



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

ESCUELA DE POSGRADO

**MAESTRÍA EN ENFERMERÍA CON MENCIÓN EN GESTIÓN
ADMINISTRATIVA**

**INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN LA PREPARACIÓN EFICAZ QUE
REALIZA EL PACIENTE PARA COLONOSCOPIA EN UN HOSPITAL
PÚBLICO ESPECIALIZADO, LIMA 2022**

TESIS

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN ENFERMERÍA
CON MENCIÓN EN GESTIÓN ADMINISTRATIVA**

AUTOR

CALVO DE LA VEGA, SILVIA LILIANA

(ORCID: 0000-0002-1403-7248)

ASESOR

GONZALES ALARCÓN, DENISSE GERALDINE

(ORCID: 0000-0002-6887-2003)

Lima, Perú

2023

Metadatos Complementarios

Datos de autor

Calvo de la Vega, Silvia Liliana

Tipo de documento de identidad del AUTOR: DNI

Número de documento de identidad del AUTOR: 09449205

Datos de asesor

Gonzales Alarcón, Denisse Geraldine

Tipo de documento de identidad del ASESOR: DNI

Número de documento de identidad del ASESOR: 43544649

Datos del jurado

JURADO 1: Torres Llosa, María Antonieta, DNI N°08799320, ORCID 0000-0002-2122-339X

JURADO 2: Rojas Ahumada, Magdalena Petronila, DNI N°06152053, ORCID 0000-0003-2987-7749

JURADO 3: Céspedes Cornejo, Nelly Teodora, DNI N°07050811, ORCID 0000-0001-8919-7812

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 919427

Código del Programa: 3.03.05

Esta tesis la dedico
afectuosamente a mi familia,
porque fueron y seguirán siendo el
soporte incondicional para mi
desarrollo personal y profesional

AGRADECIMIENTO

A Dios por sus bendiciones, por haberme iluminado y otorgado inteligencia y sabiduría, así como la perseverancia para alcanzar este importante logro.

A la Universidad Ricardo Palma, en especial a la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza y a los docentes del programa de maestría por sus orientaciones y enseñanzas que me permitieron desarrollarme y mejorar mi calidad profesional.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.1. Descripción del problema.	10
1.2. Formulación del Problema.....	12
1.3. Importancia y justificación del Estudio	12
1.4. Limitaciones del estudio	13
1.5. Objetivos de la investigación	14
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	15
2.1. Investigaciones relacionadas con el tema.	15
2.2. Estructura teórica y científica que sustenta el estudio	18
2.3. Definición de términos básicos.	27
2.4. Hipótesis	27
2.5. Variables	28
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	29
3.1. Enfoque y diseño de investigación.....	29
3.2. Población y muestra de estudio.....	29
3.3. Técnicas e instrumento de recolección de datos	30
3.4. Descripción de procedimiento de recolección de datos y análisis	31
3.5. Lugar de ejecución	32
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS	33
4.1. Resultados	33
4.2. Análisis y discusión de resultados.....	38
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	43
5.1. Conclusiones	43
5.2. Recomendaciones	43
Referencias Bibliográficas.....	45
LISTA DE TABLAS Y GRÁFICOS.....	52
ANEXOS.....	53

RESUMEN

El cáncer es una de las patologías que más muertes produce en el mundo, siendo el cáncer colorrectal la cuarta causa de mortalidad por esta enfermedad en América Latina (OMS, 2017). El examen principal que permite su diagnóstico adecuado y oportuno es la colonoscopia, siempre y cuando la preparación del paciente haya sido eficaz respecto a la limpieza intestinal para una exploración sin contratiempos y reprogramaciones. Para esto será fundamental que la enfermera desarrolle estrategias educativas con el propósito que el paciente cumpla estrictamente las indicaciones de preparación previa. El objetivo de la investigación fue determinar la efectividad de una intervención educativa en la preparación del paciente para el procedimiento de colonoscopia en el servicio de endoscopia y cirugía menor del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Se trató de un estudio cuantitativo, de diseño cuasiexperimental con grupo experimental en quienes se aplicó la intervención educativa y un grupo de control que recibió la preparación tradicional de la institución, cada grupo estuvo conformado por 40 pacientes. Para medir la eficacia de la preparación del colon se empleó un cuestionario elaborado por la investigadora (0,78 Alpha Crombrach). Los resultados muestran que la mayoría de los participantes en la investigación tienen grado de instrucción superior (55%), son de sexo femenino (50%) y tienen entre 41 y 50 años de edad. En el grupo experimental la puntuación en el cumplimiento del paciente en la dieta fue 27,12 en el cumplimiento de la administración del medicamento 14,20 y la media de indicadores de la escala de Boston 1,88. En el grupo control fueron de 19,95; 13,20 y 1,05 respectivamente. La significancia de diferencia de medias fueron 0,00; 0,001 y 0,001 respectivamente para las dimensiones comparadas entre el grupo control y experimental. Se concluye que la intervención educativa es efectiva en la preparación del paciente para el procedimiento de colonoscopia en el servicio de endoscopia y cirugía menor del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Palabras Claves: Preparación colonoscopia, educación colonoscopia, eficacia colonoscopia.

ABSTRACT

Cancer is one of the pathologies that produce the most deaths in the world, with colorectal cancer being the fourth cause of mortality from this disease in Latin America (WHO, 2017). The main examination that allows for its adequate and timely diagnosis is the colonoscopy, as long as the preparation of the patient has been effective concerning intestinal cleansing for a smooth exploration and reprogramming. For this, it will be essential for the nurse to develop educational strategies so that the patient strictly complies with the indications for prior preparation. The objective of the research was to determine the effectiveness of an educational intervention in preparing the patient for the colonoscopy procedure in the endoscopy and minor surgery service of the National Institute of Neoplastic Diseases. It was a quantitative study, of quasi-experimental design with an experimental group in whom the educational intervention was applied and a control group that received the traditional preparation of the institution, each group was made up of 40 patients. To measure the efficacy of the colon preparation, a questionnaire prepared by the researcher (0,78 Alpha Crombrach) was used. The results show that the majority of the research participants have a higher education level (55%), are female (50%), and are between 41 and 50 years of age. In the experimental group, the score in patient compliance with the diet was 27,12 in compliance with the administration of the drug 14, 20, and the mean of indicators of the Boston scale 1,88. In the control group they were 19,95; 13,20 and 1,05 respectively. The significance of the mean difference was 0,00; 0,001 and 0,001 respectively for the dimensions compared between the control and experimental groups. It is concluded that the educational intervention is effective in preparing the patient for the colonoscopy procedure in the endoscopy and minor surgery service of the National Institute of Neoplastic Diseases.

Key Words: Colonoscopy preparation, colonoscopy education, colonoscopy efficacy.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) menciona que el cáncer es el causante de 8,2 millones de fallecimientos anuales, siendo la segunda causa de defunciones en el mundo. En la región de las Américas según esta misma entidad, el cáncer colorrectal ocupa el cuarto lugar, produciendo 240.000 nuevos casos y 112.000 defunciones anuales aproximadamente y se prevé que su incidencia se podría ampliar hasta un 60% para el año 2030 si no se toman las medidas provisorias y de control que incluye la detección de este tipo de cáncer en etapas iniciales, ya que se origina a partir de lesiones no malignas que pueden ser identificadas por la existencia de programas de tamizaje. Dentro del programa de tamizaje y diagnóstico se debe incluir el procedimiento de colonoscopia.

La colonoscopia es un procedimiento endoscópico considerado el primordial método para la evaluación del colon, porque permite la observación de toda la mucosa del intestino grueso y el Íleon terminal distal, mediante el cual se puede realizar el diagnóstico de lesiones epiteliales colorrectales, siendo el procedimiento específico dentro del programa de diagnóstico de cáncer colorrectal, sin embargo, su eficacia dependerá de la calidad de la técnica, la misma que también dependerá de la limpieza adecuada que permita la exploración completa de toda la mucosa. (Kaminski et. al., 2017) En consecuencia, solo una preparación óptima que garantice la limpieza del intestino permite visualizar con nitidez toda la mucosa como para asegurar la presencia o ausencia de lesiones. Asimismo, una preparación inadecuada puede complicar la exploración y producir incomodidades en el paciente, como el incremento de los costos por reprogramaciones (Cuervo, García, Gonzales y Jorquera (2015)

Considerando entonces que, la limpieza eficaz del intestino es fundamental para la prueba de colonoscopia, se hace necesario que la enfermera en cumplimiento de rol educativo contribuya con intervenciones instruccionales que permitan al paciente tomar conciencia sobre la importancia del cumplimiento estricto de la dieta y administración de medicamentos, comprendiendo claramente los detalles de cada una de las indicaciones respectivas. En este sentido la presente investigación planteó como objetivo determinar la efectividad de una intervención educativa en la preparación del paciente para el

procedimiento de colonoscopia en el servicio de endoscopia y cirugía menor del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

Para dar respuesta al objetivo de investigación antes mencionado, se ha elaborado el presente documento de informe de tesis, estructurado en cinco capítulos. El capítulo I, se desarrolla la descripción problemática, formulación del problema, justificación, limitaciones del estudio y los objetivos generales y específicos. En el capítulo II se evidencian los estudios previos vinculados a la temática en mención, fundamentos teóricos, hipótesis, variables y su operacionalización. En el capítulo III se reseña el diseño metodológico. El capítulo IV, presenta los resultados y el análisis y discusión de resultados con el respectivo dialogo intertextual entre antecedentes, bases teóricas y resultados. Por último, el capítulo V, presenta las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema.

El cáncer ocupa es la causa de muertes a nivel global y se ha constituido en una de las principales preocupaciones para las autoridades de la salud pública. El año 2015 ocurrieron 8,8 millones de defunciones, de las cuales cerca del 70% se registran en países de ingresos económicos medios y bajos. Así mismo, menos del 30% de los países pobres ofrecen tratamiento a los pacientes con problemas oncológicos, comparado con el 90% de los países de ingresos altos en los que los pacientes tienen acceso a un tratamiento adecuado (OMS, 2018)

En cuanto a las muertes por cáncer colorrectal, ocupan el cuarto lugar en el mundo (OMS, 2018), mientras que en la región de las américas se encuentran en el cuarto lugar; la incidencia es de 240,000 nuevos casos, de los cuales 96,000 mueren (Organización Panamericana de la Salud (2018). Este problema según Cillo et al (2012) se puede controlar mediante la detección temprana, siendo la colonoscopia el procedimiento diagnóstico más exacto en el estudio de patologías del colon. Además, la experiencia del examinador, una adecuada preparación del paciente para realizar una correcta exploración y toma de muestra son factores que condicionan específicamente tal exactitud.

Sin embargo, el incremento del número de pacientes, la escasez de personal, la falta de recursos y la inadecuada preparación generan un gran problema en los Centros de Endoscopia; ocasionando retrasos en las citas, dificultades en la exploración e incluso, suspensión del procedimiento, reprogramaciones e incremento de gastos al usuario y a la institución de salud (Amarillo, Fourcans y Manson, 2011).

En este sentido, es fundamental que el paciente y sus familiares contribuyan con una buena preparación para un procedimiento eficaz, siendo necesario un programa de capacitación u orientación con la finalidad de asegurar una adecuada preparación del

colon y lograr una visualización exacta de las paredes y tejidos del colon, asimismo, facilitar la toma de biopsia (Ávila, Parada, Benítez, 2013).

La American College of Surgeons (2008), corrobora sobre la importancia de la capacitación al afirmar que la intervención educativa constituye una prometedora alternativa, porque permite al paciente y familiares adquirir nuevas actitudes y habilidades para realizar una correcta preparación del colon. Adicionalmente, Suarez y Esquivel (2003) refieren que las intervenciones educativas (IE) en salud benefician tanto a los profesionales del sector salud como a los enfermos a quienes se les empodera para que sean los principales actores del cuidado de su salud. En este contexto, el personal de enfermería se convierte en un excelente mediador entre las indicaciones médicas y el paciente, al brindar una capacitación adecuada y evitar de esta manera las preparaciones frustradas.

De las experiencias vividas por la investigadora como parte del equipo de enfermería en el Servicio de Endoscopia y Cirugía Menor de un hospital público especializado de Lima Perú, se ha podido evidenciar la ausencia de una intervención educativa formal, así como la ausencia de guías informativas para los pacientes que serán sometidos al procedimiento de colonoscopia, pues solo reciben la orden médica para realizarse el procedimiento y algunas indicaciones escritas. A su vez, se observa con cierta frecuencia la suspensión del procedimiento que el paciente no se realizó una adecuada preparación del colon, teniendo que reprogramarse para una fecha posterior, retrasando de esta manera el diagnóstico oportuno.

En este contexto, surgen algunas inquietudes, ¿Qué pasaría si se realiza un programa de intervención educativa al paciente y su familia en la preparación correcta del colon para el procedimiento de colonoscopia?, ¿Cuál sería el efecto de un programa educativo en la disminución del número de suspensiones de colonoscopías?

1.2. Formulación del Problema

1.2.1. Problema General

¿Cuál es el nivel de efectividad de una intervención educativa en la preparación eficaz que realiza el paciente para el procedimiento de colonoscopia en el servicio de endoscopia y cirugía menor del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas?

1.2.2. Problemas específicos.

¿Cuál es el efecto de una intervención educativa en el cumplimiento del paciente con la dieta requerida para el procedimiento de colonoscopia en el servicio de endoscopia y cirugía menor del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas?

¿Cuál es el efecto de una intervención educativa en el cumplimiento del paciente respecto a la administración correcta de medicamentos para el procedimiento de colonoscopia en el servicio de endoscopia y cirugía menor del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas?

¿Cuál es el efecto de una intervención educativa en la limpieza eficaz de colon que realiza el paciente, para el procedimiento de colonoscopia en el servicio de endoscopia y cirugía menor del Instituto Nacional De Enfermedades Neoplásicas?

1.3. Importancia y justificación del Estudio

Aporte teórico y práctico:

La investigación tiene un gran aporte teórico al sistematizar información relevante sobre los procesos educativos en la preparación de los pacientes en quienes se les realiza un procedimiento diagnóstico y terapéutico. La información será recopilada mediante una exhaustiva revisión bibliográfica, la misma que se pone a disposición de la comunidad científica en enfermería en especial para las enfermeras del área de endoscopia y cirugía menor.

