

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PRE-QUIRÚRGICO EN PACIENTES DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA CUSCO - 2023

Presentada por:

Bach. Nilton Carbajal Estrada

Para optar al Título Profesional de MÉDICO CIRUJANO

Asesor: Dr. Ramón Figueroa Mujica

Cusco - Perú

2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

(Aprobado por Resolución Nro. CU-303-2020-UNSAAC)

El que suscribe, **Asesor** del trabajo de investigación/tesis titulada: Conocimiento y Percepción del Consentimiento Informado Pre-quirúrgico en Pacientes de Cirugía General del Hospital Antonio Lorena Cusco - 2023

presentado por: Bach. Nilton Carbajal Estrada con DNI Nro.: 47562681 presentado por: con DNI Nro.: para optar el título profesional/grado académico de

MÉDICO CIRUJANO

Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por 01 veces, mediante el Software Antiplagio, conforme al Art. 6° del **Reglamento para Uso de Sistema Antiplagio de la UNSAAC** y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de 8%.

Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No se considera plagio.	X
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las correcciones.	
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, quien a su vez eleva el informe a la autoridad académica para que tome las acciones correspondientes. Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	

Por tanto, en mi condición de asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y **adjunto** la primera página del reporte del Sistema Antiplagio.

Cusco, 04 de abril de 2024

Ramon Figuerola Mujica

Firma

Post firma RAMON FIGUEROA MUJICA

Nro. de DNI 23963319

ORCID del Asesor 0000-0002-3479-3518

Se adjunta:

1. Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
2. Enlace del Reporte Generado por el Sistema Antiplagio: oid: 27259:344641838

NOMBRE DEL TRABAJO

**TESIS FINAL - CARBAJAL ESTRADA NIL
TON COMPLETADO.pdf**

AUTOR

Nilton Carbajal Estrada

RECUENTO DE PALABRAS

19840 Words

RECUENTO DE CARACTERES

103583 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

78 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

5.3MB

FECHA DE ENTREGA

Apr 4, 2024 6:16 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

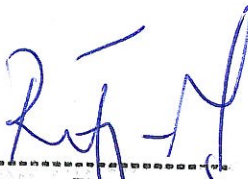
Apr 4, 2024 6:17 PM GMT-5**● 8% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 8% Base de datos de Internet
- 0% Base de datos de publicaciones

● Excluir del Reporte de Similitud

- Base de datos de Crossref
- Base de datos de contenido publicado de Crossref
- Base de datos de trabajos entregados
- Material bibliográfico
- Material citado
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 20 palabras)



Ramon Figueroa M.
MÉDICO - CIRUJANO
CMP. 10352 - RNE. 5357

AGRADECIMIENTO

Principalmente a Dios, por permitirme lograr mis objetivos y seguir adelante.

A mi familia por su comprensión y estímulo constante, además de su apoyo incondicional a lo largo de mi formación profesional.

Y a todas las personas que me apoyaron en la realización de este trabajo.

DEDICATORIA

A mis papás, Mario y Eulalia, por sus esfuerzos para apoyarme, este logro es de ellos.

Al regalo más grande que Dios me dio, Nayib Diosdado, mi hijo a quien amo mucho y que es mi motivo para seguir adelante.

JURADOS A

MGT. EDWARD LUQUE FLOREZ

MGT. JOSÉ RAFAEL UGARTE MARTÍNEZ

MED. CIRUJ. MANUEL SOTELO BARBARAN

MED. CIRUJ. JOSÉ EDUARDO VENERO NORIEGA

JURADOS B

MED. CIRUJ. TOMAS VELASCO CABALA

MED.CIRUJ. YURI LEÓNIDAS PONCE DE LEÓN OTAZU

MGT. ROXANA ISABEL QUISPE CHALCO

CONTENIDO	Pág.
INDICE DE TABLAS	iii
INDICE DE GRÁFICOS	iii
INTRODUCCIÓN	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1. Fundamentación del problema	1
1.2. Antecedentes teóricos	2
1.3. Formulación del problema	8
1.3.1. Problema(s) general(es)	8
1.3.2. Problemas específicos	8
1.4. Objetivos de la investigación	9
1.4.1. Objetivo(s) general(es)	9
1.4.2. Objetivos específicos	9
1.5. Justificación de la investigación	9
1.6. Limitaciones de la investigación	10
1.7. Aspectos éticos	10
CAPITULO II: MARCO TEORICO CONCEPTUAL	11
2.1. Marco teórico	11
2.2. Definición de términos básicos	20
2.3. Variables	21
2.5. Definiciones operacionales	22
CAPITULO III: METODOS DE INVESTIGACIÓN	24
3.1. Tipo de investigación	24
3.2. Diseño de la investigación	24
3.3. Población y muestra	24
3.3.1. Descripción de la población	24
3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión	25
3.3.3. Muestra: Tamaño de muestra y método de muestreo	25
3.4. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos	26
3.5. Plan de análisis de datos	27

CAPITULO IV: RESULTADOS, DISCUSION Y CONCLUSIONES	32
4.1. Resultados y Discusión	32
4.1.1 Resultados	32
4.1.2 Discusión	40
4.2. Conclusiones	44
4.3. Sugerencias	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
ANEXOS:	50
ANEXO 1.- Matriz de consistencia	50
ANEXO 2.- Consentimiento informado	52
ANEXO 3.- Instrumento de investigación	53
ANEXO 4.- Validación del Cuestionario	56
ANEXO 5.- Codificación del cuestionario para análisis	65
ANEXO 6.- Documentos de trámite	68
ANEXO 7.- Formato de Consentimiento Informado del Hospital Antonio Lorena	69

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Interpretación a través del coeficiente de validez de contenido.....	28
Tabla 2: Interpretación a través del coeficiente de confiabilidad de Kuder-Richarson.	29
Tabla 3. Características generales del entrevistado	32
Tabla 4. Características relacionadas al proceso de consentimiento informado prequirúrgico	33
Tabla 5. Ítems del nivel de conocimiento sobre el consentimiento informado. Entrevistados (n = 115)	35
Tabla 6. Ítems de la percepción del consentimiento informado prequirúrgico. Entrevistados (n = 115)	37
Tabla 7. Nivel de conocimiento sobre el consentimiento informado prequirúrgico según las variables incluidas en el estudio: Total de entrevistados (n = 115)	38
Tabla 8. Nivel de percepción del consentimiento informado prequirúrgico según las variables incluidas en el estudio: Total de entrevistados (n = 115)	39

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Tamaño de la muestra.....	26
Grafico 2: Nivel de conocimiento sobre el CI prequirúrgico.....	34
Grafico 3: La percepción sobre el CI prequirúrgico	36

INTRODUCCIÓN

El proceso de consentimiento informado prequirúrgico, entendido como la autorización libre y voluntaria de un paciente para un procedimiento quirúrgico después de recibir información adecuada sobre su padecimiento, presenta deficiencias en su aplicación; así como muestran algunos estudios realizados en diferentes países, incluyendo nuestro país y región, un alto porcentaje tienen mala percepción de este proceso, además existe desconocimiento de muchos pacientes sobre este importante proceso de información y de toma de decisión que se refleja en el bajo porcentaje de pacientes (menos del 30%) que leen el formato antes de firmar. El hospital Antonio Lorena es uno de los hospitales principales de referencia en la región, que atiende pacientes de características sociodemográficas predominante provenientes de provincias, quechua hablantes y de condición económica pobre. En este nosocomio se puede observar, que muchas veces el encargado de hacer firmar el formato de consentimiento informado es el interno de medicina.

En nuestra región no existe estudio previo que determine el nivel de conocimiento ni la percepción de los pacientes sobre el proceso de consentimiento informado prequirúrgico. Este estudio ayudará a identificar las deficiencias que existe en el proceso de consentimiento informado para plantear políticas y estrategias en su mejoría y garantizar el derecho de autonomía e información de los pacientes, mejorando la calidad del servicio.

RESUMEN

“Conocimiento y percepción del consentimiento informado pre-quirúrgico en pacientes de cirugía general del Hospital Antonio Lorena Cusco - 2023”

Antecedentes: Existe deficiencias en el proceso de consentimiento informado (CI) prequirúrgico, a su vez un desconocimiento de tal proceso en muchos pacientes. Nuestro objetivo fue determinar el nivel de conocimiento y la percepción del consentimiento informado prequirúrgico en pacientes sometidos a intervención quirúrgica del Hospital Antonio Lorena - Cusco durante dos meses del 2023.

Metodología: Estudio cuantitativo, observacional, transversal y descriptivo; se aplicó un cuestionario estructurado y validado en 113 personas. Se realizó análisis descriptivo (frecuencias y sus respectivos gráficos) en IBM SPSS Statistics.

Resultados: El personal que solicita el CI es predominantemente el Interno de Medicina (37.4%), seguido del Médico Residente (28.7%). El nivel de conocimiento es regular (57.4%), seguido de bueno (41.7%); el 47% refieren no tener posibilidad de retractarse una vez firmado el CI; el 22.6% creen que el médico es quien decide su operación y el 20.9% indica que no se toma en cuenta su opinión. La percepción fue buena (55.7%), seguida de regular (36.5); solo el 21.7% leen el formato de CI antes de firmar, solo el 26.1% conocen al cirujano responsable de la cirugía y solo al 7% se les informó la posibilidad de revocar el CI; mientras que el 55.7% indicaron que no tuvieron oportunidad de hacer preguntas y aclarar dudas.

Conclusión: Concluimos que existe nivel de conocimiento regular y buena percepción sobre el CI prequirúrgico, pero con deficiencias en algunos aspectos importantes.

Palabras clave: consentimiento informado, conocimiento, percepción, cirugía

ABSTRACT

"Knowledge and perception of pre-surgical informed consent in general surgery patients at the Antonio Lorena Cusco Hospital - 2023"

Background: There are deficiencies in the pre-surgical informed consent (IC) process, in turn a lack of knowledge of such process in many patients. Our objective was to determine the level of knowledge and perception of pre-surgical informed consent in patients undergoing surgical intervention at the Antonio Lorena Hospital - Cusco during two months of 2023.

Methodology: Quantitative, observational, transversal and descriptive study; A structured and validated questionnaire was applied to 113 people. Descriptive analysis (frequencies and their respective graphs) was carried out in IBM SPSS Statistics.

Results: The personnel who request the IC are predominantly the Medical Intern (37.4%), followed by the Resident Physician (28.7%). The level of knowledge is regular (57.4%), followed by good (41.7%); 47% report having no possibility of retracting once the IC is signed; 22.6% believe that the doctor is the one who decides their operation and 20.9% indicate that their opinion is not taken into account. The perception was good (55.7%), followed by average (36.5); only 21.7% read the IC form before signing, only 26.1% know the surgeon responsible for the surgery and only 7% were informed of the possibility of revoking the IC; while 55.7% indicated that they did not have the opportunity to ask questions and clarify doubts.

Conclusion: We conclude that there is a regular level of knowledge and good perception about presurgical IC, but with deficiencies in some important aspects.

Keywords: informed consent, knowledge, perception, surgery.

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Fundamentación del problema

El consentimiento informado es fundamental en toda intervención quirúrgica; según algunos estudios realizados en diferentes países, incluyendo la nuestra, se muestran que en la práctica este proceso tiene deficiencias; tal es así que, la solicitud e información es brindada por el médico especialista en menos del 50% (1) (2) (3) y la información proporcionada mayormente se limita a indicarle el diagnóstico y el tratamiento que necesitan, con poca información sobre posibles complicaciones, riesgos y alternativas de tratamiento. A todo lo anterior se agrega el desconocimiento de los pacientes sobre el derecho que tienen de recibir la información necesaria antes de firmar el formato de consentimiento informado (4) y son pocos, menos del 25%, los pacientes que leen el formato antes de firmar (2).

En nuestro país existen muchas deficiencias durante el consentimiento informado, tal como menciona Revilla Diana en “La realidad del consentimiento informado en la práctica médica peruana”, que solo está relacionada con el momento de entregar el formato y obtener la firma del paciente, tarea realizada generalmente por el interno de medicina, olvidando su real significado de esta (5); así mismo estudios realizados: en Arequipa, muestra que los encargados de tomar el consentimiento informado mayormente son los internos de medicina (73.44%) (6) y otro estudio realizado en Ayacucho muestra que el 83.8% de pacientes sometidos a intervención quirúrgica desconocen el consentimiento informado prequirúrgico (7). Estudio realizado en Cusco, en el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco (EsSalud) el 2018, reporta que el 61% tienen conocimiento deficiente, así mismo, solo el 30% de ellos leen el formato antes de firmar (8).

El Hospital Antonio Lorena, es uno de los hospitales principales de referencia en la región del Cusco que atiende pacientes provenientes principalmente de provincias, quechua hablantes y de escasos recursos, razón por la cual es denominado como “El hospital de los pobres”. Evaluar el nivel de conocimiento y la percepción del consentimiento informado prequirúrgico en esta población de pacientes vulnerables por sus condiciones socioeconómicas, es fundamental para identificar las deficiencias que hay en el proceso de consentimiento informado y plantear políticas para su mejoría. Por todo lo anterior el estudio buscó determinar el nivel de conocimiento y percepción del consentimiento informado prequirúrgico en los pacientes postquirúrgicos del servicio de cirugía general del Hospital Antonio Lorena Cusco – 2023.

1.2. Antecedentes teóricos

INTERNACIONALES

Arshad MA, Omar N, Amjad Z, Bashir K, Irfan M, Ullah I (Lahore – Pakistán, 2021).

En su estudio titulado “Percepciones y prácticas sobre el proceso de obtención del consentimiento informado de pacientes quirúrgicos en un hospital de tercer nivel de atención” que fue publicado en la revista Ann Med Surg, cuyo objetivo fue evaluar las percepciones de los pacientes postoperatorios sobre el proceso de consentimiento informado en un hospital de atención terciaria. Estudio transversal y descriptivo, donde se aplicó un cuestionario a 101 pacientes y tuvo como resultado: la información fue proporcionada por el cirujano en el 40.6%, mientras que en el resto fueron residentes y otros. Los pacientes fueron informados sobre la cirugía (80.2%), alternativas de tratamiento (74.3%), beneficios (84.2%) y complicaciones (53.5%) de la cirugía y posibles complicaciones de no realizarse la cirugía (77.2%); al 91.1% se

les dio oportunidad de hacer preguntas. El 45.5% reconocen su significado médico-legal del consentimiento informado y el 91.1% considera importante antes de cualquier intervención. Concluyendo que los pacientes tenían un adecuado conocimiento sobre el consentimiento informado (1).

Lemmu B, Megersa A, Abebe E, Abebe K (Adís Abeba – Etiopía, 2020). En su estudio titulado “Conocimiento y percepción de pacientes quirúrgicos etíopes sobre la práctica del consentimiento informado para procedimientos quirúrgicos”, cuyo objetivo fue evaluar el conocimiento y la percepción de los pacientes operados hacia el consentimiento informado quirúrgico. Estudio transversal y descriptivo donde se aplicó un cuestionario a 385 pacientes postquirúrgicos, tuvo como resultados: Consideran el consentimiento informado como requisito legal (69.4%), necesario (82.1%), que puede firmar un familiar (90.6%), que protege al hospital y cirujano (32.7%), que elimina su compensación (31.2%) y que no tienen derecho de cambiar de opinión después de firmar (57.9%); siendo el nivel de conocimiento bueno (10.5%), satisfactorio (24.4%), pobre (34.5%) y el resto no sabe. Los pacientes conocen el motivo (87.3%), tipo (41.6%), riesgos y complicaciones (17.6%) de la cirugía y alternativas de tratamiento (39.7%), conocen al cirujano responsable de la cirugía (33.5%) y solo el 20.3% lee el formato de CI. Concluyendo que los pacientes tienen conocimiento y percepción limitados sobre el consentimiento informado (2).

Agozzino E, Borrelli S, Cancellieri M, Carfora FM, Di Lorenzo T, Atena F (Campania – Italia, 2019). En su estudio titulado “¿El consentimiento informado por escrito informa adecuadamente a los pacientes quirúrgicos? Un estudio transversal” y publicado en la revista BMC Med Ética, cuyo objetivo fue explorar si se proporcionó un formulario de CI escrito, si lo leyeron y firmaron, si se comunicaron oralmente y si estas influyeron en las decisiones de los pacientes. Estudio transversal y descriptivo

con aplicación de un cuestionario a 560 pacientes posquirúrgicos de 9 hospitales generales durante 6 meses; tuvo como resultados: el 84.5% recibieron personalmente el formulario de CI escrito y el 13.9% no recordaba haberlo recibido. El cirujano especialista entregó el formulario en el 45%; de los que recibieron el formulario todos firmaron personalmente o por un familiar. La información contenía el diagnóstico (92.8%), tipo de procedimiento quirúrgico (88.2%), beneficios (68.0%), posibilidades de éxito (61.8%), posibles complicaciones (53.6%), consecuencias de no tratarse (64.6%) y tratamientos alternativos (63.2%); el 51.8% lo leyó el formato de CI. Concluyendo que el formulario de CI escrito no es suficiente para que los pacientes sean conscientes de las elecciones que hicieron para su salud (3).

