



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA MANUEL HUAMÁN GUERRERO

ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACIÓN

**CALIDAD DE LA SEDACIÓN EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA
DE PROPOFOL COMPARADO CON MIDAZOLAN MÁS OPIOIDE
EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ EN EL
PERIODO DE MARZO A MAYO DEL 2019**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR AL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA**

PRESENTADO POR

ELIANY VANESKA DE LOS MILAGROS BARANDIARAN CASTRO

ASESOR

DRA. ADELA DEL CARPIO RIVERA

LIMA – PERÚ 2019

JURADO EVALUADOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

JURADO PRESIDENTE: PROF. JORGE LUIS MENACHO TERRY

MIEMBRO: PROF. CESAR AUGUSTO CERON DIAZ

MIEMBRO: PROF. VICTOR JAIME KUONG DIAZ

AGRADECIMIENTO

A mis padres.

ÍNDICE

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	3
1.2. Formulación del problema	4
1.3. Objetivos	4
1.4. Justificación.....	5
1.5. Limitaciones	5
1.6. Viabilidad.....	5
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	6
2.1. Antecedentes de la investigación	6
2.2. Bases teóricas.....	7
2.3. Definiciones conceptuales.....	8
2.4. Hipótesis	9
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	10
3.1 Diseño de investigación	10
3.2 Población y muestra.....	11
3.3 Operacionalización de variables.....	12
3.4. Procedimiento	13
3.5. Recolección y análisis de datos	13
3.6. Aspectos éticos	14
CAPÍTULO IV: RECURSOS Y CRONOGRAMA	15
4.1. Presupuesto	15
4.2. Cronograma del Proyecto	16
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	17
ANEXOS.....	20

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

El diagnóstico de las enfermedades del aparato gastrointestinal (AGI), emplea como herramienta auxiliar fundamental la endoscopia digestiva (ED). La ED es un procedimiento que consiste en introducir dentro del tubo digestivo instrumentos que permiten observar, tomar muestras y hacer tratamientos que se hacen en su mayoría actualmente de manera ambulatoria.^{1,2}

La ED puede ocasionar efectos indeseables como dolor, ansiedad y respuestas neurovasomotoras; para atenuar estos efectos se usan fármacos antes y durante el procedimiento. Los sedantes usados también disminuyen el riesgo de movimientos intempestivos que pueden afectar la calidad del examen endoscópico. Los medicamentos sedativos producen según la profundidad del efecto: sedación mínima, superficial, profunda y anestesia; en endoscopia digestiva generalmente se requiere solamente sedación superficial ³.

Entre los fármacos más empleados en ED, se consideran una benzodiazepina de acción más corta que el diazepam; el midazolam solo o asociado a un analgésico opiáceo, la petidina o el fentanilo y el propofol que es cada vez más empleado, en especial en colonoscopia, porque brinda la mayor satisfacción al endoscopista y al paciente; al no afectar la función hepática puede emplearse en pacientes con cirrosis procedimiento por el profesional que se responsabiliza de la sedación^{4,5,6}.

Los protocolos de sedación en endoscopia digestiva (ED) son diferentes entre países, así en Canadá se usa midazolam con fentanilo⁷. En Italia, benzodiazepina para ED Alta (EDA) ⁸, siendo el propofol solo administrado por el anestesiólogo. En EUA, la mayoría de médicos usan midazolam adicionado de fentanilo⁹.

Los protocolos en los países menos desarrollados no difieren de la de los países desarrollados¹⁰. En el Perú, hay reportes de sedación en endoscopia digestiva mediante administración de midazolam adicionado de fentanilo, o petidina + fentanilo, y con propofol¹¹⁻¹⁴. Actualmente la endoscopia digestiva alta se efectúa de manera masiva en el Perú y la sedación se efectúa en su mayoría en consultorios por el endoscopista, por lo que es importante conocer la calidad de la sedación según los medicamentos más usados en nuestra realidad.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la calidad de la sedación en endoscopia digestiva alta del propofol comparado con midazolam más opioide en adultos?