Aporte Metodológico:

El presente trabajo de investigación representará un valioso aporte metodológico porque la investigadora elaborará un instrumento validado para medir la eficacia de la preparación en los pacientes que serán sometidos a colonoscopia. La intervención educativa comprenderá una serie de contenidos y técnicas didácticas que la investigadora pondrá a disposición de la comunidad científica para ser aplicados en realidades similares.

Relevancia en la práctica:

La presente investigación comprende una temática acorde a la problemática actual de salud en el país, la propuesta de una intervención educativa que contribuya en el diagnóstico precoz del cáncer colorrectal beneficiaría de manera directa a los pacientes que participarán en el estudio, pues estos podrán realizar de manera más eficaz su preparación evitando suspensiones y/o postergaciones que lo perjudicarían a él mismo restando la oportunidad a otros pacientes.

También repercutirá en el ahorro de tiempo en la atención y en los costos que demandan las postergaciones y reprogramaciones, así como el riesgo de errores en el diagnóstico debidos a una inadecuada preparación.

Comprobada la efectividad del programa educativo propuesto, los resultados serán puestos a disposición de la dirección de la institución hospitalaria y de la jefatura de enfermería, para que pueda ser implementado como una estrategia novedosa garantizando su continuidad.

1.4. Limitaciones del estudio

Este estudio se limita a responder los objetivos planteados. Asimismo, los resultados permitirán determinar la efectividad de una IE en la preparación eficaz que realiza el paciente para el procedimiento de colonoscopia en el servicio de endoscopia del Instituto. Quiere decir entonces que los resultados no se podrán generalizar para las otras profesionales del rubro con distintas realidades.

1.5. Objetivos de la investigación

1.5.1. Objetivo general

Determinar la efectividad de una intervención educativa en la preparación del paciente para el procedimiento de colonoscopia en el servicio de endoscopia y cirugía menor del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

1.5.2. Objetivos específicos

Identificar el efecto de una intervención educativa en el cumplimiento del paciente con la dieta requerida para el procedimiento de colonoscopia en el servicio de endoscopia y cirugía menor del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

Valorar el efecto de una intervención educativa en el cumplimiento del paciente respecto a la administración correcta de medicamentos para el procedimiento de colonoscopia en el servicio de endoscopia y cirugía menor del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

Determinar el efecto de una intervención educativa en la limpieza eficaz de colon que realiza el paciente, para el procedimiento de colonoscopia en el servicio de endoscopia y cirugía menor del Instituto Nacional De Enfermedades Neoplásicas

Capítulo II

MARCO TEÓRICO

2.1. Investigaciones relacionadas con el tema.

2.1.1. *Antecedentes Internacionales.*

Díez et al. (2013) realizaron un estudio titulado “Grado de limpieza colónica medido mediante la escala de Boston en la práctica clínica habitual”. El objetivo fue analizar el grado de limpieza y los factores que se asocian y se analizaron de manera retrospectiva las colonoscopias efectuadas en el mes de junio del 2013 en un hospital comarcal de la junta de Castilla y León, España. Se consideró a pacientes con cirugía colónica, enfermedad con hemorragia digestiva activa o inflamatoria intestinal, junto con parámetros relacionados con la indicación, edad, sexo, procedencia, hallazgos y turno de la exploración, de modo que se incluyó 560 exploraciones. Se halló que el 5,8% fueron incompletas, el 52.6 % por falta de preparación, el 28.9 % por neoplasia estenosante y el 18.4 % por causa técnica. En cuanto a la media de la escala de Boston para pacientes sin pólipos con lesiones mayores fue de 0,5 cm 7,31(DS: 1,59) (pValor = 0,024) y con pólipos menores de 0,5 cm fue de 7,69(DS: 1,37). La investigación concluyó que el 80 % de la muestra presenta una puntuación de la escala igual o mayor a 6 y aquellos pacientes con realizan la colonoscopia de mañana o estando ingresados tienen un grado de limpieza menor.

Ávila y Benites (2013), desarrollaron la investigación “Preparación intestinal colónica con polietilenglicol y manitol: efectividad según la escala de Boston”, cuyo objetivo fue comparar la efectividad del manitol y polietilenglicol en la preparación intestinal mediante escala de Boston. Fue un estudio transversal y experimental con una muestra de 100 pacientes y a todos se le indicó la ingesta de la solución a evaluar.

Los resultados mostraron que el 88 % del grupo polietilenglicol y el 100 % del grupo manitol (p=0,041) toleró la preparación y lo consideró como fácil.

El 98 % del grupo manitol y el 78% con polietilenglicol consideró que el medicamento le generaba buen sabor y, ambos tuvieron náuseas. El polietilenglicol alcanzó exploraciones completas con restos en un 82% colon derecho, 56% colon transverso y 72% colon izquierdo, mientras que con manitol prevaleció la exploración completa sin restos en 66%, 90% y 68% respectivamente ($p < 0,05$). La puntuación global de la escala de Boston con polietilenglicol y manitol fue 6 vs 8 ($p < 0,05$). Se concluyó que el manitol fue más efectivo que polietilenglicol para la preparación del colon en su totalidad y por segmentos.

Trujillo, et. al. (2010), investigaron el “Nivel de satisfacción de pacientes tras un procedimiento endoscópico y factores asociados”, con el objetivo de determinar el nivel de satisfacción de los pacientes cuando se realizan un procedimiento endoscópico y los factores que se asocian, en el Servicio de Endoscopia Gastrointestinal de un hospital mexicano. La investigación fue empírica, descriptiva, transversal con una muestra de 200 pacientes. Los resultados revelaron que la satisfacción fue de nivel bueno en aquellos sometidos a una esófago-gastro-duodenoscopia y los factores que influyen en la satisfacción se vincularon con la comunicación y el tiempo de espera.

Falces et al. (2008) realizaron un estudio titulado “Intervención educativa para mejorar el cumplimiento del tratamiento y prevenir reingresos en pacientes de edad avanzada con insuficiencia cardíaca”. El objetivo fue evaluar si una intervención multifactorial tiene eficacia en pacientes adultos con insuficiencia cardíaca para lograr disminuir los días de hospitalización, reingresos y cumplimiento del tratamiento. Se tuvo una muestra de 70 pacientes, separados en un grupo de control (G1) e intervención (G2). Se halló que en el grupo de G2 un mayor cumplimiento terapéutico (un 91,2 frente al 68,0%; $p = 0,04$), a los seis meses, el número de reingresos por paciente (0,3 frente a 0,8; $p = 0,02$) y menos días de hospitalización (2,6 frente a 5,9; $p = 0,01$), el porcentaje de pacientes que reingresaron fue menor (un 22,6 frente a un 42,0%; $p = 0,03$). A los doce meses se mantuvo la tendencia favorable al grupo de intervención, pero sin significación estadística. No se halló diferencias significativas en mortalidad ni calidad de vida. La curva de supervivencia para la probabilidad de no reingresar en los 12 meses mostró el beneficio de la intervención ($p = 0,02$), con una razón de riesgo de 0,51 (intervalo de confianza del 95%, 0,27-0,95). Se concluyó que en una población con edad

avanzada y con la enfermedad en mención, una intervención mejora el cumplimiento terapéutico y disminuye los días de hospitalización y reingresos.

Teramoto et al. (2007) realizaron la investigación “Preparación intestinal óptima para la colonoscopia en pacientes ambulatorios, estudio comparativo entre la preparación con fosfato de sodio vs. polietilenglicol”. Tuvo como objetivo conocer la eficacia entre el fosfato de sodio y el polietilenglicol, ejecutando para esto una investigación descriptiva. La población sujeta a estudio fue de 90 pacientes de uno u otro sexo, se aplicó un cuestionario para medir el nivel de satisfacción del médico y pacientes. Los resultados demostraron que el uso de NaP para la limpieza y preparación de colonoscopia es sencilla y más efectiva que el polietilenglicol y con mayor satisfacción del paciente. La intolerancia al tratamiento se presentó en 1 de cada 7 pacientes que utilicen fosfato de sodio y en 1 de cada 2 pacientes que utilicen el polietilenglicol. Se concluye que en el futuro se deberá evaluar y comparar si el grado de limpieza lograda con el polietilenglicol o con el fosfato de sodio permite detectar y tratar mejor las lesiones durante la colonoscopia.

Arechiga, Rodríguez y Gonzales (2003), realizaron la investigación “Impacto de un Programa Educativo Preoperatorio en el niño con cirugía de corazón”, cuyo objetivo fue evaluar el impacto de un programa educativo sobre tratamiento médico y cuidados de enfermería en los cambios del nivel de estrés y dolor del niño hospitalizado para cirugía de corazón en el postoperatorio. Se seleccionó un grupo control y un grupo de intervención, al cual se desarrolló juegos gramaticales, juegos de mesa y video adaptados con procedimientos de la terapia posquirúrgica. En los grupos de evaluación el dolor y estrés antes de la cirugía y se halló que los niños que intervinieron en el programa registraron un nivel de estrés menor que los que recibieron la preparación normal.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Chávez & Medina (2018) realizaron un estudio con el objetivo de determinar la eficacia de una guía educativa en la preparación para colonoscopia en relación al cumplimiento de la programación en la Clínica Oncosalud. El estudio fue de enfoque cuasi experimental con una muestra de 272, donde el grupo de control recibirá una preparación tradicional y el grupo experimental recibirá una guía educativa de

preparación. En la recopilación de datos se aplicará el cuestionario creado por las investigadoras que responderán a la Guía educativa aplicada, considerando principios éticos.

Parra et al. (2011) realizaron el estudio “Indicadores de calidad en colonoscopia en el Policlínico Peruano Japonés: factores relacionados”. El objetivo fue conocer las tasas de detección de adenomas, intubación cecal e identificar los factores que se relacionan con dos indicadores de calidad en las colonoscopías efectuadas por el policlínico. El estudio fue observacional, de corte transversal y consideró los registros de colonoscopías del año 2007, por 10 endoscopistas. Se incluyeron 843 colonoscopías. Los resultados demostraron que se logró la intubación cecal en 801 casos (95%) y que este estuvo significativamente relacionado con la limpieza colónica y el tipo de sedación/analgesia utilizada. En 168 de las 843 colonoscopías se detectó al menos un adenoma (19,9%). Además, se halló que la edad, la limpieza colónica y el tiempo de retiro del colonoscopio estaban asociados con la detección de adenomas. Se concluyó la calidad de la intervención se relaciona con el tipo de sedación/analgesia utilizada, la limpieza colónica y el tiempo de retiro del colonoscopio.

2.2. Estructura teórica y científica que sustenta el estudio

2.2.1. Neoplasias

Es una masa anormal de tejido, cuyo crecimiento excede y no está coordinado con el de los tejidos normales circundantes, y persiste de la misma manera excesiva después del cese de los estímulos que provocaron el cambio. El término neoplasia se refiere a una masa que se ha desarrollado debido al crecimiento anormal de células o tejidos. La neoplasia se refiere a varios tipos de crecimientos que incluyen tumores no cancerosos o benignos, crecimientos precancerosos, carcinoma in situ y tumores malignos o cancerosos. Las neoplasias se dividen en benignas y malignas. (Ávila y Benites, 2013).

2.2.2. Tipos.

Lorenzo et al. (2012) consideraron dentro los tipos de neoplasias las siguientes:

Masas anormales no neoplásicas.

Son masas que no se catalogan a proliferaciones monoclonales neoplásicas. Dentro de este, se distingue el coristoma y hamartoma.

Hamartoma: Un hamartoma es una malformación local formada por una mezcla anormal de células y tejido. Aunque la mayoría de los hamartomas son benignos, causan morbilidad por varios mecanismos como; infección, infarto, presión/obstrucción, hemorragia/anemia, fractura, transformación neoplásica.

Coristoma: Un coristoma es un crecimiento similar a un tumor del desarrollo de tejido microscópicamente normal en una ubicación anormal. El tipo más común de coristoma oral se compone de hueso, cartílago o ambos. Tales lesiones suelen presentarse como masas nodulares en la región de la línea media, especialmente en la lengua dorsal posterior cerca del agujero ciego.

Neoplasias benignas.

Son aquellos que permanecen en su ubicación primaria sin invadir otros sitios del cuerpo. No se propagan a estructuras locales ni a partes distantes del cuerpo. Los tumores benignos tienden a crecer lentamente y tienen bordes definidos. Los tumores benignos no suelen ser problemáticos. Sin embargo, pueden agrandarse y comprimir estructuras cercanas, causando dolor u otras complicaciones médicas. Por ejemplo, un gran tumor pulmonar benigno podría comprimir la tráquea y causar dificultad para respirar. Esto justificaría la extirpación quirúrgica urgente. Es poco probable que los tumores benignos recurran una vez que se extirpan. Ejemplos comunes de tumores benignos son los fibromas en el útero y los lipomas en la piel.

Neoplasias malignas.

Tienen células que crecen sin control y se diseminan localmente y/o a sitios distantes. Los tumores malignos son cancerosos (es decir, invaden otros sitios). Se propagan a sitios distantes a través del torrente sanguíneo o del sistema linfático. Esta propagación se llama metástasis. La metástasis puede ocurrir en cualquier parte del cuerpo y con mayor frecuencia se encuentra en el hígado, los pulmones, el cerebro y los huesos.

Se pueden propagar rápidamente y requieren tratamiento para evitar la propagación. Si se detectan temprano, es probable que el tratamiento sea una cirugía con posible

quimioterapia o radioterapia. Si el cáncer se ha propagado, es probable que el tratamiento sea sistémico, como quimioterapia o inmunoterapia (Lorenzo et al., 2012)

2.2.3. Cáncer de Colon o CCR

El CCR es un tipo de cáncer que ataca el intestino grueso o la última parte del sistema digestivo humano. El cáncer de colon ocurre cuando hay mutaciones genéticas, donde las células de ADN en ciertas áreas del cuerpo crecen sin control y son destructivas. La mayoría de los casos de cáncer de colon comienzan con la formación de pequeños coágulos de células llamados pólipos de adenoma que no son cancerosos. Estos coágulos luego se propagan sin control con el tiempo. En el cáncer de colon, el crecimiento anormal de estas células comienza en el revestimiento del intestino interno, luego se propaga y destruye otras células cercanas, o incluso a varias otras áreas del cuerpo. (Chacaltana y Rodríguez, 2008).

2.2.4. Colonoscopia.

La colonoscopia es un procedimiento en el que un médico usa un colonoscopio o endoscopio para observar el interior del recto y el colon. La colonoscopia puede mostrar tejido irritado e inflamado, úlceras, pólipos y cáncer. Este procedimiento ayuda al médico a ubicar la causa de los síntomas, también sirve para circunstancias donde la persona sufre de complicaciones digestivas, ya que en este proceso se puede observar los órganos en toda su longitud y descubrir elementos extraños o anormalidades (Forero et al. 2005).

