrición enteral. La colocación endoscópica de un tubo naso entérico garantiza el aporte de nutrientes directamente al intestino delgado y se asocia a complicaciones generalmente leves en un 10% de los casos. La epistaxis es

la complicación más frecuente (2%,5%). La migración proximal, fuera del intestino delgado, se da en un 15% y el taponamiento del tubo, hasta en un 20%.

La gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) consiste en la punción directa del estómago a través de la pared abdominal bajo control endoscópico. El número de complicaciones oscila entre el 1,5% y el 4%. La complicación más habitual es la infección en el lugar de entrada del tubo, que afecta hasta al 30% de los pacientes. Se trata de infecciones casi siempre leves que responden a los antibióticos, si bien algunas resultan graves y producen una fascitisnecrosante que requiere desbridamiento quirúrgico. Se ha demostrado que la administración de antibióticos antes de la intervención disminuye la frecuencia de infecciones leves de la herida después de la gastrostomía endoscópica percutánea.²⁹

El sangrado durante la gastrostomía endoscópica percutánea suele ser escaso, pero puede precisar tratamiento endoscópico en el 1%, casi siempre por la punción de una arteria de la pared gástrica. Otras complicaciones raras de la gastrostomía endoscópica percutánea son el desplazamiento prematuro del tubo, que puede ocasionar peritonitis, y la punción inadvertida del hígado y del colon; esta última determina una fístula gastrocólica. El síndrome del «botón enterrado» (gastrostomía oculta) ocurre cuando el botón externo del tubo GEP se aprieta demasiado y determina una migración del botón interno hacia la pared gástrica. Cuando se coloquen tubos GEP a pacientes con cánceres de cabeza y cuello o de esófago puede ocurrir, raramente, una siembra del lugar GEP con implantes tumorales, ya sea por la vía local como por la sangre.

La neumonía por aspiración de los pacientes que reciben nutrición enteral es consecuencia de la aspiración de las bacterias bucofaríngeas o del reflujo gastroesofágico de la nutrición enteral. El primer mecanismo parece más probable, pero el último podría justificar los vómitos o la regurgitación, la disminución del grado de conciencia, los problemas neuromusculares o estructurales de la bucofaringe, la posición prolongada en decúbito supino y los volúmenes residuales gástricos elevados, en particular, de los pacientes con antecedentes confirmados de aspiración.

La colocación de tubos de alimentación directamente en la parte proximal del yeyuno es cada vez más frecuente. Las complicaciones se parecen a las de la GEP, con la adición de casos raros de obstrucción del intestino delgado motivados por un botón interno excesivamente grande o por un vólvulo del intestino delgado.

IV.1.4. Preparación Para Endoscopia Digestiva Alta

Para maximizar los resultados y disminuir los riesgos de complicaciones, todo paciente que sea sometido a una endoscopia digestiva debe prepararse para el examen. El paciente que tiene una endoscopia digestiva alta programada no debe alimentarse en las 4-8 horas que anteceden al examen. El tiempo correcto será decidido por el gastroenterólogo, de acuerdo con la situación clínica del paciente. Se puede ingerir agua hasta 2 horas antes del procedimiento. Es importante que el estómago esté vacío para que no haya riesgo de que el paciente vomite durante el examen y para que el médico pueda visualizar todo el interior sin ser obstaculizado por restos de alimentos.

La mayoría de los medicamentos pueden ser mantenidos hasta el momento de la endoscopia, debiendo apenas tener el cuidado de tomarlo con pequeños tragos de agua para no llegar a la hora del examen con el estómago lleno. Algunos medicamentos pueden necesitar de ajustes en las dosis, tales como medicamentos para la diabetes, debido al ayuno que deber ser realizado durante 8 horas antes de la endoscopia. La decisión de suspender medicamentos antiplaquetarios (ejemplo: clopidogrel o ticlopidina) o anticoagulantes (ejemplo: heparina o varfarina) debe ser individualizada, tomando en cuenta el riesgo de hemorragia durante la endoscopia.

IV.1.5. Endoscopia digestiva baja o Colonoscopia

Esta se lleva a cabo mediante el paso de un colonoscopio flexible a través del conducto anal, hacia el recto y el colon. En >95 % de los casos, se llega al ciego y es frecuente que sea posible examinar el íleon terminal. La colonoscopia es el estándar de referencia para el diagnóstico de la enfermedad mucosa del colon, la colonoscopia tiene sensibilidad mayor que el enema con bario para la colitis, los pólipos y el cáncer.

IV.1.5.1 Indicaciones

1. Detección de cáncer.
2. Hemorragias del tubo digestivo inferior.
3. Diarrea.
4. Polipectomía, obstrucción, anomalías radiográficas y de biopsia.
5. Vigilancia del cáncer: antecedentes familiares, antecedentes de pólipos o cáncer, colitis.
6. Paliación de neoplasias.
7. Extracción de cuerpos extraños.
8. Colocación de endoprótesis en puntos de estenosis.

Mediante la colonoscopia se pueden diagnosticar la mayor parte de las enfermedades que afectan al tracto digestivo inferior (intestino grueso), ya que consigue la visualización directa de su interior. Localiza las lesiones de una manera muy precisa y permite obtener biopsias para su análisis al microscopio. De esta forma se obtiene un diagnóstico exacto que facilita un tratamiento correcto de la enfermedad. Por otra parte, mediante la colonoscopia es posible realizar procedimientos terapéuticos tales como extirpación de pólipos, coagulación de lesiones sangrantes o extracción de cuerpos extraños, entre otros.³⁰

IV.1.5.2. Complicaciones de la colonoscopia

El riesgo general de complicaciones de la colonoscopia diagnóstica se aproxima al 0,3%. El riesgo es mayor (2%) en caso de polipectomía. Las complicaciones principales de la colonoscopia abarcan la perforación, el sangrado y el síndrome pospolipectomía. Los regímenes para la preparación del colon también producen complicaciones en algunos casos. Los riesgos de la sigmoidoscopia son casi dos veces menores que los de la colonoscopia, pero su naturaleza resulta idéntica.³¹

IV.1.5.2.1. Hemorragia

La causa principal de hemorragia durante o después de la colonoscopia es la polipectomía. Del 1,5% al 3% de las polipectomías se siguen de sangrado, con la misma probabilidad de que sea inmediato o tardío. El sangrado diferido puede

aparecer hasta 1 mes después. La hemorragia inmediata suele detenerse en el momento de la colonoscopia, sosteniendo el asa alrededor del pedículo del pólipo durante 5 minutos, inyectando una solución diluida de adrenalina o colocando una grapa hemostática en el vaso sangrante. La hemorragia tardía se diagnostica sobre todo repitiendo la colonoscopia, que facilita el tratamiento con las mismas modalidades que se aplican al sangrado inmediato.³²

El sangrado tardío también se debe a causas diferentes a la polipectomía. Las úlceras motivadas por el tratamiento de las angiectasias del colon con coagulación con plasma de argón o sondas multipolares pueden sangrar. Los lugares de biopsia constituyen focos raros de hemorragia después de la colonoscopia, incluso si se toman varias biopsias para la vigilancia de la displasia en tres los pacientes con una enfermedad intestinal inflamatoria.

IV.1.5.2.2. Perforación

La perforación del colon es la complicación más temida de la colonoscopia, pero, por fortuna, ocurre pocas veces (del 0,1% al 0,3% de las colonoscopias). La polipectomía aumenta mínimamente el riesgo de perforación con relación a la tasa basal observada con la colonoscopia diagnóstica.³³

Las perforaciones pueden obedecer a una presión excesiva del aire (baro traumatismo), el desgarro del borde antimesentérico del colon por la presión excesiva sobre las asas del colon y los lugares de las aplicaciones electroquirúrgicas. El baro traumatismo suele ocurrir en el ciego, donde el diámetro del colon alcanza la máxima dimensión y, en consecuencia, la tensión sobre la pared del colon resulta mayor. Los desgarros del colon se dan más veces en el colon sigmoide más redundante. Los grandes desgarros se reconocen en ocasiones durante la colonoscopia y obligan a una intervención quirúrgica inmediata. La perforación también puede suceder en las zonas de polipectomía o tras la aplicación de la coagulación con plasma de argón o sondas térmicas para tratar divertículos sangrantes o angiectasias.³⁴

Los demás usos de la colonoscopia terapéutica también aumentan el riesgo de perforación del colon. La descompresión colonoscópica de una seudobstrucción

aguda del colon comporta tasas de perforación del 2%. La colocación de prótesis en el colon para aliviar la obstrucción maligna puede asimismo ocasionar una perforación hasta en el 5% de los casos.³⁴

La perforación debe sospecharse cuando el paciente refiera dolor abdominal o en el hombro después de la colonoscopia o presente una distensión abdominal excesiva y persistente. Si no se reconoce a tiempo la perforación, puede ocurrir un dolor abdominal progresivo y fiebre secundarios a la peritonitis bacteriana. La radiografía de abdomen y de tórax en bipedestación suele mostrar el aire libre bajo el diafragma. Hay que solicitar una TC de abdomen si la radiografía no revela ninguna anomalía y existe una firme sospecha clínica de perforación.³⁴

El tratamiento de la perforación colonoscópica depende de la intensidad de la perforación y del estado del paciente. Los pacientes con grandes desgarros, así como aquellos con signos de peritonitis, precisan tratamiento quirúrgico. Cuanto antes se reconozca la lesión, más fácil es la reparación primaria sin colostomía. A veces, los pacientes estables con micro perforaciones motivadas por baro traumatismos o por el electrocauterio responden al tratamiento conservador con reposo intestinal y antibióticos por vía parenteral.

IV.1.6. Riesgos de la endoscopia

Los fármacos que se utilizan para la sedación consciente pueden causar depresión respiratoria o reacciones alérgicas. Todos los procedimientos endoscópicos conllevan cierto riesgo de hemorragias y perforación del tubo digestivo. Las complicaciones infecciosas son inusuales en la mayor parte de los procedimientos endoscópicos. Algunos métodos se relacionan con una incidencia más alta de bacteriemia posterior y es posible que exista indicación para administrar antibióticos profilácticos. La hemorragia se presenta en 1% de las esfinterotomias endoscópicas. La colangitis ascendente, la infección de los pseudoquistes, la perforación retroperitoneal y los abscesos pueden ser consecuencias de una ERCP. La colocación de una sonda de gastrostomía durante la EGD se relaciona con una incidencia de 10 a 15% de complicaciones. Fascitis, neumonía, hemorragia,

síndrome de enterramiento del botón interno de la sonda de gastrostomía y lesión colónica pueden ocurrir tras la colocación de dicha sonda.³⁵

IV.1.7. Endoscopia de urgencia.

IV.1.7.1. Hemorragia aguda del tubo digestivo

La endoscopia constituye una técnica diagnóstica y terapéutica importante en las personas que presentan hemorragias agudas del tubo digestivo. Dicha hemorragia se detiene de forma espontánea en la mayor parte de los casos, pero algunos de los pacientes tienen hemorragia persistente o recurrente, que puede poner en riesgo la vida.

