

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS ASOCIADO A ACTITUDES Y PRÁCTICAS FAST
TRACK ERAS EN MEDICOS CIRUJANOS DE TRES HOSPITALES PERUANOS,
MARZO - 2024**

Presentado por:

Bach. Ramos Mendoza Luz Ingrid

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

Asesor:

Mgt. Edward Luque Flórez

Cusco, Perú
2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

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

El que suscribe, Asesor del trabajo de investigación/tesis titulada: NIVEL DE CONOCIMIENTOS ASOCIADO A ACTITUDES Y PRÁCTICAS FAST TRACK ERAS EN MÉDICOS CIRUJANOS DE TRES HOSPITALES PERUANOS, MARZO - 2024

presentado por: LUZ INGRID RAMOS MENDOZA con DNI Nro.: 72751020 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 (1) 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 3 %.

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, 21 de JUNIO de 2024


Edward Luque Florez
ESPECIALIDAD CIRUGIA GENERAL
COP 26118 RNE 16999

Firma

Post firma.....EDUAR LUQUE FLOREZ.....

Nro. de DNI.....23836369.....

ORCID del Asesor.....0000 - 0002 - 2958 - 5538.....

Se adjunta:

1. Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
2. Enlace del Reporte Generado por el Sistema Antiplagio: oid: 2759:361970441 ✓

NOMBRE DEL TRABAJO

**"NIVEL DE CONOCIMIENTOS ASOCIADO
A ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL PROTO
COLO ERAS EN MÉDICOS QUIRURGICOS
D**

AUTOR

LUZ INGRID RAMOS MENDOZA

RECuento DE PALABRAS

24895 Words

RECuento DE CARACTERES

140236 Characters

RECuento DE PÁGINAS

103 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

7.9MB

FECHA DE ENTREGA

Jun 19, 2024 6:18 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Jun 19, 2024 6:20 AM GMT-5

● 3% de similitud general

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

- 3% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 3% Base de datos de trabajos entregados
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Material citado
- Bloques de texto excluidos manualmente
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 8 palabras)

AGRADECIMIENTO

A Dios en primer lugar por ser mi guía y fortaleza para lograr mis objetivos, por ser fundamental en cada decisión de mi vida y mi principal soporte en las dificultades.

Culminada esta etapa de estudio quiero dejar constancia de mi gratitud y reconocimiento a los docentes , administrativos y médicos asistentes del Hospital A, Sabogal Sologuren quienes posibilitaron y me formaron el tiempo de internado, en especial al servicio de Cirugía General que a través de las actividades académicas me permitieron construir el presente trabajo de investigación.

DEDICATORIA

A Dios y mi madrecita Zenayda Mendoza quien ha sido mi apoyo incondicional y la base fundamental para el logro de mis metas, me ha brindado su amor y a través de su vida he conocido las gratas consecuencias de llevar de la mano el talento con la disciplina, gracias madrecita por haberme dedicado tu vida y haberla moldeado para darme tu mejor versión, las palabras siempre se quedarán cortas para devolverte todo lo que mereces.

A mi padre Nilo Ramos que orientó mi vida con valores y prudencia, hizo posible que me condujera bajo la guía de Dios y su amor infinito, gracias por dedicarme tu juventud y tus fuerzas para que nada nos falte.

Igualmente a mi Hermanita Isabel quien ha sido mi consejera y mejor amiga de la vida, a ti te debo mis ganas de buscar siempre ser mejor cada día para darle el mejor ejemplo posible.

Igualmente a mi compañero de vida Edwar C. y Nelita gracias por aparecer en el momento perfecto y complementar mi vida, por regalarme tanta alegría y cuidado.