Objetivos de la colonoscopia

Teramoto et al. (2007), refieren que los objetivos son los siguientes:

- Es el mejor estudio para detectar CCR y también se puede detectar pólipos.
- En el sangrado digestivo bajo, permite divertículos, angiodisplasias, tumores, fisuras rectales y hemorroides con sangrado activo.
- Se utiliza como diagnóstico de la enfermedad inflamatoria intestinal que incluye el CUCI y la enfermedad de Crohn.

2.2.5. Preparación eficaz para la colonoscopia.

La colonoscopia y otros métodos de obtención de imágenes del colon requieren una limpieza minuciosa del intestino grueso para completar el procedimiento de manera segura y eficaz. Para la colonoscopia, la preparación inadecuada puede generar procedimientos incompletos y excluye hasta el 10% de los exámenes. (González, Figa y Huertas, 2010).

En este sentido, la limpieza intestinal para una colonoscopia es esencial para el éxito de la colonoscopia. Un colon limpio permite realizar un examen completo más fácilmente, con velocidad y seguridad y, la visualización y eventual tratamiento de lesiones, incluso las más pequeñas. Una colonoscopia en un paciente mal preparado puede hacer que el examen tome más tiempo y con un riesgo de complicaciones, además de retrasar un diagnóstico e impedir la terapia oportuna y, a menudo, conduce a la reprogramación (Froehlich et al. 2005).

La preparación del intestino ideal será el que logre evacuar toda la materia fecal del colon en el menor tiempo posible, sin causar grandes cambios macro o microscópicos en la mucosa. Además, la preparación debe ser segura, barato, bien tolerado y sin efectos adversos. La elección del producto ideal debe ser un compromiso entre tolerabilidad y eficacia, con mayor énfasis en esta última y en términos ideales la evaluación de la preparación sólo debe ser llevada a cabo después del lavado y aspiración vigorosa de los residuos. Es fundamental que la calidad de la preparación se describa adecuadamente en el informe del examen, ya que es parte de los criterios de calidad.

2.2.6. Métodos de limpieza.

La preparación de colon ideal debe limpiar de forma rápida y confiable el colon de material fecal sin tener ningún efecto sobre la apariencia macroscópica o microscópica del colon. Se requiere que, en un período corto para la ingestión y la evacuación, no cause molestias y no produzca cambios significativos de líquidos o electrolitos. Al mismo tiempo, debe ser apetecible, simple y económico. Actualmente, los regímenes de preparación disponibles cumplen algunos, pero no todos estos criterios. (Nguyen y Wieland, 2010).

En la actualidad existen opciones para realizar dichos métodos. Los productos que buscan limpiar el colón se dividen en: agentes osmóticos y estimulantes (Lichtenstein, 2009).

2.2.7. Soluciones basadas en PEG.

Las preparaciones isosmóticas que contienen PEG son soluciones electrolíticas osmóticamente equilibradas, de alto volumen, no absorbibles y no fermentables. Estas soluciones limpian el intestino con cambios mínimos de agua y electrolitos y proporcionan evacuación, principalmente por el efecto mecánico de un lavado de gran volumen. Con las preparaciones de sulfato de sodio, la absorción de sodio en el intestino delgado se reduce en gran medida debido a la ausencia de cloruro, el anión acompañante necesario para la absorción activa contra el gradiente electroquímico (Beck, 2010).

La dosis total convencional para adultos es de 4 l, administrados por vía oral en forma de 240 ml cada 10 minutos hasta que el efluente rectal sea claro, o se administra por sonda nasogástrica (NG) a una velocidad de 20 a 30 ml/min. Alternativamente, también se ha recomendado la dosificación dividida, con una porción tomada la noche anterior y el resto tomado la mañana del procedimiento (Nyberg et al. 2010). Las preparaciones de PEG de bajo volumen se usan en combinación con laxantes estimulantes o ácido ascórbico. Para uno de estos regímenes, 10 mg de tabletas de bisacodilo son seguidos después de la primera evacuación intestinal por 240 mL de preparación cada 10 minutos hasta que el efluente sea transparente o hasta que se ingiera un total de 2 L. En otro régimen, el ácido ascórbico se incluye en la solución de PEG de 2 L, que también se dosifica a 240 mL cada 10 minutos (Juluri et al., 2010).

2.2.8. Soluciones osmóticas hiperosmolares

Las preparaciones hiperosmóticas atraen agua hacia la luz intestinal, lo que estimula el peristaltismo y la evacuación. Estas son preparaciones de pequeño volumen, pero, debido a su naturaleza hiperosmótica, pueden causar cambios de fluidos, acompañados de alteraciones transitorias del nivel de electrolitos. El NaP oral está disponible en forma de solución acuosa y tabletas (Belsey et al. 2009). Una preparación acuosa de NaP

contiene NaP monobásico y dibásico. Tiene un inicio medio de la actividad intestinal en 1,7 horas con la primera dosis y 0,7 horas con la segunda dosis, una duración media de la actividad de 4,6 y 2,9 horas, respectivamente, y el final de la actividad intestinal dentro de las 4 a 5 horas. Cada dosis de 45 ml contiene 29,7 g de NaP. Se administran dos dosis de 30 a 45 ml de solución acuosa con al menos 10 a 12 horas de diferencia, y la segunda dosis se administra dentro de las 5 horas posteriores al procedimiento. Las preparaciones de comprimidos contienen 1,5 g de NaP y 0,5 g de ingredientes inactivos. (Kim y Raju, 2010).

2.2.9. Agentes estimulantes.

El tercer grupo son los laxantes estimulantes como el sen, el picosulfato de sodio y el bisacodilo, que funcionan principalmente mejorando la actividad del músculo liso de la pared intestinal. Además, también pueden aumentar el contenido de agua intestinal. No hay ninguna razón teórica para suponer que estos variarán en la eficacia de la limpieza intestinal. Su eficacia se sitúa en el 70-80% de los pacientes, aunque se puede acompañar de problemas electrolíticos y deshidratación.

El picosulfato de sodio (PMC) es un laxante estimulante que se administra en combinación con un componente laxante osmótico, como el citrato de magnesio o el óxido de magnesio y el ácido cítrico, que se combinan para formar citrato de magnesio. El PMC se ha utilizado ampliamente en Canadá y Europa durante los últimos 20 años, pero solo recientemente se aprobó su uso como agente de preparación intestinal en los Estados Unidos. La formulación disponible en los Estados Unidos, se administra en una dosis dividida. Al igual que el fosfato de sodio, esta es una preparación hiperosmolar que puede no ser adecuada para pacientes con insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, enfermedad hepática en etapa terminal o anomalías electrolíticas iniciales.

El bisacodilo es un derivado del difenilmetano que se absorbe poco en el intestino delgado y que es hidrolizado por esterasas endógenas. Sus metabolitos activos estimulan la motilidad colónica, con un inicio de acción entre 6 y 10 horas. La metoclopramida es un antagonista del receptor de dopamina que sensibiliza el tejido a la acetilcolina, lo que resulta en una mejor contracción gástrica y peristaltismo del intestino delgado. Tiene una vida media de 5 a 6 horas. Varios regímenes dietéticos, soluciones

de electrolitos de hidratación, enemas y agentes antigas también se utilizan como complementos para la preparación de la colonoscopia.

2.2.10. Evaluación de la preparación: escala de limpieza.

En las colonoscopias debería constar la calidad de la preparación del colon. El criterio de calidad es alcanzar una preparación buena o muy buena en más del 95% de las exploraciones (González, Figa y Huertas, 2010). Y debe notificarse en el informe de la endoscopia mediante escalas de evaluación validadas.

Escala de limpieza de Aronchick (ELCA)

La Escala de Aronchick fue la primera escala de calidad de la preparación intestinal que se evaluó para determinar su confiabilidad. Esta escala se caracteriza por el porcentaje de la superficie mucosa colónica total cubierta por líquido o heces, sin puntuar por segmentos de colon separados, y se realiza antes del lavado o la succión. En estudios se ha encontrado que los coeficientes de correlación intraclase (CCI) kappa de confiabilidad interobservador eran altos para el ciego (0,76) y el colon total (0,77), pero se reducían para los segmentos del colon distal (0,31) y del colon ascendente. (Laij et al., 2009). La Escala de Aronchick es una de las escalas validadas de calidad de la preparación intestinal más utilizadas en ensayos clínicos y en la práctica clínica (Forero et al. 2005).

Escala de limpieza de colon de Boston (ELCB).

La ELCB ha sido validado en múltiples estudios clínicos y fue desarrollada en 2009, y diseñada para abordar problemas específicos que afectan la calidad de la preparación intestinal y la puntuación. La escala estipula que la puntuación debe realizarse al momento de la extracción y después de que se hayan completado todos los lavados y succiones de líquido; la puntuación se aplica por segmentos de colon, como en la OBPS, en función del potencial de variación en la preparación intestinal entre segmentos; y los términos cualitativos subjetivos, como excelente, bueno, regular o deficiente, se reemplazan por puntajes numerados que se correlacionan con condiciones colónicas,

incluidas características como tinción, líquido y fragmentos de heces. Cada segmento del colon se puntúa de 0 a 3; las puntuaciones más altas indican una limpieza superior y se suman para obtener una puntuación total que puede oscilar entre 0 y 9 (Ávila et al., 2013). Los puntos se asignan de la siguiente forma:

0 = segmento de colon no preparado con mucosa no visible debido a heces sólidas que no se pueden eliminar.

1 = Se ve una parte de la mucosa del segmento del colon, pero no se ven bien otras áreas del segmento del colon debido a tinción, heces residuales y/o líquido opaco.

2 = Cantidad menor de tinción residual, pequeños fragmentos de heces y/o líquido opaco, pero se observa bien la mucosa del segmento de colon.

3 = Se ve bien toda la mucosa del segmento de colon sin tinción residual, pequeños fragmentos de heces o líquido opaco. La redacción de la escala se finalizó después de incorporar los comentarios de tres colegas con experiencia en colonoscopia (Forero et al. 2005).

2.2.11. Intervención educativa.

Definición

El proceso de intervención educativa son actividades que buscan enseñar y educar en torno a estigmas de múltiples temas. Están dirigidas a poblaciones específicas, teniendo en cuenta su edad, género, composición étnica, lengua materna, logros educativos, clase social, etc. Los programas educativos deben desarrollarse lentamente y de manera sostenible, donde la serie de estrategias, que implican la participación del público, los cuidadores y los pacientes, puede influir en las actitudes. Por último, tales intervenciones deben reducir el miedo, hacer que las expectativas sean más realistas y evitar que las actitudes se endurezcan. Sin embargo, estas intervenciones deben ser claras, enfocadas y apropiadas, basadas en las necesidades del grupo que está siendo educado, más que en las percepciones de necesidad por parte de los profesionales (Suárez y Esquivel 2003).

Intervención educativa de la enfermera.

Las enfermeras están capacitadas para establecer una relación de confianza con los pacientes para crear un entorno que promueva la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, en entornos de atención con mucha tecnología, como las unidades de hemodiálisis, pueden surgir prácticas deshumanizantes y arraigarse por diversas razones, en detrimento potencial tanto de los pacientes como de las enfermeras. Para los pacientes, esto puede conducir a un deterioro de la calidad de vida y, en última instancia, del estado de salud. Para los enfermeros, puede provocar un deterioro del ambiente de trabajo y, a su vez, de la calidad de vida laboral (Teramoto et al. 2007)

Por ello, es a través de los aspectos relacionales y educativos de la atención de enfermería, donde las enfermeras tienen la oportunidad de construir relaciones de atención que apoyen la participación del paciente, lo que en última instancia conduce a una mejor calidad de vida de los pacientes, incluso cuando se presentan condiciones crónicas que amenazan la vida (Lorenzo et al., 2012).

2.2.12. Descripción general del modelo de Dorothea Orem.

La teoría del autocuidado, creada por Dorothea E. Orem a mediados de la década de 1950, ha calado en la conceptualización de la práctica de enfermería. A partir de sus hallazgos, Orem se propuso definir la práctica de enfermería en un informe publicado en 1956 "El arte de la enfermería en Servicio Hospitalario: Un Análisis" y no fue hasta mucho después, en 1959, que ella lleva su reflexión más allá al preguntarse por qué la gente necesita enfermeras. Unos años más tarde, Dorothea Orem responde explicando que los beneficiarios necesitan enfermeras cuando ya no son capaces de practicar un autocuidado de calidad y cumplir con requisitos necesarios para su condición (Naranjo et al., 2017).

La teoría de enfermería del déficit de autocuidado descrita por Orem consta de tres teorías, todos interrelacionados. Esta es la teoría del autocuidado, el cual refiere a un estado en el que el paciente logra llevar a cabo el autocuidado, de acuerdo con sus capacidades y los requerimientos de la enfermedad. La teoría del déficit del

autocuidado, el cual aparece cuando las capacidades del paciente ya no se corresponden con las demandas de la enfermedad. Y, por último, la teoría del sistema de enfermería que representa la ayuda que se brinda al paciente a través de las intervenciones de enfermería. Esto es para que desarrolle habilidades de autocuidado. dependiendo de su enfermedad y recursos (Nyberg et al., 2010)

En este sentido, la teoría se basa en 3 pilares: el autocuidado, el déficit de autocuidado y los sistemas de Enfermería, el primero es para mantener las condiciones vitales de salud, el segundo aborda el papel de la enfermería en las limitaciones o incapacidades de autocuidado efectivo y el último pilar, por otro lado, estructura y orienta las prácticas profesionales a través de los sistemas de enfermería, a saber: educación compensatoria, parcialmente compensatoria y de apoyo (Kurlander et al., 2016).

2.3. Definición de términos básicos.

Preparación del colon: Son las acciones preliminares para empezar la visualización del colon en imágenes radiológicas.

Colonoscopia: procedimiento donde se puede revisar y observar el estado del intestino grueso de un paciente.

Intervención educativa: actividades que buscan enseñar y educar en torno a estigmas de múltiples temas. Están dirigidas a poblaciones específicas, teniendo en cuenta su edad, género, composición étnica, lengua materna, logros educativos, clase social, etc.

2.4. Hipótesis

2.4.1. Hipótesis general

H1= La implementación de una intervención educativa tiene un efecto significativo en la preparación eficaz que realiza el paciente para el procedimiento de colonoscopia.