1.3. Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Comparar la calidad de propofol comparado con midazolam más opioide ambos por vía endovenosa para endoscopia digestiva alta.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Determinar la satisfacción del médico después de endoscopia digestiva alta empleando *sedación con Propofol endovenoso*.
2. Determinar la satisfacción del paciente después de endoscopia digestiva alta empleando *sedación con propofol endovenoso*.
3. Determinar la satisfacción del médico después de endoscopia digestiva alta empleando *midazolam + opioide por vía endovenosa*.
4. Determinar la satisfacción del paciente después de endoscopia digestiva alta empleando *midazolam + opioide por vía endovenosa*.

1.4. Justificación

Se hace el presente trabajo considerando la amplia utilización de la endoscopia digestiva en los hospitales, no existiendo una guía nacional consensuada para la sedación empleada en esta técnica.

1.5. Limitaciones

Este trabajo tiene las limitaciones de la obtención del consentimiento informado de los pacientes y de la escasez de comités de ética que autoricen en nuestro país el desarrollo de ensayos clínicos.

1.6. Viabilidad

El hospital Carlos Lanfranco Hoz efectúa x endoscopías altas por mes, además cuenta con 16 médicos anesthesiólogos, 2 médicos gastroenterólogos y x ambientes para desarrollar el proyecto.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Kahn et al. (2019)¹⁵, efectuaron un estudio comparar el efecto de fentanilo más midazolam comparado con midazolam solo, en 137 personas de 18 a 65 años sometidos a endoscopia digestiva alta, asignados aleatoriamente a dos grupos, 69 recibieron midazolam (2mg ev) +fentanilo (100mcg ev) y 68 recibieron midazolam (2mg EV) más placebo. Se aplicó midazolam adicional en ambos grupos según necesidades de sedación. La dosis promedio de midazolam fue 4.0 mg en el grupo fentanilo vs 5.2 mg en el grupo ($p=0.003$). Los anestesistas encontraron que hubo mejor sedación en el grupo fentanilo ($p=0.001$). Los pacientes no percibieron diferencias en sedación ($p=0.4$). El tiempo de procedimiento fue significativamente ms corto en el grupo fentanilo (8.5 minutos versus 11.1 minutos, $p=0.001$), con ninguna diferencia en el tiempo de alta. Hubo significativamente menos presencia de náuseas en el grupo fentanilo ($p<0.001$). No hubo complicaciones importantes en ambos grupos. Se concluye que la adición de fentanilo mejora los niveles de sedación con menores efectos adversos en personas sometidas a endoscopia digestiva alta.

Conway A et al (2016)¹⁶, efectuaron una revisión sistemática de ensayos clínicos, con el objetivo de demostrar la efectividad de midazolam para sedación en diversos procedimientos médicos. Se revisaron 16 ensayos clínicos para evaluar acción de midazolam para endoscopia digestiva. Encuentran que no hay nivel un alto nivel de evidencia que midazolam como único agente previo a un procedimiento produzca mayor o menor sedación efectiva que placebo u otra medicación.

Behrens A et al (2019)¹⁷ efectuó un estudio seccional transversal, para evaluar factores de riesgo de complicaciones agudas asociadas a sedación en y durante endoscopia digestiva en 39 instituciones de salud de Inglaterra. Se revisaron 368, 206 endoscopías digestivas; 11% no recibieron sedación. Propofol fue el fármaco más usado (62% solo, 22.5% en combinación con midazolam). Se encontraron 38 (0.01%) casos de complicaciones mayores con una tasa de mortalidad de 0.005% ($n=15$);

complicaciones menores ocurrieron en 0.3%. El grupo propofol tuvo menos tasa de complicaciones (OR 0.75) comparado con midazolam solo o combinado (OR 1.0–1.5).

Wang D et al (2013)¹⁸ efectuó un metaanálisis de 22 ensayos clínicos, para evaluar eficacia y seguridad de propofol comparado con sedantes tradicionales y encontraron que el propofol es inocuo y efectivo para EDA, con un alta precoz, recuperación más corta, mejor sedación, mayor cooperación del paciente que con los sedantes tradicionales y ninguna diferencia con las complicaciones cardiopulmonares.