Mbonera F, Chironda G (Kigali – Ruanda, 2018). En su estudio titulado “La relación entre el conocimiento y la percepción de los pacientes con respecto al consentimiento informado en procedimientos quirúrgicos en Ruanda” que fue publicado en la revista International Journal of Research in Medical Sciences, cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento y la percepción de los pacientes sobre el consentimiento informado para procedimientos quirúrgicos. Estudio cuantitativo y descriptivo, donde se aplicó un cuestionario a 147 pacientes y tuvo como resultados: consideran solo como una formalidad (35.4%), como requisito legal (31.3%), creen que elimina su compensación (28.6%), cree que protege al médico de las demandas (37.4%), un familiar puede firmar (46.9%), creen que no tienen derecho de cambiar de opinión después de firmar (46.3%); siendo en general el nivel de conocimiento bajo (83%), seguido de moderado (12%) y alto (5%); mientras que la percepción moderado (50%) seguido de alto (31%) y bajo (23%). Concluyendo que el conocimiento es limitado y una percepción pobre (4).

Alazmi S (Kuwait – Estado de Kuwait, 2018). En su estudio titulado “Percepción de los pacientes sobre el consentimiento informado para operaciones quirúrgicas en Kuwait”, cuyo objetivo fue evaluar la percepción y la comprensión de los pacientes sobre el consentimiento informado para operaciones quirúrgicas en Kuwait. Estudio, transversal y descriptivo donde se aplicó un cuestionario a 805 pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía de 8 hospitales durante 6 meses, tuvo como resultados: consideran como un requisito legal (69.9%), indican que protege sus derechos 7(2.3%), protege al médico (59.5%), refieren que firmar el CI significa renunciar sus derechos a la compensación (37%), consideran que no tienen derecho de cambiar de opinión después de firmar (16.9%) y consideran que su familiar puede firmar en su nombre (78.5%). Concluyendo que el proceso de consentimiento informado se realiza de manera inadecuada (9).

Rodríguez JE, Taberner MJ, Rodríguez MS (Galicia – España, 2018). En su estudio titulado “Estudio descriptivo sobre la aplicación del consentimiento informado en centros sanitarios de Galicia (España)” publicado en la revista Cuadernos de Bioética, cuyo objetivo fue conocer la opinión y el conocimiento general de pacientes sobre el Consentimiento Informado (CI) y participación en la Toma de Decisiones (TD). Estudio observacional, transversal y descriptivo donde se encuestó a 118 pacientes de 8 Complejos Hospitalarios Universitarios de la Comunidad Autónoma de Galicia, tuvo como resultados: el 51.69% de los CI fueron entregados por el personal médico, de los cuales al 85.25% se les leyó y explicó las alternativas de tratamiento, y solo al 63.94% se les aclaró las dudas. El resto fue entregado por el personal no médico (enfermería, administrativo y otros) que en su mayoría (84.21%) solo se limita a entregar y leer el formato. El 45,83% firmó el formato por haber entendido y aceptado la explicación, mientras que el 41,67% por obligación para poder acceder a

la cirugía. Concluyendo que es elevada la proporción de personal no médico que entrega el formato sin resolver adecuadamente las dudas del paciente (10).

NACIONALES

Yñigo RR (Lima – Perú, 2022). En su estudio titulado “Nivel de conocimiento de los pacientes pre quirúrgicos, sobre el consentimiento informado en el servicio de cirugía adultos del hospital sub regional de Andahuaylas de mayo a julio – 2022”, tesis de postgrado de la Universidad Nacional de Callao, cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento de los pacientes prequirúrgico sobre el consentimiento informado en el servicio de cirugía. Estudio observacional, transversal y descriptivo; donde se aplicó un cuestionario a 66 pacientes pre quirúrgicos. Los resultados muestran: el 62.1 % tiene nivel de conocimiento regular; en las dimensiones diagnóstico predomina buen nivel de conocimiento (68.2%); mientras que en ventajas y beneficios de la cirugía predomina el conocimiento regular (51.5%), de la misma forma en riesgos y complicaciones de la cirugía conocimiento regular (54.5%). Concluyendo que predomina el nivel de conocimiento regular sobre el consentimiento informado (11).

Díaz PR (Arequipa – Perú, 2020). En su estudio titulado “Aplicación clínica del consentimiento informado quirúrgico en pacientes hospitalizados en el departamento de cirugía del Hospital Goyeneche enero-febrero 2020”, tesis de pregrado Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, cuyo objetivo fue determinar si el consentimiento informado quirúrgico se realiza de forma adecuada de acuerdo a la capacidad, información y voluntariedad del paciente. Estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo; donde se aplicó un cuestionario en 128 pacientes del departamento de cirugía del hospital Goyeneche durante un mes. Los resultados muestran: El consentimiento informado fue solicitado por internos

(73.44%), residentes (17.97%), enfermeras (7.81%) y médicos asistentes (0,78%). Los pacientes conocían su diagnóstico (98.44%), las posibles complicaciones de la cirugía (21.88%), riesgo de no recibir el tratamiento (75%) y su opción de revocatoria (4.69%). Concluyendo que la información no es adecuada en el consentimiento informado (6).

Oré JY (Ayacucho – Perú, 2016). En su estudio titulado “Nivel de conocimiento sobre consentimiento informado en pacientes que ingresan a sala de operaciones del Hospital de Apoyo Huanta 2016”, tesis postgrado Universidad Nacional Mayor de San Marcos, cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento sobre el consentimiento informado en el Hospital de Apoyo Huanta. Estudio transversal y descriptivo, donde se aplicó una encuesta en 37 pacientes. Encontrándose que el 16.2%, 18.9% y 64.9% de pacientes tienen un nivel de conocimiento alto, medio y bajo respectivamente. Concluyendo que alto porcentaje de pacientes sometidos a intervención quirúrgica desconocen el consentimiento informado (7).

LOCALES

Huillcahuamán R (Cusco – Perú, 2018). En su estudio titulado “Conocimiento y calidad sobre el formato quirúrgico de consentimiento informado en pacientes del servicio de cirugía general, Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco, 2018”, tesis de pregrado Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, cuyo objetivo fue describir las características del conocimiento y la calidad del formato quirúrgico del consentimiento informado. Estudio prospectivo, transversal y descriptivo donde se aplicó una encuesta en 198 pacientes durante 3 meses con posterior análisis en Excel 2013. Muestra como resultados: se le informó sobre el diagnóstico (95%), el tratamiento (64%), beneficios (50%), riesgos (52%), tratamiento alternativo (38%) y

posibilidad de revocar el consentimiento (3%). Tuvieron oportunidad de hacer pregunta (55%) y solo el 30% lee el formato antes de firmar. El conocimiento fue bueno (3%), regular (36%) y deficiente (61%). Concluyendo que la mayoría tiene conocimiento deficiente (8).

Los estudios muestran que en la mayoría el encargado de solicitar e informar sobre el consentimiento es personal ajeno a la intervención quirúrgica (interno o enfermería), mas no el cirujano, la información sobre los riesgos, complicaciones y alternativas de tratamiento son escasos; además pocos son los pacientes que conocen sobre su derecho de revocatoria del consentimiento informado y son pocos los pacientes que leen antes de firmar el formato de consentimiento informado; mostrándose que existe deficiencias en el proceso de consentimiento informado, que vulnera el derecho de autonomía y a la información que tienen los pacientes, y de estos, un desconocimiento de sus derechos.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema(s) general(es)

1. ¿Cuál es el nivel de conocimiento y percepción del consentimiento informado prequirúrgico en los pacientes del servicio de cirugía del Hospital Antonio Lorena Cusco - 2023?

1.3.2. Problemas específicos

1. ¿Cuál es el nivel de conocimiento del consentimiento informado prequirúrgico en los pacientes del servicio de cirugía del Hospital Antonio Lorena Cusco - 2023?

2. ¿Cuál es la percepción del consentimiento informado prequirúrgico en los pacientes del servicio de cirugía del Hospital Antonio Lorena Cusco - 2023?

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo(s) general(es)

1. Determinar el nivel de conocimiento y percepción del consentimiento informado prequirúrgico en los pacientes del servicio de cirugía del Hospital Antonio Lorena Cusco – 2023.

1.4.2. Objetivos específicos

1. Describir el nivel de conocimiento del consentimiento informado prequirúrgico en los pacientes del servicio de cirugía del Hospital Antonio Lorena Cusco – 2023.
2. Detallar la percepción del consentimiento informado prequirúrgico en los pacientes del servicio de cirugía del Hospital Antonio Lorena Cusco – 2023.

1.5. Justificación de la investigación

En nuestro medio, es una realidad preocupante que el momento del consentimiento informado para intervenciones quirúrgicas sea relacionado solamente con el hecho de hacer firmar el formato para que el paciente pueda ser programado en sala de operaciones y muchas veces se olvida su concepto básico de ser un proceso, donde debe primar la información adecuada, respecto a la autonomía, más aún en un contexto donde existe discriminación por condiciones socio culturales. En nuestra región no existe estudio previo que determine el nivel de conocimiento y la percepción del consentimiento informado que tienen los pacientes, siendo estos importante para garantizar la autonomía y el derecho a la información que tienen los pacientes. El

estudio proporcionará datos importantes para identificar deficiencias y plantear políticas, procedimiento o capacitaciones para su mejoría. Se aplicó un cuestionario adaptado y validado a nuestra realidad que podrá ser utilizado en estudios posteriores que sean similares. Por todo lo anterior consideramos que fue pertinente realizar esta investigación para determinar el nivel de conocimiento y la percepción del consentimiento informado prequirúrgico en pacientes de cirugía general del Hospital Antonio Lorena Cusco – 2023.

1.6. Limitaciones de la investigación

Durante el presente estudio, la obtención de datos fue a través de un cuestionario administrado por el investigador, por lo tanto, existe el riesgo de que la información obtenida haya sido influenciada por emociones del paciente, interpretación no correcta de las preguntas debido a la dificultad de comprensión del entrevistado.

1.7. Aspectos éticos

La presente investigación tuvo en cuenta los principios éticos citados en: la Declaración de Helsinki (la investigación fue previo consentimiento informado, los datos proporcionados obtenidos serán confidenciales y se mantendrán en privacidad) (12); el Informe Belmont (respeto por las personas, beneficencia y justicia) (13), así como el código de Núremberg (consentimiento voluntario, beneficio social y que los participantes fueron libres de retirarse del estudio en cualquier momento, si lo consideraban necesario) (14). El estudio se realizó previa aprobación del proyecto por el Comité de Ética en Investigación (CEI) del Hospital Antonio Lorena cumpliendo las pautas mencionadas en el Documento Técnico sobre las consideraciones éticas para la investigación en salud con seres humanos aprobada por la resolución ministerial N° 223 – 2020 - MINSA (15).

CAPITULO II: MARCO TEORICO CONCEPTUAL

2.1. Marco teórico

2.1.1. Reseña histórica del consentimiento informado

El punto de partida para el reconocimiento jurisprudencial del derecho al consentimiento informado ocurrió en Norteamérica en 1914 con el primer caso con Mary Schloendorff, mujer que aquejaba de molestia abdominal y diagnosticada de un tumor fibrinoide, quien dio permiso para la evaluación y descartar su malignidad del tumor bajo anestesia mas no su extirpación, sin embargo, fue extirpado por los cirujanos del hospital de Nueva York, ante lo cual la paciente demandó al hospital; sobre el caso, el tribunal emitió su opinión a través del juez Benjamín Cardozo lo siguiente: “Todo ser humano de edad adulta y mente sana tiene un derecho a determinar qué debe de hacerse con su propio cuerpo; y el cirujano que realiza una operación sin el consentimiento de su paciente, comete un asalto a consecuencia del cual es responsable por daños. Esto es verdad, excepto en casos de emergencia, cuando el paciente está inconsciente y cuando es necesario operar antes de que pueda ser obtenido el consentimiento”. Caso en donde se resalta la autodeterminación del paciente e inicio de la implementación de obtener el consentimiento del paciente, como medida de regulación de la relación médico-paciente. Desde entonces lo relevante era la obtención del consentimiento más que el deber de informar previo al consentimiento, hasta que ocurre otro caso en 1957 el caso Salgo, donde el paciente quedó con parálisis de los miembros inferiores tras someterse a un procedimiento translumbar bajo anestesia y contraste; por lo cual el paciente demanda por falta de información sobre los posibles riesgos o secuelas de la

intervención a la que fue sometida, lográndose una sentencia judicial favorable al demandante. Con este último caso se establece lo que todo paciente debe recibir la suficiente información sobre los posibles riesgos y complicaciones de los procedimientos médicos a los que es sometido, pues conocer dicho alcance le ayuda a tener un juicio correcto sobre su decisión a tomar; posteriormente a través de la Carta de Derechos del Paciente de la Asociación Americana de Hospitales en 1973, viene el reconocimiento oficial de los derechos del paciente a recibir información completa sobre su situación clínica y a decidir de forma autónoma sobre las posibles opciones que se le plantea (16). Hoy en día el consentimiento informado constituye el núcleo de la nueva relación médico-paciente de la práctica médica diaria en cada institución prestadora de salud y su aplicación está regida a través de leyes y códigos deontológicos.

2.1.2. Definición del consentimiento informado

Según la Ley General de la Salud (Ley N° 26842), ninguna persona puede ser sometido a tratamiento médico o quirúrgico sin su consentimiento informado (17). La Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica del 2018: NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN, define el consentimiento informado como la conformidad expresa del paciente consciente o de su representante legal (menores de edad, pacientes con discapacidad mental o estado de inconciencia, u otro), con respecto a una atención médica, quirúrgica o algún otro procedimiento; en forma libre y voluntaria, después de que fuera informado de la naturaleza de la atención, incluyendo los riesgos reales y potenciales, efectos colaterales y efectos adversos, así como los beneficios por el médico responsable del procedimiento, siendo registrado y firmado tanto por el paciente o su representante legal y el profesional responsable de la atención (18).

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y Cultura (UNESCO), en la declaración universal de la bioética y los derechos humanos, indica que todo acto médico debe llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado, basado en una información adecuada; debiendo ser expreso y que el paciente puede revocarlo en todo momento, por cualquier motivo, sin que esto entrañe desventaja o perjuicio alguno para el paciente (19).

2.1.3. La comunicación en el consentimiento informado

Según el manual de relación médico-paciente de España, para Aristóteles era necesario que el médico desarrolle una técnica comunicativa capaz de generar emociones y efectos positivos en el paciente, siendo incluso esta una herramienta terapéutica esencial (20).

La comunicación en la relación médico-paciente fue cambiando; cuando dominaba el paternalismo era relativamente sencilla y consistía en que el médico daba instrucciones al paciente para seguir tal o cual tratamiento, en cambio hoy en día se considera como el aspecto más importante durante el consentimiento informado, aplicando técnicas sencillas de comunicación (21); donde el médico entrega toda la información necesaria para que el paciente pueda tomar sus decisiones; información que incluya la explicación del diagnóstico, pronóstico y tratamiento, si éstas son complejas el médico debe esforzarse en lo posible para dar información en un lenguaje simple y resolver las dudas que le genere al paciente (16).

Cuando existe una marcada diferencia cultural entre un paciente y su médico se subestima su capacidad de comprensión, se le deja de informar y el médico toma la decisión por él, como sucede cuando el paciente pertenece a un nivel socioeconómico bajo, situación que no debería ocurrir (21).

Según la Asociación Mundial Médica, existen dos obstáculos principales para una buena comunicación entre médico y paciente: las diferencias de idioma y de cultura, en el caso de no hablar el mismo idioma es necesario que haya un intérprete en el establecimiento de salud (22).

Los problemas en la comunicación médico-paciente son las causas más frecuentes de insatisfacción de los pacientes, es por ello que el recibir información clara y comprensible sobre el tratamiento y sus efectos, así como aclarar dudas facilitando la comprensión de su problema son destacados por varios estudios (16).

2.1.4. Condiciones imprescindibles para el consentimiento informado

Para que tenga lugar el proceso de consentimiento informado, con una decisión racional y autónoma del paciente se requieren 3 criterios fundamentales (23) (24).

2.1.4.1. Información necesaria y adecuada.

La información debe ser adecuada, según a la capacidad de comprensión del paciente; información sobre la descripción de la intervención y los objetivos que se busca, molestias y riesgos más significativos por su frecuencia y gravedad, beneficios esperados y alternativas factibles, curso espontáneo de dejarlo sin tratar y las opiniones y recomendaciones del médico.

El objetivo de esta información es generar una impresión realista sobre su estado de salud y valoración adecuada de las alternativas que le ofrece al paciente.