H0= La implementación de una intervención educativa no tiene un efecto significativo en la preparación eficaz que realiza el paciente para el procedimiento de colonoscopia.

2.4.2. Hipótesis específica

Ha= La implementación de una intervención educativa tiene un efecto significativo en el cumplimiento del paciente respecto a la dieta requerida para el procedimiento de colonoscopia.

Ho= La implementación de una intervención educativa no tiene un efecto significativo en el cumplimiento del paciente respecto a la dieta requerida para el procedimiento de colonoscopia.

Ha= La implementación de una intervención educativa tiene un efecto significativo en el cumplimiento del paciente respecto a la administración correcta de medicamentos para el procedimiento de colonoscopia.

Ho= La implementación de una intervención educativa no tiene un efecto significativo en el cumplimiento del paciente respecto a la administración correcta de medicamentos para el procedimiento de colonoscopia.

Ha= La implementación de una intervención educativa tiene un efecto significativo en la limpieza eficaz de colon que realiza el paciente, para el procedimiento de colonoscopia

Ho= La implementación de una intervención educativa no tiene un efecto significativo en la limpieza eficaz de colon que realiza el paciente, para el procedimiento de colonoscopia

2.5. Variables

Variable1: Intervención Educativa

Variable 2: Preparación eficaz que realiza el paciente para el procedimiento de colonoscopia.

Capítulo III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Enfoque y diseño de investigación

La presente investigación es comparativa, prospectiva y cuasi experimental

Cuasi experimental por que se asignaron dos grupos: grupo A de intervención recibió la IE para preparación de colonoscopia y el grupo B control, recibió la preparación tradicional de la Institución. Fue prospectivo porque se captó la información después de la planeación observando el efecto de la variable independiente en el futuro. Fue comparativo porque se compararon los resultados de ambos grupos (A y B) a fin de determinar el porcentaje de cumplimiento de Lo establecido.

Se expresa en el siguiente diagrama:

GA	=	X	O1
GB	=	-	O2

Donde:

GA = grupo de intervención.

X = Participa la investigadora en la educación mediante una guía

GB = Grupo de comparación = educación tradicional

O1, O2 = Evaluación del conocimiento

3.2. Población y muestra de estudio

La población son todos los pacientes que se sometieron a la prueba diagnóstica de colonoscopia en el servicio de Endoscopia del Instituto, durante el mes de marzo de 2020, para fines del estudio se consideró a la población de 80 pacientes atendidos en este periodo.

Para fines del estudio se consideró al 100% de la población, es decir a 80 pacientes, de los cuales 40 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, que fueron sometidos al examen de colonoscopia en el periodo de los 15 primeros días del mes de marzo del 2020, constituyeron el grupo de control y los 40 pacientes

que fueron sometidos durante los últimos 15 días del mismo mes conformaron el grupo de intervención.

3.2.1. Criterios de Inclusión

- Pacientes de 20 a 50 años.
- Capacidad auditiva buena.
- Conocimiento adecuado del idioma español.
- Los pacientes que participen con su familiar en todo el proceso de la preparación previa.
- Pacientes que acuden a este procedimiento por primera vez.

3.2.2. Criterios de exclusión

- Pacientes analfabetos o que no comprendan con claridad el idioma español.
- Pacientes que acuden a tratamiento (dilatación o Gas Argón)
- Pacientes portadores de ilioestoma, colostoma, fistula recto vaginal, tumoración en recto que obstruye el canal de recto (mayor o igual a 80%)

3.3. Técnicas e instrumento de recolección de datos

El instrumento que se emplearon para medir la preparación del colon para una colonoscopia fue un cuestionario que ha sido elaborado por la investigadora en el que se determina tres dimensiones: cumplimiento con la dieta, cumplimiento con la administración de medicamentos y la limpieza eficaz propiamente dicha. Cabe indicar que para el caso de la dimensión cumplimiento con la dieta indicada se incluyeron 14 ítems. Para el caso del cumplimiento con la administración de medicamentos y otras recomendaciones se han considerado 08 ítems. El cuestionario emplea una escala de respuestas dicotómicas (si y no), fue validado por juicio de expertos y se aplicó una prueba piloto a 30 pacientes, lo que permitió realizar el análisis de confiabilidad de alpha de Cronbach obteniéndose una significancia de 0.78.

Para el caso de la dimensión limpieza eficaz se ha considerado 04 ítems que corresponden a la ELCB, mediante el cual se valora 4 niveles:

- 0 puntos: segmento de colon no preparado, con mucosa no visualizada por presencia de heces sólidas.
- 1 punto: áreas del segmento del colon no vistas por presencia de contenido fecal líquido y semisólido.
- 2 puntos: escaso contenido fecal líquido que permite una buena visualización de la mucosa.
- 3 puntos: excelente visualización de la mucosa, sin presencia de restos líquidos.

Esta escala ha sido también sometida a una prueba piloto de 30 pacientes encontrándose una significancia de 0.82, según el análisis de confiabilidad de alpha de Cronbach.

3.4. Descripción de procedimiento de recolección de datos y análisis

Una vez que se obtienen los datos, la organización se realizará en una matriz de tabulación, y se empleará el software estadístico SPSS, versión 21.0.

Para determinar la efectividad de la intervención mediante los resultados obtenidos en la preparación eficaz para el examen de colonoscopia, en ambos grupos, se empleó la prueba estadística de diferencia de medias (t- student) para muestras independientes.

Los resultados se presentan en tablas y gráficos estadísticos para un mejor análisis.

3.5. Lugar de ejecución

El presente estudio se realizó en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas la misma que es una institución de salud dependiente del MINSA, tiene por misión “proteger, promover, prevenir y garantizar la atención integral del paciente oncológico, dando prioridad a las personas de escasos recursos económicos; así como, controlar técnica y administrativamente a nivel nacional los servicios de salud de las enfermedades neoplásicas y realizar las actividades de investigación y docencia propias del instituto”.

El INEN se encuentra ubicado en la Av. Angamos Este N° 2520, Distrito de Surquillo, Departamento de Lima, Perú.

Capítulo IV

RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

4.1. Resultados

La información obtenida se procesa y se presentan a continuación en tablas y gráficos.

Tabla 1. Datos generales de los pacientes del servicio de endoscopia y cirugía menor del INEN, que participaron en el estudio, Lima, 2020.

Variable	Escala	Frecuencia	Porcentaje
Grado de Instrucción	Superior	44	55,0
	Secundaria	28	35,0
	Primaria	8	10,0
Total		80	100,0
Sexo	Masculino	30	37,5
	Femenino	50	62,5
Total		80	100,0
Edad	De 20 a 30 años	7	8,8
	De 31 a 40 años	29	36,3
	De 41 a 50 años	44	55,0
Total		80	100,0

En la tabla N° 1, se observa que el 55% de los pacientes tienen más de 41 años de edad, 62,5% son mujeres y el 37,5% son hombres, con respecto al grado de instrucción, el 55% de pacientes tienen estudios superiores, el 35% secundaria completa y el 10% primaria completa.

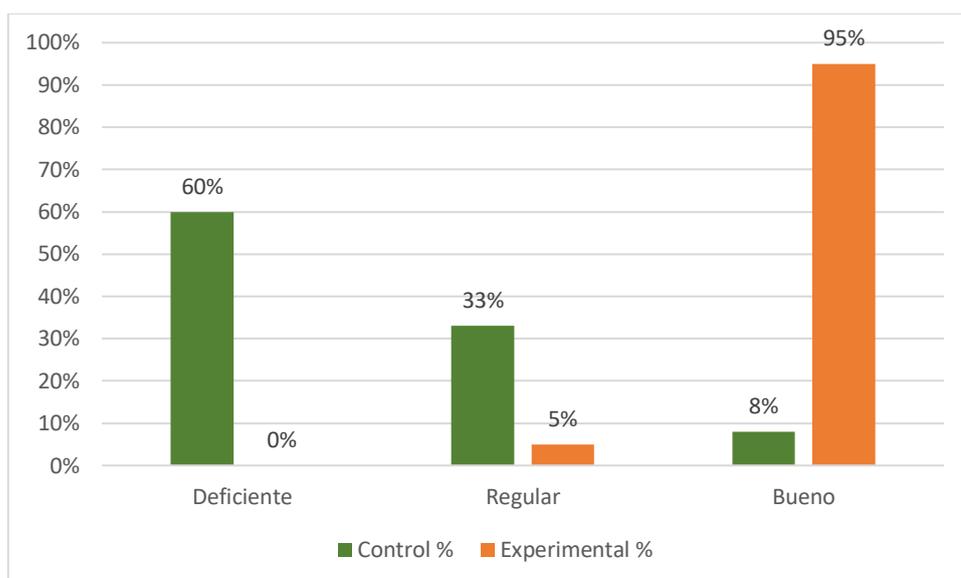


Figura 1. Efectividad de una IE en el cumplimiento del paciente con la dieta requerida para el procedimiento de colonoscopia en el INEN, 2020.

En la Figura 1 se observa que el 60% de los pacientes del grupo control se encuentran en un nivel deficiente respecto al cumplimiento con la dieta requerida para el procedimiento de colonoscopia. Así mismo se puede apreciar que en el grupo experimental el 95% de los pacientes se encuentran en un nivel bueno.

Tabla 2. Significancia de diferencia de medias entre el grupo control y experimental, respecto al cumplimiento de la dieta requerida para el procedimiento de colonoscopia.

Grupo	\bar{X}	t	Sig.
Grupo control	19,95		
Grupo intervención	27,12	7,17	0,000

En la tabla 2, se observa que existe diferencia de medias de ambos grupos, aunque el valor de t, 7.17 es bajo, existe significancia estadística, puesto que $p = 000 < 0,05$.

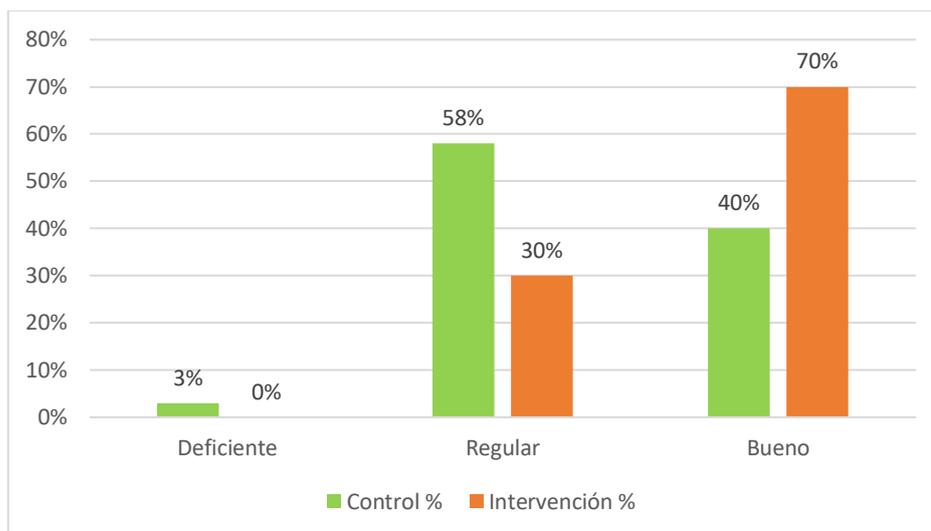


Figura 2. Efectividad de una IE en el cumplimiento del paciente respecto a la administración correcta de medicamentos para el procedimiento de colonoscopia.

En la Figura 2, se observa que el 58% de los pacientes del grupo control se encuentran en un nivel regular respecto a la administración correcta de medicamentos para el procedimiento de colonoscopia. Se puede apreciar también que en el grupo experimental el 70% de los pacientes se ubican en un nivel bueno.

Tabla 3. Significancia de diferencia de medias entre el grupo control y experimental, respecto a la administración correcta de medicamentos para el procedimiento de colonoscopia.

Grupo	\bar{X}	t	Sig.
Grupo control	13,20		
Grupo intervención	14,20	1	0,001

La diferencia de medias de ambos grupos es de 1,0 y el nivel de significancia es de $0,001 < 0,05$ por lo que se determina que la intervención educativa tiene un resultado significativo en relación al grupo control y grupo experimental referido a la administración correcta de medicamentos (Tabla 3).

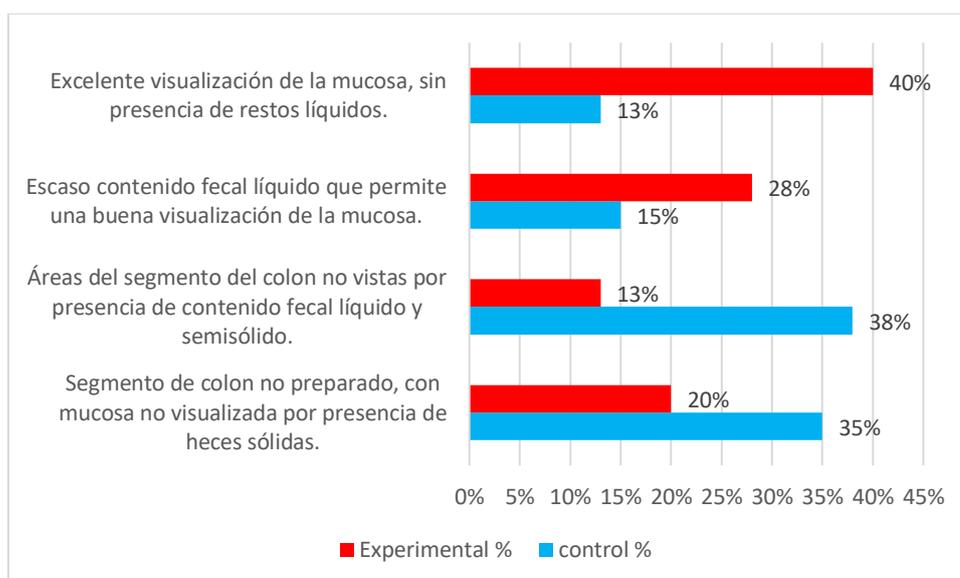


Figura 3. Efectividad de una IE en la limpieza eficaz de colon que realiza el paciente, para el procedimiento de colonoscopia, según ítems de la escala de Limpieza de Boston.

En la figura 3, se puede destacar que el 38% de los pacientes del grupo control se encuentran con un segmento de colon no preparado, con mucosa no visualizada por presencia de heces sólidas en la limpieza eficaz de colon que realiza el paciente, para el procedimiento de colonoscopia. Así mismo, se puede apreciar que en el grupo experimental el 40% de los pacientes tienen una excelente visualización de la mucosa, sin presencia de restos líquidos.