Espinoza-Ríos J et al, (2018)¹⁹ efectuó un estudio descriptivo-retrospectivo, en una clínica privada en Lima, para evaluar la seguridad del propofol combinado con meperidina y midazolam, administrados por un médico gastroenterólogo entrenado en endoscopía digestiva, de las cuales 1,598 fueron EDA. No encontraron complicaciones relacionadas con la sedación, concluyendo que propofol es inocuo para EDA.

2.2. Bases teóricas

2.2.1 Niveles de sedación

- **Nivel I Sedación mínima o ansiolisis:** el paciente responde normalmente a las órdenes verbales, la cognición y la coordinación están afectadas, pero no hay compromiso respiratorio y cardiovascular.
- **Nivel II Sedación moderada o superficial:** el paciente tiene depresión de la conciencia, pero obedece órdenes y a estimulación táctil suave. No requiere intubación pues la respiración y la función cardiovascular generalmente no se afectan.
- **Nivel III Sedación profunda:** depresión de la conciencia el paciente no se despierta excepto después de estímulo nociceptivo. Puede requerir intubación y ventilación asistida. La función cardiaca generalmente no se afecta.

- **Nivel IV Anestesia general:** El paciente no responde al estímulo nociceptivo (coma). La ventilación asistida es necesaria por depresión de la función neuromuscular. La función cardíaca puede afectarse.

2.2.2 Calidad de la endoscopía digestiva

La calidad de la endoscopía digestiva es la clave de la eficiencia del procedimiento y se puede medir por la satisfacción del paciente durante la intervención. Para medirla se emplean cuestionarios como el Gastroenterology Endoscopy Satisfaction Questionary (GESQ) que se aplican al paciente al final del proceso estando ya lúcido. Nosotros también preguntaremos al endoscopista, que es usuario del proceso, el grado de satisfacción que tuvo con el medicamento.

2.3. Definiciones conceptuales

2.3.1 Endoscopía digestiva alta

Es un procedimiento para observar, mediante un endoscopio flexible de luz blanca introducido por vía bucal, las características y lesiones de la mucosa del esófago, estómago y duodeno, vistas directamente o por videocámara y/o fotografías; la toma de muestras mediante biopsias y la realizar tratamientos como polipectomía, dilataciones, remoción de cuerpos extraños, manejo de hemorragia digestiva por ligadura o clipaje de vasos sangrantes entre otros¹⁸.

2.3.2 Sedación en endoscopía digestiva alta

- **Propofol:** es una droga sedante-hipnótica con efecto amnésico y baja acción analgésica; su efecto hipnótico resulta de una acción potenciadora del GABA (ácido gama amino butírico) similar a los benzodiazepinas. La profundidad de la sedación es dosis dependiente. El inicio del efecto es de 0.5 a 1 minuto y la duración del efecto de 4 a 8 minutos. Puede administrarse en pacientes con falla hepática y renal. Los efectos adversos son depresión respiratoria, hipotensión y dolor en la zona de la inyección.

- **Midazolam:** es una benzodiazepina que tiene efectos depresores sobre el sistema nervioso central (CNS) con inicio rápido de acción y pocos efectos adversos. Puede administrarse por vía oral, intravenosa, intranasal e intramuscular.

2.4. Hipótesis

- Ho: no existe diferencia en la calidad de la sedación para endoscopia digestiva alta con midazolam y propofol.
- Ha: existe mayor calidad la sedación para endoscopia digestiva alta con el empleo de propofol que con midazolam.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Diseño de investigación

El estudio será, prospectivo, cuasiexperimental, según el siguiente esquema:

NR G1: X1 O2
 G2: O1`X2 O2`

Donde:

NR: Asignación aleatoria

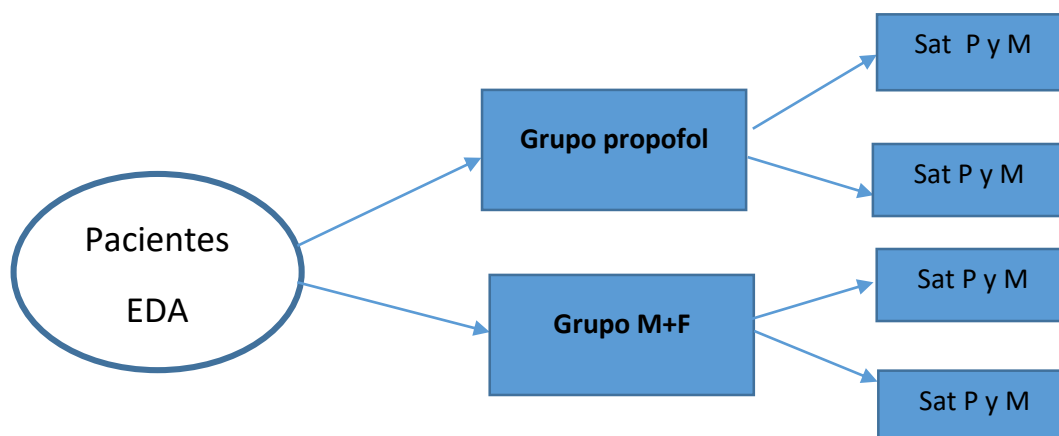
G1: Pacientes con sedación con propofol para EDA

G2: Pacientes con sedación con midazolam + fentanilo para EDA

O1 y O1*: Satisfacción del paciente

O2 y O2*: Satisfacción del médico.

Según el esquema:



Donde:

- EDA: endoscopia digestiva alta
- Sat P y M: satisfacción del paciente y del médico.

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población

- **Población Diana**

La población diana estará constituida por pacientes de 18 a 65 años programados para endoscopia digestiva alta la que se efectuará ambulatoriamente, entre marzo y mayo del 2019 en el hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

- **Población de Estudio**

Estará constituida por pacientes de 18 a 65 años programados para endoscopia digestiva alta la que se efectuará ambulatoriamente, entre marzo y mayo del 2019 en el hospital Lanfranco La Hoz.

- **Criterios de Inclusión**

Los integrantes de la población de estudio que aceptan participar del estudio por consentimiento informado.

- **Grupo I:** Integrantes de la población de estudio a los que se les practica por primera vez EDA, que recibirán propofol por vía intravenosa para sedación.
- **Grupo II:** Integrantes de la población de estudio a los que se les practica por primera vez EDA, recibirá midazolam + fentanilo endovenoso para sedación.

- **Criterios de Exclusión:** Para ambos grupos, pacientes que no consienten la investigación.

3.2.2 Muestra

- **Unidad de Análisis:** los pacientes de la población de estudio.

- **Unidad de Muestreo:** las encuestas de satisfacción del usuario.
- **Tamaño Muestral:**

Se emplea la fórmula: $n = (z \alpha)^2 pq/d^2$

Siendo:

$Z\alpha =$ para un error alfa del 95%=1.96

$p = 0.62$ según Behrens.

$q = 1 -$

$p = 0.28$

$d =$ error estadístico al 95%=0.05..

Reemplazando:

$n = (1.96)^2 (0.62) (0.28) / (0.025) = 266$ pacientes.

Lo que equivale a 133 pacientes por grupo, se redondea a 140 pacientes por grupo.

3.3 Operacionalización de variables

Variables:

Variable	Tipo	Escala	Indicador	Índice
Independientes: V1: propofol V2: midazolán+Fentanilo	Catagórica	Nominal	Medicación pre y durante endoscopia	Se aplicó Si / No
Dependiente: Satisfacción del paciente y del médico	Catagórica	Nominal	Encuesta SGES	Puntaje de las dimensiones

3.4. Procedimiento

- 1) Se obtiene el permiso del hospital para el desarrollo del proyecto.
- 2) En consultorio externo de gastroenterología se captan los pacientes a los que se les practicará endoscopia digestiva alta.
- 3) Se obtienen el consentimiento informado de los pacientes.
- 4) Se asignan las endoscopias a los grupos 1- propofol y 2- midazolam + fentanilo, por casos consecutivos hasta completar el tamaño de la muestra.
- 5) Se aplican las encuestas de satisfacción a los pacientes y a los médicos que hacen la endoscopia.
- 6) Se recopilarán los datos pertinentes en una hoja de toma de datos (Anexo 1) elaborada para tal fin.
- 7) Los datos obtenidos serán almacenados en un archivo de base de datos del EXCEL y luego copiados a un archivo SPSS versión 25.0 para su posterior análisis estadístico.