ASESOR

Dr. Edwar Luque Flórez

JURADO A

Dr. Ramón Figueroa Mujica

Dr. Américo Bonifacio Morales Mujica

Dra. Betty Luz Caro de Mauricio

JURADO B

Dr. Ostwald Ulpio Avendaño Tapia

Dr. Pedro Alejandro Toledo Ramal

Dr. Ramiro Hermoza Rosell

CONTENIDO

| | |
|--|---------------|
| CONTENIDO | i |
| INTRODUCCIÓN..... | iii |
| RESUMEN..... | v |
| ABSTRACT | vi |
| CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN | 1 |
| 1.1. Fundamentación del problema..... | 1 |
| 1.2. Antecedentes Teóricos..... | 4 |
| 1.3. Formulación del problema | 14 |
| 1.3.1. Problema General | 14 |
| 1.3.2. Problemas Específicos | 14 |
| 1.4. Objetivos de la investigación | 14 |
| 1.4.1. Objetivo general | 14 |
| 1.4.2. Objetivos específicos..... | 14 |
| 1.5. Justificación de la investigación..... | 15 |
| 1.6. Limitaciones de la investigación | 17 |
| 1.7. Aspectos éticos | 17 |
| CAPITULO II: MARCO TEORICO | |
| CONCEPTUAL..... | 18 |
| 2.1. Marco teórico | 18 |
| 2.2.- Definición de términos básicos..... | 32 |
| 2.3. Hipótesis | 34 |
| 2.3.1. Hipótesis general | 34 |
| 2.3.2. Hipótesis específicas | 34 |
| 2.4. Variables | 35 |
| 2.5. Definiciones operacionales..... | 36 |
| CAPITULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN | 40 |
| 3.1. Tipo de Investigación | 40 |
| 3.2. Diseño de la investigación..... | 40 |
| 3.3. Población y muestra | 41 |
| 3.3.1. Descripción de la población | 41 |

| | |
|---|-----------|
| 1.3.2. Criterios de inclusión y exclusión..... | 41 |
| 3.3.3 Muestra: Tamaño de muestra y método de muestreo | 42 |
| 3.4. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos..... | 43 |
| 3.5. Plan de análisis de datos..... | 43 |
| CAPÍTULO IV: RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES | 45 |
| 4.1. Resultados..... | 45 |
| 4.2. Discusión | 61 |
| 4.3. Conclusiones | 66 |
| 4.4. Sugerencias..... | 67 |
| PRESUPUESTO..... | 68 |
| CRONOGRAMA | 69 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS..... | 70 |
| ANEXOS | 76 |
| ANEXO 1.-MATRIZ DE CONSISTENCIA | 76 |
| ANEXO 2.- INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN | 77 |
| ANEXO 3.- CUADERNILLO DE VALIDACION..... | 83 |
| ANEXO 4.- VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN..... | 86 |
| ANEXO 5.- AUTORIZACIÓN DE RECOLECCIÓN DE DATOS..... | 91 |

INTRODUCCIÓN

Según la OPS (2011) los sistemas de salud tienen la responsabilidad de realizar la distribución óptima tanto de recurso humano como logístico, con la finalidad de brindar servicios de calidad y atención oportuna. A nivel internacional el sector salud viene enfrentando un gran reto respecto al cumplimiento de este objetivo angular (1). En Perú, los hospitales no cumplen los estándares de calidad recomendados, se evidencia amplia deficiencia en la capacidad resolutoria debido a la gran demanda de pacientes no cubierta por la oferta establecida anualmente. Anualmente en el mundo se realizan 234 millones de cirugías al año, en promedio 1 cirugía por cada 25 personas, la OMS reporta que un promedio de 11% de la carga mundial de enfermedad se puede tratar con intervenciones quirúrgicas programadas, lo que pone de manifiesto lo que ellas conllevan, las largas listas de espera, aquellas que en nuestro contexto son las que superan los 45 días, tiempo que Es Salud recomienda como tiempo de espera máximo, a medida que este tiempo se dilata los gastos adicionales generados por paciente también se incrementan, esto varía respecto a la complejidad quirúrgica y la medida en que las mismas se conviertan en una potencial emergencia(2).

El Instituto Nacional de Salud (2015) enfatizó que se deben buscar estrategias que se encarguen de reducir estos tiempos de espera, así como, auditorías de las mismas con la finalidad de lograr la inmediatez quirúrgica. La información oficial de acuerdo al corte de información al 31 de octubre del 2023 a través del instrumento técnico y exportación de datos del Sistema ESSI a nivel nacional, verifica que los Hospitales Es Salud de este estudio se encuentran dentro de las 12 redes con lista de espera más prolongadas a nivel nacional, la Red Sabogal posicionada con la cifra más alta (en promedio 373 días) y a la Red Cusco en el octavo lugar (con un promedio de 54 días). Revelándose estas cifras se añade un problema adicional, durante las 12 semanas pico de contagio del virus SARS-COV-2 durante marzo del 2020 se cancelaron o pospusieron más de 28,000,000 cirugías en todo el mundo, el incremento de la tasa de diferimiento quirúrgico post pandemia exacerbó las ya preexistente largas listas de espera, que hasta la fecha están aún lejos de ser consideradas como controladas, generando el denominado “embalse quirúrgico” nacional, por ello las autoridades sanitarias del mundo han puesto sus ojos en técnicas que aborden esta problemática, en ese lineamiento, la medicina basada en evidencia ha dado lugar a una extensa investigación y desarrollo de nuevos programas para mejorar la atención peri operatoria, creando las denominadas Directrices de recuperación acelerada (fast track ERAS) o programas de rehabilitación multimodal.