La gravedad de la hemorragia inicial constituye la indicación más importante para la endoscopia de urgencia, puesto que una hemorragia intensa inicial incrementa la probabilidad de persistencia o recurrencia del sangrado. En los pacientes con hipotensión en reposo, hematemesis de repetición, aspirado nasogástrico hemorrágico que no se elimina mediante el lavado con volumen alto o cambios ortostáticos de los signos vitales, al igual que en aquellos con necesidad de transfusión sanguínea, debe valorarse una endoscopia urgente.³⁶

IV.1.7.2. Úlcera péptica

El aspecto endoscópico de las úlceras pépticas aporta información pronóstica útil y orienta en cuanto a la necesidad de aplicar tratamientos endoscópicos en individuos con hemorragia aguda. Las úlceras con base limpia se relacionan con un riesgo bajo, de entre 3 y 5 %, de hemorragia recurrente, los individuos con melena y una úlcera con base limpia suelen darse de alta del servicio de urgencias o del área de endoscopia si son jóvenes, confiables y no padecen otras enfermedades. Las máculas pigmentadas planas y los coágulos adherente que cubren la base de la úlcera se relacionan con un riesgo de recurrencia de la hemorragia de 10 a 20%, respectivamente.³⁶

IV.1.7.3. Várices

Dos estrategias complementarias guían el tratamiento de las várices sangrantes: las medidas terapéuticas locales de las várices sangrantes y el control de la hipertensión portal subyacente. Los tratamientos locales, que incluyen la escleroterapia endoscópica de las várices, la ligadura endoscópica con bandas y el taponamiento con globo con una sonda de sengstaken-blakemore, permiten controlar de manera eficaz una hemorragia aguda en la mayor parte de los individuos, aunque las medidas terapéuticas que reducen la presión portal (tratamiento farmacológico, derivaciones quirúrgicas o colocación de derivaciones portosistémicas intrahepáticas mediante guía radiográfica) también desempeñan una función importante.³⁶

IV.1.7.4. Lesión de Dieulafoy

Esta lesión, que también se denomina arteria de calibre persistente, corresponde a una arteriola de gran calibre que se ubica justo debajo de la mucosa del tubo digestivo y sangra a través de una erosión puntiforme de la mucosa. La lesión de Dieulafoy se observa con más frecuencia en la curvatura menor de la porción proximal de la cavidad gástrica, genera una hemorragia arterial notable y puede ser difícil de diagnosticar; es frecuente que solo se le reconozca tras la repetición de la endoscopia por hemorragia recurrente.³⁶

IV.1.7.5. Desgarro de Mallory-Weiss

Es una ruptura lineal de la mucosa que se ubica en cercanía o a través de la unión gastroesofágica y que con frecuencia se relaciona con arqueo o vómito, cuando el desgarro rompe una arteriola submucosa, puede presentarse hemorragia abundante. La endoscopia es la mejor opción para el diagnóstico y un desgarro con sangrado activo puede atenderse por esta vía mediante inyección de adrenalina, coagulación por aposición, ligadura con banda o colocación de hemoclip.³⁶

IV.1.7.6. Ectasias vasculares

Estas son anomalías vasculares planas de la mucosa, que se diagnostican con más precisión mediante endoscópico. Suelen producir pérdida hemática lenta a través del intestino y pueden aparecer ya sea de forma esporádica o con un patrón

bien definido de distribución (p. ej; ectasia vascular del antro gástrico GAVE, gastric antral vascular ectasia o estómago en sandía.³⁶

IV.1.7.7. Divertículos colónicos

Los divertículos se forman en los sitios en que las arterias nutricias penetran la pared muscular del colon en su camino hacia la mucosa del mismo. La arteria que se ubican en la base del divertículo puede sangrar y generar hematoquezia indolora intensa.

La colonoscopia se encuentra indicada en personas con hematoquezia y sospecha de hemorragia diverticular, puesto que deben excluirse otras causas de sangrado (como éctasias vasculares, colitis y cáncer del colon). Además, es posible observar y tratar durante la colonoscopia los divertículos con sangrado activo.

IV.1.7.8. Obstrucción esofágica aguda

La obstrucción esofágica por alimentos impactados o algún cuerpo extraño ingerido constituye un evento con potencial de poner en riesgo la vida y representa una urgencia endoscópica. Si no recibe tratamiento, el paciente puede generar ulceración, isquemia y perforaciones esofágicas. Los sujetos con obstrucción esofágica persistente muchas veces presentan sialorrea y suelen tener incapacidad para deglutir líquidos; la endoscopia suele constituir la mejor prueba inicial en estos enfermos, puesto que con frecuencia ocurre el retiro endoscópico del material que causa la obstrucción y en muchas ocasiones factible determinar la presencia de enfermedad esofágica subyacente.³⁷

IV.1.7.9. Obstrucción de la salida gástrica

La obstrucción de salida gástrica se debe en muchas ocasiones a neoplasias gástricas, duodenales o pancreáticas o la ulceración péptica crónica con estenosis del píloro. Los pacientes vomitan alimentos con digestión parcial muchas horas después de ingerirlos. La descompresión gástrica con una sonda nasogástrica y el lavado subsiguiente para eliminar el material retenido constituyen el primer paso del tratamiento. Si se desea, el diagnóstico puede entonces confirmarse mediante la

aplicación de una prueba de carga de solución salina. La endoscopia resulta útil para el diagnóstico y el tratamiento.

IV.1.7.10. Obstrucción y pseudoobstrucción colónicas

Ambos padecimientos se presentan con distensión y malestar abdominal, timpanismo y dilatación del colon por gas, visible en la radiografía abdominal simple. El aspecto radiográfico puede ser el característico de una afectación específica, como en el caso del vólvulo del sigmoides.

Tanto la obstrucción como la pseudoobstrucción estructurales pueden desencadenar una perforación colónica si no reciben tratamiento. La colocación colonoscópica de una endoprótesis expansible constituye una alternativa para aliviar la obstrucción de origen maligno sin recurrir a una intervención quirúrgica de urgencia, y permitir la preparación intestinal para realizar un procedimiento electivo en una sola fase.³⁸

IV.1.8. Endoscopia electiva.

IV1.8.1. Dispepsia

La dispepsia es un malestar ardoroso o doloroso crónico o recurrente que se localiza al hemiabdomen superior y puede deberse a distintos procesos, como reflujo gastroesofágico, enfermedad ulcerosa péptica y dispepsia no ulcerosa, una categoría heterogénea que incluye trastornos de la motilidad, la susceptibilidad y la somatización. La integración cuidadosa de la historia clínica permite un diagnóstico diferencial preciso de la dispepsia en tan solo 50% de los individuos. En el resto, la endoscopia puede constituir una herramienta diagnóstica útil, en especial en los pacientes cuyos síntomas no se eliminan mediante estudios empírico con tratamiento sintomático. La endoscopia debe llevarse a cabo desde el inicio en los individuos con dispepsia y datos de alarma, como la pérdida de peso o la anemia ferropriva.

IV.1.8.2. Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico

Cuando hay síntomas clásicos de reflujo gastroesofágico, como regurgitación y pirosis, suelen ser suficientes el diagnóstico de presunción y el tratamiento empírico.

La endoscopia constituye una prueba sensible para el diagnóstico de la esofagitis, pero puede pasar por alto el diagnóstico de enfermedad por reflujo no erosivo, puesto que algunos pacientes presentan reflujo sintomático sin esofagitis.

IV.1.8.3. Esófago de Barrett

Esta entidad patológica es una metaplasia cilíndrica especializada que sustituye la mucosa plana normal del esófago distal en algunas personas con GERD. El epitelio de Barrett constituye un factor de riesgo importante para el adenocarcinoma esofágico y se detecta con facilidad mediante la endoscopia, por efecto del desplazamiento proximal de la unión escamocolumnar. Es posible valorar un estudio para detección mediante EGD del Esófago de Barrett en pacientes con antecedentes crónicos (>10 años) de síntomas de GERD.

La biopsia endoscópica constituye el estudio estándar de referencia para confirmar el Esófago de Barrett y para la displasia o el cáncer que derivan de la mucosa de Barrett. Los tratamientos endoscópicos, como la resección endoscópica de la mucosa (EMR, endoscopic mucosal resection), la disección endoscópica de la submucosa (ESD, endoscopic submucosal dissection), el tratamiento fotodinámico (PDT, photodynamic therapy) y la ablación con radiofrecuencia (RFA, radiofrequency and ablation) constituyen modalidades eficaces para el tratamiento de la displasia de alto grado y el cáncer intramucoso en el Esófago de Barrett.³⁸

IV.1.8.4. Úlcera péptica

De manera característica, la úlcera péptica produce dolor o ardor epigástrico, que muchas veces se presentan durante la noche y se alivian con rapidez tras el consumo de alimentos o antiácidos. Si bien la endoscopia es la prueba diagnóstica más sensible para la úlcera péptica, no constituye una estrategia eficaz con base en su costo en individuos jóvenes con síntomas dispépticos similares a los ulcerosos, a menos que se encuentre disponible a bajo costo. Los sujetos con síntomas de alarma y aquellos con síntomas persistentes no obstante el tratamiento, deben ser objeto de endoscopia con el propósito de excluir una neoplasia gástrica y otras causas.³⁸

IV.1.8.5. Disfagia

Alrededor de 50% de los pacientes que se presentan con dificultad para deglutir, tiene alguna obstrucción mecánica; el resto evoluciona con un trastorno de la motilidad como acalasia o espasmo esofágico difuso. La integración cuidadosa de la historia clínica suele señalar algún diagnóstico de presunción y conducir a la aplicación apropiada de pruebas diagnósticas. Cuando se sospecha obstrucción mecánica, la endoscopia resulta útil como prueba diagnóstica inicial, puesto que permite la obtención inmediata de muestra para biopsia, la dilatación de las estenosis, los tumores o los anillos o ambos procedimientos.³⁸

IV.1.8.6. Anemia y sangre oculta en heces

La anemia ferropriva puede atribuirse a una absorción deficiente de hierro (como en el ésprue celíaco) o con más frecuencia, a la pérdida hemática crónica. La hemorragia intestinal debe sospecharse con intensidad en varones y mujeres posmenopáusicas con anemia por deficiencia de hierro, y existe indicación de realizar colonoscopia en este tipo de pacientes incluso en ausencia de sangre oculta detectable en heces. Alrededor de 30% de los individuos muestra pólipos colónicos grandes, 10% evoluciona con cáncer colorrectal y otros más tienen lesiones vasculares en el colon. Los pacientes >50 años de edad con sangre oculta en una muestra de heces de aspecto normal deben someterse a colonoscopia para excluir una neoplasia colorrectal. El desempeño diagnóstico es menor que en la anemia por deficiencia de hierro.³⁸

El intestino delgado puede ser fuente de hemorragia intestinal crónica, en especial si no existen datos diagnósticos en la colonoscopia y la panendoscopia. La utilidad de la valoración del intestino delgado varía con base en la situación clínica y adquiere mayor importancia en quienes el sangrado produce anemia crónica o recurrente. En contraste con el desempeño diagnóstico de los estudios radiográficos del intestino delgado, se obtienen resultados positivos en la endoscopia con cápsula en 50 a 70% de los enfermos con sospecha de hemorragia de esa estructura. El dato hallado con mayor frecuencia corresponde a las ectasias vasculares de la mucosa.

Es posible realizar una enteroscopia profunda tras la endoscopia con cápsula para tomar muestra para biopsia de las lesiones o aplicar tratamiento específico, como coagulación con plasma de argón en caso de ectasias vasculares.

IV.1.8.7. Detección de cáncer colorrectal

La mayor parte de los cánceres del colon surge a partir de adenomas colónicos preexistentes y el cáncer colorrectal puede prevenirse en gran medida mediante la detección y la extirpación de los pólipos adenomatosos.

IV.1.8.8. Diarrea

La mayor parte de los casos de diarrea es aguda y autolimitada, y se debe a infecciones o uso de fármacos. La diarrea crónica es con más frecuencia consecutiva a un trastorno primario inflamatorio, por mala absorción o de la motilidad; es menos probable que se elimine de manera espontánea y por lo general requiere una valoración diagnóstica. Los pacientes con diarrea crónica o diarrea aguda grave de causa desconocida se someten muchas veces a endoscopia si las pruebas en heces son negativas a microorganismos patógenos. La decisión de solicitar estudios endoscópicos depende de la situación clínica.

IV.1.8.9. Hematoquecia menor

La sangre fresca que se elimina con o sobre heces formadas de color pardo suele ser de origen rectal, anal o sigmoideo distal. Los pacientes que presentan incluso cantidades triviales de hematoquezia deben estudiarse mediante sigmoidoscopia flexible y anoscopia, con el propósito de excluir pólipos o cáncer en el colon distal. Los individuos que refieren sangre fresca tan solo en el papel de baño, sin la observación de sangre en el excusado o sobre las heces, suelen tener sangrado a partir de una lesión en el conducto anal. En la mayor parte de estos casos, resultan suficientes para el diagnóstico una inspección externa cuidadosa, un tacto rectal así como una proctoscopia con anoscopia.

IV.1.9. Enteroscopia de doble balón

Es una técnica endoscópica que sirve para diagnosticar y tratar enfermedades del intestino delgado. Este órgano (duodeno, yeyuno e íleon) está "lejos" de la boca o del ano, a través de los que se introduce un endoscopio especial (enteroscopio) largo y fino, dotado de un sistema de avance especial. Tanto el enteroscopio como una vaina plástica que se le pone por fuera tienen un balón en la punta que se va inflando y desinflando mediante un equipo manométrico (que controla la presión de los balones), para permitir el avance y también plegando sobre sí mismo el intestino delgado que es muy largo (unos 6 metros), única forma de explorarlo totalmente con endoscopia flexible. En la mayoría de los casos se consigue explorar del 70 al 90% del intestino delgado. El enteroscopio, de unos dos metros de largo, tiene un canal u orificio por donde van a salir instrumentos muy finos que nosotros introducimos, tales como pinzas de biopsia (para tomar muestras y analizarlas), asas de polipectomía (para quitar pólipos), coagulación (para "quemar" lesiones vasculares que puedan sangrar), y otro material accesorio.