La Ley General de la Salud (Ley N° 26842) en su artículo 15 establece que: Toda persona tiene derecho a recibir en términos comprensibles información completa, oportuna y continua sobre su enfermedad, incluyendo el

diagnostico, pronostico y alternativas de tratamiento; así como sobre los riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias de las intervenciones, tratamientos y medicamentos que se prescriban y administren. Así mismo sobre su derecho a negarse a recibir o continuar el tratamiento y a que se le explique las consecuencias de esa negativa (17).

2.1.4.2. Voluntariedad.

El consentimiento informado debe ser voluntario y estar libre de influencias indebidas como la persuasión, manipulación o coacción.

Persuasión: entendida como el uso de argumentos razonables con la intención de inducir en otra persona la aceptación de una determinada opción. Esta no anula la autonomía del paciente y es éticamente aceptado cuando el argumento es leal y no con intereses ajenos al paciente.

Manipulación: es todo intento de modificar la decisión del paciente por medios no puramente persuasivos, sin llegar a la amenaza ni a la restricción física. Siendo estas informacional (falsear la información), psicológica (tono de voz y los gestos) y de opciones disponibles (con modificación selectiva de la información).

Coacción: es el uso de amenazas o ejecución de daños para influir en la decisión del paciente, siendo estas físicos, psíquicos, económicos, legales o de cualquier tipo.

2.1.4.3. Capacidad.

Existe capacidad para decidir cuándo se posee un conjunto de aptitudes, entre ellas: aptitud para darse cuenta de la propia situación y de las

expectativas razonables, para comprender la información relevante, para deliberar sobre las opciones que se ofrecen, de acuerdo con los objetivos personales y los valores propios; además, la capacidad para comunicarse verbalmente o no con el personal de salud.

2.1.5. Indicaciones del consentimiento informado y su excepción

Así como lo establecen La Ley General de la Salud (Ley N° 26842), El Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú y la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica (NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN) (17) (25) (18) el consentimiento informado está indicado:

- a. Antes de la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento, así como su interrupción.
- b. Cuando se apliquen pruebas riesgosas, intervenciones quirúrgicas o procedimientos que puedan afectar la integridad del paciente.
- c. Cuando se trate de exploración, tratamiento o exhibición con fines docentes.

Así mismo, se especifica las situaciones de excepción del consentimiento informado:

- a. Situaciones de emergencia.
- b. Cuando el paciente no es capaz y no hay un sustituto disponible para la toma de decisiones.
- c. Cuando el paciente está inconsciente o no puede expresar su voluntad.

Además, la Asociación Médica Mundial (22), indica en el manual de Ética Médica que existen dos situaciones de excepción para solicitar el consentimiento informado en pacientes competentes:

- a. Cuando el paciente entrega su autoridad de toma de decisión al médico o a terceros.
- b. Cuando la entrega de información pueda perjudicar al paciente, cause un serio daño físico, psicológico o emocional; en estas circunstancias se invoca el concepto tradicional de “privilegio terapéutico” permitiendo al médico retener la información.

El proceso de información y decisión debe constar en forma escrita como documento oficial firmado o con huella digital, así como lo indica los incisos a y b del artículo 15.4 de La Ley General de la Salud (Ley N° 26842) (17).

2.1.6. Formato de Consentimiento Informado

Según la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica (NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN), el formato de consentimiento informado debe contener los siguientes datos (18):

- Identificación estándar de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- N° de Historia Clínica.
- Fecha, hora.
- Nombres y apellidos del paciente.
- Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar o modalidad de atención.
- Descripción de este en términos sencillos.
- Riesgos reales y potenciales del procedimiento, o intervención quirúrgica o modalidad de atención.

- Efectos adversos de los usuarios de antibióticos, analgesia y AINES en general, anestesia, corticoides y todo elemento farmacológico que se prevenga utilizar.
- Pronóstico y recomendaciones posteriores a la intervención o procedimiento quirúrgico.
- Nombres y apellidos, firma, sello y número de colegiatura del profesional responsable de la intervención, procedimiento o modalidad de atención.
- Pronóstico y recomendaciones.
- Conformidad firmada en forma libre y voluntaria por el paciente o su representante legal según sea el caso consignando: nombres y apellidos, firma y huella digital del paciente o representante legal de ser el caso. También debe registrarse la negativa al procedimiento, o si en algún momento retira el consentimiento.

En el contexto defensivo de la relación médico-paciente, el proceso de información y consentimiento han quedado limitados a la firma de un documento escrito de consentimiento, donde lo que menos parece importar es la adecuada transmisión de información al paciente y la obtención de un verdadero consentimiento informado (16).

En la práctica médica habitual de nuestro medio, el proceso de consentimiento informado es aún conducido de manera inadecuada ya que no es conocido ni concebido como un proceso y la subestimación de este acto es tan grande, que muchas veces más se centra en la obtención de la firma que en el proceso de información, considerando así como un simple documento legal obligatorio que

debe ser firmado por el paciente y para ello usualmente los encargados de obtener la firma son los internos de medicina; tal es así que, lo que más importa es la firma, no los medios por los cuáles se obtenga.

El consentimiento informado es mucho más que lo anterior; es un proceso progresivo, gradual, de información y confianza, donde el paciente tiene la potestad de decidir, tras recibir toda la información necesaria respecto al rumbo que tomarán las decisiones diagnósticas y/o terapéuticas; información y explicación en un lenguaje sencillo acerca del procedimiento, los beneficios, riesgos y las alternativas válidas; dejando por escrito para avalar su ejecución y aceptación del procedimiento a realizarse. Concederle información, subsanar dudas, explicarle las consecuencias de cada decisión, permitirle determinar los pasos a seguir en su diagnóstico y/o tratamiento no nos hace menos profesionales, sino que nos hace más humanos. Un paciente bien informado, que se ve involucrado en un lazo de respeto, confidencialidad y complicidad con su médico, es una persona que confía en cada decisión tomada, aunque ésta falle, porque se sintió y se siente parte del proceso decisivo (5).

2.1.7. Conocimiento del consentimiento informado

Definida como la información que poseen los pacientes respecto al consentimiento informado preoperatorio, siendo importante para hacer cumplir su derecho a la adecuada información y el respeto de su autonomía.

2.1.8. Percepción del consentimiento informado

Según la Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo R.M. N° 527-2011/MINSA, la percepción se define como la valoración que le dan los pacientes a los servicios

que brinda una institución prestadora de salud, es decir, como las reciben y evalúan los servicios de salud ofertados (26). Para el estudio entendida como los detalles del proceso de consentimiento informado prequirúrgico.

El proceso de consentimiento informado en la práctica tiene deficiencias, además existe el desconocimiento de este proceso de parte de los pacientes; tal es así que, muchos de ellos se someten a la intervención quirúrgica sin recibir adecuada información y firman el formato solamente porque creen que sin la firma no se les realizará la intervención.

2.2. Definición de términos básicos

- a. Acto médico:** Toda acción o disposición que se realiza en el ejercicio de la profesión médica. Comprende la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento, pronóstico y rehabilitación que realiza el médico en la atención integral de pacientes, así como los que se deriven directamente de éstos (18).
- b. Paciente:** Es toda persona enferma o afectada en su salud que recibe atención en una Institución Prestadora de Servicio de Salud (IPRESS) por personal de la salud (18).
- c. Autonomía:** Capacidad y derecho del individuo a tomar sus propias decisiones, siendo debidamente informados (16).
- d. Diagnóstico:** Definida como el juicio médico sobre la naturaleza de la enfermedad de un paciente basado en la valoración de sus síntomas y signos antes de la cirugía (27).
- e. Consentimiento informado prequirúrgico:** Es la autorización libre, voluntaria y consciente de un paciente posterior a recibir la información adecuada sobre su padecimiento, para que tenga lugar un procedimiento quirúrgico (18) (16).

- f. **Tipo de cirugía:** Modalidad por la cual el paciente es intervenido, siendo estas de emergencia y programada (electiva) (28).
- g. **Conocimiento sobre el consentimiento informado:** Información que posee respecto al consentimiento informado preoperatorio.
- h. **Percepción sobre el consentimiento informado:** Valoración que le dan los pacientes a los servicios que brinda una institución prestadora de salud, es decir, como las reciben y evalúan los servicios de salud ofertados, en este caso será al consentimiento informado (26).

2.3. Variables

Variables de estudio:

- ✓ Percepción sobre el consentimiento informado prequirúrgico.
- ✓ Nivel de conocimiento sobre el consentimiento informado prequirúrgico.

Variables sociodemográficas:

- ✓ Edad.
- ✓ Género.
- ✓ Procedencia.
- ✓ Condición étnica.
- ✓ Grado de instrucción.
- ✓ Nivel socioeconómico.

Variables relacionadas con el consentimiento informado:

- ✓ Diagnóstico preoperatorio.
- ✓ Tipo de cirugía.
- ✓ Tipo de personal encargado de solicitar el consentimiento informado.

2.5. Definiciones operacionales

Variable	Definición conceptual	Naturaleza	Forma/Medición	Indicador	Escala/Medición	Instrumento y procedimiento de medición	Definición operacional de la variable	Ítem	Expresión final de la variable
Edad	Tiempo que ha vivido una persona (29)	Cuantitativ	Directa	Edad cumplidos en años	De razón	Dato consignado por el entrevistado	Se expresará en años cumplidos: 1 = Joven: 18 – 29 años. 2 = Adulto: 30 – 59 años 3 = Adulto mayor: ≥ 60 años	I. 1	Se expresa como: Joven: 18 – 29 años. Adulto: 30 – 59 años Adulto mayor: ≥ 60 años
Género	Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo (30).	Cualitati	Directa	Respuesta del entrevistado	Nominal	Dato consignado por el entrevistado	Se expresará como la condición orgánica: 1 = Masculino 2 = Femenino	I. 2	Se expresa como: Masculino o Femenino.
Procedencia	Lugar donde vive la persona.	Cualitati	Directa	Respuesta del entrevistado	Nominal	Dato consignado por el entrevistado	Se expresará como el lugar donde vive el participante: 1 = Rural 2 = Urbano.	I. 3	Se expresa como: Rural o Urbano
Condición étnica	Forma cómo una persona se percibe a sí misma, según sus costumbres, lengua materna, etc. (31).	Cualitativa	Directa	Lengua materna	Nominal	Dato consignado por el entrevistado	Se expresará por la lengua materna del participante: 1 = Quechua = Indígena Andino 2 = Castellano = Mestizo 3 = Otro = Aymara, Ashaninka, etc.	I. 4	Se expresa como: Indígena Andino, Mestizo y Otro = (Aymara, Ashaninka, etc.)
Grado de instrucción	Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso (32).	Cualitativa	Directa	Respuesta del entrevistado	Ordinal	Dato consignado por el entrevistado	Se expresará como: 1 = Sin instrucción 2 = Primaria 3 = Secundaria 4 = Sup. Téc. completa/Univ. 5 = Postgrado (doctorado, maestría)	II. 1	Se expresa como: Sin instrucción, Primaria, Secundaria Sup. Técnica o Universitaria Postgrado (Maestría o Doctorado)

Nivel socio-económico	Posición relativa económica y social de una persona/hogar en una sociedad (33).	Cualitativa	Indirecta	Grado de instrucción Ingreso económico mensual	Ordinal	Mediante el: Cuestionario	Se expresará según la puntuación obtenida; La puntuación mínima es de 2 y la máxima de 9. Puntuaciones de 2 a 4 = Nivel E, 5 = Nivel D, 6= Nivel C, 7 a 8 = Nivel B y 9 = Nivel A.	II	Se expresa como: Nivel A, Nivel B, Nivel C, Nivel D y Nivel E.
Diagnóstico preoperatorio	Es el juicio médico de la enfermedad basado síntomas y signos antes de la cirugía (27).	Cualitativa	Indirecta	Enfermedad antes de la operación	Nominal	Por dato consignado en la hoja de CI.	Se expresará como el juicio médico antes de la intervención registrado en la hoja de CI. Diagnóstico preoperatorio_____.	III.1	Se expresa como: Diagnóstico preoperatorio_____.
Tipo de cirugía	Modalidad por la cual es intervenido el paciente (28).	Cualitativa	Indirecta	Modalidad de ingreso al sala de operación	Nominal	Por dato consignado en la hoja de CI.	Se expresará como la modalidad de intervención registrada en el CI: 1 = Emergencia 2 = Programado	III.2	Se expresa como: Emergencia o Programada
Tipo de Personal que solicita el CI	El personal que solicita el consentimiento informado.	Cualitativa	Indirecta	Respuesta del entrevistado	Nominal	Dato consignado por el entrevistado	Se expresará como el personal que le solicito el CI, según refiera: 1 = Médico Especialista. 2 = Médico Residente. 3 = Interno de Medicina. 4 = Personal Enfermero.	III.3	Se expresa como: Médico, Especialista, Médico Residente, Interno de Medicina o Personal Enfermero
Nivel de Conocimiento sobre el CI	Información que posee respecto al consentimiento informado preoperatorio.	Cualitativo	indirecta	Respuesta favorable y desfavorable de entrevistado	Ordinal	Mediante el: Cuestionario	Evaluado por 13 preguntas con respuestas sí/no. La puntuación mínima será de 13 y la máxima de 26. El nivel de conocimiento Bueno será de 23 a 26, Regular de 18 a 22 y Malo de 13 a 17.	IV	Se expresará como: 23 a 26 = Bueno 18 a 22 = Regular 13 a 17 = Malo
Percepción sobre el Consentimiento Informado	Valoración que le da el pacientes al proceso de consentimiento informado (26).	Cualitativo	Indirecta	Respuesta favorable y desfavorable de entrevistado	Ordinal	Mediante el: Cuestionario	Evaluado por 13 afirmaciones con respuestas (En desacuerdo y De acuerdo). La puntuación mínima será de 13 y la máxima de 26. La percepción será Buena de 23 a 26, Regular de 18 a 22 y Malo de 13 a 17.	V	Se expresará como: 23 a 26 = Bueno 18 a 22 = Regular 13 a 17 = Malo

CAPITULO III: METODOS DE INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación

Estudio de tipo cuantitativo.

3.2. Diseño de la investigación

Es un estudio observacional, transversal y descriptivo; observacional, porque no se interviene para manipular ninguna variable; transversal debido a que la recolección de datos es en un único momento y descriptivo porque detalla el nivel de conocimiento y percepción que tienen los pacientes sobre el consentimiento informado prequirúrgico.

3.3. Población y muestra

3.3.1. Descripción de la población

La población de estudio estuvo comprendida por todos los pacientes postoperados y/o familiares responsables que se encontraban en el servicio de hospitalización de cirugía general del hospital Antonio Lorena Cusco durante el periodo de estudio, meses de setiembre y octubre.

Según los datos estadísticos que muestra la Unidad de Estadística del Hospital Antonio Lorena el año 2022, se sometieron a intervención quirúrgica en el servicio de cirugía general 977 pacientes, con un promedio mensual de 80 pacientes mensuales (34), dato que se consideró como referencia para determinar la muestra para el estudio; un universo de 160 intervenciones durante los dos (setiembre y octubre) del periodo de estudio.

3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- ✓ Pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años de edad del servicio de cirugía general que fueron sometidos a una intervención quirúrgica.
- ✓ Pacientes que firmaron el formato de consentimiento informado prequirúrgico.
- ✓ Familiar responsable que firmó el formato de consentimiento informado.
- ✓ Pacientes o familiares que hayan firmado el consentimiento informado del estudio que deseen participar voluntariamente en el estudio.

Criterios de exclusión:

- ✓ Pacientes en estado crítico (sepsis).
- ✓ Pacientes con enfermedades mentales conocidas (Alzheimer, retardo mental, etc.).
- ✓ Pacientes con alteración del sensorio o bajo medicación especial.

3.3.3. Muestra: Tamaño de muestra y método de muestreo

Se realizó un muestreo probabilístico simple, a través del programa Decision Analyst STATS 2.0 considerando lo siguiente:

- Tamaño del universo: 160
- Error máximo aceptable: 5%
- Porcentaje estimado de la muestra: 50%
- Nivel deseado de confianza: 95%

Encontrándose un tamaño total de la muestra de 113 pacientes; durante el periodo de la entrevista, setiembre y octubre del 2023, aceptaron participar en el estudio 115 personas.

Gráfico 1: Tamaño de la muestra

The screenshot shows the 'Sample Size Determination' tool in the Decision Analyst STATS 2.0 software. The interface is divided into two main sections: 'Inputs' and 'Results'. In the 'Inputs' section, the 'Universe Size' is set to 160, the 'Maximum Acceptable Percentage Points of Error' is 5%, the 'Estimated Percentage Level' is 50%, and the 'Desired Confidence Level' is 95%. The 'Results' section shows that 'The Sample Size Should Be...' is 113. The software logo and contact information are visible at the bottom of the interface.