que han demostrado optimizar la recuperación postoperatoria, reducir el riesgo de reingresos por complicaciones y disminuir costes a las instituciones sanitarias correspondientes. Las sociedades ERAS monitorean la efectividad de sus medidas y hasta la fecha los resultados en condiciones del mundo real han demostrado su plena efectividad. Lo que continua es un reto inminente, atender este tema requiere alto énfasis dentro de salud pública, porque se requieren estrategias multidisciplinarias programáticas bien diseñadas para fomentar la difusión, aceptación y asimilación eficaz de estas medidas. Este último punto resulta de alto interés debido a que un sistema reacio a implementar estas directrices solo entorpecería la posibilidad de reproducir los resultados alentadores obtenidos a nivel mundial (3).

Este estudio busca objetivar el nivel de conocimientos asociado a actitudes y prácticas Fast Track ERAS en los servicios quirúrgicos de los Hospitales A. Sabogal Sologuren - Lima, A. Guevara Velazco y Hospital Antonio Lorena del Cusco, para lograr intervenir en estos puntos y finalmente vencer estas barreras, lo que traerá consigo beneficios directos tanto para la salud pública como para los pacientes, que son el motor y motivo del sistema de salud.

RESUMEN

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS ASOCIADO A ACTITUDES Y PRÁCTICAS FAST TRACK ERAS EN MÉDICOS CIRUJANOS DE TRES HOSPITALES PERUANOS, MARZO- 2024”

Luz I. Ramos

Antecedentes: Las largas listas de espera quirúrgica configuran un problema de salud pública abordado mediante estrategias mundiales basadas en evidencia denominadas directrices multimodales ERAS, con un nivel de adherencia e implementación aun no estudiado en nuestra Región.

Métodos: Estudio de diseño observacional, analítico, cuantitativo y transversal. Se administró a 179 médicos asistentes y residentes de los servicios quirúrgicos de tres Hospitales de referencia Peruanos (2 EsSalud y 1 MINSA) ,un cuestionario conformado por ocho (8) preguntas que midió el nivel de conocimiento en la sección A (valorando con 1 punto cada respuesta correcta) y por otro lado las actitudes y prácticas en la sección B y C a través de respuestas cerradas de opciones tipo Likert. Este estudio se desarrolló durante los meses de marzo y abril del año 2024.

Resultados: El nivel de conocimiento de las directrices ERAS tiene asociación estadísticamente significativa con las actitudes y las prácticas en los tres Hospitales Peruanos en estudio, El nivel de conocimiento fue de promedio a alto, el nivel de actitudes tuvo una ligera tendencia a la negatividad y el nivel de prácticas en una mayor proporción fue ineficaz. Los médicos con conocimiento alto reportaron mayor actitud positiva y mayor porcentaje de conductas eficaces

Conclusiones: Si bien se conoce ampliamente las directrices ERAS, se reportó que existe variación sustancial en la práctica, se siguen principios individuales de ERAS; pero las conductas ERAS no está ampliamente formalizadas en los protocolos hospitalarios. Con este estudio se pone de manifiesto las barreras que se deben abordar para optimizar la amplia difusión de estas pautas y reproducir los alentadores resultados obtenidos a nivel mundial.

Palabras clave: ERAS- recuperación quirúrgica mejorada acelerada, protocolo, peri-operatorio, conocimientos

ABSTRACT

“LEVEL OF KNOWLEDGE ASSOCIATED WITH ATTITUDES AND PRACTICES FAST TRACK ERAS IN DOCTORS AND SURGEONS FROM THREE PERUVIAN HOSPITALS, MARCH- 2024”

Luz I. Ramos

Backgrounds: Long surgical waiting lists constitute a public health problem addressed through evidence-based global strategies called ERAS multimodal guidelines, with a level of adherence and implementation not yet studied in our Region.

Methods: Observational, analytical, quantitative and cross-sectional design study. A questionnaire consisting of eight (8) questions was administered to 179 attending physicians and residents of the surgical services of three Peruvian reference hospitals (2 EsSalud and 1 MINSA) that measured the level of knowledge in section A (valuing 1 point). each correct answer) and on the other hand the attitudes and practices in section B and C through closed responses of Likert-type options. This study was carried out during the months of March and April 2024.