3.5. Recolección y análisis de datos

- **Estadística descriptiva:** medidas de frecuencia de edad, sexo y de puntajes de las encuestas de satisfacción total y según dimensiones. Además, se elaborarán tablas de doble entrada de endoscopia según grupos y según el profesional que da la anestesia.
- **Estadística analítica:** para estudiar la relación entre variables categóricas se utilizará Chi Cuadrado o el test exacto de Fisher cuando las frecuencias esperadas fueron menores de 5 en tablas de contingencia de 2 x 2. También el test de ANOVA de diferencia de medias entre grupos.

3.6. Aspectos éticos

En la investigación se respetarán los principios bioéticos, de autonomía mediante el consentimiento informado y de derecho a la intimidad. También los requisitos establecidos en la Declaración de Helsinki²⁷ en los artículos siguientes. Art.8: *Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.* Art. 24: *Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.* Art. 25: *La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.* Art. 31: *El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe afectar de manera adversa la relación médico-paciente.*

También se tuvo en cuenta la Ley General de Salud LEY N.º 26842, Art. 15 *Toda persona, usuaria de los servicios de salud, tiene derecho: a) Al respeto de su personalidad, dignidad e intimidad; b) A exigir la reserva de la información relacionada con el acto médico y su historia clínica, con las excepciones que la ley establece; c) A no ser sometida, sin su consentimiento, a exploración, tratamiento o exhibición con fines docentes; Art. 25: Toda información relativa al acto médico que se realiza, tiene carácter reservado.*

Así como el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú. Art 63.: *Que se respete la confidencialidad del acto médico y del registro clínico.* Art 89: *El médico debe mantener el secreto profesional para proteger el derecho del paciente a la confidencialidad de los datos que le ha proporcionado, no debiendo divulgarlos, salvo expresa autorización del paciente.*

CAPÍTULO IV: RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1. Presupuesto

4.1.1 Insumos para la Investigación

Naturaleza del Gasto	Descripción	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total
02.00				Nuevos Soles
Bienes				
02.06	Papel Bond A4	08 millares	25.00	200.00
02.06	Lapiceros	40	0.50	20.00
02.06	Resaltadores	15	3.00	45.00
02.06	Correctores	06	3.50	21.00
02.14	Diskettes	20	2.00	40.00
02.06	Archivadores	10	10.00	100.00
			TOTAL	426.00

4.1.2. Servicios

Naturaleza del Gasto	Descripción	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total
0.300				Nuevos Soles
Servicios				
0.327	INTERNET	60	2.00	120.00
0.310	Movilidad	400	2.50	1000.00
0.318	Empastados	08	12	96.00
0.316	Fotocopias	1000	0.10	100.00
0.307	Asesoría por Estadístico	2	500	1000.00
0.318	Impresiones	800	0.50	400.00
			TOTAL	2716.00

4.1.3 Financiamiento

El presente trabajo se ejecutará con recursos propios del autor.

4.2. Cronograma del Proyecto

Fases	2019																
	Febrero			Marzo			Abril			Mayo							
1.Elaboración del proyecto	■	■	■	■	■	■											
2.Presentación y aprobación del proyecto							■	■	■	■	■						
3.Recolección de datos												■	■	■			
4.Elaboración del Informe															■	■	
5.Presentación del Informe																	■