Section	Parameter	Value
Inputs	Universe Size	160
	Maximum Acceptable Percentage Points of Error	5%
	Estimated Percentage Level	50%
	Desired Confidence Level	95%
Results	The Sample Size Should Be...	113

Fuente: Decision Analyst STATS 2.0

3.4. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos

La recolección de datos se realizó a través de una entrevista personal con un cuestionario estructurado y adaptado de estudios previos para evaluar el nivel de conocimiento y la percepción del consentimiento informado prequirúrgico, cuestionario que fue previamente validado por 5 expertos, para luego ser administrado directamente por el investigador durante el periodo de estudio (del 5 de setiembre al 5 de noviembre del 2023), previa autorización y aprobación del comité de ética del Hospital Antonio Lorena.

El momento de la entrevista fue posterior a la cirugía, en pacientes estables y disponibles a participar en el estudio; debido al poco tiempo que presentan los pacientes antes de su intervención.

El cuestionario consta de cinco secciones:

La sección A: Datos personales descriptivos como edad, género, procedencia y lengua materna.

La sección B: Aspectos socioeconómicos que constan de dos preguntas, las cuales determinarán el nivel socioeconómico del participante, se incluyen el ingreso económico y grado de instrucción por ser los indicadores más principales (33) (35).

La sección C: Características clínicas del paciente como diagnóstico preoperatorio, tipo de cirugía, tipo de personal que solicitó el consentimiento informado y quien firmó el consentimiento informado.

La sección D: El nivel de conocimiento del paciente sobre el consentimiento informado, que consta de 13 preguntas (7 preguntas positivas y 6 negativas) con respuestas **Sí** y **No**.

La sección E: La percepción del paciente sobre el proceso de consentimiento informado, que consta de 13 afirmaciones (11 afirmaciones positivas y 2 negativas) con respuestas **De acuerdo** y **En desacuerdo**.

3.5. Plan de análisis de datos

La determinación de la validez del instrumento se realizó a través del **coeficiente de validez de contenido (CVC)** propuesto por Hernández-Nieto (36), posterior a la validación por los cinco expertos; mientras que para la confiabilidad se realizó una prueba piloto en 30 entrevistados, determinándose el coeficiente de confiabilidad de Kuder-Richarson (KR-20) (36).

▪ **Determinación de la validez del instrumento:**

Para la validación se solicitó a 5 expertos que evaluaron el cuestionario con 9 ítems de preguntas. Posteriormente se realizó el cálculo del **Coefficiente de Validez de Contenido (CVC_T)**, a través de la relación proporcional entre la estimación de la valoración obtenida (M_x) entre los jueces, y la valoración máxima (óptima) posible (**Vmax**) (36).

$$CVC_T = \frac{\sum CVC_i}{N} \quad ; \quad CVC_i = \frac{\sum M_x}{V_{max}} - \left(\frac{1}{J}\right)^J \quad ; \quad M_x = X_i/J$$

Donde:

- **CVC_T**: Coeficiente de validez de contenido total
- **CVC_i**: Coeficiente de validez de cada ítem
- **N**: Número total de ítems
- **X_i**: Puntaje asignado por cada experto
- **J**: Número de expertos
- **M_x**: Promedio de los puntajes asignados por cada juez a cada ítem
- **Vmax**: Valor máximo de la escala utilizada
- $\left(\frac{1}{J}\right)^J$: Probabilidad de error (P_e)

Tabla 1: Interpretación a través del coeficiente de validez de contenido.

	Coeficiente de Validez de Contenido (CVC_T)	Validez y Concordancia
a)	(CVC _T) < 0.60	Inaceptable
b)	0.60 ≤ (CVC _T) ≤ 0.70	Deficiente
c)	0.70 < (CVC _T) ≤ 0.80	Aceptable
d)	0.80 < (CVC _T) ≤ 0.90	Buena
e)	0.90 < (CVC _T)	Excelente

Fuente: Nieto R. Instrumentos de recolección de datos en ciencias sociales y ciencias biomédicas. Universidad de los Andes; 2012

El cálculo se realizó en la plataforma Excel 2016.

Ítem	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Vmax	J	N	Mx1	Mx2	Mx3	Mx4	Mx5	Σmxi	Σmxi/Vmax	Pe	CVi=(Σmxi/Vmax)-Pe	CVCi/N
1	5	4	5	5	5	5	5	9	1	0.8	1	1	1	4.8	0.96	0.00032	0.95968	0.106631111
2	5	5	4	5	5	5	5	9	1	1	0.8	1	1	4.8	0.96	0.00032	0.95968	0.106631111
3	4	5	5	5	4	5	5	9	0.8	1	1	1	0.8	4.6	0.92	0.00032	0.91968	0.102186667
4	5	5	5	5	5	5	5	9	1	1	1	1	1	5	1	0.00032	0.99968	0.111075556
5	4	4	5	4	5	5	5	9	0.8	0.8	1	0.8	1	4.4	0.88	0.00032	0.87968	0.097742222
6	4	5	4	5	5	5	5	9	0.8	1	0.8	1	1	4.6	0.92	0.00032	0.91968	0.102186667
7	5	4	5	4	4	5	5	9	1	0.8	1	0.8	0.8	4.4	0.88	0.00032	0.87968	0.097742222
8	5	4	5	5	5	5	5	9	1	0.8	1	1	1	4.8	0.96	0.00032	0.95968	0.106631111
9	4	5	4	5	5	5	5	9	0.8	1	0.8	1	1	4.6	0.92	0.00032	0.91968	0.102186667
																		CVC(T)= 0.933013333

Fuente: Base de datos de la Investigación – EXEL 2016.

Interpretación: El coeficiente de validez de contenido fue de **0.93, (EXELENTE)**.

▪ **Determinación de la confiabilidad del cuestionario:**

Para la confiabilidad se realizó una prueba piloto en 30 pacientes, con posterior determinación del coeficiente de confiabilidad de **Kuder-Richarson (KR-20)** (36)

$$KR - 20 = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum p \cdot q}{V_T} \right] = \frac{26}{26-1} \left[1 - \frac{3.391}{15.283} \right] = 0.809$$

Donde:

- KR – 20: Coeficiente de confiabilidad
- n: Número de ítems
- V_T: Varianza total de la prueba
- Σ p*q: Suma de la varianza individual de cada ítem

Tabla 2: Interpretación a través del coeficiente de confiabilidad de Kuder-Richarson.

	KR - 20	CONFIABILIDAD
a)	KR – 20 < 0.60	Inaceptable
b)	0.60 ≤ KR – 20 ≤ 0.70	Deficiente
c)	0.70 < KR – 20 ≤ 0.80	Satisfactorio
d)	0.80 < KR – 20 ≤ 0.90	Muy bueno
e)	0.90 < KR – 20	Excelente

Fuente: Nieto R. Instrumentos de recolección de datos en ciencias sociales y ciencias biomédicas. Universidad de los Andes; 2012

El cálculo se realizó en plataforma EXEL 2016.

	Preg 1	Preg 2	Preg 3	Preg 4	Preg 5	Preg 6	Preg 7	Preg 8	Preg 9	Preg 10	Preg 11	Preg 12	Preg 13	Preg 14	Preg 15	Preg 16	Preg 17	Preg 18	Preg 19	Preg 20	Preg 21	Preg 22	Preg 23	Preg 24	Preg 25	Preg 26	SUMA	
1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	36
2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	36
3	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2	2	36
4	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2	38
5	1	2	1	1	1	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	38
6	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	42
7	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	40
8	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2	36
9	1	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	2	34
10	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	30
11	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	1	2	2	36
12	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2	2	40
13	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	44
14	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	36
15	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	40
16	1	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	34
17	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	34
18	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	36
19	1	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	44
20	1	2	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	36
21	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	2	34
22	1	2	2	1	2	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	2	34
23	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2	34
24	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	36
25	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	36
26	1	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2	1	2	2	32
27	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	2	2	2	2	38
28	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	34
29	1	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1	1	2	32
30	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	44
30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
PROMEDIO	1.00	1.90	1.65	1.20	1.90		2.00	2.00	1.80	1.95	1.70	1.75	1.91	1.60	1.95	1.85	1.87	1.30	1.37	1.95	1.70	1.75	1.10	1.70	1.40	1.90	2.00	
Total Correctos	2	27	19	6	27		30	30	24	28	21	22	29	18	28	25	26	9	11	28	21	22	3	21	11	27	30	
p	0.067	0.9	0.633	0.2	0.9		1	1	0.8	0.933	0.7	0.733	0.967	0.6	0.933	0.833	0.867	0.3	0.367	0.933	0.7	0.733	0.1	0.7	0.4	0.9	1	
q	0.933	0.1	0.367	0.8	0.1		0	0	0.2	0.067	0.3	0.267	0.033	0.4	0.067	0.167	0.133	0.7	0.633	0.067	0.3	0.267	0.9	0.3	0.6	0.1	0	
p*q	0.062	0.09	0.232	0.16	0.09		0	0	0.16	0.062	0.21	0.196	0.032	0.24	0.062	0.139	0.116	0.21	0.232	0.062	0.21	0.196	0.09	0.21	0.24	0.09	0	
Suma de p*q	3.391																											
Varianza	15.283																											
Items	26																											
n/n-1	1.04																											
S- Suma p*q/Varianza	0.778																											
KR-20	0.809																											

KR-20	INTERPRETACION
> 0.9	EXCELENTE
0.8 - 0.9	BUENA
0.7 - 0.8	ACEPTABLE
0.6 - 0.7	DEBIL
0.5 - 0.6	POBRE
< 0.5	INACEPTABLE

$$K_r = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{S_{p*q}}{V_T} \right]$$

Dónde:

- r: coeficiente de confiabilidad
- n: Número de ítems
- V_T: Varianza total de la prueba
- S_{p*q}: Suma de la varianza individual de cada ítem

Fuente: Base de datos de la Investigación – EXEL 2016.

Interpretación: El coeficiente de confiabilidad fue de **0.809, (MUY BUENA)**.

▪ **Para el análisis**

Se tomó en cuenta los siguiente:

Determinación del nivel socioeconómico: El nivel socioeconómico se clasificó en cinco niveles según la puntuación obtenida; siendo la puntuación mínima de 2 y la máxima de 9. Nivel E de 2 a 4, Nivel D de 5, Nivel C de 6, Nivel B de 7 a 8 y Nivel A de 9 puntos.

Determinación del nivel de conocimiento sobre el consentimiento informado:

La asignación de puntaje fue según al tipo de pregunta:

👉 **Preguntas positivas** (2, 5, 6, 7, 9, 12 y 13): 2 = Sí (correcta) y 1 = No (incorrecta).

👉 **Preguntas negativas** (1, 3, 4, 8, 10 y 11): 1 = Sí (incorrecta) y 2 = No (correcta).

El nivel de conocimiento sobre el consentimiento informado se clasificó en Bueno, Regular y Malo, según la puntuación obtenida. La puntuación mínima fue de 13 y la máxima de 26; Bueno fue de 23 a 26, Regular de 18 a 22 y Malo de 13 a 17.

Determinación de la percepción del consentimiento informado: Consta de 13 afirmaciones (11 afirmaciones positivas y 2 negativas) con respuestas En desacuerdo y De acuerdo. La asignación de puntaje fue según el tipo de afirmación:

✚ **Afirmaciones positivas** (de 3 al 13): = De acuerdo y = En desacuerdo.

✚ **Afirmaciones negativas** (1 y 2): = De acuerdo y = En desacuerdo.

La percepción se clasificó en Bueno, Regular y Malo, según la puntuación obtenida. La puntuación mínima fue de 13 y la máxima de 26. La percepción fue Bueno de 23 a 26, Regular de 18 a 22 y Malo de 13 a 17.

Los datos con información completa se ingresaron a IBM SPSS Statistics para su análisis. Se realizó un análisis descriptivo con distribución de frecuencias y sus respectivos gráficos.

CAPITULO IV: RESULTADOS, DISCUSION Y CONCLUSIONES

4.1. Resultados y Discusión

4.1.1 Resultados

4.1.1.1. Características generales de los entrevistados

Del total (115) de los entrevistados el 80.9% fueron pacientes y el resto familiar responsable; 59.1% femeninos; 59.1% adulto, seguido de joven 27% y el resto adulto mayor; el 49.6% de origen andino y mestizo cada uno y solo uno refirió ser aimara; el 83.5% de procedencia urbana y el resto rural; el 41.7% tenían secundaria, seguida de superior técnico o universitaria 33.9%, primaria 20.9% y el resto sin instrucción; el 57.4% de nivel socioeconómico E, seguido del Nivel D 27% y el resto Nivel B y C.

Tabla 3. Características generales del entrevistado

Total de entrevistados (n = 115)	f	%
Persona entrevistada		
Paciente	93	80.9
Familiar	22	19.1
Género del entrevistado		
Masculino	47	40.9
Femenino	68	59.1
Grupo etario del entrevistado		
Joven	31	27.0
Adulto	68	59.1
Adulto Mayor	16	13.9
Grupo étnico del entrevistado		
Indígena Andino	57	49.6
Mestizo	57	49.6
Otros (Aimara, Ashaninka, etc.)	1	0.9
Procedencia del entrevistado		
Rural	19	16.5
Urbano	96	83.5
Grado de estudios del entrevistado		
Sin Instrucción	4	3.5
Primaria	24	20.9
Secundaria	48	41.7
Superior Técnico/ Universitaria	39	33.9

Nivel socioeconómico del entrevistado		
Nivel E	66	57.4
Nivel D	31	27.0
Nivel C	8	7.0
Nivel B	10	8.7

Fuente: Base de Datos de Investigación – Paquete Estadístico SPSS.

4.1.1.2. Características relacionadas al proceso de consentimiento informado prequirúrgico

En el 46.1% el consentimiento informado prequirúrgico fue firmado por el paciente, en el 45.2% por el familiar responsable y en el 8.7% por ambos. En el 52.2% la modalidad de intervención fue por emergencia y el resto programado. En el 37.4% el personal que solicita el consentimiento informado es el Interno de Medicina, en el 28.7% Médico Residente, en el 17.4% el Médico Especialista y el resto por el personal de enfermería. En el 29.6% el diagnóstico preoperatorio fue apendicitis aguda, seguido de colecistitis crónica calculosa (22.6%), colecistitis aguda(13.9%) y el resto otros.

Tabla 4. Características relacionadas al proceso de consentimiento informado prequirúrgico

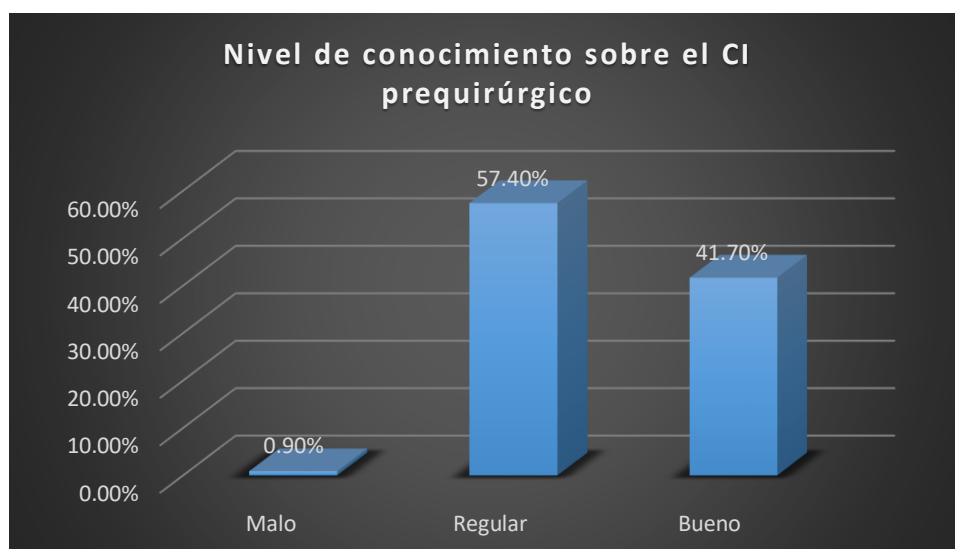
Total de entrevistados (n =115)	f	%
Persona que firmó el CI		
Paciente	53	46.1
Familiar	52	45.2
Ambos	10	8.7
Tipo de personal que solicitó el CI		
Médico Especialista	20	17.4
Médico Residente	33	28.7
Interno de Medicina	43	37.4
Personal de enfermería	19	16.5
Tipo de cirugía		
Emergencia	60	52.2
Programado	55	47.8
Diagnostico preoperatorio del paciente		
Apendicitis Aguda	34	29.6
Colecistitis Crónica Calculosa	26	22.6
Colecistitis Aguda	16	13.9
Otros	39	33.9

Fuente: Base de Datos de Investigación – Paquete Estadístico SPSS.

Objetivo 1: Describir el nivel de conocimiento del consentimiento informado prequirúrgico en los pacientes del servicio de cirugía del Hospital Antonio Lorena Cusco – 2023.