Tabla 4. Significancia de diferencia de medias entre el grupo control y experimental, respecto a en la limpieza eficaz de colon que realiza el paciente, para el procedimiento de colonoscopia en el servicio de endoscopia y cirugía menos INEN, 2020, según ítems de la escala de Limpieza de Boston.

Grupo	\bar{X}	t	Sig.
Grupo control	1,05		
Grupo intervención	1.88	0.83	0,001

La diferencia de medias de ambos grupos es de 0,83 y el nivel de significancia es de $0,001 < 0,05$ por lo que se determina que la intervención educativa tiene un resultado significativo en relación al grupo control y grupo experimental (Tabla 4).

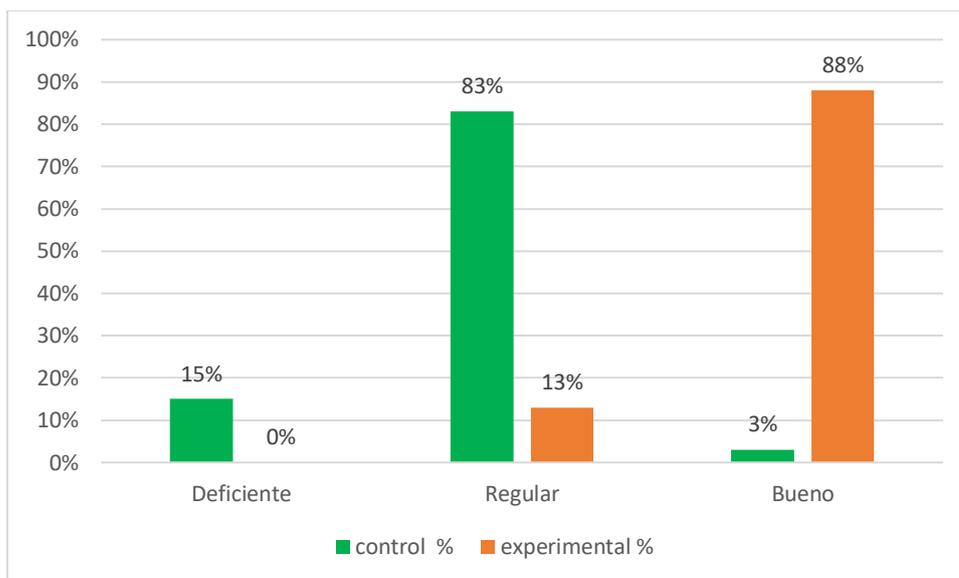


Figura 6. Efectividad de una intervención educativa en la preparación del paciente para el procedimiento de colonoscopia.

Con respecto a la efectividad de una intervención educativa en la preparación del paciente para el procedimiento de colonoscopia, la figura 6 muestra que el 83% de pacientes del grupo control se encuentran en un nivel regular y el 3% en un nivel bueno. Así mismo podemos observar que en el grupo experimental el 88% de los pacientes se encuentran en un nivel bueno.

Tabla 5. Significancia de diferencia de medias entre el grupo control y experimental, respecto a la preparación del paciente para el procedimiento de colonoscopia.

Grupo	\bar{X}	t	Sig
Grupo control	33,70		
Grupo intervención	41,32	7,62	0,001

La diferencia de medias de ambos grupos es de 7,62 y el nivel de significancia es de $0,000 < 0,05$ por lo que se determina que la intervención educativa tiene un resultado significativo en relación al grupo control y grupo experimental (Tabla 5).

4.2. Análisis y discusión de resultados

La intervención principal para descubrir tempranamente lesiones con riesgo de convertirse en CCR es la colonoscopia. Esta también puede ser de mucha utilidad para el diagnóstico cuando se presentan signos y síntomas de pérdida de peso, dolor abdominal, sangrado por vía rectal y cambios repentinos de la frecuencia de las evacuaciones de los intestinos. Este examen permite observar a través de una cámara de video las estructuras del colon (American Cancer Society, 2020). Según Ruíz y Tellez (2016), el 85% de las personas que tienen indicado el examen de colonoscopia, deberían adquirir los parámetros de calidad para aplicarlos en una preparación adecuada. Debe considerarse que las colonoscopias inconclusas o mal preparadas pueden producir resultados negativos como la no detección de adenomas y lesiones planas, así como el tiempo prolongado de la intubación y de la retirada, lo que produce mayor malestar del paciente. También podría tener un efecto negativo debido al tiempo que demora una cita reprogramada para volver a realizar el examen y obviamente produce finalmente un incremento en los costos adicionales que lo asumiría el paciente o la institución prestadora de los servicios de diagnóstico.

Considerando la importancia de una adecuada preparación del paciente para la realización de la colonoscopia, en el presente estudio se tuvo como objetivo determinar la efectividad de una intervención educativa en la preparación del paciente para el procedimiento de colonoscopia.

En primera instancia, respecto a los datos generales, los pacientes que participaron en el estudio se caracterizan por que en su mayoría tiene educación superior, son de sexo femenino y están entre los 41 a 50 años de edad (Tabla 2). Respecto a la edad según la American Society of Clinical Oncology (ASCO, 2020) el riesgo de padecer CCR incrementa con la edad. El CCR puede estar presente en adolescentes y jóvenes, pero la mayoría se registra en mayores de 50 años. En cuanto al sexo Hano, Wood, Galbán y Abreu (2011) en un estudio de investigación titulado factores de riesgo para el cáncer colorrectal en el Servicio de Endoscopia del Instituto de Gastroenterología de Cuba reportaron como dato relevante el

predominio del sexo femenino (59%) como factor de riesgo para cáncer de Colon. Estos datos coinciden con los reportados en el presente estudio.

La Figura 1, presenta los resultados que responden al primer objetivo de investigación: Identificar el efecto de una IE en el cumplimiento del paciente con la dieta requerida para el procedimiento de colonoscopia. Dentro de los resultados se observa que los pacientes que formaron parte del grupo control en un 60% presentaron un nivel deficiente de cumplimiento con la dieta requerida para el procedimiento de colonoscopia, mientras que en el grupo experimental (a quienes se realizó la intervención educativa) un 95% tuvieron un nivel bueno de cumplimiento de la dieta indicada para dicho procedimiento. Cabe señalar que, la media en el cumplimiento de la dieta para el procedimiento de colonoscopia en el grupo control fue de 19,95 y en el grupo experimental la media asciende a 27.12 con una significancia de diferencia de medias de $0,000 < 0,05$, determinado que en la intervención educativa los pacientes cumplieron mejor con la dieta indicada para la colonoscopia (Tabla 3). Este hallazgo le da valor a la importancia de la dieta para el éxito de este procedimiento porque según Nguyen et. al. (2016) citado por Ibáñez y Álvarez (2016) se ha demostrado que la dieta adecuada en especial aquella baja en fibra días antes de la colonoscopia mejora la tolerancia de la preparación para este procedimiento. Según Chávez y Medina (2018) al menos cuatro días antes del procedimiento el paciente debe evitar el consumo de alimentos de difícil digestión para disminuir la cantidad y la frecuencia de deposiciones. Un alimento de difícil digestión es la fibra por lo que se deberá disminuir el consumo de frutas y verduras. Es importante para el éxito del examen que el paciente cumpla con estas medidas y la enfermera deberá ser la encargada de la educación monitoreo y evaluación del cumplimiento estricto de estas indicaciones. En consecuencia, la intervención educativa realizada por la investigadora permitió de manera favorable que las colonoscopías se realizaran con éxito evitando complicaciones.

El segundo objetivo específico fue Valorar el efecto de una IE en el cumplimiento del paciente respecto a la administración correcta de medicamentos para el procedimiento de colonoscopia. La Figura 2, muestra que los pacientes que participaron en el grupo experimental, en su mayoría (70%) tuvieron un cumplimiento bueno respecto a la administración correcta de medicamentos como preparación para el procedimiento de colonoscopia, mientras que, en el grupo de

control la mayoría (58%) alcanzaron un nivel regular de cumplimiento. La media de puntuación de cumplimiento en esta dimensión en el grupo experimental fue de 14.20, superior al 13.20 alcanzado por el grupo control. La prueba estadística de diferencia de medias fue de $0,001 < 0,05$ lo que permite rechazar la hipótesis nula y aceptar que la puntuación de nivel de cumplimiento de la administración de medicamentos es mejor en los pacientes que participaron de la intervención educativa, favoreciendo el correcto desarrollo de la prueba (Tabla 4). Al respecto, Berrocal (2020) manifiesta que los profesionales de la salud deberían proporcionar instrucción educativa al paciente con todos los detalles de la preparación para la colonoscopia, enfatizando la importancia de su cumplimiento tanto en la dieta como en la administración de soluciones o medicamentos respectivos, para evitar contratiempos. Se debe considerar que la preparación adecuada de colon depende de la dieta previa pero también del cumplimiento en la administración de los productos médicos de limpieza y medicamentos indicados, pues esto influye notablemente en los resultados, por lo que hay que ser muy cuidadosos con las explicaciones que reciben los pacientes.

Según los resultados obtenidos luego de la aplicación de la escala de Boston (Figura 3), respecto a cada uno de sus ítems, se reportó que en el grupo de pacientes que no participaron del programa educativo solo el 28% presentaron condiciones muy adecuadas para la aprueba de colonoscopia, siendo que 15% presento escaso contenido fecal líquido que si permitía la buena visualización de la mucosa y solo 13% presenta una excelente visualización de la mucosa, mientras que el grupo que si recibió la intervención educativa propuesto en el presente estudio presento en un 68% condiciones adecuadas para la prueba respectiva, 28% con escaso contenido fecal líquido que si permitía la buena visualización de la mucosa y 40% con una excelente visualización. La puntuación media de los ítems de la escala en el grupo experimental fue de 1,88 mientras que en el grupo control fue de 1,05 con una significancia de diferencia de medias de $0,001 < 0,05$, lo que indica que la intervención educativa que se puso aprueba en este estudio mejoró significativamente la calidad de preparación que el paciente se realiza previamente para la prueba de colonoscopia (Tabla 5).

Estos hallazgos refuerzan lo que la OPS (2017) recomienda al referir que el personal de enfermería debe mostrar una participación activa poniendo en práctica

su conocimiento y destreza para capacitar y educar al paciente respecto a los cuidados en los diferentes procedimientos, en consecuencia, debe brindar información al paciente y/o a la familia, respecto a los procedimientos endoscópicos lo cual permite el cumplimiento de las indicaciones dadas.

Cabe señalar que, Kurlander et. al. (2016) para lograr una mayor eficacia, el desarrollo de intervenciones educativas debería de incluir instrucciones verbales y escritas, en comparación con las instrucciones solo escritas, pues esto es un predictor independiente de una calidad adecuada de preparación intestinal. Las herramientas educativas como folletos informativos, animaciones y ayudas visuales deben ser incluidas dentro de las metodologías educativas. Este atributo fue el que caracterizó al programa educativo desarrollado con fines de la presente investigación, garantizando que se cumplan las indicaciones.

En el grupo de intervención la mayoría de los pacientes lograron una preparación de adecuada a excelente, lo que facilitó el examen endoscópico, estos resultados guardan relación con los hallazgos de una investigación publicada por Hassan et. al. (2013) denominada “Preparación intestinal para colonoscopia: guía de endoscopia de la Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal”, donde se muestra mediante prueba estadística que, en comparación con los pacientes que recibieron ninguna instrucción regular antes de la colonoscopia, que aquellos quienes recibieron instrucciones más estructuradas tuvieron una mejor limpieza intestinal.

En Otro estudio de Cuervo, García, Gonzales y Jorquera (2015), se encontraron resultados y/o conclusiones similares al presente, y establecen que la preparación y limpieza de colon es indispensable para una colonoscopia de calidad, afirmando que una preparación deficiente genera su suspensión o exploraciones incompletas incrementando el costo y molestias en el mismo paciente, tal como ya se ha mencionado y además que las instrucciones educativas orales e incluso escritas fueron de gran ayuda para la preparación correcta de los pacientes.

Finalmente, en la Figura 4, se muestra un resumen general de la efectividad de la IE en la preparación completa que el paciente cumple el procedimiento previo a la colonoscopia, encontrándose que, el 83% de los pacientes del grupo control reportaron un nivel regular de preparación intestinal antes de la colonoscopia,

distinto a un 88% del grupo de intervención educativa que presentaron un nivel bueno de preparación previa a la colonoscopia. Esto se ve reforzado cuando se analiza los puntajes generales, siendo que el grupo control presenta una media de 33,7 frente a 41,32 del grupo experimental con una significancia estadística de diferencia de medias de $0,000 < 0,05$ lo que permite afirmar que gracias a la intervención educativa se mejora la preparación que realizan los pacientes para el examen de colonoscopia (Tabla 6). En consecuencia, se valida que la intervención educativa que se ha puesto en práctica en nuestro estudio como estrategia de enfermería, ha permitido mejorar la preparación de los pacientes en los procedimientos antes de la colonoscopia lográndose que ésta sea efectiva y se cumpla con los estándares que establece, que el 85% de las personas que tienen indicado dicho examen deberían alcanzar como parámetro de calidad una preparación adecuada.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

En correspondencia a cada uno de los objetivos específicos y objetivo general de la presente investigación, se concluyó lo siguiente:

La IE que propone el presente estudio de investigación es efectiva en el cumplimiento del paciente con la dieta requerida para el procedimiento de colonoscopia.

La IE genera un efecto significativo en el cumplimiento del paciente respecto a la administración correcta de medicamentos para el procedimiento de colonoscopia.

Se determina que la IE que realiza la enfermera a los pacientes programados para el procedimiento de colonoscopia tiene un efecto significativo en la limpieza eficaz de colon, que garantiza una exploración adecuada para un buen diagnóstico del paciente del servicio.

En general la intervención educativa permite que los pacientes cumplan estrictamente las indicaciones para su preparación previa al examen de colonoscopia (dieta y administración de medicamentos) siendo que la mayoría de ellos presente una alta puntuación en la escala de Boston.

5.2. Recomendaciones

Luego de estudiar los resultados y de determinar las conclusiones, se muestran las siguientes recomendaciones:

Se recomienda a la jefatura de enfermería del Servicio de Endoscopía y Cirugía Menor del INEN implementar como parte del protocolo de atención y preparación de los pacientes programados para el examen de colonoscopia, el presente

programa educativo incluyendo materiales visuales y escritos para mejorar los resultados durante el examen respectivo evitando reprogramaciones e incremento en los costos de atención haciendo más eficiente el uso de los recursos.