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Li H^{1,2}, Hou X³, Lin R³, Fan M³, Pang S³, Jiang L^{1,2}. Advanced endoscopic methods in gastrointestinal diseases: a systematic review. *Quantitative Imaging in Medicine and Surgery*. 2019 May;9(5):905-920. doi: 10.21037/qims.2019.05.16
2. Triantafillidis JK¹, Merikas E, Nikolakis D, Papalois AE. Sedation in gastrointestinal endoscopy: current issues. *World J Gastroenterol*. 2013 Jan 28;19(4):463-81. doi: 10.3748/wjg.v19.i4.463.
3. Thompson R^{1,2}, Seck V^{1,2}, Riordan S^{2,3}, Wong S^{1,2}. Comparison of the Effects of Midazolam/Fentanyl, Midazolam/Propofol, and Midazolam/Fentanyl/Propofol on Cognitive Function After Gastrointestinal Endoscopy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2019 May 22. doi: 10.1097/SLE.0000000000000679.
4. Porostocky P, Chiba N, Colacino P, Sadowski D, Singh H. A survey of sedation practices for colonoscopy in Canada. *Can J Gastroenterol*. 2011; 25:255–260.
5. Fanti L, Agostini M, Gemma M, Radaelli F, Conigliaro R, Beretta L, Rossi G, Guslandi M, Testoni PA. Sedation and monitoring for gastrointestinal endoscopy: A nationwide web survey in Italy. *Dig Liver Dis*. 2011; 43:726–730
6. Cohen LB, Wechsler JS, Gaetano JN, Benson AA, Miller KM, Durkalski V, Aisenberg J. Endoscopic sedation in the United States: results from a nationwide survey. *Am J Gastroenterol*. 2006; 101:967–974
7. Baudet JS, Borque P, Borja E, Alarcón-Fernández O, Sánchez-del-Río A, Campo R, Avilés J. Use of sedation in gastrointestinal endoscopy: a nationwide survey in Spain. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2009; 21:882–888.
8. Benson AA, Cohen LB, Wayne JD, Akhavan A, Aisenberg J. Endoscopic sedation in developing and developed countries. *Gut Liver*. 2008; 2:105–112.
9. Nonaka M, Gotoda T, Kusano C, et al. Safety of gastroenterologist-guided sedation with propofol for upper gastrointestinal therapeutic endoscopy in elderly patients compared with younger patients. *Gut Liver*. 2015; 9:38–42. doi: 10.5009/gnl13368.
10. Lazzaroni M, Bianchi Porro G. Preparation, premedication, and surveillance. *Endoscopy*. 2001; 33:103–108. doi: 10.1055/s-2001-11665.

11. Vargo JJ, Cohen LB, Rex DK, Kwo PY. Position statement: non-anesthesiologist administration of propofol for GI endoscopy. *Am J Gastroenterol*. 2009; 104:2886–2892. doi: 10.1038/ajg.2009.607.
12. Rex DK, Deenadayalu VP, Eid E, et al. Endoscopist-directed administration of propofol: a worldwide safety experience. *Gastroenterology*. 2009; 137:1229–1237. doi: 10.1053/j.gastro.2009.06.042.
13. Sieg A bng-Study-Group. Beck S, et al. Safety analysis of endoscopist-directed propofol sedation: a prospective, national multi-center study of 24441 patients in German outpatient practices. *J Gastroenterol Hepatol*. 2014; 29:517–523. doi: 10.1111/jgh.12458.
14. Friedrich K, Stremmel W, Sieg A. Endoscopist-administered propofol sedation is safe: a prospective evaluation of 10,000 patients in an outpatient practice. *J Gastrointestin Liver Dis*. 2012; 21:259–263.
15. Khan KJ, Fergani H, Ganguli SC, Jalali S Spaziani R, Tsoi K, et al. The Benefit of Fentanyl in Effective Sedation and Quality of Upper Endoscopy: A Double-Blinded Randomized Trial of Fentanyl Added to Midazolam Versus Midazolam Alone for Sedation. *J Can Assoc Gastroenterol*. 2019 May;2(2):86-90. doi: 10.1093/jcag/gwy041.
16. Conway A, Rolley J, Sutherland JR. Midazolam for sedation before procedures. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 May 20;(5):CD009491. doi: 10.1002/14651858.CD009491.pub2.
17. Behrens A, Kreuzmayr A, Manner H, et al. Acute sedation-associated complications in GI endoscopy (ProSed 2 Study): results from the prospective multicentre electronic registry of sedation-associated complications. *Gut* 2019; 68:445-452
18. Wang D¹, Chen C, Chen J, Xu Y, Wang L, Zhu Z, Deng D, Chen J, Long A, Tang D, Liu J. The use of propofol as a sedative agent in gastrointestinal endoscopy: a meta-analysis. *PLoS One*. 2013;8(1): e53311. doi: 10.1371/journal.pone.0053311. Epub 2013 Jan 8.

19. Espinoza-Ríos J¹, Chirinos JA², Tagle Arróspide M². Safety of gastroenterologist-directed propofol administration for endoscopic procedures: 10-year experience in a private clinic in Lima, Peru]. *Rev. Gastroenterol Perú*. 2018 Apr-Jun;38(2):157-163.