IV.1.10. Cápsulas Endoscópicas

Es una prueba digestiva que permite visualizar exhaustivamente y de una forma mínimamente invasiva el intestino delgado. Está especialmente indicada para el diagnóstico de las hemorragias digestivas de origen oscuro, Enfermedad de Crohn, Enfermedad Celíaca, tumores en el intestino delgado, síndromes de poliposis gastrointestinales y de síndromes malabsortivos de origen desconocido. En general la cápsula endoscópica, se prescribe para todas aquellas enfermedades que no permiten un diagnóstico preciso mediante la utilización de otras técnicas (colonoscopia, gastroscopia, TAC-Escáner o Resonancia Magnética Nuclear). No puede tomar biopsias ni hacer terapéutica, pero diagnostica y localiza de forma aproximada las lesiones dentro del tubo digestivo, facilitando así su tratamiento. Para la realización de esta prueba digestiva, el paciente tendrá que ingerir esta cápsula endoscópica que lleva incorporadas una mini cámara y una fuente luminosa, que le permitirán tomar imágenes de todo el trayecto, desde la boca hasta su posterior expulsión por el ano a las 24-48 horas. Sus dimensiones son reducidas (26 x 11

mm), lo que facilita su deglución con un poco de agua. Las imágenes que va realizando la cápsula (2 imágenes por segundo) se quedan grabadas en un receptor de video que el paciente llevará adherido a la cintura durante las 8-10 horas, aproximadamente, que dura la exploración. Durante todo este tiempo se podrá mover con libertad y realizar su rutina diaria.

IV.1.11. Satisfacción

Actualmente, una de las visiones del bienestar subjetivo, sostiene que el progreso debe interpretarse según el bienestar de las personas y reflejarse en indicadores poco medibles como la satisfacción con la vida, la felicidad y estados afectivos. Cabe recalcar que la gente a menudo no tiene claro lo que la hace feliz, y le cuesta trabajo determinar su satisfacción o insatisfacción en relación con eventos del orden común. En contraste tiende a centrar su evaluación en eventos singulares y extraordinarios, como podría ser la atención a la salud en una unidad médica del sector público. Según Rojas, los individuos experimentan bienestar en varios planos: el cognitivo, el afectivo, el hedónico y el místico; con distintas intensidades y con funciones diversas. Las experiencias de tipo hedónico involucran el uso de los sentidos (olfato, vista, tacto, audición, gusto), y el bienestar se asocia con el placer o el dolor.

Las experiencias de tipo afectivo, en cambio, se refieren a emociones y estados de ánimo e involucran aspectos como el amor, el orgullo, el odio y la envidia; cuando se asocian con afectaciones positivas se percibe bienestar. Las experiencias místicas están asociadas a vivencias de carácter espiritual y han sido poco estudiadas. Las experiencias de tipo cognitivo, están asociadas al alcance de metas y expectativas o a la imposibilidad de hacerlo.

Las preguntas sobre la felicidad tienden a acercarse más a la experiencia afectiva, mientras que las de satisfacción se asocian a la experiencia cognitiva. Por lo tanto, para el estudio de la calidad experimentada o satisfacción, tenemos que recordar que este parámetro es evaluado por el cliente atendiendo a dos dimensiones: una técnica o resultado que hace referencia a la prestación efectiva que el usuario percibe luego de terminado el servicio. La otra dimensión es la funcional de los procesos, que involucra a la forma en que se recibe el servicio y como el usuario la percibe.

La satisfacción con los servicios sanitarios es un concepto complejo que además de verse influenciado por lo ya mencionado previamente, también está relacionado con una gran variedad de factores como: el estilo de vida, las experiencias previas, las expectativas de futuro y los valores del individuo y de la sociedad. Además, se ve influenciado por la cultura de los diferentes grupos sociales, lo que propicia a que la definición de satisfacción varíe según el contexto social.

La satisfacción con la atención en salud está influenciada por el grado en que la actuación de los profesionales asistenciales se corresponde con la expectativa del paciente, tornándose en un balance entre las expectativas y la percepción. Sin olvidar que en el ámbito de salud, estamos tratando con personas enfermas y con distinto grado de aceptación de su estado por lo que la percepción varía considerablemente según el diagnóstico, condición y pronóstico del paciente.

Las expectativas del paciente se ven influenciadas por 4 parámetros definidos por Parasuraman et al:

1. Comunicación boca-boca, lo que los usuarios escuchan de otros usuarios.
2. Las necesidades personales de los clientes.
3. La extensión de las experiencias que han tenido con el uso de un servicio.
4. Las comunicaciones externas de los proveedores del servicio.

A parte de las expectativas del usuario, debemos tener en cuenta en que aspectos se fijan para valorar la calidad, y que generalmente son los que se miden en cuestionarios de satisfacción:

1. Instrumental: Capacidad Técnico Médica
2. Expresivo: Aspectos afectivos en la relación Médico-paciente
3. Comunicación: Intercambio de información

Luego de haber mencionado como los usuarios perciben la atención, es importante señalar por qué es importante tener en cuenta la valoración del cliente; desde la bioética, parte fundamental de la medicina, presentamos a continuación algunas consideraciones que justifican la evaluación de la satisfacción como parámetro de calidad en salud:

1. El principio hipocrático según el cual el bienestar del paciente ha de ser el interés máximo de la atención médica.

2. El principio democrático según el cual aquéllos a los que concierne una decisión han de estar implicados en ella.
3. Los derechos del consumidor, por los que el consumidor tiene derecho a decidir aquello que él quiere.
4. El concepto de enfermedad, no definir enfermedad solo por el componente biológico sino en todas sus esferas.

Tanto la satisfacción del paciente como la calidad en la atención en salud son parámetros importantes en la gestión de Salud, que se miden específicamente según los servicios a los cuales son aplicados, resaltando factores que consideren de mayor importancia de acuerdo a las necesidades de desarrollo y evaluación; sin embargo, siempre se tomará en cuenta al concepto general, las dimensiones, y demás aspectos que ya hemos mencionado.

IV.1.12. Satisfacción del paciente y procedimientos endoscópicos

Como ya habíamos mencionado, la satisfacción del paciente está influenciada por varios factores, los cuales están ligados al estado de bienestar de las personas, sin embargo, por la variedad de significados que el bienestar previsiblemente implica, no puede ser imputado ni predeterminado desde fuera. De manera general se acepta que representa la evaluación cognitiva o emocional del paciente sobre el desempeño del personal de salud y se basa en aspectos relevantes de su experiencia en la atención médica.

En cuanto a la Gastroenterología endoscópica se ha visto que la evaluación periódica de la satisfacción de los pacientes mejora la calidad de los servicios que ofrecen, incluso el rendimiento de los endoscopistas. Además que para el manejo médico de los pacientes, su satisfacción influye en la evolución de la enfermedad ya que un paciente insatisfecho elegirá en el futuro otro proveedor de servicio, no seguirá la propuesta de tratamiento o no se someterá al seguimiento adecuado.

Como se ha mencionado constantemente la satisfacción se ve influenciada por varios factores, es por eso que se han identificado y evaluado algunos de estos, informando a los siguientes como los más importantes: la cortesía del médico y personal de enfermería, las habilidades técnicas del médico, el ambiente de la sala

de endoscopia, un mayor de tiempo de discusión del procedimiento con el médico, el tiempo de espera hasta el día de la cita y las molestias durante el procedimiento.

La insatisfacción generada por los tiempos de espera puede ser compensada por una adecuada atención al paciente. Además de los factores mencionados la satisfacción del paciente se podría ver influenciada por factores propios del procedimiento como es la preparación, la finalidad, el endoscopista sea este médico tratante o residente y factores externos como la información recibida a través de familiares o amigos, la aprehensión, la imagen pública del centro sanitario; todos estos factores no han sido evaluados, y deben tomarse en cuenta el momento de analizar los datos obtenidos sobre satisfacción en los diferentes estudios.

Con la evaluación de la satisfacción del paciente y los factores que en esta influyen se puede identificar los principales problemas de calidad en la endoscopia digestiva, con estos resultados lo óptimo es que los miembros de la unidad conozcan los resultados y las modificaciones progresivas que han de adoptarse para mejorar los índices de satisfacción.

A continuación se profundizará en algunos de estos factores:

- Temporalidad en la endoscopia

Con este término hacemos referencia a que los procedimientos endoscópicos deben realizarse con una medición del tiempo, específicamente y con más relevancia clínica nos enfocamos en el intervalo de tiempo entre que se decide realizar una endoscopia y el momento en el que se realiza efectivamente, ya que es uno de los factores que influyen en la satisfacción del paciente.

La tardanza en la realización de una endoscopia puede ser perjudicial en algunas situaciones clínicas y frustrantes para el médico tratante. Se recomienda para evitar inconvenientes, el otorgamiento oportuno de citas para endoscopia, entendiéndose a este como el que se percata de: la indicación, del procedimiento y de las preferencias del paciente. A pesar de que no se pueden recomendar intervalos óptimos ó aceptables, la medición de esos intervalos sería útil, para mejorar la calidad del proceso.

- Sedación en la endoscopia

La sedación permite una mejor tolerancia, en la actualidad, las endoscopias se suelen llevar a cabo bajo “sedación consciente” que involucra sedación moderada y analgesia, en la que existe respuesta a estímulos táctiles y auditivos y mantenimiento de la función cardiorrespiratoria. Puede considerarse el uso de sedación profunda en la ultrasonografía endoscópica (USE), la colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CPRE), y en las técnicas de endoscopia terapéutica avanzada. El fármaco de elección para esta sedación es el propofol ya que tiene un rápido efecto, acortar el tiempo de recuperación y tiene un riesgo mínimo. En un estudio multicéntrico se observó que, los pacientes no sedados respondieron con mayor frecuencia negativamente a la pregunta sobre molestias durante la prueba además que influye sobre la valoración global de la satisfacción.

IV.1.13. Evaluación de la Satisfacción

Alvarado y Vera, mencionan que existe una limitación importante para la comparación de los diferentes estudios de satisfacción ya que los resultados obtenidos están estrechamente relacionados con la técnica de medición utilizada. En muchos estudios de calidad se emplea un número mínimo de divisiones para clasificar la atención, considerada como un conjunto, en categorías como "excelente", "buena", "regular" o "mala". La posición relativa de una persona en cada conjunto se puede especificar más computando el porcentaje de casos en cada categoría de la escala.

IV.1.14. Cuestionario de Satisfacción en procedimientos endoscópicos

Para poder medir la satisfacción del paciente en procedimientos endoscópicos varios estudios han utilizado un cuestionario breve adaptado (GHAA-9m), que es el recomendado actualmente por la American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE). El original fue traducido al castellano con ayuda de intérpretes profesionales y se usa en países de habla hispana con la misma validez, además al ser el único aceptado permite la comparación entre hospitales.

Se utiliza una escala sencilla, de cinco puntos, (de Ware y cols), fácil de interpretar, consta de siete preguntas relativas a diferentes aspectos (tiempo de espera para la cita, tiempo de espera en la unidad al llegar para la cita, información recibida, cortesía del médico, cortesía del personal, evaluación de la habilidad del médico, satisfacción global del paciente con el procedimiento) y dos preguntas sobre aceptabilidad para una nueva endoscopia del médico y de la clínica. Se piensa que el cuestionario debería realizarse tiempo después de haberse realizado el procedimiento ya que la percepción a largo plazo debe estar menos influenciada por la propia enfermedad, los hallazgos, la toma de decisión posterior a la endoscopia y debería ser una opinión final más próxima a la realidad además que esta será la que se transmita al resto de la población.

El cuestionario podría ser modificado en función de los factores que se consideren importantes investigar; así en opinión de los autores del estudio “Validación de un cuestionario breve sobre satisfacción del paciente en endoscopia digestiva” el cuestionario es flexible para adaptarse a las necesidades de cada unidad de endoscopia manteniendo la escala y la cuestión de puntuación general de la prueba. El principal defecto potencial de este cuestionario radica en el hecho de que no ha sido elaborado específicamente para la endoscopia digestiva. Los cuestionarios específicos se elaboran a partir de una fase de investigación cualitativa, que se lleva a cabo mediante entrevistas en profundidad o grupos focales.

V. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha en años cumplidos	≤ 20 años 21-30 31-40 41-50 ≥50 años	Ordinal
Sexo	Género al que pertenece un individuo	Masculino Femenino	Nominal
Estado Civil	Condición del paciente en relación a una pareja estable o no estable.	Casado/a Soltero/a Unión libre Divorciado/a	Nominal
Procedencia	Lugar de donde proviene un individuo.	Rural Urbana	Nominal
Escolaridad	Nivel de educación de un individuo	Analfabeta Primaria Secundaria Universitaria	Nominal
Ocupación	Actividades cotidianas que realiza el individuo	Estudiante Ama de casa Trabajador Publico Trabajador Privado Desempleado Otros	Nominal
Régimen de Salud	Diferenciación de los pacientes asegurados y no asegurados.	Asegurado No Asegurado	Nominal
Manifestaciones Clínicas	Signos y síntomas que presenta el paciente para emplear el procedimiento	Pirosis Dispepsia Disfagia	Nominal

	como prueba diagnóstica o tratamiento médico.	Hematemesis Epigastralgia Rectorragia Melena Otros	
Indicación	Razón válida para emplear el procedimiento.	Síndrome Dispéptico Hemorragia Digestiva Alta/Baja Síndrome Ulceroso Pérdida de Peso Hemorroides Otros	Nominal
Tipo de Procedimiento	Tipo de procedimiento endoscópico que se realiza el paciente.	Endoscopia Digestiva Alta Colonoscopia Rectosigmoidoscopia	Nominal
Nivel de satisfacción	Grado de satisfacción del paciente tras el procedimiento realizado.	Malo Regular Bueno Muy bueno Excelente	Nominal
Empatía del Personal de Salud	Calidad de la atención al paciente antes, durante y después del procedimiento por parte del personal de salud.	Malo Regular Bueno Muy bueno Excelente	Nominal
Calidad del servicio	Satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente.	Malo Regular Bueno Muy bueno Excelente	Nominal

Recomendación	Sugerencia personal referida por el paciente.	Orden Mayor Espacio Físico Más información sobre el estudio Otros	Nominal
Disposición para repetir el estudio	Estado del paciente con relación a realizar nueva vez el estudio con el mismo médico.	Si No	Nominal

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo de corte transversal, con el objetivo de Describir la satisfacción de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos en la Unidad de Gastroenterología del Hospital Central De Las Fuerzas Armadas, en el período Abril-Octubre 2018.

VI.2. Demarcación geográfica y ámbito de estudio

La investigación se realizó en el Hospital Central de la Fuerza Armadas. Ubicado en la Av. Ortega y Gasset Santo Domingo. República Dominicana. Al este por la avenida máximo Gómez. Al Oeste por la avenida tiradentes. Al norte por la avenida San Martín. Al Sur por la avenida Roberto pastoriza.



Mapa Cartográfico



Vista aérea

VI.3. Universo

Estuvo compuesta por todos los pacientes asistidos en la Unidad de Gastroenterología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, en el Periodo Abril-Octubre 2018.

VI.4. Muestra

Estuvo compuesta por todos los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos en la Unidad de Gastroenterología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, en el período Abril-Octubre 2018.

VI.5. Criterios

VI.5.1. De inclusión

Se incluyen todos los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos en la Unidad de Gastroenterología del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas, en el Periodo Abril-Octubre 2018.

VI.5.2. De exclusión

Todos aquellos que no cumplan con el criterio de inclusión

VI. 6. Instrumento de recolección de datos

La recolección de la información se realizó a través de un formulario integrado por preguntas abiertas y cerradas, elaboradas a partir de las referencias consultadas sobre la satisfacción de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos.

VI.7. Procedimiento.

La investigación se llevó a cabo de la siguiente manera: el sustentante de la tesis se encargará de recopilar los datos, basados en el protocolo estandarizado descrito, utilizando como fuente de información sobre una encuesta de procedimiento informático realizada a los pacientes que fue elegido de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión ya establecidos, en el período Abril-Octubre 2018.

VI.8. Tabulación

Las informaciones obtenidas fue tabuladas a través de programas computarizados Excel, para mejor interpretación y análisis de la misma.

VI.9. Análisis

Los datos obtenidos en el estudio se presento en frecuencia simple.

VI.10. Aspectos éticos

El presente estudio fue ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki³⁸y

las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).³⁹

Todos los datos recopilados en este estudio se manejaron con el estricto apego a la confidencialidad. A la vez, la identidad de pacientes participantes fue protegida en todo momento, manejándose los datos que potencialmente puedan identificar a cada persona de manera desvinculada del resto de la información proporcionada contenida en el instrumento.

Finalmente, toda información incluida en el texto de la presente tesis tomada de otros autores, fue justificada por su llamada correspondiente.

VIII. RESULTADOS

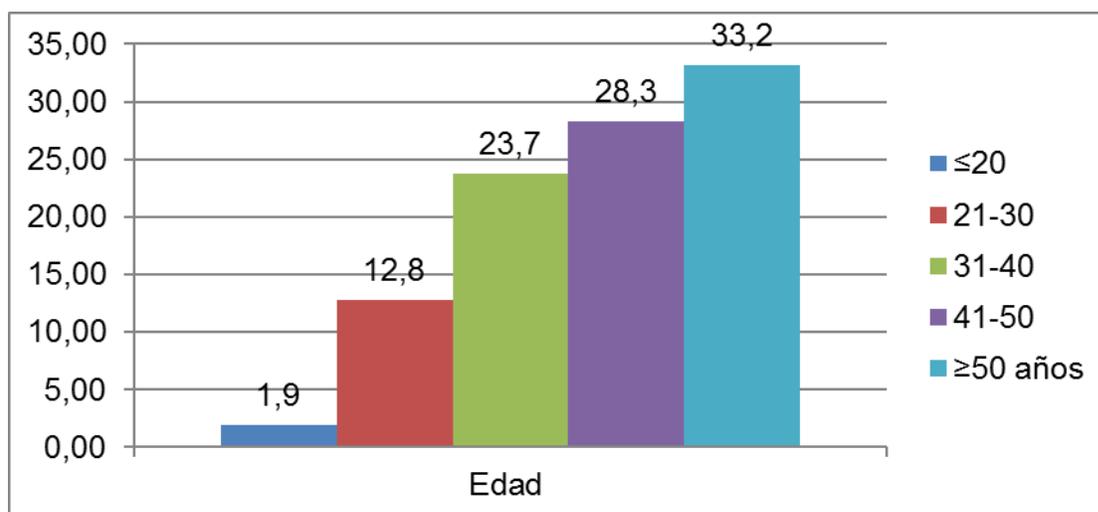
Tabla I. Satisfacción de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos en la unidad de gastroenterología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, en el periodo Abril- Octubre 2018, según edad.

Edad (años)	Frecuencia	%
≤ 20	4	1.9
21-30	26	12.8
31-40	48	23.7
41-50	57	28.3
≥ 50	67	33.2
Total	202	100.0

Fuente: expedientes clínicos

El 33.2 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos tenían una edad de ≥ 50 años, el 28.3 por ciento de 41-50 años, el 23.7 por ciento de 31-40 años, el 12.8 por ciento 21-30 años y el 1.9 por ciento menor de ≤ 20

Gráfico I. Satisfacción de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos en la unidad de gastroenterología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, en el periodo Abril- Octubre 2018, según edad.



Fuente: Tabla 1.

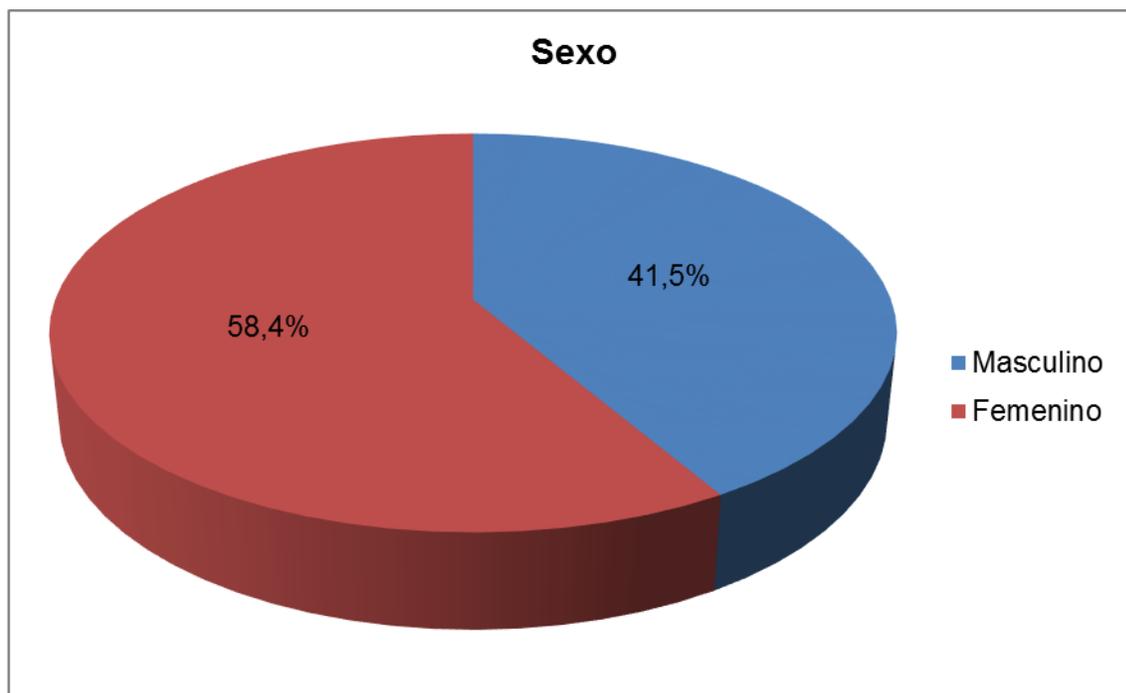
Tabla II. Satisfacción de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos en la unidad de gastroenterología del Hospital Central De Las Fuerzas Armadas, en el periodo Abril- Octubre 2018, según sexo.

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	84	41.5
Femenino	118	58.4
Total	202	100.0

Fuente: expedientes clínicos

El 58.4 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos comprendían al sexo femenino y el 41.5 por ciento masculino.

Gráfico II Satisfacción de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos en la unidad de gastroenterología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, en el periodo Abril- Octubre 2018, según sexo.



Fuente: Tabla II.

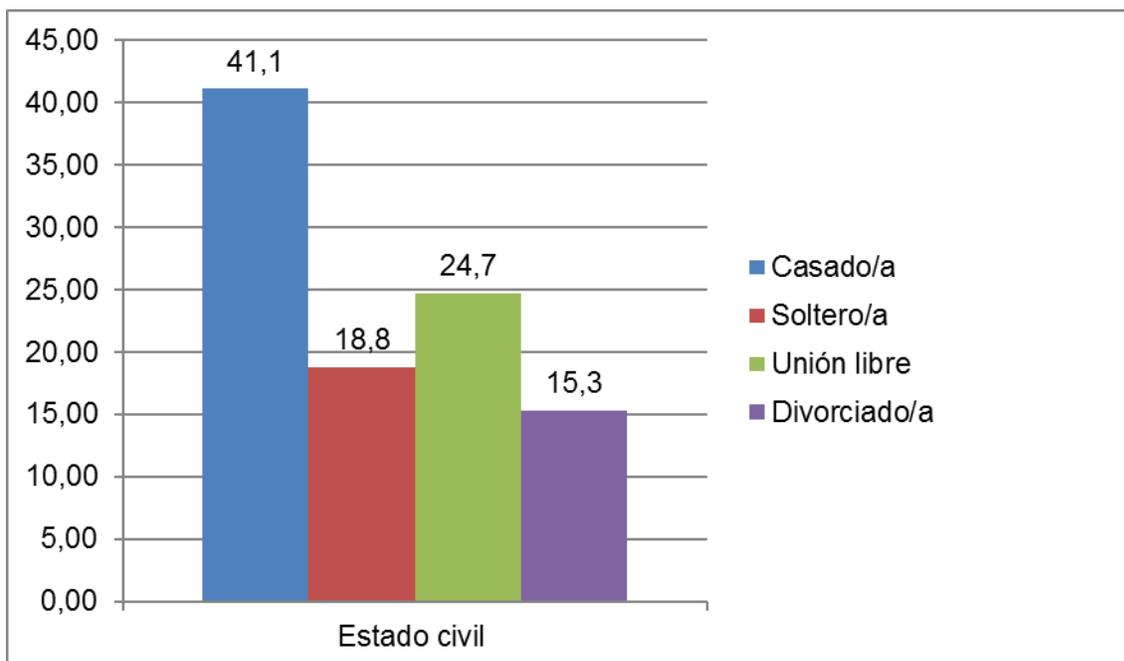
Tabla III. Satisfacción de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos en la unidad de gastroenterología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, en el periodo Abril- Octubre 2018, según estado civil.