El nivel de conocimiento es regular (57.4%), seguido de bueno (41.7%); con los siguientes conceptos: consideran solo como una formalidad que exige el hospital (93%), protege al hospital y cirujano (87.8%), elimina el derecho que tienen a un reclamo o reparación (53%), una vez firmado el consentimiento informado ya no tienen la posibilidad de negarse a la intervención quirúrgica si es que lo consideran necesario (47%), el médico debe decidir si el paciente se opera o no (22.9%), no se toma en cuenta su opinión (20.9%); pero a su vez, reconocen que es un documento médico-legal (91.3%), que es su derecho (77.4%), que es para que se le informe adecuadamente sobre su enfermedad (97.4%), que es importante antes de la intervención (87.8%), que puede firmar un familiar (96.5%), que no lo puede solicitar cualquier personal de salud (80%) y que la información debe ser sencilla y clara (98.3%).

Grafico 2: Nivel de conocimiento sobre el CI prequirúrgico



Fuente: Base de Datos de Investigación – Paquete Estadístico SPSS.

Tabla 5. Ítems del nivel de conocimiento sobre el consentimiento informado. Entrevistados (n = 115)

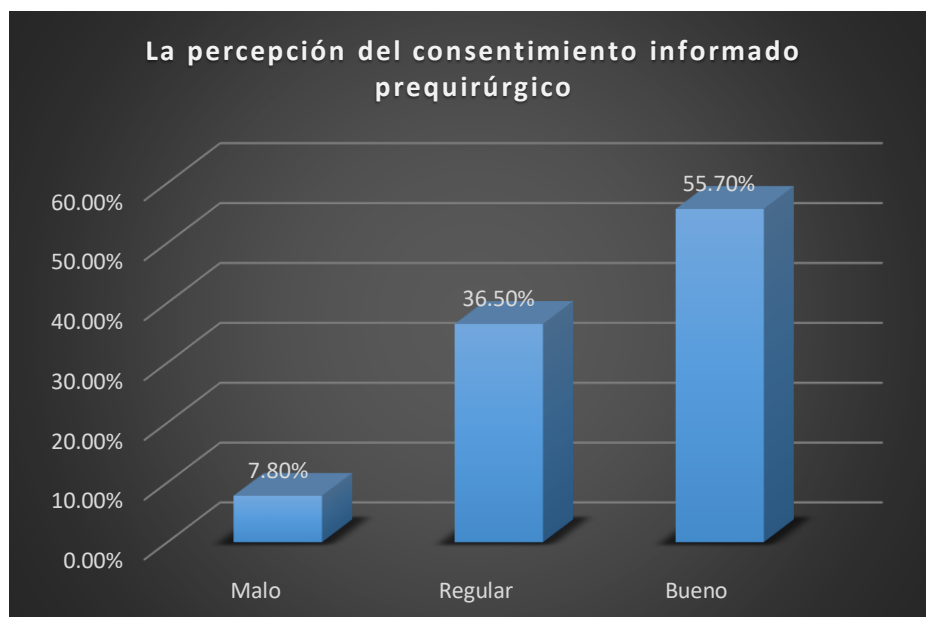
Ítem	Pregunta	Sí		No	
		f	%	f	%
1	¿El formulario de consentimiento informado es solo una formalidad que exige el hospital?	107	93.0	8	7.0
2	¿El formulario de consentimiento informado es un documento médico – legal?	105	91.3	10	8.7
3	¿El formulario de consentimiento informado elimina el derecho a un reclamo y reparación?	61	53.0	54	47.0
4	¿El formulario de consentimiento informado solo es para proteger, de la demandas, al hospital y al cirujano?	101	87.8	14	12.2
5	¿El consentimiento informado es un derechos del paciente, para que se le informe?	89	77.4	26	22.6
6	¿El consentimiento informado es para que el paciente decida sobre tratamientos de su enfermedad, después de una adecuada información?	112	97.4	3	2.6
7	¿El consentimiento informado es importante antes de someterse a una cirugía?	101	87.8	14	12.2
8	¿El consentimiento informado lo puede tomar cualquier personal de salud?	23	20.0	92	80.0
9	Si no puede firmar el formulario de consentimiento, ¿su familiar puede firmar en su nombre?	111	96.5	4	3.5
10	Una vez informado sobre la enfermedad y tratamientos ¿es el médico quien decide la operación?	26	22.6	89	77.4
11	En un consentimiento informado, ¿no se toma en cuenta lo que diga el paciente?	24	20.9	91	79.1
12	¿La información en el consentimiento informado debe ser en lenguaje claro y sencillo?	113	98.3	2	1.7
13	Una vez firmado el consentimiento informado, ¿tiene posibilidad de negarse, si lo consideras necesario?	61	53.0	54	47.0

Fuente: Base de Datos de Investigación – Paquete Estadístico SPSS.

Objetivo 2: Detallar la percepción sobre el consentimiento informado prequirúrgico en los pacientes del servicio de cirugía del Hospital Antonio Lorena Cusco – 2023

La percepción en general es buena (55.7%) seguida de regular (36.5%); con las siguientes experiencias: firmaron el consentimiento informado después de haber recibido información previa (82.6%); la información que recibieron fueron sobre: la cirugía y alternativas de tratamiento (93.0%), beneficios y éxito de la cirugía (75.7%), riesgos y complicaciones de la cirugía (70.4%), riesgos y posibles complicaciones en caso de no acceder a la intervención (77.4%), la información proporcionada estaba en lenguaje claro y sencillo (86.1%) y decidieron operarse de forma libre y voluntaria (100%); pero a su vez, leyeron el formato de consentimiento informado antes de firmar (21.7%), conocía al cirujano encargado de la operación (26.1%), tuvieron oportunidad de preguntar y aclarar dudas (44.3%) y solo al 7% se le informó sobre la posibilidad de retractarse al firmar el consentimiento informado.

Grafico 3: La percepción sobre el CI prequirúrgico



Fuente: Base de Datos de Investigación – Paquete Estadístico SPSS.

Tabla 6. Ítems de la percepción del consentimiento informado prequirúrgico. Entrevistados (n = 115)

Ítem	Afirmación	De acuerdo		En Desacuerdo	
		f	%	f	%
1	Firmé varios documentos, no sé cuál de ellos habrá sido el consentimiento informado.	18	15.7	97	84.3
2	Solo me solicitaron que firmara el formulario sin ninguna explicación.	22	19.1	93	80.9
3	Firmé el formato de consentimiento informado luego de recibir información.	95	82.6	20	17.4
4	Leí el formato de consentimiento informado antes de firmar.	25	21.7	90	78.3
5	Conocía al médico cirujano responsable de mi operación.	30	26.1	85	73.9
6	Me informaron sobre la cirugía y las alternativas de tratamiento que necesitaba.	107	93.0	8	7.0
7	Me informaron sobre los riesgos y posibles complicaciones de mi cirugía.	81	70.4	34	29.6
8	Me informaron sobre los beneficios y éxito de mi cirugía.	87	75.7	28	24.3
9	Me informaron que podía negarme en cualquier momento a la cirugía, si es que lo consideraba necesario, a pesar de haber autorizado previamente.	8	7.0	107	93.0
10	Me informaron sobre los riesgos y las complicaciones que tendría si no me operaba.	89	77.4	26	22.6
11	Tuve la oportunidad de hacer preguntas y mis dudas fueron aclaradas	51	44.3	64	55.7
12	La información proporcionada estaba en lenguaje claro y sencillo.	99	86.1	16	13.9
13	Decidí operarme de forma libre y voluntaria sin presión alguna del médico.	115	100.0	0	0

Fuente: Fuente: Base de Datos de Investigación – Paquete Estadístico SPSS.

Tabla 7. Nivel de conocimiento sobre el consentimiento informado prequirúrgico según las variables incluidas en el estudio: Total de entrevistados (n = 115)

Variable		Bueno		Regular		Malo	
		f	%	f	%	f	%
Persona entrevistada	Paciente	39	41.9	53	57.0	1	1.1
	Familiar responsable	9	40.9	13	59.1	0	0
Género del entrevistado	Masculino	20	42.6	27	57.4	0	0
	Femenino	28	41.2	39	57.4	1	1.5
Procedencia del entrevistado	Rural	5	26.3	14	73.7	0	0
	Urbano	43	44.8	52	54.2	1	1.0
Grado de instrucción	Sin instrucción	4	100.0	0	0	0	0
	Primaria	7	29.2	17	70.8	0	0
	Secundaria	18	37.5	30	62.5		
	Superior Técnico/ Universitaria	19	48.7	19	48.7	1	2.6
Grupo Etario	Joven	15	48.4	16	51.6	0	0
	Adulto	29	42.6	38	55.9	1	1.5
	Adulto Mayor	4	25.0	12	75.0	0	0
Grupo Étnico	Indígena Andino	26	45.6	31	54.4	0	0
	Mestizo	22	38.6	34	59.6	1	1.8
	Otro (Aymara, Ashaninka, etc.)	0	0	1	100.0	0	0
Nivel Socioeconómico	Nivel E	23	34.8	43	65.2	0	0
	Nivel D	17	54.8	14	45.2	0	0
	Nivel C	4	50.0	4	50.0	0	0
	Nivel B	4	40.0	5	50.0	1	10.0
Tipo de operación	Emergencia	27	45.0	33	55.0	0	0
	Programado	21	38.2	33	60.0	1	1.8
Tipo de personal que solicitó el CI	Médico Especialista	10	50.0	10	50.0	0	0
	Médico Residente	14	42.4	19	57.6	0	0
	Interno de Medicina	15	34.9	27	62.8	1	2.3
	Personal de Enfermería	9	47.4	10	52.6	0	0

Fuente: Base de Datos de Investigación – Paquete Estadístico SPSS.

Tabla 8. Nivel de percepción del consentimiento informado prequirúrgico según las variables incluidas en el estudio: Total de entrevistados (n = 115)

Variable		Bueno		Regular		Malo	
		f	%	f	%	f	%
Persona entrevistada	Paciente	50	53.8	36	38.7	7	7.5
	Familiar	14	63.6	6	27.3	2	9.1
Género del entrevistado	Masculino	24	51.1	17	36.2	6	12.8
	Femenino	40	58.8	25	36.8	3	4.4
Procedencia del entrevistado	Rural	9	47.4	9	47.4	1	5.3
	Urbano	55	57.3	33	34.4	8	8.3
Grado de instrucción	Sin instrucción	1	25.0	2	50.0	1	25.0
	Primaria	13	54.2	9	37.5	2	8.3
	Secundaria	27	56.3	16	33.3	5	10.4
	Superior Técnico/ Universitaria	23	59.0	15	38.5	1	2.6
Grupo Etario	Joven	17	54.8	11	35.5	3	9.7
	Adulto	39	57.4	25	36.8	4	5.9
	Adulto Mayor	8	50.0	6	37.5	2	12.5
Grupo Étnico	Indígena Andino	27	47.4	23	40.4	7	12.3
	Mestizo	37	64.9	18	31.6	2	3.5
	Otro (Aymara, Ashaninka, etc.)	0	0	1	100.0	0	0
Nivel Socioeconómico	Nivel E	34	51.5	25	37.9	7	10.6
	Nivel D	16	51.6	13	41.9	2	6.5
	Nivel C	6	75.0	2	25.0	0	0
	Nivel B	8	80.0	2	20.0	0	0
Tipo de operación	Emergencia	38	63.3	18	30.0	4	6.7
	Programado	26	47.3	24	43.6	5	9.1
Tipo de personal que solicitó el CI	Médico Especialista	14	70.0	5	25.0	1	5.0
	Médico Residente	19	57.6	11	33.3	3	9.1
	Interno de Medicina	25	58.1	16	37.2	2	4.7
	Personal de Enfermería	6	31.6	10	52.6	3	15.8

Fuente: Base de Datos de Investigación – Paquete Estadístico SPSS.

4.1.2 Discusión

El consentimiento informado prequirúrgico, entendida como la conformidad expresada de forma libre y voluntaria de un paciente consciente, sobre su atención quirúrgica, después de haber sido informado adecuadamente sobre su enfermedad y los procedimientos que requiere (18), es un proceso importante en la práctica médica del servicio de cirugía; así mismo conocer el concepto que tienen y la experiencia (percepción) de los pacientes con este proceso, es importante para garantizar una atención de calidad en los servicios de salud; por ello en el presente estudio se planteó describir el nivel de conocimiento y detallar la percepción sobre el consentimiento informado prequirúrgico que tienen los pacientes sometidos a intervención quirúrgica.

4.1.2.1. Sobre las variables incluidas en el estudio

En nuestro estudio se realizó entrevista tanto a pacientes como a familiares responsables de firmar el consentimiento informado debido a que ellos también están involucrados en este proceso, tal es así que se incluyó a 22 (19.1%) familiares responsables. Así mismo, en nuestro estudio se encuentra que la proporción de pacientes y familiares que firman el consentimiento informado es similar (46.1% y 45.2% respectivamente), existiendo también la opción donde firman ambos (8.7%). El consentimiento informado prequirúrgico es solicitado mayormente (66%) por el Interno de Medicina y Médico Residente (37.4% y 28.7% respectivamente), seguido del Médico especialista solo en 17.4%; resultado consistente con lo encontrado por Díaz, confirmándose lo que menciona Revilla. Resultado que no concuerda con lo que se menciona en el artículo 55 del código de Ética y Deontología del colegio Médico del Perú.

4.1.2.2. Sobre el nivel de conocimiento del consentimiento informado prequirúrgico

Se encontró los siguientes resultados: la mayoría reconocen que es un documento médico–legal (91.3%), resultado con porcentaje superior a los encontrados por Arshad, Lemmu, Mbonera y Alazmi; que es importante (87.8%), resultado consistente con lo encontrado por Arshad y Lemmu; así mismo indican que es su derecho (77%) y que puede firmar un familiar (96.5%); resultados consistentes con lo encontrado por Alazmi, Lemmu y Mbonera. Así como se evidencia buen conocimiento en los aspectos antes mencionados, también existen deficiencias en algunos aspectos: una gran mayoría (93%) consideran que es solo una formalidad que exige el hospital, porcentaje muy superior a lo encontrado por Mbonera; el 87.8% creen que es solo para proteger, de las demandas, al hospital y al cirujano, que elimina el derecho a un reclamo o reparación(53%), resultado consistente y con porcentaje superior a los encontrados por Alazmi, Lemmu y Mbonera; buen porcentaje (47%) creen que ya no tienen posibilidad de revocar una vez firmado el consentimiento informado, que es consistente con lo encontrado por Lemmu, Mbonera y Díaz.

Se incluyeron preguntas para determinar si cualquier personal de salud podía solicitarles el consentimiento informado y la mayoría (80%) indicaron que no, que tenía que ser el médico especialista, además el 98% refirieron que la información que proporcionen debería ser en lenguaje claro y sencillo. Un considerable porcentaje 20.9% y 22.6% creen que no se toma en cuenta su opinión y quien decide su operación es el médico respectivamente.

En general el nivel de conocimiento predominantemente fue regular y bueno (57.4% y 41.7% respectivamente); resultado muy diferente a lo encontrado por Mbonera y

Ore, donde predominó el nivel bajo. Todo lo anterior podría deberse a los prejuicios y una falta de información adecuada sobre el consentimiento informado.

4.1.2.3. Sobre el nivel de conocimiento del consentimiento informado prequirúrgico

Se encontró que: la mayoría (82.6%) firmó el consentimiento informado luego de ser informado; información que predominó sobre la cirugía y las alternativas de tratamiento (93%), beneficio y éxito de la cirugía (75.7%), riesgos y posibles complicaciones de la cirugía (70.4% y riesgos y complicaciones en caso de no ser intervenido (77.4%); lo poco que se les informó fue sobre la posibilidad de retractarse (7%); resultados consistentes con lo encontrados por Arshad, Agozzino y Lemmu, así mismo, estudios en nuestro país de Yñigo, Díaz y Huillcahuamán muestran misma tendencia; llama la atención el poco porcentaje de informados sobre la posibilidad de revocatoria, a pesar de que en el formato de consentimiento informado utilizado en el hospital de estudio se especifica que se les informa esa posibilidad (37).

Se incluyeron preguntas sobre si conocían al cirujano responsables de la cirugía, el resultado afirmativo fue que solo en la cuarta parte (26.1%) de los entrevistados, resultado que concuerda con lo encontrado por Lemmu; este porcentaje llama la atención, debido a que en el inciso b del artículo 15.1 de la Ley General de la Salud (Ley 26842) se menciona bien claro que todos los pacientes tienen ese derecho de conocerlos. También se les pregunto sobre si leían o no el formato antes de firmar y se encontró que solo pocos (21.7%) leen, resultado concordante con lo encontrado por Lemmu y Huillcahuamán. Menos de la mitad (44.3%) refirieron haber tenido oportunidad de hacer preguntas y aclarar dudas, resultado inferior a lo encontrado por

Arshad, Rodríguez y Huillcahuamán, esto podría deberse al contexto sociocultural del estudio. El 100% tomó la decisión de operarse de forma libre y voluntaria.