Results: The level of knowledge of the ERAS guidelines has a statistically significant association with attitudes and practices in the three Peruvian Hospitals under study. The level of knowledge was high, the level of attitudes had a slight tendency towards negativity and the level of practices in a greater proportion were ineffective. Doctors with high knowledge reported a greater positive attitude and a higher percentage of effective behaviors

Conclusions: Although the ERAS guidelines are widely known, it was reported that there is substantial variation in practice, individual ERAS principles are followed; but ERAS behaviors are not widely formalized in hospital protocols. This study highlights the barriers that must be addressed to optimize the wide dissemination of these guidelines and reproduce the encouraging results obtained worldwide.

Keywords: Fast track ERAS- enhanced recovery after surgery, Protocol, Perioperative, Knowledge

1. CAPÍTULO I : EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Fundamentación del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que dentro de las quince principales causas de morbilidad mundial son las enfermedades quirúrgicamente corregibles. Se estima que un promedio del 11% de la carga de enfermedad mundial reportada el 2010 se debe a estas afecciones y la proporción se multiplica en países que registran ingresos de medianos a bajos. El no tratarlas oportunamente hace que potenciales procedimientos quirúrgicos menores y tratables resulten mortales. (4) Cada año se realizan mundialmente más de 234 millones de cirugías para una gama innumerable de patologías, en todos los grupos etarios y en todos los países. Se prevé que la cirugía sea la principal solución clínica más frecuente en los años venideros, con un aumento previsto al 2030 mayor al 45%. El reforzamiento de la capacidad quirúrgica, se ha visto sería una medida sumamente costo- eficiente, fortalecer este ámbito protegería financieramente a las poblaciones y al sistema de salud, reduciría la pérdida de años de vida ajustados en función de los años perdidos por discapacidad. La oportunidad quirúrgica en un rango de espera óptimo es curativa y evita discapacidades, por consiguiente, la inmediatez de la misma debe considerarse un pilar básico de la cobertura sanitaria universal. (4)

El 2° Reto Mundial por la Seguridad del Paciente habla sobre la intervención quirúrgica segura y de calidad, enfatiza la prestación quirúrgica en condiciones y tiempos de espera óptimos, la OMS revela que la cirugía a destiempo genera 7.000.000 complicaciones quirúrgicas incapacitantes anualmente a nivel mundial, de las que se han reportado más de un millón de muertes. (3)(5).

El número de personas sometidas a cirugía sería aún mayor si la accesibilidad a los servicios quirúrgicos fuera optima en todo el mundo, como lo demuestra un estudio del Banco Mundial de 2006. Con una fracción tan grande de la población humana que requiere cirugía, es imperativo determinar el acceso este servicio en el menor tiempo posible. Grimes realizó un estudio basado en una revisión sistemática en la que identificó el costo de la atención quirúrgica como una barrera clave para la atención quirúrgica en países con bajos ingresos ,por lo que muchos optan por acudir a hospitales que ofrezcan aseguramiento universal ,produciendo un desequilibrio entre la oferta y la demanda generando tiempos de espera prolongado principalmente en cirugías de tipo electivas saturando el sistema de salud, estos tiempos de espera se han descrito como indicadores que legitiman socialmente los servicios sanitarios públicos , y se caracteriza porque los pacientes pagan un precio/tiempo por la demora de su intervención, que pueden incluir deterioro del estado basal hasta la muerte como resultado extremo, aumento en el costo de la cirugía y a nivel del individuo

una pérdida de ingresos por el tiempo que demanda el pre y postoperatorio prolongado. A su vez el profesional médico afecta directamente su relación médico/paciente por la insatisfacción que produce el no resolver el problema quirúrgico del modo planificado. (6)