Estado civil	Frecuencia	%
Casado/a	83	41.1
Soltero/a	38	18.8
Unión libre	50	24.7
Divorciado/a	31	15.3
Total	202	100.0

Fuente: expedientes clínicos

El 41.1 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos eran casados, el 24.7 por ciento unión libre, el 18.8 por ciento soltero/a y el 15.3 por ciento divorciado/a.

Gráfico III. Satisfacción de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos en la unidad de gastroenterología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, en el periodo Abril- Octubre 2018, según estados civil.



Fuente: Tabla III.

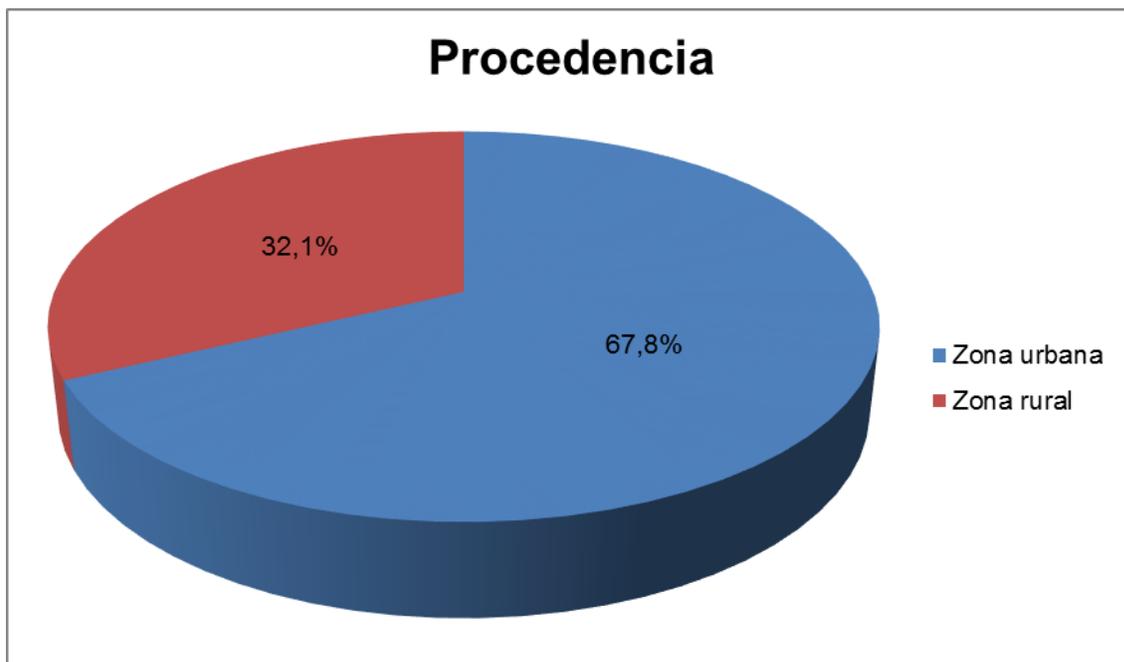
Tabla IV. Satisfacción de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos en la unidad de gastroenterología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, en el periodo Abril- Octubre 2018, según procedencia.

Procedencia	Frecuencia	%
Zona urbana	137	67.8
Zona rural	65	32.1
Total	202	100.0

Fuente: expedientes clínicos

El 67.8 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos procedían de la zona urbana y el 32.1 por ciento rural.

Gráfico IV. Satisfacción de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos en la unidad de gastroenterología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, en el periodo Abril- Octubre 2018, según procedencia.



Fuente: Tabla IV.

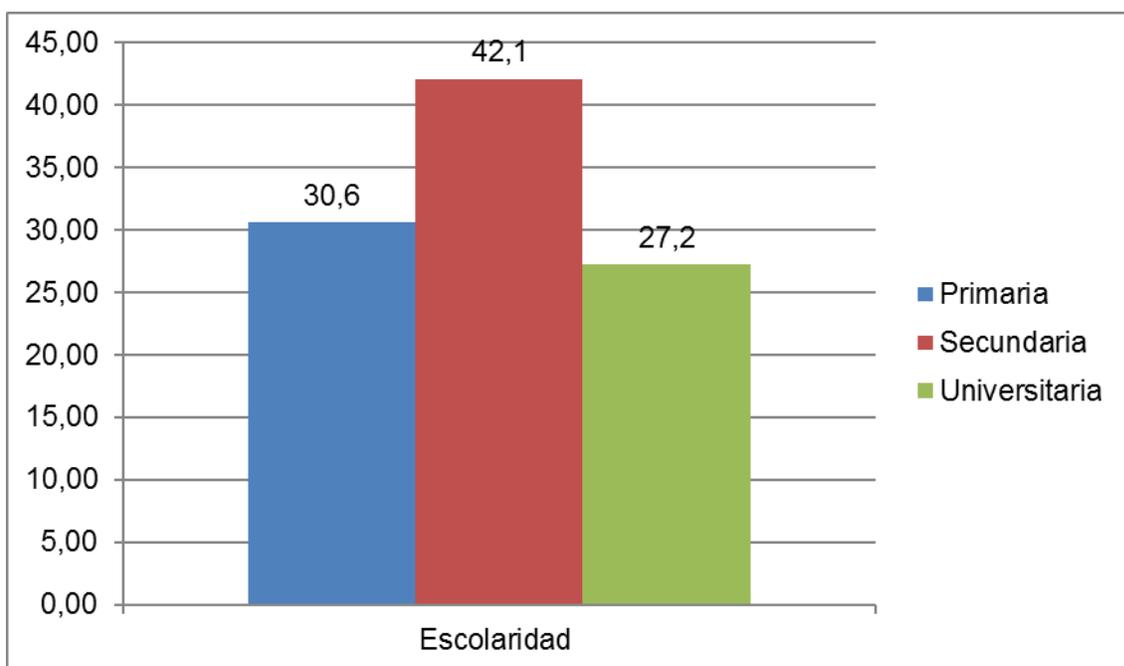
Tabla V. Satisfacción de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos en la unidad de gastroenterología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, en el período Abril- Octubre 2018, según escolaridad.

Escolaridad	Frecuencia	%
Primaria	62	30.6
Secundaria	85	42.1
Universitaria	55	27.2
Total	202	100.0

Fuente: expedientes clínicos

El 42.1 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos según su escolaridad eran secundarios, el 30.6 por ciento primaria y el 27.2 por ciento universitaria.

Gráfico V Satisfacción de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos en la unidad de gastroenterología del hospital central de las fuerzas armadas, en el período Abril- Octubre 2018. Según escolaridad



Fuente: Tabla V.

Tabla VI. Satisfacción de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos en la unidad de gastroenterología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, en el período Abril- Octubre 2018, según nacionalidad.

Nacionalidad	Frecuencia	%
Dominicano	201	99.5
Otros	1	0.4
Total	202	100.0

Fuente: expedientes clínicos

El 99.5 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos según su nacionalidad dominicano y el 0.4 por ciento otros.

Gráfico VI. Satisfacción de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos en la unidad de gastroenterología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, en el período Abril- Octubre 2018, según nacionalidad



Fuente: Tabla VI.

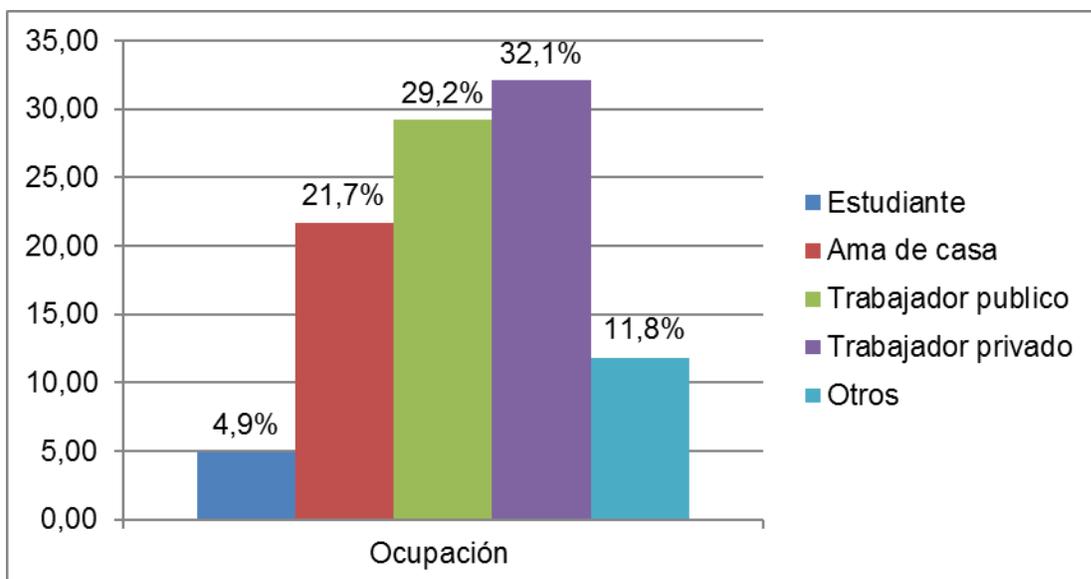
Tabla VII Satisfacción de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos en la unidad de gastroenterología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, en el período Abril- Octubre 2018, según ocupación

Ocupación	Frecuencia	%
Estudiante	10	4.9
Ama de casa	44	21.7
Trabajador publico	59	29.2
Trabajador privado	65	32.1
Otros	24	11.8
Total	202	100.0

Fuente: expedientes clínicos

El 32.1 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos eran trabajador privado, el 29.2 por ciento trabajador público, el 21.7 por ciento ama de casa, el 11.8 por ciento otros y el 4.9 por ciento estudiantes.

Gráfico VII. Satisfacción de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos en la unidad de gastroenterología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, en el período Abril- Octubre 2018, según ocupación



Fuente: Cuadro VII

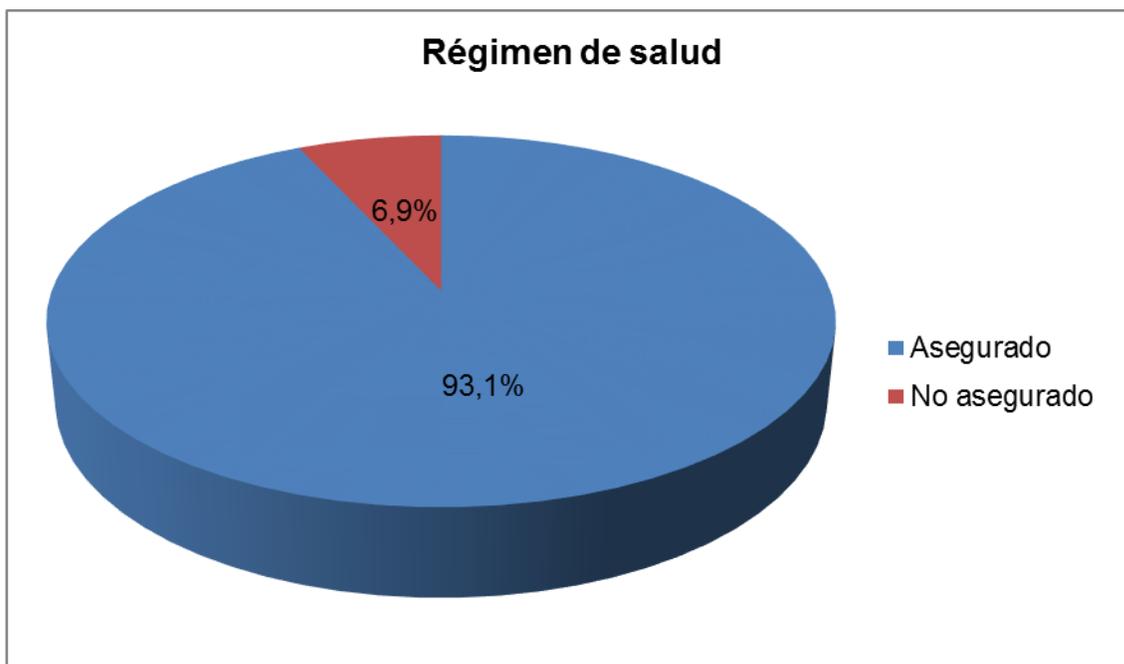
Tabla VIII. Satisfacción de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos en la unidad de gastroenterología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, en el período Abril- Octubre 2018, según régimen de salud

Régimen de salud	Frecuencia	%
Asegurado	188	93.1
No asegurado	14	6.9
Total	202	100.0

Fuente: expedientes clínicos

El 93.1 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos su régimen de salud fue asegurado y el 6.9 por ciento no asegurado.