Todo lo anterior resulta en una percepción predominantemente bueno y regular (55.7% y 36.5% respectivamente), resultado que difiere con los encontrados por Yñigo y Huillcahuamán donde predomina una percepción deficiente. Aun que existe una percepción buena en más de la mitad de los entrevistados, aún hay deficiencias en este proceso para garantizar una buena calidad del servicio.

4.1.2.4. Sobre el nivel de conocimiento y percepción del consentimiento informado prequirúrgico según las variables del estudio

El nivel de conocimiento y percepción del consentimiento informado prequirúrgico según algunas variables incluidas en el estudio se pudo encontrar que:

- El nivel de conocimiento no presentó diferencia según la persona entrevistada y el género; mientras que presentan mayor porcentaje en el nivel de conocimiento bueno cuando son de procedencia urbana, grupo étnico indígena de origen andino, grupo etario joven, mayor nivel de instrucción, nivel socioeconómico D, intervenidos por emergencia y los solicitados por el médico especialista.
- La percepción presentó mayores porcentajes buenos cuando el entrevistado fue el familiar responsable, femenino, de procedencia urbana, de mayor nivel de instrucción, del grupo etario adulto, del grupo étnico mestizo, del nivel socioeconómico alto (Nivel B), intervenido de emergencia y cuando el personal que solicitó el consentimiento informado fue el médico especialista.

El estudio proporciona información para mejorar el proceso de consentimiento informado cumpliendo con los requisitos de información adecuada, solicitado por el médico especialista y haciendo participe a los pacientes sobre dicho proceso.

4.2. Conclusiones

Primero: el nivel de conocimiento predominante fue el nivel regular seguido de bueno, pero existen deficiencias en algunos aspectos como: posibilidad de revocatoria y sobre su derecho de autonomía.

Segundo: la percepción es predominantemente bueno seguido de regular; pero existen deficiencias en algunos aspectos como: responsabilidad del paciente de leer, su derecho de conocer al cirujano que lo interviene, la información deficiente respecto a la revocatoria, posibilidad de hacer preguntas y el personal que le solicita.

4.3. Sugerencias

A la Escuela Profesional de Medicina Humana

- Realizar estudios que evalúen los factores que influyen en el conocimiento y percepción del consentimiento informado prequirúrgico (factores sociodemográficos, experiencia previa de cirugías, complejidad de la cirugía, evaluar los formatos de consentimiento informado y su calidad, etc.)
- Se sugiere realizar estudios que evalúen la satisfacción con el proceso de consentimiento informado prequirúrgico en los hospitales de la región.
- Realizar estudios que evalúen la participación de los pacientes en el proceso de consentimiento informado.

Al Hospital Antonio Lorena del Cusco

- Realizar talleres de capacitación para concientizar al personal de salud sobre la importancia y consecuencias de un adecuado proceso de consentimiento informado para garantizar la calidad de servicio en el establecimiento, así como su seguridad tanto para el paciente como para el personal de salud.
- Realizar la promoción de información y concientización de los pacientes para exigir su derecho de ser informado sobre el proceso de consentimiento informado antes de ser intervenidos, a excepción en situaciones de emergencia en donde corre riesgo la vida del paciente.
- Que la solicitud de la firma del consentimiento informado lo realice en lo posible el Médico Especialista en el momento de brindarle información al paciente.
- La información incluya aspectos como posibilidad de revocatoria, que el paciente es quien decide sobre su enfermedad, estos para empoderarlos y sean partícipes del proceso.
- El personal que atiende se presente identificándose ya sean estos Medico, Interno, Residente, etc.; ya que muchos de ellos no identifican claramente al personal que los atiende.
- Que se elabore una guía que detalle la forma correcta de realizar el proceso de consentimiento informado en dicho hospital.

Al Ministerio de Salud (MINS)

- Que elabore una Norma Técnica para la correcta toma de consentimiento informado prequirúrgico, detallando el proceso y los momentos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arshad M, Omar N, Amjad Z, Bashir K, Irfan M, Ullah I. Perceptions and practices regarding the process of obtaining informed consent from surgical patients at a tertiary care hospital. *Ann Med Surg (Lond)*. 2022; 73(103195): p. 103195.
2. Lemmu B, Megersa A, Abebe E, Abebe K. Knowledge and Perception of Ethiopian Surgical Patients to Informed Consent Practice for Surgical Procedures. *PorQuest*. 2020; 13(2020): p. 65 - 70.
3. Agozzino E, Borrelli S, Cancellieri M, Carfora F, Di Lorenzo T, Atena F. ¿El consentimiento informado por escrito informa adecuadamente a los pacientes quirúrgicos? Un estudio transversal. *Ética Médica BMC*. 2019; 1(2019).
4. Mbonera F, Chironda G. The relationship between knowledge and perception of patients regarding informed consent in surgical procedures in Rwanda. *International Journal of Research in Medical Sciences*. 2018; 6(2): p. 408 - 416.
5. Revilla D, Fuentes D. The reality of informed consent at peruvian medical practice: La realidad del consentimiento informado en la práctica médica peruana. *Acta Méd. Peruana*. 2007; 24(3): p. 223-228.
6. Díaz P. Aplicación clínica del consentimiento informado quirúrgico en pacientes hospitalizados en el departamento de cirugía del Hospital Goyeneche enero-febrero 2020 [Tesis - Pregrado]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2020. Acceso 23 de Mayo de 2023. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/10942>.
7. Oré J. Nivel de conocimiento sobre consentimiento informado en pacientes que ingresan a sala de operaciones del Hospital de Apoyo Huanta 2016 [Tesis - Posgrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016. Acceso 24 de Marzo de 2023. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12672/8485>.
8. Huillcahuamán R. Conocimiento y calidad sobre el formato quirúrgico de consentimiento informado en pacientes del servicio de cirugía general, Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco, 2018 [Tesis - Pregrado]. Cusco: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco. Facultad de Ciencias de la Salud; 2018. Acceso 28 de Marzo de 2023. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12918/4878>.
9. Alazmi S. Patients' perception of informed consent for surgical operations in Kuwait. *Journal of High Institute of Public Health*. 2018; 48(2): p. 92 - 96.

- 10 Rodríguez ,JE; Tabernero, MJ; Rodríguez, MS. Estudio descriptivo sobre la aplicación del consentimiento informado en centros sanitarios de Galicia (España). Cuadernos de Bioética. 2018; 29(95): p. 69 - 79.
- 11 RR Y. Nivel de conocimiento de los pacientes pre quirúrgicos, sobre el consentimiento informado en el servicio de cirugía adultos del hospital sub regional de Andahuaylas de mayo a julio - 2022 [Tesis - Postgrado]. Lima: Universidad Nacional de Callao; 2022. Acceso 27 de Agosto de 2023. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12952/7788>.
- 12 The World Medical Association (WMA). Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Online].; 2017. Acceso 02 de Marzo de 2023. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>.
- 13 Ryan K, Brady J, Cooke R, Height D, Jonsen A, King P, et al. Informe Belmont. Principios éticos y directrices para la protección de sujetos humanos de investigación. [Online].; 1974. Acceso 10 de Julio de 2023. Disponible en: http://ori.hhs.gov/education/products/mass_cphs/training_staff/RCRspan/RCR_BelmontReport.htm.
- 14 Organización Panamericana de la Salud (OPS). Códigos internacionales de ética de la investigación : Código de Nuremberg. [Online].Acceso 10 de Julio de 2023. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/16806>.
- 15 Ministerio de Salud (MINSa). Resolución Ministerial N.º 233-2020-MINSa. [Online].; 2020. Acceso 18 de Agosto de 2023. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/662949/RM_233-2020-MINSa_Y_ANEXOS.PDF?v=1588082657.
- 16 Rodríguez J, Oteo L. La relación médico-paciente y los valores de la profesión médica. En Cerame del Campo Á, Expósito V, García M, Martínez P, Rodríguez J. Manual de la Relación Médico Paciente. España: Foro de la Profesión Médica; 2019. p. 153 - 163.
- 17 Pasión Por El Derecho. Ley General de Salud (Ley 26842) [actualizada 2022]. [Online].; 2021. Acceso 05 de Marzo de 2023. Disponible en: <https://lpderecho.pe/ley-general-salud-ley-26842/>.
- 18 Ministerio de Salud (MINSa). Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”: NTS N° 139-MINSa/2018/DGAIN. [Online].; 2018. Acceso 04 de Marzo de 2023. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSa/4379.pdf>.
- 19 Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos.

- [Online].; 2006. Acceso 18 de Marzo de 2023. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa.
- 20 Borrelli F, Hernández J. La comunicación clínica y la relación médico-paciente. En Cerame del Campo Á, Expósito V, García M, Martínez P, Rodríguez J. Manual de la Relación Médico Paciente. España: Foro de la Profesión Médica; 2019. p. 217 - 229.
- 21 Álvarez del Río A. Consentimiento Informado. En Tanur Tatz B, Córdova Pluma VH, Escarela Serrano M, Cedillo Pérez MdC. Bioética en medicina. Actualidades y futuro.: Editorial Alfíl, S. A. de C. V.; 2008.
- 22 Asociación Médica Mundial (AMM). Manual de ética Médica. 3rd ed. Médica FdIP, editor. Reino Unido; 2015.
- 23 Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD). Acuerdan establecer precedente administrativo de observancia obligatoria sobre el registro del consentimiento informado en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS. [Online].; 2018..
- 24 Sánchez Gonzáles MÁ. Bioetica en ciencias de la salud Barcelona: ElSevier España, S.L.; 2013.
- 25 Colegio Médico del Perú (CMP). Código de Ética y Deontología. [Online]. Lima; 2007. Acceso 18 de Marzo de 2023. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12971/25>.
- 26 Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Calidad en Salud. Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo R.M. N° 527-2011/MINSA. [Online]. Lima; 2012. Acceso 08 de Mayo de 2023. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/321674-guia-tecnica-para-la-evaluacion-de-la-satisfaccion-del-usuario-externo-en-los-establecimientos-y-servicios-medicos-de-apoyo-r-m-n-527-2011-minsa>.
- 27 Clinica Universidad de Navarra. Diccionario médico: Diagnóstico. [Online] Acceso 04 de Mayo de 2023. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/diagnostico>.
- 28 Asociación Entrerriana de Anestesiología, Analgesia y Reanimación. Cirugía electiva, de urgencia y de emergencia: diferencias. [Online]; 2019. Acceso 16 de Abril de 2023. Disponible en: <http://www.anestesiaentrerios.org.ar/cirugias-electivas-de-urgencias-y-de-emergencias-diferencias/>.

- 29 Real Academia Española. Diccionario de la lengua española, 23.^a ed. [versión 23.6 en línea]. [Online] Acceso 03 de Mayo de 2023. Disponible en: <https://dle.rae.es/edad?m=form>.
- 30 Real Academia Española. Diccionario de la lengua española, 23.^a ed. [versión 23.6 en línea]. [Online] Acceso 03 de Mayo de 2023. Disponible en: <https://dle.rae.es/g%C3%A9nero?m=form>.
- 31 Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas. [Online].; 2017. Acceso 25 de Mayo de 2023. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1711/cap07.pdf.
- 32 Euskal Estatistika Erakundea Instituto Vasco de Estadística. Nivel de Instrucción. [Online] Acceso 03 de Mayo de 2023. Disponible en: https://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_303/elem_11188/definicion.html.
- 33 Romero O, Romero F. Evaluación del nivel socioeconómico: presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque. Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. 2013; 6(1): p. 41 - 45.
- 34 Dirección Regional de Salud Cusco: Dirección de Estadística e Informática. Hospital Antonio Lorena: Intervenciones Quirúrgicas año 2022..
- 35 Asociación Peruana de Empresas de Inteligencia de Mercados (APEIM). Informe Nivel Socioeconómico 2021. [Online].; 2021. Acceso 20 de Julio de 2023. Disponible en: http://apeim.com.pe/wp-content/uploads/2022/08/2021-APEIM-NSE-Presentacion_Comite-Vfinal2.pdf.
- 36 Nieto R. Instrumentos de recolección de datos en ciencias sociales y ciencias biomédicas.: Universidad de los Andes; 2012.
- 37 Hospital Antonio Lorena. Formato de Consentimiento Informado Prequirúrgico..

ANEXOS:

ANEXO 1.- Matriz de consistencia

“CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PRE-QUIRÚRGICO EN PACIENTES DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA CUSCO - 2023”

PROBLEMA	OBJETIVO	VARIABLES	METODOLOGÍA	POBLACIÓN Y MUESTRA	RECOLECCION Y PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS
<p style="text-align: center;"><u>Problemas Generales</u></p> <p>PG1. ¿Cuál es el nivel de conocimiento y percepción del consentimiento informado prequirúrgico en los pacientes del servicio de cirugía del Hospital Antonio Lorena Cusco - 2023?</p>	<p style="text-align: center;"><u>Objetivos Generales</u></p> <p>OG1. Determinar el nivel de conocimiento y percepción del consentimiento informado prequirúrgico en los pacientes del servicio de cirugía del Hospital Antonio Lorena Cusco – 2023.</p>	<p style="text-align: center;"><u>Variables de estudio</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Percepción del consentimiento informado pre-quirúrgico. <input type="checkbox"/> Nivel de Conocimiento del consentimiento informado pre-quirúrgico. 	<p style="text-align: center;"><u>Tipo de estudio</u></p> <p style="text-align: center;">Cuantitativo</p>	<p style="text-align: center;"><u>Población</u></p> <p>Todos los pacientes postoperados del servicio de hospitalización de cirugía general del Hospital Antonio Lorena durante el periodo de estudio (2 meses). En el servicio de cirugía general se intervienen un aproximado de 80 pacientes por mes, considerando un universo de 160 intervenciones durante el periodo de estudio.</p>	<p style="text-align: center;"><u>Recolección de datos</u></p> <p>A través de un cuestionario estructurado y validado por expertos. Cuestionario que consta de cinco secciones:</p> <p>Sección A: aspectos sociodemográficos.</p> <p>Sección B: para determinar el Nivel socioeconómico por puntuaciones obtenidas. La puntuación mínima es de 2 y la máxima de 9. Nivel E: puntuación de 2 a 4, Nivel D: puntuación de 5, Nivel C: puntuación de 6, Nivel B: puntuación de 7 a 8 y Nivel A: puntuación de 9.</p> <p>Sección C: Características relacionadas al consentimiento informado (diagnóstico preoperatorio, tipo de cirugía y personal que solicitó el consentimiento informado).</p> <p>La sección D: Consta de 13 preguntas que evaluará el nivel de conocimiento del paciente con respuestas Sí/No. La puntuación mínima será de 13 y la máxima de 26. El nivel de conocimiento será: Bueno de 23 a 26, Regular de 18 a 22 y Malo de 13 a 17.</p>

PROBLEMA	OBJETIVO	VARIABLES	METODOLOGÍA	POBLACIÓN Y MUESTRA	RECOLECCION Y PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS
<p><u>Problemas Específicos</u></p> <p>PE1. ¿Cuál es el nivel de conocimiento del consentimiento informado prequirúrgico en los pacientes del servicio de cirugía del Hospital Antonio Lorena Cusco - 2023?</p>	<p><u>Objetivos Específicos</u></p> <p>OE1. Describir el conocimiento del consentimiento informado prequirúrgico en los pacientes del servicio de cirugía del Hospital Antonio Lorena Cusco – 2023.</p>	<p><u>Variables sociodemográficas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Edad. <input type="checkbox"/> Género. <input type="checkbox"/> Procedencia. <input type="checkbox"/> Condición étnica. <input type="checkbox"/> Grado de instrucción. <input type="checkbox"/> Nivel socioeconómico <p><u>Variables relacionadas al consentimiento informado</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Diagnóstico preoperatorio <input type="checkbox"/> Tipo de cirugía. <input type="checkbox"/> Tipo de personal encargado de solicitar el consentimiento informado. 	<p><u>Diseño</u></p> <p>Observacional, transversal y descriptivo</p>	<p><u>Muestra</u></p> <p>Muestreo probabilístico simple, a través del programa Decision Analyst STATS 2.0,</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tamaño del universo: 160 <input type="checkbox"/> Error máximo aceptable: 5% <input type="checkbox"/> Porcentaje estimado de la muestra: 50% <input type="checkbox"/> Nivel deseado de confianza: 95% <p>Encontrándose un tamaño total de la muestra de 113 pacientes.</p>	<p>La sección E: Consta de 13 afirmaciones que evaluarán la percepción con respuestas De acuerdo / En desacuerdo.</p> <p>La puntuación mínima será de 13 y la máxima de 26. La percepción sobre el consentimiento informado será según el puntaje alcanzado, siendo esta: Bueno de 23 a 26, Regular de 18 a 22 y Malo de 13 a 17.</p> <p><u>Plan de análisis</u></p> <p>Se ingresaron los datos con información completa a IBM SPSS Statistics para su análisis. Se realizó análisis descriptivo con distribución de frecuencias y sus respectivos gráficos.</p>
<p>PE2. ¿Cuál es la percepción del consentimiento informado prequirúrgico en los pacientes del servicio de cirugía del Hospital Antonio Lorena Cusco - 2023?</p>	<p>OE2. Detallar la percepción del consentimiento informado prequirúrgico en los pacientes del servicio de cirugía del Hospital Antonio Lorena Cusco – 2023.</p>				

ANEXO 2.- Consentimiento informado



Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



“CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PRE-QUIRÚRGICO EN PACIENTES DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA CUSCO - 2023”

Estimado señor(a), estoy realizando un estudio para tesis profesional sobre la el conocimiento y percepción del consentimiento informado pre-quirúrgico, para lo cual necesito conocer su opinión. Mi objetivo es: Determinar el nivel de conocimiento y percepción del consentimiento informado en pacientes del servicio de cirugía general del Hospital Antonio Lorena - 2023.