ANEXOS

1. Matriz de consistencia
2. Instrumentos de recolección de datos
3. Solicitud de permiso institucional
4. Consentimiento informado (En caso de aplicar)
5. Reporte de Turnitin (Mínimo <25%, Ideal: <10%)

ANEXO 1

CALIFIQUE LAS SIGUIENTES CUESTIONES DE 1 A 5, SEGUN SE INDICA				
1. El tiempo de espera hasta la fecha de realización:				
Malo	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
2. El tiempo que esperó el mismo día de la realización de la endoscopia digestiva alta hasta que fue llamado:				
Malo	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
3. La atención, cortesía, respeto, sensibilidad y educación del médico que le hizo le endoscopia digestiva:				
Malo	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
4. La atención, cortesía, respeto, sensibilidad y educación del personal del hospital: administrativos, técnicos, enfermeras, etc:				
Malo	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
5. ¿Cómo considera las explicaciones que le dieron sobre la prueba? ¿Se respondieron todas sus preguntas?				
Malo	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
6. Las molestias que percibió durante la prueba:				
Malo	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
7. Puntuación global de la visita desde que se la solicitaron hasta su finalización:				
Malo	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
8. Si fuera necesaria una nueva endoscopia del mismo tipo, ¿se la haría en el mismo hospital?				
Sí		No		
9. Si fuera necesaria una nueva endoscopia del mismo tipo, ¿se la haría con el mismo médico?				
Sí		No		

ANEXO 2

Declaración de consentimiento informado

D./Dña, de ... años de edad, manifiesta que ha sido informado/a sobre los objetivos del Proyecto de Investigación titulado “CALIDAD DE LA SEDACIÓN EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA DE PROPOFOL COMPARADO CON MIDAZOLAN MÁS OPIOIDE EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2019”, con el fin de valorar la calidad de la endoscopia digestiva alta que se realiza a pacientes ambulatorios en el hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra, Lima, mediante el análisis de dos indicadores de calidad como son la satisfacción del paciente y la satisfacción del médico.

He recibido suficiente información sobre el estudio y he podido hacer preguntas sobre el mismo.

He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a y con las garantías de la Ley General de Salud N.º 26842.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO libremente para participar en el estudio.

Puente Piedra,, del 2019.

Fdo. D/Dña (Paciente)

Fdo. D/Dña (Investigador)

.....

.....

ANEXO 3

HOJA DE RECOGIDA DE DATOS

- Edad _____ años

Hora ____: ____

- Sexo Mujer

Hombre

- Estudios Ninguno

Primario

Superior

- Sedación Propofol

Midazolam+ Fentanilo

Sin sedación

PROTOCOLO SEDACIÓN

Midazolam

- Dosis inicial: 1-2 mg
- Dosis adicionales: 0,5-1 mg cada 2 minutos
- Inicio de acción: 1-2 minutos
- Efecto máximo: 3-4 minutos
- Duración del efecto: 15-80 minutos

Fentanilo

- Dosis inicial: 50-100 mcg
 - Dosis adicionales: 25 mcg cada 2-5 minutos hasta efecto deseado. *
 - Inicio de acción: 1-2 minutos
 - Efecto máximo: 3-5 minutos
 - Duración del efecto: 30-60 minutos
- * Precaución con las dosis repetidas ante el riesgo de redistribución plasmática.

Propofol

- ASA I, podremos iniciar la sedación con un bolo de 40 a 60 mg.
- Paciente anciano y debilitado recomendaremos dosis iniciales más bajas (10-20 mg); posteriormente iremos administrando dosis sucesivas de 10-20 mg hasta conseguir que el paciente presente cierre espontáneo de ojos y ausencia de respuesta a estímulos verbales.

CALIDAD DE LA SEDACIÓN EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA DE PROPOFOL COMPARADO CON MIDAZOLAN MÁS OPIOIDE EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ EN EL PERIODO DE MARZO A MAYO DEL 2019

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	14%
2	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	5%
3	www.cochrane.org Fuente de Internet	1%

Excluir citas Activo
Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 20 words