Gráfico VIII. Satisfacción de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos en la unidad de gastroenterología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, en el período Abril- Octubre 2018, según régimen de salud



Fuente: Cuadro VIII

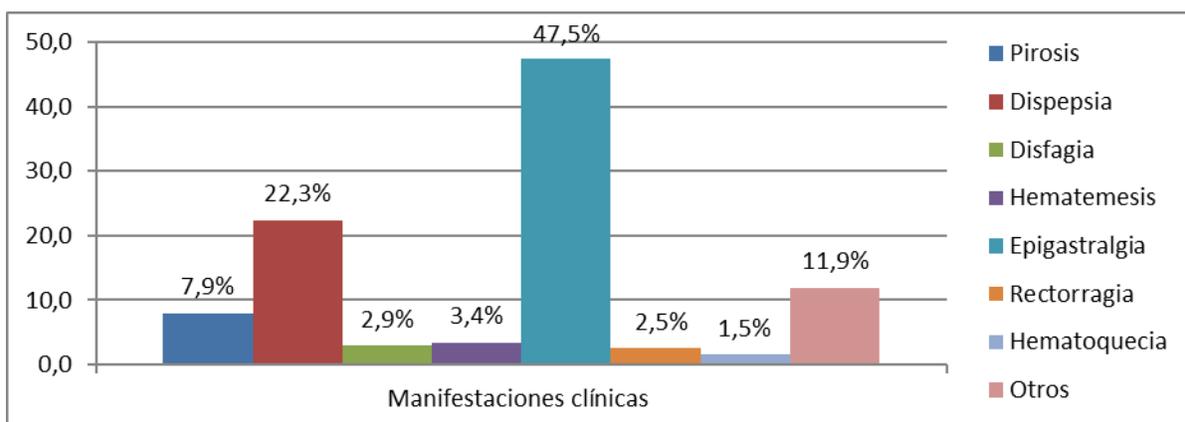
Tabla IX Satisfacción de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos en la unidad de gastroenterología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, en el período Abril- Octubre 2018, según manifestaciones clínicas.

Manifestaciones clínicas	Frecuencia	%
Pirosis	16	7.9
Dispepsia	45	22.3
Disfagia	6	2.9
Hematemesis	7	3.4
Epigastralgia	96	47.5
Rectorragia	5	2.5
Hematoquecia	3	1.5
Otros	24	11.9
Total	202	100.0

Fuente: expedientes clínicos

El 47.5 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos según sus manifestaciones clínicas fue Epigastralgia, el 22.3 por ciento Dispepsia, el 7.9 por ciento pirosis, el 3.4 por ciento hematemesis, el 2.5 por ciento rectorragia y el 1.5 por ciento hematoquecia.

Gráfico IX. Satisfacción de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos en la unidad de gastroenterología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, en el periodo Abril- Octubre 2018, según manifestaciones clínicas.



Fuente: Cuadro IX

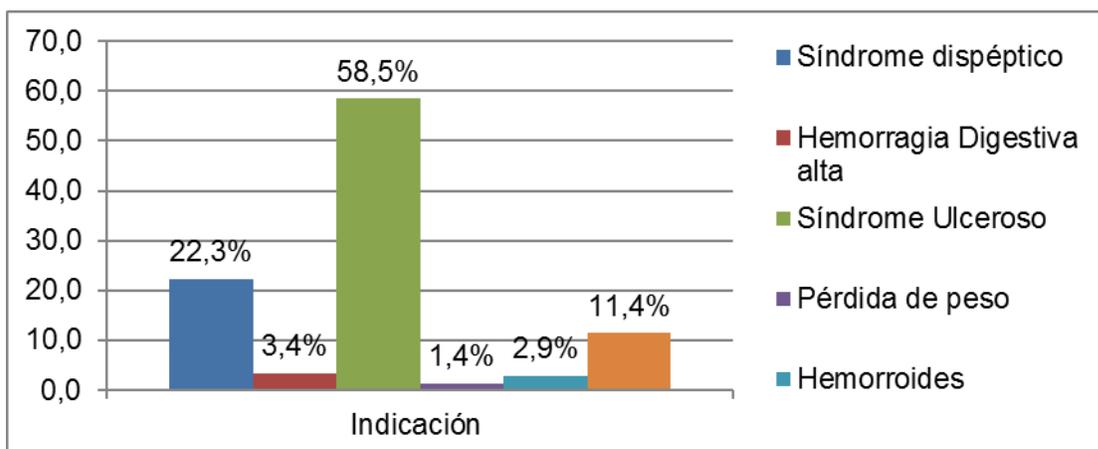
Tabla X. Satisfacción de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos en la unidad de gastroenterología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, en el periodo Abril- Octubre 2018, según indicación.

Indicación	Frecuencia	%
Síndrome dispéptico	45	22.3
Hemorragia Digestiva alta	7	3.4
Síndrome Ulceroso	118	58.5
Pérdida de peso	3	1.4
Hemorroides	6	2.9
Otros	23	11.4
Total	202	100.0

Fuente: expedientes clínicos

El 58.5 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos según su indicación fue de síndrome ulceroso, el 22.3 por ciento síndrome dispéptico, el 11.4 por ciento otros, el 2.9 por ciento hemorroides, el 1.4 por ciento pérdida de peso, el 3.4 por ciento hemorragia digestiva alta.

Gráfica X. Satisfacción de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos en la unidad de gastroenterología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, en el período Abril- Octubre 2018, según indicación



Fuente: cuadro tabla X.

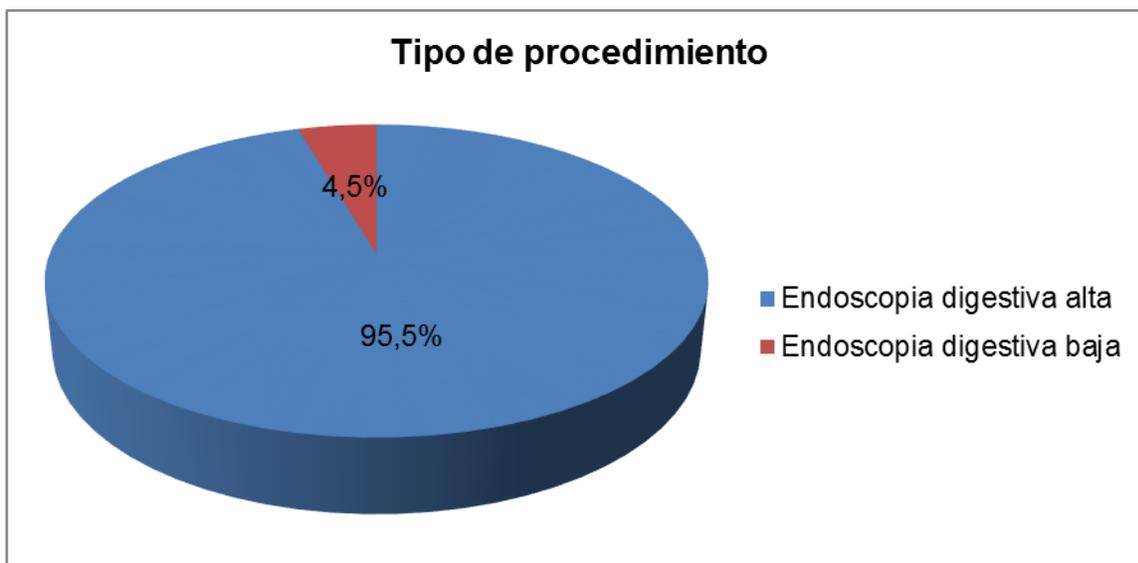
Tabla XI. Satisfacción de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos en la unidad de gastroenterología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, en el período Abril- Octubre 2018, según tipo de procedimiento

Tipo de procedimiento	Frecuencia	%
Endoscopia digestiva alta	193	95.5
Endoscopia digestiva baja	9	4.5
Total	202	100.0

Fuente: expedientes clínicos

El 95.5 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos según su tipo de procedimiento fue alta y el 4.5 por ciento endoscopias digestivas baja.

Gráfica XI Satisfacción de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos en la unidad de gastroenterología del hospital central de las fuerzas armadas, en el período Abril- Octubre 2018, según tipo de procedimiento.



Fuente: cuadro tabla XI.

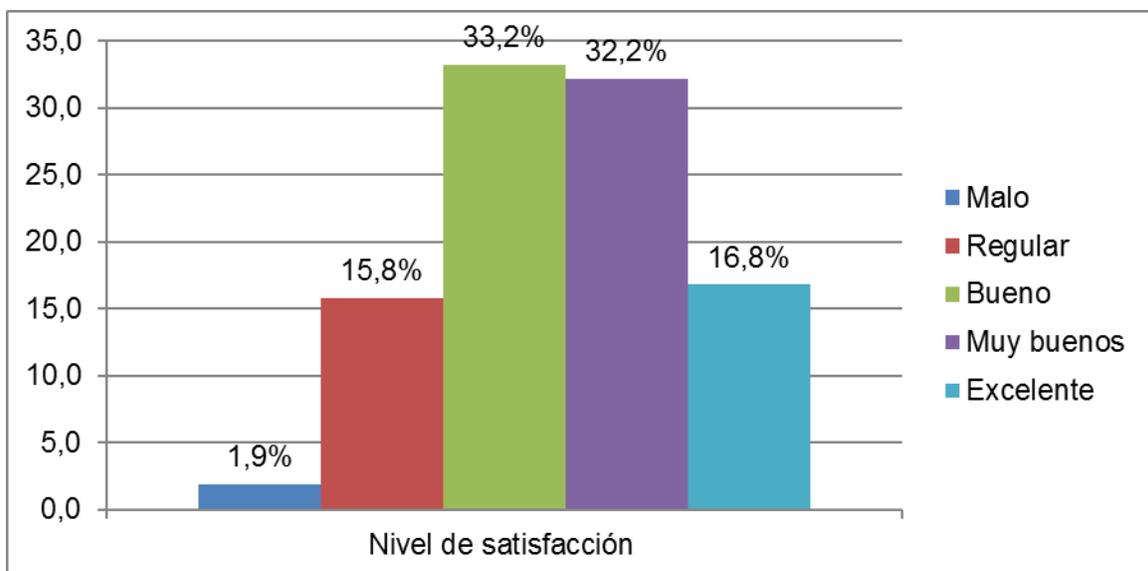
Tabla XII. Satisfacción de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos en la unidad de gastroenterología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, en el período Abril- Octubre 2018, Según nivel de satisfacción

Nivel de satisfacción	Frecuencia	%
Malo	4	1.9
Regular	32	15.8
Bueno	67	33.2
Muy buenos	65	32.2
Excelente	34	16.8
Total	202	100.0

Fuente: expedientes clínicos

El 33.2 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos según su nivel de satisfacción fue bueno y el 32.2 por ciento muy buenos, el 16.8 por ciento excelentes, el 15.8 por ciento regular y el 1.9 por ciento malo

Gráfico XII Satisfacción de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos en la unidad de gastroenterología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, en el período Abril- Octubre 2018, según nivel de satisfacción



Fuente: cuadro tabla XII.