Ampliar estudios similares mediante la intervención de programas educativos para la preparación de otros exámenes diagnósticos en el servicio de endoscopia o en otros servicios respectivos, esto como una cultura de la búsqueda y mejora continua de los resultados en las intervenciones.

Hacer llegar los resultados de esta investigación a la alta dirección del INEN con el propósito de establecer políticas orientadas a mejorar el empoderamiento y capacitación de los pacientes y además para evidenciar y dar valor al trabajo de los profesionales de enfermería en este aspecto con los beneficios tanto para el paciente como para la institución.

Referencias Bibliográficas

- Adamiak T., et al (2010). Preparación intestinal de un día con polietilenglicol 3350: Un régimen eficaz para la colonoscopia en niños. Recuperado el 2019 de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20189516>
- Amarillo, A., Fourcans, S., Manson, R. y Amarillo, R. (2011). Colonoscopías por cirujanos especialistas: ¿Qué opinan los coloproctólogos? Resultados de una encuesta. *Revista argentina de coloproctología*, 22(4), 252-255.
- American Cancer Society (2020) Pruebas para detectar el cáncer colorrectal. Atlanta. Recuperado el 2020 de: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/deteccion-diagnosticoclasificacion-por-etapas/como-se-diagnostica.html>
- American Society of Clinical Oncology (ASCO, 2020) Cáncer colorrectal: Factores de riesgo y prevención. Recuperado el 2020 de <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-colorrectal/factores-de-riesgo-y-prevenci%C3%B3n>
- American College of surgeons (2008). Colonoscopia. Recuperado el 2019 de: <https://www.facs.org/~media/files/education/patient%20ed/colonoscopia.ashx>
- Arechiga, E., Rodríguez, E. y Gonzales, R. (2003). Impacto de un Programa Educativo Preoperatorio en el niño con Cirugía de Corazón. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano de Seguridad Social*, 11(2), 87-9. Recuperado el 2019 de <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/contenido.cgi?IDREVISTA=71&IDPUBLICACION=3634>
- Aronchick, C. (2004). Escala de preparación. *Gastrointest Endos.*; 60: 1037, 8
- Atreja, A., Nepal, S. y Lashner, B. (2009). Aprovechando al máximo las preparaciones intestinales actualmente disponibles para la colonoscopia. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 77: 317
- Ávila, Á., Parada, J. y Benítez, S. (2013). Preparación intestinal colónica con polietilenglicol y manitol: efectividad según la escala de Boston. *Revista Gen*, 67(2), 76-81. Recuperado el 2019 de: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-35032013000200006
- Beck D. (2010). Preparación intestinal para colonoscopia. *Clin Colon Rectal Surg* 2010;23:10-3
- Belsey, J., Epstein, O., y Heresbach, D. (2009). Revisión sistemática: Informes de eventos adversos para el fosfato de sodio oral y el polietilenglicol. *Aliment Pharmacol Revista Argentina de Coloproctología*.
- Ben-Horin, S., Bar-Meir, S., y Avidan, B. (2009). The outcome of a second preparation for colonoscopy after preparation failure in the first procedure. *Gastrointestinal endoscopy*, 69(3 Pt 2), 626–630. Recuperado el 2019 de <https://doi.org/10.1016/j.gie.2008.08.027>

- Berrocal, R. (2020) Factores determinantes de la calidad de la preparación intestinal para colonoscopia: una revisión de la literatura (Tesis de maestría) Universidad de Costa Rica.
- Campos A. (2009). Impacto de una Intervención Educativa, en el Proceso Salud – Enfermedad Bucodental, de Niños y Niñas menores de 5 años de Tacares de Grecia y Palmares de Alajuela, Costa Rica. Publicación Científica Facultad de Odontología. *International Journal of Dental Sciences*, núm. 11: 25-32
- Chacaltana, A. y Rodríguez, C. (2008). Estudio comparativo entre Mani-tol 10% y Polietilenglicol en la preparación para Colonoscopia en pacientes internados en el Hospital Central FAP. *Revista de Gastroenterología del Perú*, 28(2), 125-132. Recuperado el 2019 de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292008000200004
- Chávez, S., y Medina, A. (2018). Eficacia de la guía educativa para el cumplimiento de la programación de colonoscopias en una clínica particular de octubre a diciembre – Lima (Tesis de especialidad) Universidad Peruana Cayetano Heredia. Recuperado el 2020 de <https://doi.org/10.1093/imamci/dnt037>
- Cillo, M., Diaz, L., Tyrrel, C., Bugallo, F., Patrón J. y Salomón, M. (2012). Estándares de calidad en video colonoscopia en un centro de formación de especialistas. *Revista argentina de coloproctología*.
- Cuervo N., García A., Gonzales M. y Jorquera F. (2013) La importancia de las instrucciones directas en la preparación para la colonoscopia en un estudio controlado y aleatorizado con dos soluciones de volumen reducido en dosis partida. *Revista Enferm. Endosc. Dig.* 2(2) 33-36. Recuperado el 2019 de [https://aeeed.com/documentos/publicos/revista/octubre2015/Enferm%20Endosc%20Dig.%202015;2\(2\)33-36.pdf](https://aeeed.com/documentos/publicos/revista/octubre2015/Enferm%20Endosc%20Dig.%202015;2(2)33-36.pdf)
- Davis, G. R., Santa Ana, C. A., Morawski, S. G., & Fordtran, J. S. (1980). Development of a lavage solution associated with minimal water and electrolyte absorption or secretion. *Gastroenterology*, 78(5 Pt 1), 991–995. Recuperado el 2019 de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7380204>
- Díez R. et al. (2013). Grado de limpieza colónica medido mediante la escala de Boston en la práctica clínica habitual. *Revista Endoscopy*; 45 - A46. Recuperado el 2019 de DOI: 10.1055/s-0033-1354651.
- Ell C, et al (2008). Ensayo aleatorio de solución de PEG de bajo volumen versus electrolitos PEG + estándar para la limpieza intestinal antes de la colonoscopia. *Biblioteca Nacional de Medicina* 103(4):883-93. Recuperado el 2019 de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18190651>
- Eun, C. S., Han, D. S., Hyun, Y. S., Bae, J. H., Park, H. S., Kim, T. Y., Jeon, Y. C., & Sohn, J. H. (2011). The timing of bowel preparation is more important than the timing of colonoscopy in determining the quality of bowel cleansing. *Digestive diseases and sciences*, 56(2), 539–544. Recuperado el 2019 de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21042853>

- Morán Sánchez S, Torrella E, Esteban Delgado P, Baños Madrid R, García A, Ono A, et al. (2009). Evaluación de la calidad de la colonoscopia. *Revista Española de Enfermería Digital* 101(2), 107-116.
- Falces C., López C., Arna A., Ylla M. y Sadurní J. (2008). Intervención educativa para mejorar el cumplimiento del tratamiento y prevenir reingresos en pacientes de edad avanzada con insuficiencia cardíaca. *Revista Medicina Clínica*, 131(12); 452-456. Recuperado el 2019 de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775308724503>
- Forero E., Cardona H., Reyes G., Abello H., Rosas M. y Sánchez, C. (2005). Preparación intestinal para colonoscopia; comparación entre polietilenglicol y manitol: Estudio de costo efectividad, doble ciego aleatorizado. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 20(4);60-71. Recuperado el 2019 de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572005000400007
- Froehlich, F., Wietlisbach, V., Gonvers, J., Burnand, B. y Vader, J. (2005). Impacto de la limpieza del colon en la calidad y el rendimiento diagnóstico de la colonoscopia: el panel europeo de adecuación de la endoscopia gastrointestinal, estudio multicéntrico europeo. *Gastrointestinal Endoscopy* 61(3); 378-384. Recuperado el 2020 de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0016510704027762>
- Gonzalez F., Figa M. y Huertas C. (2010). Criterios de calidad esenciales en la indicación y realización de la colonoscopia. *Elsevier. gastroenterologia y hepatologia*, 34- 39. Recuperado el 2020 de <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-criterios-calidad-que-deben-exigirse-S0210570509004014>
- Gurudu, S. R., Ratuapli, S., Heigh, R., DiBaise, J., Leighton, J., y Crowell, M. (2010). Quality of bowel cleansing for afternoon colonoscopy is influenced by time of administration. *The American journal of gastroenterology*, 105(11), 2318–2322. Recuperado el 2019 de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21048676>.
- Hano, O. M., Wood, L., Galbán, E., y Abreu, M. (2011). Factores de riesgo para el cáncer colorrectal. *Revista Cubana de Medicina*, 50(2), 118-132. Recuperado el 2020 de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232011000200002&lng=es&tlng=es.
- Hassan, C., Bretthauer, M., Kaminski, M. F., Polkowski, M., Rembacken, B., Saunders, B., y Marmo, R. (2013). Bowel preparation for colonoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy Guideline. *Endoscopy*, 45(2), 142-150. Recuperado el 2020 de: https://www.nghd.pt/uploads/bowel_preparation_for_colonoscopy.pdf
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010). Metodología de la Investigación. 5a ed. México: Mc Graw-Hill.
- Ibáñez, I., y Álvarez, M. (2016). Preparación intestinal para la colonoscopia en pacientes con diferentes patologías. *Enferm Endosc Dig*, 3(1), 45-51. Recuperado el 2020 de https://aeeed.com/documentos/publicos/revista/abril2016/EnfermEndoscDig%202016_3.1-Abril.Final.pdf#page=49

- Juluri, R., Eckert, G., & Imperiale, T. F. (2010). Meta-analysis: randomized controlled trials of 4-L polyethylene glycol and sodium phosphate solution as bowel preparation for colonoscopy. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 32(2), 171–181. Recuperado el 2020 de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20384609>
- Kaminski, M. F., Thomas-Gibson, S., Bugajski, M., Bretthauer, M., Rees, C. J., Dekker, E., Hoff, G., Jover, R., Suchanek, S., Ferlitsch, M., Anderson, J., Roesch, T., Hultcranz, R., Racz, I., Kuipers, E. J., Garborg, K., East, J. E., Rupinski, M., Seip, B., Rutter, M. D. (2017). Performance measures for lower gastrointestinal endoscopy: a European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) quality improvement initiative. *United European Gastroenterology Journal*, 5(3), 309–334. Recuperado el 2020 de <https://doi.org/10.1177/2050640617700014>
- Kim, H. N., y Raju, G. S. (2010). Bowel preparation and colonoscopy technique to detect non-polypoid colorectal neoplasms. *Gastrointestinal endoscopy clinics of North America*, 20(3), 437–448. Recuperado el 2019 de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20656242>
- Laij E., Calderwood A., Doros G., Fix O. y Jacobson B. (2009). La escala de preparación intestinal de Boston: un instrumento válido y confiable para la investigación orientada a la colonoscopia. *Biblioteca Nacional de Medicina* 69(3); 620-625. Recuperado el 2019 de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2763922/>.
- Landreneau, S. W., y Di Palma, J. A. (2010). Update on preparation for colonoscopy. *Current gastroenterology reports*, 12(5), 366–373. Recuperado el 2019 de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20640945>
- Ledo Barro L, y Ulla Rocha JL. (2007). Preparación intestinal para colonoscopia. *Rev Esp Enferm Dig* 2007; 99: 114
- Lichtenstein G. (2009). Preparaciones intestinales para colonoscopia: una revisión. *Am J Health Syst Pharm*, 66(1):27-37. Recuperado el 2019 de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19106342>
- Lorenzo, V., Moreno, V. & Boix, J. (2012). Preparación para colonoscopia: tipos de productos y escalas de limpieza. *Revista Española de enfermedades digestivas. Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 104(8), 426-431. Recuperado el 2020 de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-01082012000800006&script=sci_arttext&tlng=es
- Malik, P., Balaban, D. H., Thompson, W. O., & Galt, D. J. (2009). Randomized study comparing two regimens of oral sodium phosphates solution versus low-dose polyethylene glycol and bisacodyl. *Digestive diseases and sciences*, 54(4), 833–841. <https://doi.org/10.1007/s10620-008-0420-x>. Recuperado el 2020 de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18712479>
- Morán Sánchez, S., Torrella, E., Esteban Delgado, P., Baños Madrid, R., García, A., Ono, A., Pérez Cuadrado, E., Parra, P., Cruzado Quevedo, J., Pérez Riquelme, F., y Carballo Alvarez, F. (2009). Colonoscopy quality assessment. *Revista española de enfermedades digestivas : organo oficial de la Sociedad Espanola de Patología Digestiva*, 101(2), 107–116. <https://doi.org/10.4321/s1130->. Recuperado el 2019 de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19335046>

- Naranjo, Y., Concepción, J., y Rodríguez, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(3); 89–100. Recuperado el 2020 de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009
- Ness, R. M., Manam, R., Hoen, H., & Chalasani, N. (2001). Predictors of inadequate bowel preparation for colonoscopy. *The American journal of gastroenterology*, 96(6), 1797–1802. <https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2001.03874.x>. Recuperado el 2020 de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11419832>
- Nguyen, D. L., & Wieland, M. (2010). Risk factors predictive of poor quality preparation during average risk colonoscopy screening: the importance of health literacy. *Journal of gastrointestinal and liver diseases : JGLD*, 19(4), 369–372.. Recuperado el 2020 de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21188326>
- Nyberg, C., Hendel, J., y Nielsen, O. (2010). The safety of osmotically acting cathartics in colonic cleansing. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2010;7: 557-64. Recuperado el 2020 de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20736921>
- Organización Mundial de la Salud (2017) Cáncer: datos y cifras. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Cáncer: datos y cifras. Recuperado el 2020 de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Organización Panamericana de la Salud (2017) Cáncer colorrectal. Recuperado el 2020 de: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11761%3Acolorectal-cancer-&catid=1872%3Acancer&Itemid=41765&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud (2018). El cáncer de colon es prevenible y curable. Recuperado el 2020 de: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5176:2011-el-cancer-colon-prevenible-curable&Itemid=3761&lang=es
- Parra, V., Watanabe J., Nago, A., Astete, M., Rodríguez, C., Valladares Á., Núñez, N., Yoza, M., Gargurevich, T., y Pinto, J. (2011). Indicadores de calidad en colonoscopia en el Policlínico Peruano Japonés: Factores relacionados. *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*, 41(4), 288-295. Recuperado el 2020 de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199322432008>
- Pérez, L., Raigada, J., Collins Estrada, Antonio, Mauricio, S., Felices, A., Jiménez, S., y Casas, J. (2008). Efectividad de un programa educativo en estilos de vida saludables sobre la reducción de sobrepeso y obesidad en el Colegio Robert M. Smith; Huaraz, Ancash, Perú. *Acta Médica Peruana*, 25(4), 204-209. Recuperado el 2020 de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172008000400004&lng=es&tlng=es.
- Kurlander, J. E., Sondhi, A. R., Waljee, A. K., Menees, S. B., Connell, C. M., Schoenfeld, P. S., y Saini, S. D. (2016). How efficacious are patient education interventions to improve bowel preparation for colonoscopy? A systematic