Quisiera pedirle su colaboración para que pueda contestar las preguntas del siguiente cuestionario, no le tomará mucho tiempo. Sus respuestas serán anónimas, confidenciales y netamente usadas solo para el estudio.

Su aceptación es totalmente de participar es libre, también tiene la total libertad de retirarse en cualquier momento sin ninguna represalia ni desventaja en su atención.

¿Acepta Ud. participar en el estudio?

.....
Firma del participante

Por favor, sírvase contestar todas las preguntas con la sinceridad total posible.

Le agradezco su participación.....Muchas gracias!!!

ANEXO 3.- Instrumento de investigación

Cuestionario: conocimiento y percepción del consentimiento informado

Objetivo del cuestionario: medir el nivel de conocimiento y percepción del consentimiento informado prequirúrgico de los pacientes sometidos a intervención quirúrgica.

Instrucción:

- ✚ Lea cuidadosamente los enunciados y opciones en cada uno de los ítems.
- ✚ Llene los espacios que sean necesarios.
- ✚ Marque con una “X” sobre el de la opción o alternativa que considere más apropiada.
- ✚ Marque solo una opción en cada ítem.

¿Quién firmo el consentimiento informado?	<input type="checkbox"/> = Paciente	<input type="checkbox"/> = Familiar
---	-------------------------------------	-------------------------------------

I. Sección A: Aspecto sociodemográfico:

1	¿Cuál es su edad?: _____ años.		
2	¿Con cuál género se identifica?	<input type="checkbox"/> = Masculino	<input type="checkbox"/> = Femenino
3	¿Cuál es su procedencia?	<input type="checkbox"/> = Rural	<input type="checkbox"/> = Urbano
4	¿Cuál fue su lengua materna o idioma con la que aprendió a hablar?		
	<input type="checkbox"/> = Quechua	<input type="checkbox"/> = Castellano	<input type="checkbox"/> = Otro _____

II. Sección B: Aspecto socioeconómico:

1	¿Cuál es su grado de estudios?		
	<input type="checkbox"/> = Sin instrucción	<input type="checkbox"/> = Secundaria	<input type="checkbox"/> = Postgrado(doctorado, maestría)
	<input type="checkbox"/> = Primaria	<input type="checkbox"/> = Superior Técnico/Universitaria.	
2	¿Cuál de las siguientes categorías se aproxima más a su ingreso mensual de su hogar?		
	<input type="checkbox"/> = Menos de 1500 soles/mes aprox.	<input type="checkbox"/> = De 2501 – 3500 soles/mes aprox.	
	<input type="checkbox"/> = De 1500 – 2500 soles/mes aprox.	<input type="checkbox"/> = Más de 3500 soles/mes aprox.	

III. Sección C: Características clínicas del paciente.

1	¿Cuál fue su diagnóstico para operarse?: _____.
---	---

2	¿Cómo le operaron?	<input type="checkbox"/> = Emergencia	<input type="checkbox"/> = Programado		
3	¿Quién le solicitó el consentimiento informado?	<input type="checkbox"/> = Médico Especialista	<input type="checkbox"/> = Médico Residente	<input type="checkbox"/> = Interno de Medicina.	<input type="checkbox"/> = Personal de Enfermería.

IV. Sección D: Conocimiento sobre el consentimiento informado.

N°	Preguntas	Respuestas	
1	¿El formulario de consentimiento informado es solo una formalidad que exige el hospital?	<input type="checkbox"/> = Sí	<input type="checkbox"/> = No
2	¿El formulario de consentimiento informado es un documento médico – legal?	<input type="checkbox"/> = Sí	<input type="checkbox"/> = No
3	¿El formulario de consentimiento informado elimina el derecho a un reclamo y reparación?	<input type="checkbox"/> = Sí	<input type="checkbox"/> = No
4	¿El formulario de consentimiento informado solo es para proteger, de la demandas, al hospital y al cirujano?	<input type="checkbox"/> = Sí	<input type="checkbox"/> = No
5	¿El consentimiento informado es un derechos del paciente, para que se le informe?	<input type="checkbox"/> = Sí	<input type="checkbox"/> = No
6	¿El consentimiento informado es para que el paciente decida sobre tratamientos de su enfermedad, después de una adecuada información?	<input type="checkbox"/> = Sí	<input type="checkbox"/> = No
7	¿El consentimiento informado es importante antes de someterse a una cirugía?	<input type="checkbox"/> = Sí	<input type="checkbox"/> = No
8	¿El consentimiento informado lo puede tomar cualquier personal de salud?	<input type="checkbox"/> = Sí	<input type="checkbox"/> = No
9	Si no puede firmar el formulario de consentimiento, ¿su familiar puede firmar en su nombre?	<input type="checkbox"/> = Sí	<input type="checkbox"/> = No
10	Una vez informado sobre la enfermedad y tratamientos ¿es el médico quien decide la operación?	<input type="checkbox"/> = Sí	<input type="checkbox"/> = No
11	En un consentimiento informado, ¿no se toma en cuenta lo que diga el paciente?	<input type="checkbox"/> = Sí	<input type="checkbox"/> = No
12	¿La información en el consentimiento informado debe ser en lenguaje claro y sencillo?	<input type="checkbox"/> = Sí	<input type="checkbox"/> = No
13	Una vez firmado el consentimiento informado, ¿tiene posibilidad de negarse, si lo consideras necesario?	<input type="checkbox"/> = Sí	<input type="checkbox"/> = No

V. Sección E: Percepción sobre el consentimiento informado.

Responda según su experiencia con el proceso de consentimiento informado realizado en el hospital.

N°	Afirmaciones	
1	Firmé varios documentos, no sé cuál de ellos habrá sido el consentimiento informado.	<input type="checkbox"/> = De acuerdo <input type="checkbox"/> = En desacuerdo
2	Solo me solicitaron que firmara el formulario sin ninguna explicación.	<input type="checkbox"/> = De acuerdo <input type="checkbox"/> = En desacuerdo
3	Firmé el formato de consentimiento informado luego de recibir información.	<input type="checkbox"/> = De acuerdo <input type="checkbox"/> = En desacuerdo
4	Leí el formato de consentimiento informado antes de firmar.	<input type="checkbox"/> = De acuerdo <input type="checkbox"/> = En desacuerdo
5	Conocía al médico cirujano responsable de mi operación.	<input type="checkbox"/> = De acuerdo <input type="checkbox"/> = En desacuerdo
6	Me informaron sobre la cirugía y las alternativas de tratamiento de que necesitaba.	<input type="checkbox"/> = De acuerdo <input type="checkbox"/> = En desacuerdo
7	Me informaron sobre los riesgos y posibles complicaciones de mi cirugía.	<input type="checkbox"/> = De acuerdo <input type="checkbox"/> = En desacuerdo
8	Me informaron sobre los beneficios y éxito de mi cirugía.	<input type="checkbox"/> = De acuerdo <input type="checkbox"/> = En desacuerdo
9	Me informaron que podía negarme en cualquier momento a la cirugía, si es que lo consideraba necesario, a pesar de haber autorizado previamente.	<input type="checkbox"/> = De acuerdo <input type="checkbox"/> = En desacuerdo
10	Me informaron sobre los riesgos y las complicaciones que tendría si no me operaba.	<input type="checkbox"/> = De acuerdo <input type="checkbox"/> = En desacuerdo
11	Tuve la oportunidad de hacer preguntas y mis dudas fueron aclaradas.	<input type="checkbox"/> = De acuerdo <input type="checkbox"/> = En desacuerdo
12	La información proporcionada estaba en lenguaje claro y sencillo.	<input type="checkbox"/> = De acuerdo <input type="checkbox"/> = En desacuerdo
13	Decidí operarme de forma libre y voluntaria sin presión alguna del médico.	<input type="checkbox"/> = De acuerdo <input type="checkbox"/> = En desacuerdo

!!!Gracias por su gentil colaboración.....!!!

ANEXO 4.- Validación del Cuestionario



Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



El presente documento, tiene como objetivo recoger información útil de personas especializadas acerca del tema:

“CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PRE-QUIRÚRGICO EN PACIENTES DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA CUSCO - 2023”; para la validez, construcción y confiabilidad del instrumento de recolección de datos para el estudio.

Nombre del Experto:

Especialidad:

Investigador: Bach. Carbajal Estrada, Nilton

Problemas generales de la investigación

1. ¿Cuál es el nivel de conocimiento y percepción del consentimiento informado prequirúrgico en los pacientes del servicio de cirugía del Hospital Antonio Lorena Cusco - 2023?

Problemas específicos de la investigación

1. ¿Cuál es el nivel de conocimiento del consentimiento informado prequirúrgico en los pacientes del servicio de cirugía del Hospital Antonio Lorena Cusco - 2023?
2. ¿Cuál es la percepción del consentimiento informado prequirúrgico en los pacientes del servicio de cirugía del Hospital Antonio Lorena Cusco - 2023?

Objetivos generales de la investigación

1. Determinar el nivel de conocimiento y percepción del consentimiento informado prequirúrgico en los pacientes del servicio de cirugía del Hospital Antonio Lorena Cusco – 2023.

Objetivos específicos de la investigación

1. Describir el nivel de conocimiento del consentimiento informado prequirúrgico en los pacientes del servicio de cirugía del Hospital Antonio Lorena Cusco – 2023.

2. Detallar la percepción del consentimiento informado prequirúrgico en los pacientes del servicio de cirugía del Hospital Antonio Lorena Cusco – 2023.

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO MEDIANTE

EL CRITERIO DE EXPERTOS Y METODO DE DISTANCIA DEL PUNTO MEDIO

INSTRUCCIONES

1. Para la validación del cuestionario se plantearon 10 interrogantes, las que serán acompañadas con una escala de estimación con el siguiente significado: **1 = Inaceptable, 2 = Deficiente, 3 = Regular, 4 = Bueno y 5 = Excelente.**
2. Marque con un aspa (X) sobre el número en la escala de valoración que figurará inmediatamente después de cada interrogante según la opinión que le merezca el instrumento de investigación.

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO

N°	Preguntas	Escala				
		1	2	3	4	5
1	¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento, miden lo que pretenden medir?	1	2	3	4	5
2	¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en este cuestionario son suficiente para tener comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3	¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1	2	3	4	5
4	¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?	1	2	3	4	5
5	¿Considera Ud. que, los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	5
6	¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
7	¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugares a diversas interpretaciones?	1	2	3	4	5
8	¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9	¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?	1	2	3	4	5
10	¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?					

.....

Firma de experto

Validez de contenido del instrumento por Juicio de Expertos

Para la validación se solicitó a 5 expertos que evaluaron el cuestionario con 9 ítems de preguntas. Posteriormente se realizó el cálculo del **Coficiente de Validez de Contenido (CVC_T)**, a través de la relación proporcional entre la estimación de la valoración obtenida (M_x) entre los jueces, y la valoración máxima (óptima) posible (V_{max}) (36).

$$CVC_T = \frac{\sum CVC_i}{N} \quad ; \quad CVC_i = \frac{\sum M_x}{V_{max}} - \left(\frac{1}{J}\right)^J \quad ; \quad M_x = X_i/J$$

Donde:

- **CVC_T**: coeficiente de validez de contenido total
- **CVC_i**: coeficiente de validez de cada ítem
- **N**: número total de ítems
- **X_i**: puntaje asignado por cada experto
- **J**: número de expertos
- **M_x**: promedio de los puntajes asignados por cada juez a cada ítem
- **V_{max}**: valor máximo de la escala utilizada
- $\left(\frac{1}{J}\right)^J$: probabilidad de error (P_e)

Cuadro para la interpretación a través del coeficiente de validez de contenido.

	Coeficiente de Validez de Contenido (CVC _T)	Validez y Concordancia
a)	$(CVC_T) < 0.60$	Inaceptables
b)	$0.60 \leq (CVC_T) \leq 0.70$	Deficientes
c)	$0.70 < (CVC_T) \leq 0.80$	Aceptables
d)	$0.80 < (CVC_T) \leq 0.90$	Buenas
e)	$0.90 < (CVC_T)$	Excelentes

Fuente: Nieto R. Instrumentos de recolección de datos en ciencias sociales y ciencias biomédicas. Universidad de los Andes; 2012

El cálculo se realizó en la plataforma Excel 2016.

Ítem	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Vmax	J	N	Mx1	Mx2	Mx3	Mx4	Mx5	Σmxi	Σmxi/Vmax	Pe	CVi=(Σmxi/Vmax)-Pe	CVCi/N
1	5	4	5	5	5	5	5	9	1	0.8	1	1	1	4.8	0.96	0.00032	0.95968	0.106631111
2	5	5	4	5	5	5	5	9	1	1	0.8	1	1	4.8	0.96	0.00032	0.95968	0.106631111
3	4	5	5	5	4	5	5	9	0.8	1	1	1	0.8	4.6	0.92	0.00032	0.91968	0.102186667
4	5	5	5	5	5	5	5	9	1	1	1	1	1	5	1	0.00032	0.99968	0.111075556
5	4	4	5	4	5	5	5	9	0.8	0.8	1	0.8	1	4.4	0.88	0.00032	0.87968	0.097742222
6	4	5	4	5	5	5	5	9	0.8	1	0.8	1	1	4.6	0.92	0.00032	0.91968	0.102186667
7	5	4	5	4	4	5	5	9	1	0.8	1	0.8	0.8	4.4	0.88	0.00032	0.87968	0.097742222
8	5	4	5	5	5	5	5	9	1	0.8	1	1	1	4.8	0.96	0.00032	0.95968	0.106631111
9	4	5	4	5	5	5	5	9	0.8	1	0.8	1	1	4.6	0.92	0.00032	0.91968	0.102186667
																	CVC(T)=	0.933013333

Fuente: elaboración propia.

Interpretación: El coeficiente de validez de contenido fue de **0.93, (EXELENTE)**.

EXPERTO 1

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS Y METODO DE DISTANCIA DEL PUNTO MEDIO

INSTRUCCIONES

1. Para la validación del cuestionario se plantearon 10 interrogantes, las que serán acompañadas con una escala de estimación con el siguiente significado: 1 = Inaceptable, 2 = Deficiente, 3 = Regular, 4 = Bueno y 5 = Excelente
2. Marque con un aspa (X) sobre el número en la escala de valoración que figurará inmediatamente después de cada interrogante según la opinión que le merezca el instrumento de investigación.

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA

N°	Preguntas	Escala				
1	¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento, miden lo que pretenden medir?	1	2	3	4	5
2	¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en este cuestionario son suficiente para tener comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3	¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1	2	3	4	5
4	¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?	1	2	3	4	5
5	¿Considera Ud. que, los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	5
6	¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
7	¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugares a diversas interpretaciones?	1	2	3	4	5
8	¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9	¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?	1	2	3	4	5
10	¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?					


 Dr. Roberto Hermeza Girujano
 CIRUJANO
 C.M.P. 30597
 R.N.E. 14597
Firma de experto

EXPERTO 2

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS Y METODO DE DISTANCIA DEL PUNTO MEDIO

INSTRUCCIONES

1. Para la validación del cuestionario se plantearon 10 interrogantes, las que serán acompañadas con una escala de estimación con el siguiente significado: 1 = Inaceptable, 2 = Deficiente, 3 = Regular, 4 = Bueno y 5 = Excelente
2. Marque con un aspa (X) sobre el número en la escala de valoración que figurará inmediatamente después de cada interrogante según la opinión que le merezca el instrumento de investigación.

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA

N°	Preguntas	Escala				
		1	2	3	4	5
1	¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento, miden lo que pretenden medir?				X	
2	¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en este cuestionario son suficiente para tener comprensión de la materia de estudio?				X	
3	¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?				X	
4	¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?				X	
5	¿Considera Ud. que, los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?				X	
6	¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?				X	
7	¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugares a diversas interpretaciones?				X	
8	¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?				X	
9	¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?				X	
10	¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?					