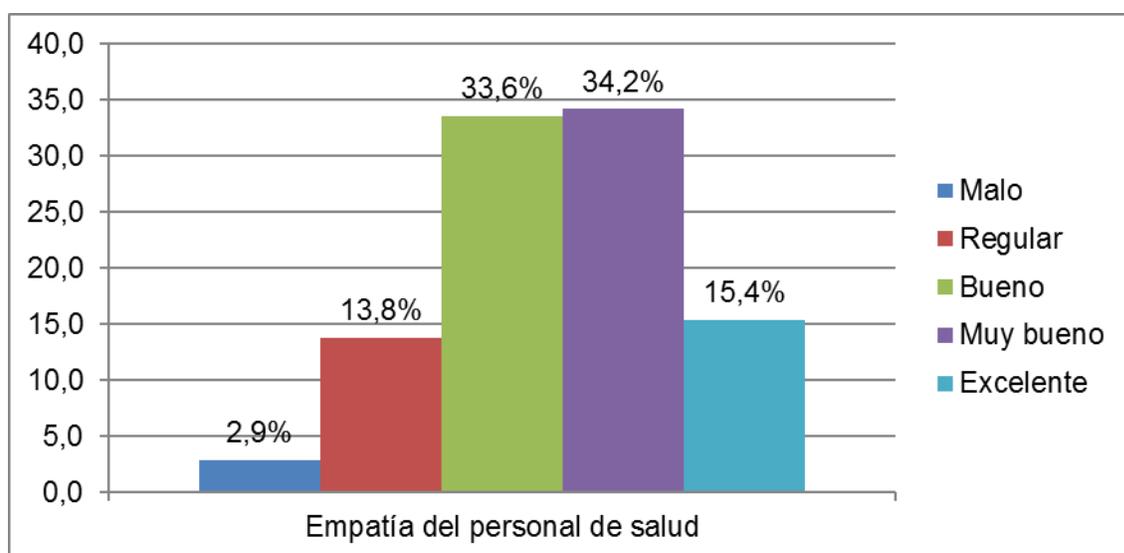
Tabla XIII Satisfacción de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos en la unidad de gastroenterología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, en el período Abril- Octubre 2018, según empatía del personal de salud.

Empatía del personal de salud	Frecuencia	%
Malo	6	2.9
Regular	28	13.8
Bueno	68	33.6
Muy bueno	69	34.2
Excelente	31	15.4
Total	202	100.0

Fuente: expedientes clínicos

El 34.2 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos según empatía del personal de salud fue muy bueno, el 33.6 por ciento bueno , el 15.4 por ciento excelente, el 13.8 por ciento regular y el 2.9 por ciento malo.

Gráfico XIII Satisfacción de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos en la unidad de gastroenterología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, en el periodo Abril- Octubre 2018. Según empatía del personal de salud.



Fuente: cuadro tabla XIII.

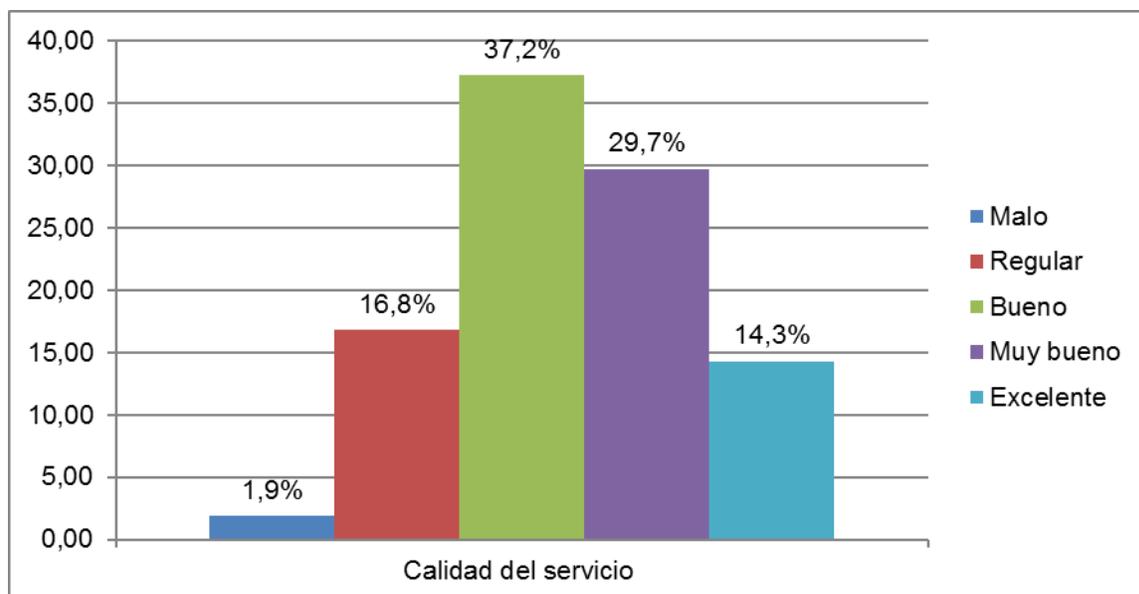
Tabla XV Satisfacción de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos en la unidad de gastroenterología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, en el período Abril- Octubre 2018, según calidad del servicio.

Calidad del servicio	Frecuencia	%
Malo	4	1.9
Regular	34	16.8
Bueno	75	37.2
Muy bueno	60	29.7
Excelente	29	14.3
Total	202	100.0

Fuente: expedientes clínicos

El 37.2 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos según su calidad del servicio fue bueno, el 29.7 por ciento muy bueno, el 16.8 por ciento regular, el 14.3 por ciento excelentes y el 1.9 por ciento malo.

Tabla XV. Satisfacción de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos en la unidad de gastroenterología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, en el período Abril- Octubre 2018, según calidad del servicio.



Fuente: Tabla XV

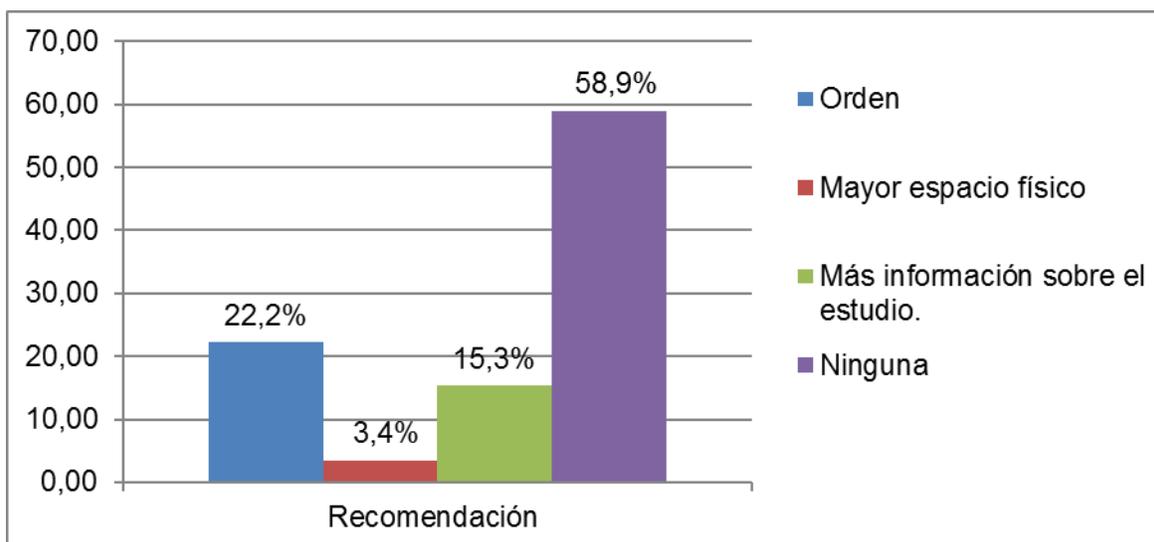
Tabla XIV. Satisfacción de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos en la unidad de gastroenterología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, en el período Abril- Octubre 2018, según recomendación

Recomendación	Frecuencia	%
Orden	45	22.2
Mayor espacio físico	7	3.4
Más información sobre el estudio.	31	15.3
Ninguna	119	58.9
Total	202	100.0

Fuente: expedientes clínicos

El 58.9 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos según su recomendación fue ninguna, el 22.2 por ciento orden, el 15.3 por ciento más información sobre el estudio y el 3.4 por ciento mayor espacio físico.

Gráfico XIV. Satisfacción de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos en la unidad de gastroenterología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, en el periodo Abril- Octubre 2018, según recomendación.



Fuente: Tabla XIV

VIII. DISCUSIÓN.

Una vez obtenidos los resultados, procedemos a realizar las comparaciones de estudios de Satisfacción de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos.

El 33.2 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos tenían una edad de ≥ 50 años: en un estudio realizado por Nayarith Contreras en el Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda Barquisimeto estado Lara, 2011, donde el 53.3 por ciento de los paciente correspondía una edad de 52-54 años sometidos a procedimientos endoscópicos.

El 58.4 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos comprendían al sexo femenino; en un estudio realizado por Gabriela Alejandra en el Hospital De Especialidades De Las Fuerzas Armadas Del Ecuador N°1, En El Periodo De Septiembre A Octubre Del Año 2015, donde el 36.3 por ciento de los pacientes a procedimientos endoscópicos comprendían al sexo femenino.

El 67.8 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos procedían de la zona urbana; en un estudio realizado por, Domínguez en el Hospital de Medina del Campo 2013, donde el 70.3 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos procedían de la zona urbana.

El 47.5 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos según sus manifestaciones clínicas fue Epigastralgia; en un estudio realizado por Trujillo Benavides en el Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret de la UMAE La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010, donde el 52.3 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos según sus manifestaciones clínicas fue Epigastralgia.

El 58.5 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos según su indicación fue de síndrome ulceroso: en un estudio realizado por Gabriela Alejandra en el Hospital De Especialidades De Las Fuerzas Armadas Del Ecuador N°1, En El Periodo De Septiembre A Octubre Del Año 2015, donde el 32.3 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos según su indicación fue de síndrome ulceroso.

El 95.5 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos según su tipo de procedimiento fue alta; en un estudio realizado por Nayarith

Contreras en el Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda Barquisimeto estado Lara, 2011, donde el 80.5 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos según su tipo de procedimiento fue alta.

El 33.2 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos según su nivel de satisfacción fue bueno; en un estudio realizado por Gabriela Alejandra en el Hospital De Especialidades De Las Fuerzas Armadas Del Ecuador N°1, En El Periodo De Septiembre A Octubre Del Año 2015, donde el 42.3 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos según su nivel de satisfacción fue bueno.

El 34.2 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos según empatía del personal de salud fue muy bueno; en un estudio realizado por, Domínguez en el Hospital de Medina del Campo 2013, donde el 23.6 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos según empatía del personal de salud fue muy bueno.

El 37.2 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos según su calidad del servicio fue bueno; en un estudio realizado por, Domínguez en el Hospital de Medina del Campo 2013, donde el 56.3 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos según su calidad del servicio fue bueno.

El 58.9 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos según su recomendación fue ninguna; en un estudio realizado por Gabriela Alejandra en el Hospital De Especialidades De Las Fuerzas Armadas Del Ecuador N°1, En El Periodo De Septiembre A Octubre Del Año 2015, donde el 63.3 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos según su recomendación fue ninguna.

IX. CONCLUSIONES.

Analizados y discutidos los resultados se ha llegado a las siguientes conclusiones:

1. El 33.2 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos tenían una edad de ≥ 50 años.
2. El 58.4 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos comprendían al sexo femenino.
3. El 41.1 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos eran casados.
4. El 67.8 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos procedían de la zona urbana.
5. El 42.1 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos según su escolaridad eran secundarios.
6. El 99.5 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos según su nacionalidad dominicano.
7. El 32.1 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos eran trabajador privado.
8. El 93.1 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos su régimen de salud fue asegurado.
9. El 47.5 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos según sus manifestaciones clínicas fue Epigastralgia.
10. El 58.5 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos según su indicación fue de síndrome ulceroso.
11. El 95.5 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos según su tipo de procedimiento fue alta.
12. El 33.2 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos según su nivel de satisfacción fue bueno.
13. El 34.2 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos según empatía del personal de salud fue muy bueno.
14. El 37.2 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos según su calidad del servicio fue bueno.
15. El 58.9 por ciento de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos según su recomendación fue ninguna.