- review. *PloS one*, 11(10), e0164442. Recuperado el 2020 de: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0164442>
- Renaut, A. J., Raniga, S., Frizelle, F. A., Perry, R. E., & Guilford, L. (2008). A randomized controlled trial comparing the efficacy and acceptability of phospho-soda buffered saline (Fleet) with sodium picosulphate/magnesium citrate (Picoprep) in the preparation of patients for colonoscopy. *Colorectal disease : the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*, 10(5), 503–505. <https://doi.org/10.1111/j.1463-1318.2007.01383.x>. Recuperado el 2020 de; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17868404>
- Ruiz, D., y Téllez, F. I. (2016). Preparación para colonoscopia en: recomendaciones actuales utilizando datos nacionales. *Endoscopia*, 28(2), 81-89. Recuperado el 2020 de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0188989316300252#sec0040>)
- Schanz, S., Kruis, W., Mickisch, O., Küppers, B., Berg, P., Frick, B., Heiland, G., Hüppe, D., Schenck, B., Horstkotte, H., & Winkler, A. (2008). Bowel Preparation for Colonoscopy with Sodium Phosphate Solution versus Polyethylene Glycol-Based Lavage: A Multicenter Trial. *Diagnostic and therapeutic endoscopy*, 2008, 713521. <https://doi.org/10.1155/2008/713521>. Recuperado el 2020 de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18645612/>
- Suárez, M. y Esquivel, V. (2003). Modelo educativo nutricional para la reducción de factores de riesgo cardiovascular en niños escolares obesos. *Revista Costa Rica de Salud pública*, 12 (22). Recuperado el 2020 de: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292003000200002
- Teramoto, O. et al. (2007). ¿Cuál es la preparación intestinal óptima para la colonoscopia en pacientes ambulatorios, estudio comparativo entre la preparación con fosfato de sodio vs. Polietilenglicol? *Revista de Endoscopia de México*, 19(4). Recuperado el 2019 de: <http://www.endoscopia.org.mx/educacion-continua/volumen/2007/>
- Trujillo, O., Altamirano, A., Baltazar, P., Maroun, C., Méndez, R. y Torres, D. (2010). Nivel de satisfacción de pacientes tras un procedimiento endoscópico y factores asociados. *Revista Gastroenterológica de México*, 75(4). Recuperado el 2020 de: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es/nivel-satisfaccion-pacientes-tras-un/articulo-resumen/13189840/>
- Varughese, S., Kumar, A. R., George, A., & Castro, F. J. (2010). Morning-only one-gallon polyethylene glycol improves bowel cleansing for afternoon colonoscopies: a randomized endoscopist-blinded prospective study. *The American journal of gastroenterology*, 105(11), 2368–2374. <https://doi.org/10.1038/ajg.2010.271>. Recuperado el 2020 de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20606677>
- Wu, K. L., Rayner, C. K., Chuah, S. K., Chiu, K. W., Lu, C. C., & Chiu, Y. C. (2011). Impact of low-residue diet on bowel preparation for colonoscopy. *Diseases of the colon and rectum*, 54(1), 107–112. <https://doi.org/10.1007/DCR.0b013e3181fb1e52>. Recuperado el 2020 de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21160321>

Yakut, M., Cinar, K., Seven, G., Cetinkaya, H., & Bahar, K. (2010). The efficacy and safety of colonoscopy preparation with oral sodium phosphate in elderly patients. *The Turkish journal of gastroenterology : the official journal of Turkish Society of Gastroenterology*, 21(2), 140–145. <https://doi.org/10.4318/tjg.2010.0072>. Recuperado el 2020 de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20872327>

LISTA DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1. Datos generales de los pacientes del servicio de endoscopia y cirugía menor del INEN, que participaron en el estudio, Lima, 2020. **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 2. Significancia de diferencia de medias entre el grupo control y experimental, respecto al cumplimiento de la dieta requerida para el procedimiento de colonoscopia, en el servicio de endoscopia y cirugía menor del INEN, 2020..... 34

Tabla 3. Significancia de diferencia de medias entre el grupo control y experimental, respecto a la administración correcta de medicamentos para el procedimiento de colonoscopia en el servicio de endoscopia y cirugía menor del INEN, 2020. 35

Tabla 4. Significancia de diferencia de medias entre el grupo control y experimental, respecto a en la limpieza eficaz de colon que realiza el paciente, para el procedimiento de colonoscopia en el servicio de endoscopia y cirugía menos INEN, 2020, según ítems de la escala de Limpieza de Boston. 36

Tabla 5. Significancia de diferencia de medias entre el grupo control y experimental, respecto a la preparación del paciente para el procedimiento de colonoscopia en el servicio de endoscopia y cirugía menor del INEN, 2020, según la escala general de Limpieza de Boston. 37

Figura 1. Efectividad de una intervención educativa en el cumplimiento del paciente con la dieta requerida para el procedimiento de colonoscopia en el servicio de endoscopia y cirugía menor del INEN, 2020. 34

Figura 2. Efectividad de una intervención educativa en el cumplimiento del paciente respecto a la administración correcta de medicamentos para el procedimiento de colonoscopia en el servicio de endoscopia y cirugía menor del INEN, 2020. 35

Figura 3. Efectividad de una intervención educativa en la limpieza eficaz de colon que realiza el paciente, para el procedimiento de colonoscopia en el servicio de endoscopia y cirugía menos INEN, 2020, según ítems de la escala de Limpieza de Boston..... 36

Figura 6. Efectividad de una intervención educativa en la preparación del paciente para el procedimiento de colonoscopia en el servicio de endoscopia y cirugía menor del INEN, 2020, según la escala general de Limpieza de Boston. 37

Anexo A Matriz de consistencia

Problemas	objetivos	Hipótesis	Metodología	variables
<p>Problema General</p> <p>¿Cuál es el nivel de efectividad de una intervención educativa en la preparación eficaz que realiza el paciente para el procedimiento de colonoscopia en el servicio de endoscopia y cirugía menor del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas?</p> <p><i>Problemas específicos.</i></p> <p>¿Cuál es el efecto de una intervención educativa en el cumplimiento del paciente con la dieta requerida, administración correcta de medicamento y limpieza eficaz del colon para el procedimiento de colonoscopia en el servicio de endoscopia y cirugía menor del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar la efectividad de una intervención educativa en la preparación del paciente para el procedimiento de colonoscopia en el servicio de endoscopia y cirugía menor del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.</p> <p><i>Objetivos específicos</i></p> <p>Identificar el efecto de una intervención educativa en el cumplimiento del paciente con la dieta requerida, administración correcta de medicamento y limpieza eficaz del colon para el procedimiento de colonoscopia en el servicio de endoscopia y cirugía menor del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>H1= La implementación de una intervención educativa tiene un efecto significativo en la preparación eficaz que realiza el paciente para el procedimiento de colonoscopia.</p> <p>Hipótesis específica</p> <p>Ha= La implementación de una intervención educativa tiene un efecto significativo en el cumplimiento del paciente respecto a la dieta requerida para el procedimiento de colonoscopia.</p> <p>Ha= La implementación de una intervención educativa tiene un efecto significativo en el cumplimiento del paciente respecto a la administración correcta de medicamentos para el procedimiento de colonoscopia</p>	<p>Enfoque de la investigación: cuantitativa</p> <p>De tipo aplicativa, nivel experimental de tipo cuasi experimental</p> <p>Diseño</p> <p>Se expresa en el siguiente diagrama:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>GA = X O1</p> <p>GB = . O2</p> </div> <p>Donde:</p> <p>GA = grupo de intervención.</p> <p>X = Participa la investigadora en la educación mediante una guía</p> <p>GB = Grupo de comparación</p> <p>. = educación tradicional</p> <p>O1, O2 = Evaluación</p> <p>Población 80</p> <p>Cada grupo 40 paciente, la muestra es el 100% de la población</p> <p>Técnica, la encuesta y la observación.</p> <p>Instrumentos: cuestionario y lista de chequeo</p>	<p>- Intervención educativa mediante una guía</p> <p>- Conocimiento del paciente del cumplimiento de la dieta requerida, administración correcta del medicamento y limpieza eficaz del colon.</p> <p>-Revisión de las imágenes encontradas en el colon por la colonoscopia</p>

Anexo B

2.1 Operacionalización de las variables

Tabla 1. Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA A	Valoración
Preparación del paciente para la colostomía	Es la preparación ideal que realiza el paciente para el estudio del colon que consiste en la limpieza del intestino de manera rápida y sin afectar la mucosa y sus características propias.	La preparación del paciente para la colostomía se medirá, a través de las respuestas del cumplimiento de la dieta indicada, administración de medicamentos que permiten que la ejecución del examen de colonoscopia, se realice con éxito, evitando postergaciones innecesarias.	<p>Cumplimiento con la dieta indicada</p> <p>Cumplimiento con la administración de medicamentos soluciones y otras indicaciones</p>	<p>Ítem:1,2,3,4,5,6,7, 8,9,10,11,12,13.</p> <p>Ítem: 14</p> <p>Ítem: 15</p> <p>Ítem: 16</p> <p>Ítem: 17,18</p> <p>Ítem: 19,20,21,22,23.</p>	ordinal	<p>Bueno =39-46</p> <p>Regular= 31-38</p> <p>Deficiente= 23-30</p>
Evaluación de las características de visualización del colon poscolonoscopia		La evaluación se hará observando y registrando las imágenes presentes en el colon después de la colonoscopia	Observación y registro de las imágenes presentes en el colon después de la colonoscopia	<p>Paso 1</p> <p>Paso 2</p> <p>Paso 3</p>	ordinal	<p>Adecuada</p> <p>Poco adecuada</p> <p>inadecuada</p>

11	Consumí lácteos (leche, yogurt, mantequilla y queso)		
12	Comí cereales como quinua, trigo, habas, cancha, soya, maca		
13	Tome bebidas gaseosas		
	Respecto a la dieta indicada DEADIAS ANTES DEL EXAMEN:	¿Realizó la acción?	
		SI	NO
14	Tomé solamente una a dos tazas de caldo colado y líquidos a voluntad (manzanilla, agua hervida o bebidas claras)		
	Respecto a la dieta indicada UN DIA ANTES DEL EXAMEN:	¿Realizó la acción?	
		SI	NO
15	Tomé solamente una a dos tazas de caldo colado y líquidos a voluntad (manzanilla, agua hervida o bebidas claras).		
	Respecto a la administración de medicamentos, soluciones y otras indicaciones DE....A.....DIAS ANTES DELEXAMEN:	¿Realizó la acción?	
		SI	NO
16	A las 4:00pm preparé nulytely o el klean prep., y tomé un vaso cada 10 minutos hasta terminar los dos litros de la preparación,		
	Respecto a la administración de medicamentos, soluciones y otras recomendaciones UN DIA ANTES DEL EXAMEN	Realizó la acción?	
		SI	NO
17	A las 4:00 pm preparé nulytely o el klean prep. en un litro de agua hervida fría y tomé esta solución (un vaso) cada 10 min. hasta terminar los cuatro litros de la preparación.		
18	Cumplí con aplicar el primer enema evacuante a las 9:00 pm		
	Respecto a la administración de medicamentos, soluciones y otras recomendaciones EL DIA DEL EXAMEN	¿Realizó la acción?	
		SI	NO
19	Cumplí con aplicarme el segundo enema evacuante a las 4:30 am		
20	Me presento al examen sin haber consumido alimentos		
21	Tomé baño previo a la cita para el procedimiento.		
22	Mis uñas están cortas y libres de esmalte.		
23	Sin maquillaje y sin joyas.		

Anexo D
Escala de Limpieza de colon de Boston

La siguiente escala tiene el objetivo de valorar la limpieza eficaz del colon para el examen de coloscopia programado para los pacientes.

Instrucciones:

Por favor marque con una (X) la evaluación de la limpieza de colon según la siguiente escala:

Calificados en base a la limpieza de colon del paciente:	Escala	Evaluación
Segmento de colon no preparado, con mucosa no visualizada por presencia de heces sólidas.	0 puntos	
Áreas del segmento del colon no vistas por presencia de contenido fecal líquido y semisólido.	1 punto	
Escaso contenido fecal líquido que permite una buena visualización de la mucosa.	2 puntos	
Excelente visualización de la mucosa, sin presencia de restos líquidos.	3 puntos	

Anexo E CONSENTIMIENTO INFORMADO

Propósito y procedimientos

He sido informado/a que la Lic. Silvia Calvo De La Vega, bajo la supervisión de la Escuela de Posgrado de la Universidad Ricardo Palma, está realizando una investigación titulada “**Intervención educativa en la preparación eficaz que realiza el paciente para una colonoscopia en un hospital público especializado, Lima 2019**”, con el propósito de determinar si la implementación de un programa educativo mejora la preparación del paciente para el examen de colonoscopia.

El cuestionario que deberé llenar consta de 23 preguntas y tiene un tiempo aproximado de 20 minutos. La información obtenida en el inventario será usada para hacer una publicación escrita, en la que seré identificado por un número. Alguna información personal básica puede ser incluida como: mi edad, sexo y grado de instrucción.

Riesgos del estudio

Se me ha dicho que no hay riesgo físico asociado con esta investigación. Pero como se obtendrá alguna información personal, se tomará precauciones para guardar la confidencialidad de los datos.

Beneficios del estudio

Como resultado de mi participación recibiré los beneficios de la intervención educativa, conociendo además que no hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

Participación voluntaria

Se me ha comunicado que mi participación en el estudio es completamente voluntaria y que tengo derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté finalizado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por negativa inicial a la participación en este proyecto.

He leído el consentimiento y he oído las explicaciones orales de la investigadora. Mis preguntas concernientes al estudio han sido respondidas satisfactoriamente. Como prueba de consentimiento voluntario para participar en este estudio, firmo a continuación.

.....
.....

Firma del participante y fecha

Nombre del participante

Anexo F
SESIÓN EDUCATIVA EN LA PREPARACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE COLONOSCOPIA

TEMA

Preparación para el procedimiento de colonoscopia.