HÉCTOR VILLAGRÁN ZEBALPA
 Médico Especialista en Cirugía
 RMP 42380 RNE 2025
 Firma de experto

EXPERTO 3

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS Y METODO DE DISTANCIA DEL PUNTO MEDIO

INSTRUCCIONES

1. Para la validación del cuestionario se plantearon 10 interrogantes, las que serán acompañadas con una escala de estimación con el siguiente significado: 1 = Inaceptable, 2 = Deficiente, 3 = Regular, 4 = Bueno y 5 = Excelente
2. Marque con un aspa (X) sobre el número en la escala de valoración que figurará inmediatamente después de cada interrogante según la opinión que le merezca el instrumento de investigación.

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA

N°	Preguntas	Escala				
1	¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento, miden lo que pretenden medir?	1	2	3	4	5
2	¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en este cuestionario son suficiente para tener comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3	¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1	2	3	4	5
4	¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?	1	2	3	4	5
5	¿Considera Ud. que, los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	5
6	¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
7	¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugares a diversas interpretaciones?	1	2	3	4	5
8	¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9	¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?	1	2	3	4	5
10	¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?					

HOSPITAL REGIONAL DE CUSCO
DR. ADOLFO VILLA FAFAN
CIRUJANO GENERAL
LEP. 3000 INGE 21804

.....
Firma de experto

EXPERTO 4

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS Y METODO DE DISTANCIA DEL PUNTO MEDIO

INSTRUCCIONES

1. Para la validación del cuestionario se plantearon 10 interrogantes, las que serán acompañadas con una escala de estimación con el siguiente significado: 1 = Inaceptable, 2 = Deficiente, 3 = Regular, 4 = Bueno y 5 = Excelente
2. Marque con un aspa (X) sobre el número en la escala de valoración que figurará inmediatamente después de cada interrogante según la opinión que le merezca el instrumento de investigación.

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA

N°	Preguntas	Escala				
1	¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento, miden lo que pretenden medir?	1	2	3	4	5
2	¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en este cuestionario son suficiente para tener comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3	¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1	2	3	4	5
4	¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?	1	2	3	4	5
5	¿Considera Ud. que, los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	5
6	¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
7	¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugares a diversas interpretaciones?	1	2	3	4	5
8	¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9	¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?	1	2	3	4	5
10	¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?					

Arnaldo Peñaiva Saji

MEDICINA INTERNA
C.M.P. 2070 - D.N.E. 30377

Firma de experto

EXPERTO 5

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS Y METODO DE DISTANCIA DEL PUNTO MEDIO

INSTRUCCIONES

1. Para la validación del cuestionario se plantearon 10 interrogantes, las que serán acompañadas con una escala de estimación con el siguiente significado: 1 = Inaceptable, 2 = Deficiente, 3 = Regular, 4 = Bueno y 5 = Excelente
2. Marque con un aspa (X) sobre el número en la escala de valoración que figurará inmediatamente después de cada interrogante según la opinión que le merezca el instrumento de investigación.

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA

N°	Preguntas	Escala				
1	¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento, miden lo que pretenden medir?	1	2	3	4	5
2	¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en este cuestionario son suficiente para tener comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3	¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1	2	3	4	5
4	¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?	1	2	3	4	5
5	¿Considera Ud. que, los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	5
6	¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
7	¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugares a diversas interpretaciones?	1	2	3	4	5
8	¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9	¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?	1	2	3	4	5
10	¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?					


MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL ANTONIO LORENA
 Dr. G. Parr Ciller
Firma de experto
 EMP: 66544 RNE: 36698

ANEXO 5.- Codificación del cuestionario para análisis

Cuestionario: conocimiento y percepción del consentimiento informado

I. Sección A: Aspecto sociodemográfico:

1	¿Cuál es su edad?: _____ años.		
2	¿Con cuál género se identifica?	<input type="checkbox"/> = Masculino	<input type="checkbox"/> = Femenino
3	¿Cuál es su procedencia?	<input type="checkbox"/> = Rural	<input type="checkbox"/> = Urbano
4	¿Cuál fue su lengua materna o idioma con la que aprendió a hablar?		
	<input type="checkbox"/> = Quechua	<input type="checkbox"/> = Castellano	<input type="checkbox"/> = Otro _____

II. Sección B: Aspecto socioeconómico:

1	¿Cuál es su grado de estudios?		
	<input type="checkbox"/> = Sin instrucción	<input type="checkbox"/> = Secundaria	<input type="checkbox"/> = Postgrado (doctorado, maestría)
	<input type="checkbox"/> = Primaria	<input type="checkbox"/> = Superior Técnico/Universitaria.	
2	¿Cuál de las siguientes categorías se aproxima más a su ingreso mensual de su hogar?		
	<input type="checkbox"/> = Menos de 1000 soles/mes aprox.	<input type="checkbox"/> = De 2001 – 3000 soles/mes aprox.	
	<input type="checkbox"/> = De 1000 – 2000 soles/mes aprox.	<input type="checkbox"/> = Más de 3000 soles/mes aprox.	

III. Sección C: Características clínicas del paciente.

1	¿Cuál fue su diagnóstico para operarse?: _____.			
2	¿Cómo le operaron?	<input type="checkbox"/> = Emergencia	<input type="checkbox"/> = Programado	
3	¿Quién le solicitó el consentimiento informado?	<input type="checkbox"/> = Médico Especialista	<input type="checkbox"/> = Médico Residente	<input type="checkbox"/> = Interno de Medicina.
				<input type="checkbox"/> = Personal de Enfermería.

IV. Sección D: Conocimiento sobre el consentimiento informado.

N°	Preguntas	Respuestas	
1	¿El formulario de consentimiento informado es solo una formalidad que exige el hospital?	<input type="checkbox"/> = Sí	<input type="checkbox"/> = No
2	¿El formulario de consentimiento informado es un documento médico – legal?	<input type="checkbox"/> = Sí	<input type="checkbox"/> = No

3	¿El formulario de consentimiento informado elimina el derecho a un reclamo y reparación?	<input type="checkbox"/> = Sí	<input type="checkbox"/> = No
4	¿El formulario de consentimiento informado solo es para proteger, de la demandas, al hospital y al cirujano?	<input type="checkbox"/> = Sí	<input type="checkbox"/> = No
5	¿El consentimiento informado es un derechos del paciente, para que se le informe?	<input type="checkbox"/> = Sí	<input type="checkbox"/> = No
6	¿El consentimiento informado es para que el paciente decida sobre tratamientos de su enfermedad, después de una adecuada información?	<input type="checkbox"/> = Sí	<input type="checkbox"/> = No
7	¿El consentimiento informado es importante antes de someterse a una cirugía?	<input type="checkbox"/> = Sí	<input type="checkbox"/> = No
8	¿El consentimiento informado lo puede tomar cualquier personal de salud?	<input type="checkbox"/> = Sí	<input type="checkbox"/> = No
9	Si no puede firmar el formulario de consentimiento, ¿su familiar puede firmar en su nombre?	<input type="checkbox"/> = Sí	<input type="checkbox"/> = No
10	Una vez informado sobre la enfermedad y tratamientos ¿el médico es quien decide la operación?	<input type="checkbox"/> = Sí	<input type="checkbox"/> = No
11	En un consentimiento informado, ¿no se toma en cuenta lo que diga el paciente?	<input type="checkbox"/> = Sí	<input type="checkbox"/> = No
12	¿La información en el consentimiento informado debe ser en lenguaje claro y sencillo?	<input type="checkbox"/> = Sí	<input type="checkbox"/> = No
13	Una vez firmado el consentimiento informado, ¿tiene posibilidad de negarse, si lo consideras necesario?	<input type="checkbox"/> = Sí	<input type="checkbox"/> = No

V. Sección E: Percepción sobre el consentimiento informado.

Responda según su experiencia con el proceso de consentimiento informado realizado en el hospital.

N°	Afirmaciones	
1	Firmé varios documentos, no sé cuál de ellos habrá sido el consentimiento informado.	<input type="checkbox"/> = De acuerdo <input type="checkbox"/> = En desacuerdo
2	Solo me solicitaron que firmara el formulario sin ninguna explicación.	<input type="checkbox"/> = De acuerdo <input type="checkbox"/> = En desacuerdo
3	Firmé el formato de consentimiento informado luego de recibir información.	<input type="checkbox"/> = De acuerdo <input type="checkbox"/> = En desacuerdo
4	Leí el formato de consentimiento informado antes de firmar.	<input type="checkbox"/> = De acuerdo <input type="checkbox"/> = En desacuerdo
5	Conocía al médico cirujano responsable de mi operación.	<input type="checkbox"/> = De acuerdo

		<input type="checkbox"/> 1 = En desacuerdo
6	Me informaron sobre la cirugía y las alternativas de tratamiento de que necesitaba.	<input type="checkbox"/> 2 = De acuerdo <input type="checkbox"/> 1 = En desacuerdo
7	Me informaron sobre los riesgos y posibles complicaciones de mi cirugía.	<input type="checkbox"/> 2 = De acuerdo <input type="checkbox"/> 1 = En desacuerdo
8	Me informaron sobre los beneficios y éxito de mi cirugía.	<input type="checkbox"/> 2 = De acuerdo <input type="checkbox"/> 1 = En desacuerdo
9	Me informaron que podía negarme en cualquier momento a la cirugía, si es que lo consideraba necesario, a pesar de haber autorizado previamente.	<input type="checkbox"/> 2 = De acuerdo <input type="checkbox"/> 1 = En desacuerdo
10	Me informaron sobre los riesgos y las complicaciones que tendría si no me operaba.	<input type="checkbox"/> 2 = De acuerdo <input type="checkbox"/> 1 = En desacuerdo
11	Tuve la oportunidad de hacer preguntas y mis dudas fueron aclaradas.	<input type="checkbox"/> 2 = De acuerdo <input type="checkbox"/> 1 = En desacuerdo
12	La información proporcionada estaba en lenguaje claro y sencillo.	<input type="checkbox"/> 2 = De acuerdo <input type="checkbox"/> 1 = En desacuerdo
13	Decidí operarme de forma libre y voluntaria sin presión alguna del médico.	<input type="checkbox"/> 2 = De acuerdo <input type="checkbox"/> 1 = En desacuerdo

ANEXO 6.- Documentos de trámite

Unidad de Estadística Hospital Antonio Lorena: Número de intervenciones quirúrgicas año 2022 servicio de Cirugía General.

DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO
DIRECCION DE ESTADISTICA E INFORMATICA
INFORMACION MENSUAL DE SES39

DIRECCION REGIONAL DE SALUD


RED SALUD

ESTABLECIMIENTO: ANUAL


INTERVENCIONES QUIRURGICAS :		Nº
CIRUGIA MAYOR	CESAREAS	1049
	CIRUGIA GENERAL	977
	TRAUMATOLOGIA ORTOPEDIA	529
	CARDIOVASCULARES	77
	CIRUGIA CABEZA Y CUELLO	63
	NEUROCIRUGIA	288
	UROLOGICAS	193
	ONCOLOGICAS	292
	OTORRINOLARINGOLOGIA	199
	OFTALMOLOGICAS	129
	CIRUGIA PEDIATRICA	314
	CIRUGIA PLASTICA	118
	GINECOLOGICAS	407
	OTRAS CIRUGIAS MAYORES	30
TOTAL	4665	
CIRUGIA MENOR	PQRR:LIGADURA DE TROMPAS	232
	PQRR:VASECTOMIA	9
	LEGRADO UTERINO POR ABORTO	251
	LEGRADO UTERINO POR OTRAS CAUSAS	214
	OTRAS CIRUGIAS MENORES DE GINECOLOGIA	93
	OTRAS CIRUGIAS MENORES DE OFTALMOLOGIA	0
TOTAL	799	

INTERVENCIONES QUIRURGICAS :		Nº
Nº SALA DE OPERACIONES UTILIZADAS		3
Nº SALA DE OPERACIONES DE EMERGENCIA		1
Nº DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS PROGRAMADAS		2310
Nº DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS SUSPENDIDAS		174
Nº DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS REALIZADAS		2136
Nº DE INTERVENCIONES DE EMERGENCIA		2529
Nº HORAS QUIRURGICAS PROGRAMADAS		5524
Nº HORAS QUIRURGICAS		2758.20
Nº HORAS QUIRURGICAS EFECTIVAS		4334.35
Nº TOTAL DE PACIENTES OPERADOS		4665
Nº PACIENTES REINTERVENIDOS		61
Nº DE DEFUNCIONES CENTRO QUIRURGICO		4
Nº PACIENTES CON ENCEFALOPATIA HIPOXICA POST ACTO QUIRURGICO		0
Nº NECROPSIAS REALIZADAS		0
Nº CIRUGIAS MAYORES		4479
Nº CIRUGIAS MENORES		186
TOTAL:		4665
INTERVENCIONES CONSULTORIO DE OFTALMOLOGIA		
Cataratas/Pterigion/Granulomas/Otros		0
HORAS		0

Descripcion	Hospital	Periferie
Partos	2512	
Nacido vivo	2513	
R.N. Dobles	38	
Defun.Fetal	37	
Abortos	30	
Def.Materna	0	
80:Pac Egres	8065	
81 Vivos	7813	
82 Fallecidos	252	
83 <24 hrs	7	
84 24-48 hrs	141	
85 >48 hrs	104	




ANEXO 7.- Formato de Consentimiento Informado del Hospital Antonio Lorena



Gerencia Regional de Salud Cusco

Hospital Antonio Lorena



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de este documento se reconoce que usted como paciente está en el derecho de ser informado de su diagnóstico y sobre los beneficios y riesgos derivados de su hospitalización, administración de medicamentos o sangre y hemoderivados, procedimientos médicos y quirúrgicos, recomendados por el médico de turno. El propósito de esta información es que usted tome una decisión libre y voluntaria de autorizarlo o no. Luego de tener conocimiento de los posibles beneficios y riesgos comprendidos.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ DNI _____
 () menor de edad, () adulto mayor () persona con incapacidad temporal o permanente
 () paciente comatoso, () retardo mental () persona con estado psíquico alterado

NOMBRE REPRESENTANTE: _____ DNI _____
 NOMBRE MÉDICO QUE INFORMA: _____ Especialidad _____ RNE _____

Consta por el presente documento:

1. Que se me ha explicado verbalmente y en mi idioma sobre mi Diagnóstico y los tratamientos y procedimientos recomendados, sobre los beneficios, riesgos y posibles complicaciones, efectos indeseables y colaterales que pudieran generarse de la intervención o procedimiento propuesto (hemorragia, infección, dehiscencia etc.).
2. Que se me ha informado de la existencia o no de alternativas de tratamientos posibles.
3. Que se me ha informado que tengo derecho a rehusarme del tratamiento o procedimiento propuesto y poder desistir de él en cualquier momento y anular este consentimiento.
4. Que el médico ha constatado mi capacidad de comprensión para poder dar consentimiento y me ha solicitado autorización para que su persona o personal a cargo practiquen el procedimiento informado.
5. Que el suscrito ha sido debida y claramente informado por el médico de la necesidad de los siguientes tratamientos y procedimientos Y AUTORIZA DE MANERA EXPRESA A LOS MÉDICOS Y PERSONAL A SU CARGO DE LO SIGUIENTE:

SÍ	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HOSPITALIZACIÓN Y TRATAMIENTO ENDOVENOSO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO CON OBTENCIÓN DE MUESTRA (Sangre y otros fluidos)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ADMINISTRACIÓN DE ANESTÉSICOS, FÁRMACOS Y CUALQUIER MEDICACIÓN DEBIDAMENTE REGISTRADA EN EL MINISTERIO DE SALUD
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y HEMODERIVADOS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ATENCIÓN DE PARTO Y SUS COMPLICACIONES
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CUALQUIER PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO MENOR SEA DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICO PROCEDIMIENTO: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CUALQUIER PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO MAYOR EN SALA DE OPERACIONES SEA DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICO, PROCEDIMIENTO: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CUALQUIER PROCEDIMIENTO DE DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTO QUE SE REQUIERA DE FORMA URGENTE SI DICHA URGENCIA DEVINIERA EN GRAVE RIESGO PARA LA VIDA Y SALUD DEL PACIENTE.

Dejo constancia de haber comprendido y respondido el presente documento y en señal de conformidad suscribo conjuntamente con el testigo y médico que informa, en fecha de hoy.

Cusco, _____ de _____ del 20____ (: Horas)

PACIENTE/REPRESENTANTE		TESTIGO			MÉDICO QUE INFORMA	
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO			NOMBRES	HISTORIA CLÍNICA N°
SERVICIO	N° CAMA	M	F	TIPO SEGURO	NÚMERO DE SEGURO	PREFACTURA