X. REFERENCIAS

1. Antonio Sánchez del Río, Rafel Campo, Josep Llach, Vicente Pons, Ghassan Mreish, Agustí Panadés, Adolfo Parra-Blanco Satisfacción del paciente con la endoscopia digestiva: resultados de un estudio multicéntrico. Revista de gastroenterología y hepatología. Vol. 31. Núm. 09. Noviembre 2014.
2. Tsuchida F M, Bandres S M, Guevara L X. Nivel de satisfacción de pacientes tras un procedimiento endoscópico y factores asociados. Rev Gastroenterol Mex. 2013; Vol.75 Núm.04.
3. Zas B. La satisfacción como indicador de excelencia en la calidad de los servicios de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2013; 15(8).
4. Flores chipana myriam dina; satisfacción del paciente adulto mayor postprocedimiento endoscópico en el servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en los meses de setiembre a noviembre 2014.
5. Trujillo BEa. Nivel de satisfacción de pacientes tras un procedimiento endoscópico y factores asociados. Rev Gastroenterol Mex. 2010 Octubre; 75(4).
6. Contreras N. grado de satisfacción de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos en el Servicio de Endoscopia Digestiva del Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda Barquisimeto estado Lara, Revista Española de Enfermedades Digestivas. 2011; 25(2).
7. Logroño LGEa. Factores relacionados al paciente y a la calidad del procedimiento endoscópico que se asocian con un mejor nivel de satisfacción de los pacientes sometidos a endoscopia digestiva. Tesis Doctoral. 2015; 1(1).
8. San José A*, Aguado I, Alonso I, Domínguez N, Pino A. Analizar el grado de satisfacción y principales problemas de calidad que percibe el paciente tras la realización de una endoscopia digestiva en el Hospital de Medina del Campo. M 2017.
9. Randia Pérez, Mirna Font-Frías; Satisfacción Satisfacción de los Usuarios que Asisten a la Consulta Externa del Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar; en febrero de 2012.

10. Julio López-Picazo; Indicadores de calidad en endoscopia digestiva: introducción a los indicadores comunes de estructura Rev Esp Enferm Dig 2017, Vol. 109, N.º 6, pp. 435-450.
11. López-Rosés L, Sociedad Española de Endoscopia Digestiva. Guía de sedoanalgesia en endoscopia. Rev Esp Enferm Dig 2014;98:685-92.
12. JF. J. Continuous quality improvement in the ambulatory endoscopy center. Gastrointest Endosc Clin N. 2012; 2(1).
13. Ishioka S. Historia de gastroscopia. In: Sakai P. Tratado de endoscopia diagnóstica e terapéutica e terapéutica. Sao Paulo: Atheneu, 2014.
14. Franciosi JP, Fiorino K, Ruchelli E, Shults J, Spergel J, Liacouras CA, et al. Changing indications for upper endoscopy in children during a 20-year period. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2014;51(4):443-7.
15. Moreira y A; Endoscopia digestiva alta V.F. Moreira y A. López San Román Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid Rev. esp. enferm. dig. vol.100 no.10 Madrid oct. 2012.
16. Artículo Endoscopia digestiva baja Disponible en la Web "www.endoscopiadigestiva.com.ar" Consultado: 20 de octubre de 2011.
17. American Society for Gastrointestinal Endoscopy: Guidelines for conscious sedation and monitoring during gastrointestinal endoscopy. Gastrointest Endosc 58:317, 2012.
18. American Society of Anesthesiologists: Task Force on Sedation and Analgesia by Non-Anesthesiologists. Practice guidelines for sedation and analgesia by non-anesthesiologists. Anesthesiology 96:1004, 2013.
19. Silvis SE, Nebel O, Rogers G, et al); Endoscopic complications: Results of the 2011 American Society for Gastrointestinal Endoscopy survey JAMA 235:928, 2012.
20. Quine MA, Bell GD, McCloy RF, et al: Prospective audit of perforation rates following upper gastrointestinal endoscopy in two regions of England. Br J Surg 82:530, 2014.
21. Alvarado CJ, Mark R; APIC guidelines for infection prevention and control in flexible endoscopy. Am J Infect Control 28:138, 2012.

22. Nelson DB, Jarvis WR, Rutala WA, et al: Multi-society guidelines for reprocessing flexible gastrointestinal endoscopes. Society for Healthcare Epidemiology of America. *Infect Control Hosp Epidemiol* 24:532. 2015.
23. American Society for Gastrointestinal Endoscopy: Guideline on the management of anti-coagulation and anti-platelet therapy for endoscopic procedures. *Gastrointest Endosc* 55:775, 2013.
24. Yousfi M, Gostout CJ, Barón TH, et al; Postpolypectomy lower gastrointestinal bleeding: Potential role of aspirin. *Am J Gastroenterol* 99:1785, 2013.
25. Boitano LJ, Jordán T, Benditt JO: Noninvasive ventilation allows gastrostomy tube placement in patients with advanced ALS. *Neurology* 56:413. 2012.
26. Gelbmann CM, Ratiu NL, Rath HC, et al: Use of self-expandable plastic stents for the treatment of esophageal perforations and symptomatic anastomotic leaks. *Endoscopy* 36:695, 2014.
27. Loperfido S, Patelli G, La Torre L; Extensive necrosis of gastric mucosa following injection therapy of bleeding ulcer. *Endoscopy* 22:285, 2014.
28. Steigmann GV, Goff JS, Michaletz-Onody PA, et al: Endoscopic sclerotherapy as compared with endoscopic ligation for bleeding esophageal varices. *N Engl J Med* 326:1527, 2013.
29. Jain NK, Larson DE, Schroeder KW: Antibiotic prophylaxis for percutaneous endoscopic gastrostomy: A prospective, randomized, double-blind clinical trial. *Ann Intern Med* 107:824, 2011.
30. C. B. Cirugía de las lesiones gástricas submucosas.. *Rev Chil Cir.* 2010; 10(2).
31. Gatto NM, Frucht H, Sundararajan V, et al: Risk of perforation after colonoscopy and sigmoidoscopy: A population based study. *J Natl Cancer Inst* 95:230, 2014.
32. Rosen L, Bub D, Reed J. et al: Hemorrhage following colonoscopy polypectomy. *Dis Colon Rectum* 36:1126, 2013.
33. Nivatvongs S: Complications in colonoscopic polypectomy: An experience with 1555 polypectomies. *Dis Colon Rectum* 28:825, 2012.
34. Jensen DM, Machicado GA, Jutabha R, et al: Urgent colonoscopy for the diagnosis and treatment of severe diverticular hemorrhage. *N Engl J Med* 342:78, 2013.

35. Lee LS. "Ecografía endoscópica. In Norton J. Greenberger ea. "Diagnóstico y tratamiento en gastroenterología, hepatología y endoscopia. New York, NY: McGraw-Hill; 2011.
36. Thompson CC. "Tratamiento endoscópico de los trastornos biliares y pancreáticos agudos." In Norton J. Greenberger ea. Diagnóstico y tratamiento en gastroenterología, hepatología y endoscopia. New York, NY: McGraw-Hill; 2011.
37. Simón JMEa. Documento de consenso de la Asociación Española de Gastroenterología sobre sedoanalgesia en endoscopia digestiva. Gastroenterol Hepatol. 2012; 29(2).
38. Sleisenger y Fordtran; Enfermedad Digestivas y Hepáticas. Fisiopatología/Diagnostico/Tratamiento 8va edición 2008.
39. Marcelo Averbach; Endoscopia Digestiva- Diagnóstico y tratamiento

XI. ANEXOS

XI.1. Cronograma

Actividades	Tiempo: 2018	
Selección del tema	2018	Marzo –Abril
Búsqueda de referencias		Mayo- Junio
Elaboración del anteproyecto		Noviembre
Sometimiento y aprobación		Diciembre
Tabulación y análisis de la información	2019	Enero
Redacción del informe		Febrero –abril
Revisión del informe		Mayo
Encuadernación		Mayo
Presentación		Mayo

XII.2. Instrumento de recolección de datos

SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS EN LA UNIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL DE LAS FUERZAS ARMADAS, EN EL PERIODO ABRIL-OCTUBRE 2018

- | | |
|----------------------------|---|
| 1) <i>Edad</i> | <input type="checkbox"/> ≤ 20 años |
| | <input type="checkbox"/> 21-30 |
| | <input type="checkbox"/> 31-40 |
| | <input type="checkbox"/> 41-50 |
| | <input type="checkbox"/> ≥50 años |
| 2) <i>Sexo</i> | <input type="checkbox"/> Masculino |
| | <input type="checkbox"/> Femenino |
| 3) <i>Estado Civil</i> | <input type="checkbox"/> Casado/a |
| | <input type="checkbox"/> Soltero/a |
| | <input type="checkbox"/> Unión libre |
| | <input type="checkbox"/> Divorciado/a |
| 4) <i>Procedencia</i> | <input type="checkbox"/> Rural |
| | <input type="checkbox"/> Urbana |
| 5) <i>Escolaridad</i> | <input type="checkbox"/> Primaria |
| | <input type="checkbox"/> Secundaria |
| | <input type="checkbox"/> Universitaria |
| 6) <i>Nacionalidad</i> | <input type="checkbox"/> Dominicano |
| | <input type="checkbox"/> Haitiano |
| | <input type="checkbox"/> Otros |
| 7) <i>Ocupación</i> | <input type="checkbox"/> Estudiante |
| | <input type="checkbox"/> Ama de casa |
| | <input type="checkbox"/> Trabajador Público |
| | <input type="checkbox"/> Trabajador Privado |
| | <input type="checkbox"/> Desempleado |
| | <input type="checkbox"/> Otros |
| 8) <i>Régimen de Salud</i> | <input type="checkbox"/> Asegurado |
| | <input type="checkbox"/> No Asegurado |
| | <input type="checkbox"/> Pirosis |
| | <input type="checkbox"/> Dispepsia |
| | <input type="checkbox"/> Disfagia |

- 9) *Manifestaciones Clínicas*
- Hematemesis
 - Epigastralgia
 - Rectorragia
 - Hematoquecia
 - Otros
- 10) *Indicación*
- Síndrome Dispéptico
 - Hemorragia Digestiva Alta
 - Síndrome Ulceroso
 - Pérdida de Peso
 - Hemorroides
 - Otros
- 11) *Tipo de Procedimiento*
- Endoscopia Digestiva Alta
 - Endoscopia Digestiva Baja
- 12) *Nivel de satisfacción*
- Malo
 - Regular
 - Bueno
 - Muy bueno
 - Excelente
- 13) *Empatía del Personal de Salud*
- Malo
 - Regular
 - Bueno
 - Muy bueno
 - Excelente
- 14) *Calidad del servicio*
- Malo
 - Regular
 - Bueno
 - Muy bueno
 - Excelente
- 15) *Recomendación*
- Orden
 - Mayor Espacio Físico
 - Mas información sobre el estudio
 - Otros
 - Ninguna
- 16) *Disposición para repetir el estudio*
- Si
 - No

XII.3. Costos y recursos

XII.3.1. Humanos				
<ul style="list-style-type: none"> • Un sustentantes • Dos asesores (metodológico y clínico) • Estadígrafo • Digitador • Médicos generales • Secretaria 				
XII.3.2. Equipos y materiales		Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 1/2 x 11)		3 resmas	120 80.00	360.00
Papel Mistique		3 resmas	10.00 5.00	240.00
Lápices		2 unidad	10.00	20.00
Borras		2 unidad	12.00	10.00
Bolígrafos		2 Unidad		20.00
Sacapuntas		1 unidad		12.00
Computador Hardware: Pentium III 700 Mhz; 128 MB RAM; 20 GB H.D.; CD-ROM 52x				
Impresora Epson stylus 440				
Scanner: Microteck 3700				
Software:				
Microsoft Windows XP				
Microsoft Office XP				
MSN internet service				
Omnipage Pro 10				
Dragon Naturally Speaking				
Easy CD Creator 2.0			2,500.00	
Presentación:			1600.00	
Sony SVGA VPL-SC2 Digital		1 unidades		2,500.00
data proyector		2 unidades		3200.00
Cartuchos Epson stylus 440				
XII.3.3. Información				
Adquisición de libros				
Revistas				
Otros documentos				
Referencias (ver listado de referencias)				
XII.3.4. Económicos				
Papelería(copias)		1000 copias	00.75	750.00
Encuadernación		8 informes	250.00	14,000.00
Alimentación				6,000.00
Transporte				4,000.00
Imprevistos				2,000.00
			Total	\$
33,112.00				

XI.4. Evaluación

Sustentante:

Dra. Yéssica De la Cruz Cruz

Asesores:

Dra. Claridania Rodríguez
(Metodológico)

Dra. Yeisa Lugo
(Clínico)

Jurado:

Autoridades:

Dra. Denisse Herrera Hernández
Coordinadora de la Residencia de
Gastroenterología

Dra. María Alexandra Paulino
Jefa del Servicio de
Gastroenterología

Dr. Martín Manuel Salazar Simó
Director General de Residencias Médicas
y posgrado de las Fuerzas Armadas

Dr. Manuel Fernández
Jefe de enseñanzas del Hospital
Central de las Fuerzas Armadas

Dra. Claridania Rodríguez
Coordinadora de posgrado de la
Facultad de Ciencias de la salud

Dr. William Duke
Decano Facultad Ciencias de la Salud

Fecha de presentación: _____

Calificación: _____