OBJETIVO GENERAL:

Lograr que el paciente mejore la preparación para el procedimiento de colonoscopia.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- ✓ Incrementar y actualizar sus conocimientos en cuanto a la preparación del procedimiento de colonoscopia.
- ✓ Hacer que el paciente reconozca la importancia y los efectos de una buena preparación para la colonoscopia.
- ✓ Lograr que el paciente cumpla con las medidas de preparación de colonoscopia.

POBLACION DESTINATARIA:

El programa educativo se brindará al grupo experimental que van a ser intervenidos con el procedimiento de colonoscopia.

TECNICAS:

- ✓ Exposición con presentación Power Point.
- ✓ Manipulación de material.
- ✓ Lluvia de ideas.

RECURSOS HUMANOS:

Expositora: Lic. Calvo de la Vega Silvia

RECURSOS MATERIALES

- ✓ Diapositivas en Power Point de: Preparación

- ✓ Retroproyector
- ✓ Ecran.
- ✓ Televisor LCD de 32".
- ✓ Reproductor de DVD.
- ✓ Material fungible (Sonda Foley, Jeringa de 20CC, equipo de venoclisis, abocatt.)

FECHA Y HORA:

10/03/20 - 9.00 am De acuerdo a las citas programadas

LUGAR

Auditorio del Hospital público especializado.

ORGANIZACIÓN

Actividades	Tiempo	Estrategias	Medios y recursos
Animación	5min	Reflexión	Tarjetas
Motivación	5 min	Lluvia de ideas	Plumones, papelotes
Apropiación	30 min	Exposición	Computadora, proyector
Evaluación	10 min	Dinámica	Papales, lápices

DESARROLLO

1. Animación

Se realizará una pequeña reflexión sobre la importancia de la colonoscopia que es la prueba más importante para detectar y curar el cáncer de colon y recto, convirtiéndose en la prueba más importante para el diagnóstico de las enfermedades del colon.

Se repartirá cartillas de información sobre el tema, los cuales se utilizarán a lo largo de la exposición.

2. Motivación

Se realizará una lluvia de ideas en base a la pregunta; ¿Cuáles son los cuidados y requerimientos para el procedimiento de colonoscopia?, en este orden de ideas, podremos empezar la exposición.

3. Apropiación

¿Qué es el colon?

El colon, o intestino grueso, es la última sección de su tracto digestivo o gastrointestinal (GI). Comienza en el apéndice, que está prendido al final del intestino delgado. El colon consiste en un tubo hueco de aproximadamente cinco pies de largo, por el cual absorbe el agua y los minerales de los alimentos digeridos, así mismo, contiene el recto, que almacena los residuos sólidos no digeridos.

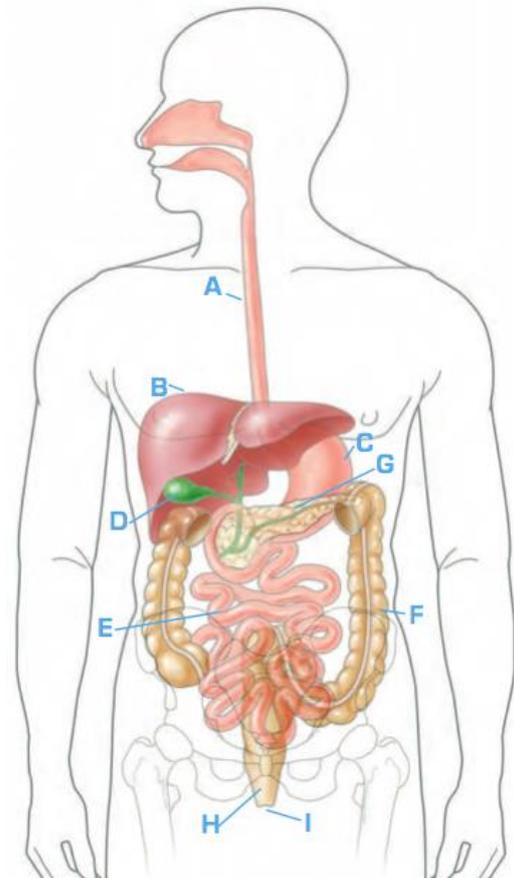
¿Qué es la colonoscopia?

El término colonoscopia se refiere a una intervención médica durante la cual se utiliza un tubo flexible para ver el interior del colon. Éste es un procedimiento que realiza un gastroenterólogo, un especialista capacitado.

El instrumento principal que se utiliza para mirar el interior del colon es el colonoscopio. El colonoscopio es un tubo delgado, largo y flexible con una cámara de video diminuta en un extremo. Mediante el ajuste de varios controles en el colonoscopio, el gastroenterólogo puede encauzar cuidadosamente el instrumento en cualquier dirección para observar el interior del colon. La imagen de alta calidad que produce el colonoscopio aparece en un monitor de televisión y se visualiza clara y detalladamente.

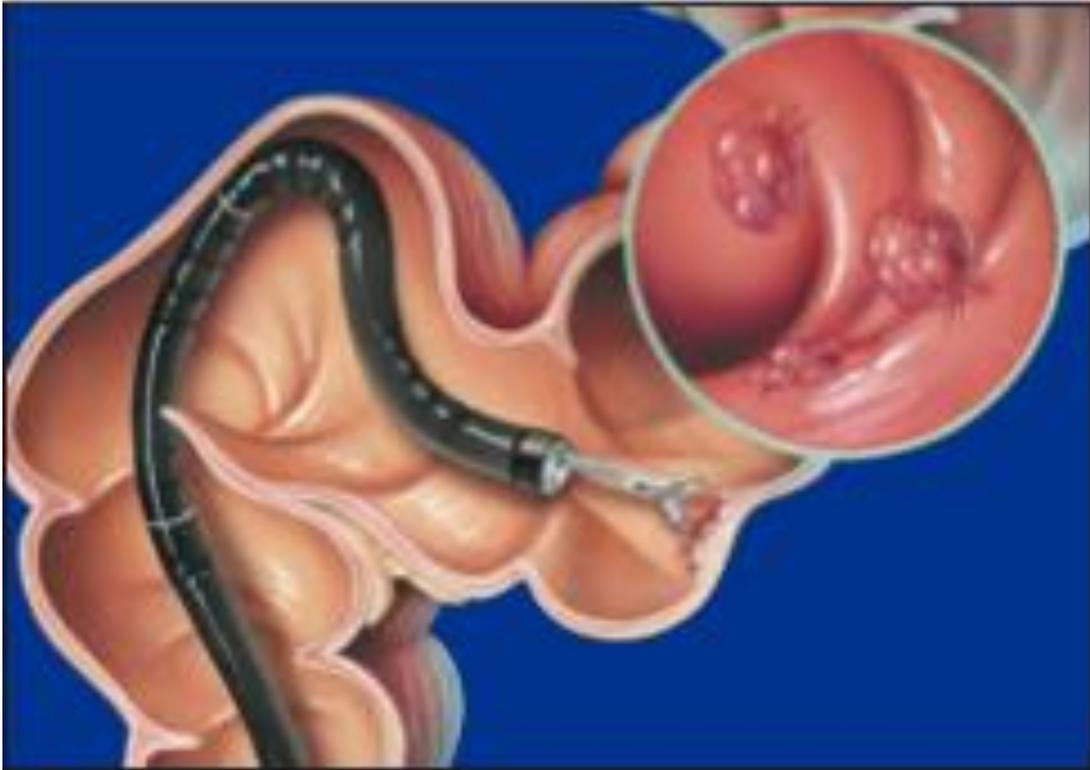
Tu sistema digestivo está conformado por:

- A. Esófago
- B. Hígado
- C. Estómago
- D. Vesícula biliar
- E. Intestino delgado
- F. Intestino grueso
- G. Páncreas
- H. Recto
- I. Ano



¿Cuándo se realiza la colonoscopia?

Se le utiliza para la comprobación de cáncer de colon y eliminación de pólipos a través de la polipectomía.



La colonoscopia es también el medio seguro y eficaz para evaluar problemas como:

- Pérdida de sangre.
- Dolor abdominal o rectal.
- Cambios en los hábitos intestinales, como la diarrea crónica.
- Anormalidades que pudieron haberse detectado primero en otros estudios, como un colon inflamado observado en un escaneo CT del abdomen.
- Sangrado activo del intestino grueso.

Un aspecto favorable más para la colonoscopia es que no impide el paso de otros instrumentos en el colonoscopio. Con ello, se evitan intervenciones quirúrgicas o se tiene mejores indicios para tomar una decisión acerca de qué cirugía debe practicarse al paciente.

Antes de la colonoscopia

Prepare su colon para el examen

Es imprescindible que el intestino esté completamente limpio para que el examen brinde las evidencias necesarias. Por ese motivo, el médico le prescribirá uno o más procedimientos. Por ejemplo: ingesta de sustancias para estimular el movimiento intestinal, dietas especiales o el uso de enemas.

Siga las instrucciones

Lea detenidamente los alimentos que puede consumir 24 horas antes de la colonoscopia, al igual que el momento en que la alimentación deberá ser suspendida. Algo similar tendrá que hacerse si consume medicamentos bajo receta médica con regularidad.

Instrucciones

Su cita es el día:

“Dieta blanda sin residuos ni lácteos”

La fecha de inicio es: hasta el día:

Desayuno y cena:

- Una taza de manzanilla y/o boldo filtrante.



- Cuatro unidades de galleta soda.



- Un vaso de jugo de naranja colado.

Almuerzo:

- Una a dos tazas de caldo de verduras con pollo sin grasa ni pellejo colado (**ojo:** no licuado)



- Una pequeña porción de arroz.

- Una presa de pollo o pescado blanco sancochado sin grasa.





- Tomar abundante líquido: agua de manzanilla, agua hervida o bebidas claras.

Ojo, no tomar ni comer:

- Té, ni café.



- Ensaladas verduras (lechuga, tomate, pepino, betarraga, etc.) y frutas (granadilla, fresa, uva, tuna, maracuyá, etc.)



- Jugos o extractos.



- cereales como quinua, trigo, habas, cancha, soya, maca.



- Lácteos (yogurt, queso, mantequilla).

- Gaseosas

Dieta líquida

El día..... debe ingerir:



- Una a dos tazas de caldo colado y líquidos a voluntad (manzanilla, agua hervida o bebidas claras).



- A las 4:00pm preparar nulytely o el klean prep. disolver cada sobre en un litro de agua hervida fría (no mezclar con otros líquidos) y tomar esta solución (un vaso) cada 10 min. hasta terminar los **dos litros** de la preparación.



El día..... debe ingerir:

- Una a dos tazas de caldo colado y líquidos a voluntad (manzanilla, agua hervida o bebidas claras).
- A las 4:00pm preparar nulytely o el klean prep. disolver cada sobre en un litro de agua hervida fría (no mezclar con otros líquidos) y tomar esta solución (un vaso) cada 10 min. hasta terminar los **cuatro litros** de la preparación.

1er enema evacuante 9:00 pm
(Día anterior al procedimiento)



OJO: Solo si
no presenta
sangrado

Posiciones
adecuadas
para la
aplicación de
enemas

➤ 2do enema evacuante 4:30 am
(Día del procedimiento)



Recomendaciones:

- ✓ Tomar baño previo con las uñas debidamente cortadas y libres de esmalte, no maquillarse, no traer joyas, ni objetos de valor.
- ✓ Si toma aspirina o warfarina suspender 7 días antes del procedimiento.
- ✓ En caso padezca de presión alta tomar su medicación
- ✓ En caso padezca de diabetes mellitus no tomar la medicación el día del procedimiento.
- ✓ El día de su cita, acercarse al servicio de endoscopia por **la ventanilla 55ª** y presentar todos los documentos brindados, el recibo debidamente cancelado si no contara con SIS y lo indicado en la receta.
- ❖ **Los medicamentos pueden adquirirse en boticas y farmacias.**

Durante la colonoscopia



Su comodidad está garantizada. A través de una sonda intravenosa le será administrado un medicamento para relajarlo, aunque usted seguirá despierto y colaborar cuando se le solicite. Además, podrá recordar gran parte de lo ocurrido.

Cuando se haya logrado su completa relajación, el examen rectal será realizado con el dedo lubricado y cubierto por un guante. Luego, le será introducido el colonoscopio. Cuando este instrumento vaya ingresando en sus intestinos, es posible que perciba cierto movimiento en ellos, como consecuencia también de la introducción de aire. Podría sentir también un leve cólico o alguna distensión en el abdomen. Sin embargo, no hay de qué preocuparse. El incidente será mínimo o podría pasar desapercibido.

El tiempo que requiere una colonoscopia varía de acuerdo a lo que se vaya descubriendo o a lo que tenga que practicarse. El promedio podría ser 30 minutos. Una vez que transcurra ese periodo, será conducido a un ambiente de reposo donde casi todos los efectos del medicamento administrado habrán desaparecido. Cuando eso ocurra, el médico le comunicará los resultados, además de cualquier dato adicional que necesite saber. Por último, recibirá instrucciones claras y precisas de lo que puede comer y beber para que, a la brevedad posible, pueda reiniciar su rutina.

Después de la colonoscopia

Lo recomendable es que descanse por el resto del día luego de este procedimiento. Si tuviese que manejar su automóvil, evítelo y coordine con un familiar o amigo cercano para que sea él o ella quien lo traslade a casa. Esporádicamente podrían presentarse algunos inconvenientes como indigestión, gases o cólicos leves. Esté tranquilo porque estas manifestaciones desaparecerán en 24 horas o inclusive menos tiempo.

Recuerde que lo más importante es que usted se sienta bien. Para ello, la colonoscopia le ayudará a evaluar su salud digestiva y, de ser necesario, mejorarla para evitar complicaciones futuras. Hay mucho camino por recorrer y seguirá viendo que el amor, la fe y la esperanza son ciertos.

4. Evaluación

Para esta parte se escribirán preguntas en papeles, estas preguntas estarán en una caja, 5 personas voluntarias sacarán un papel de la caja, cada uno de los participantes contestará la pregunta.

Estas serán las preguntas:

- a) ¿Qué es la colonoscopia y por qué es importante?
- b) ¿Cuál es la preparación adecuada antes de una colonoscopia?
- c) Mencione tres comidas que están prohibidas comer antes del procedimiento
- d) Explique el procedimiento de la colonoscopia
- e) ¿Qué se realiza después del procedimiento?

Quien responda adecuadamente recibirá un premio.