A nivel nacional Es Salud a través de su Sistema ESSI informó que la lista al 31 de octubre de 2023 cuenta con 28, 896 pacientes en espera de intervención quirúrgica. De todas las Redes aquellas que tienen un mayor número de pacientes en sus listas de espera quirúrgica son: Red Sabogal, Red Arequipa, Red Rebagliati, Red Lambayeque, Red Almenara, Red La Libertad, Red Ica y Red Cusco, asimismo, estas 12 redes superan los 40 días de espera, la red Sabogal ubicado en primer lugar dentro de la tabla aglomera el 22.06% de pacientes en la lista única de espera quirúrgica, con un promedio de hasta 307 días de espera, de acuerdo al servicio, se verifica que cirugía general engloba 22% del total ; si bien existe un determinado número de pacientes identificados en las Listas únicas de Oportunidad Quirúrgica, actualmente se sobreañade una brecha de pacientes en quienes se diferieron sus procedimientos para priorizar las emergencias suscitadas por la pandemia ocasionado por el agente/virus SARS- COV-19. MINSA por su lado identificó este problema dando a conocer la disminución de la oferta quirúrgica hospitalaria debido a la adecuación y reorganización de los servicios de salud en circuito COVID 2019, lo que generó que las cirugías electivas sufrieran una reducción significativa durante el periodo 2020-2022, a nivel de la región Cusco se vio un descenso de 7.738 cirugías (2019) a 4 404 (2021), por lo que se ha puesto en marcha el Plan Nacional para la atención del embalse quirúrgico 2023 con proyección a años siguientes.(7)

Se ha reportado que el Hospital Sabogal S. presenta una elevada tasa de re operaciones (12%) dentro de las cirugías gastrointestinales practicadas en comparación con estadísticas internacionales como las presentadas en los trabajos de Burke L (5%) y Seternes A (4%), ya que este maneja un alto volumen de pacientes por ser hospitales de referencia de la red norte de centros de menor capacidad resolutive debido a que no manejan pacientes con comorbilidades y/o riesgos quirúrgicos elevados, se ratifica la imperativa necesidad de enfocarnos en este nosocomio y por configurarse a nivel nacional como la red EsSalud con tasa de espera quirúrgica más elevada. (8) Respecto al Hospital Antonio Lorena un estudio realizado el 2021 reveló que el promedio de estancia hospitalaria en el postoperatorio en el nosocomio fue 89.02 horas (+/-59.05) valores superiores reportados internacionalmente en estudios comparativos de 24 hasta máximo 72 horas por Uruce N. y Bhangu.(9) .Por otro lado en el Hospital Adolfo Guevara Velazco se informó mediante un estudio observacional correlacional retrospectivo transversal, donde evaluaron historias clínicas en el servicio de cirugía general de marzo a diciembre del 2018 (periodo previo a pandemia) y del mes de marzo hasta diciembre del 2020 (durante pandemia), verificaron incremento de casos complicados de la patología quirúrgica más frecuente (apendicitis) , con ello

mayores complicaciones postquirúrgicas y eventos adversos asociados a ella, esto conllevó a una mayor estancia , reingreso hospitalario y necesidad de re intervención . Con ello ponemos en evidencia que todos los indicadores donde el Fast Track ERAS ha mostrado intervenciones eficaces son susceptibles de ser mejoradas en los nosocomios en estudio. (10)

Sin embargo se necesitan de medidas que fortalezcan estos planes, por ello con la finalidad de optimizar la oportunidad de atención quirúrgica programada a nivel mundial se han abordado estrategias que permitan uniformizar procedimientos , disminuir los días de estancia hospitalaria , y viabilizar altas tempranas con menor riesgo de reingresos por complicaciones postoperatorias , creándose las directrices ERAS , el impacto de este programa ha sido ampliamente estudiado , reconociéndose una rápida recuperación funcional cuando se logra una adherencia alta a la misma, lo que en nuestra realidad constituye una barrera adicional a esta potencial solución.(11)

El Protocolo de recuperación acelerada (ERAS) es un conjunto de pautas basadas en evidencia sobre atención peri operatoria que utiliza un enfoque multimodal y multidisciplinario en todas las fases de la atención quirúrgica desde la etapa previa al ingreso hasta el alta hospitalaria. Estas pautas tienen como objetivo minimizar el estrés quirúrgico y acelerar la recuperación, optimizando así los resultados y reduciendo el costo de la atención médica. Para que exista una aplicación exitosa del Fast track ERAS, los profesionales de la salud involucrados (cirujanos asistentes y residente, anestesiólogos, enfermeras y nutricionistas) deben reconocer la importancia de la adherencia a estas estrategias ,y así demostrar la replicabilidad de los alentadores resultados obtenidos a nivel mundial.(11)

A nivel región Cusco, no existen datos estadísticos acerca de la implementación del Fast Track ERAS y con ello es desconocida la incidencia de complicaciones peri operatorias, el tiempo de estancia hospitalaria o supervivencia en general de pacientes sometidos a cirugías electivas bajo este protocolo de recuperación mejorada (ERAS). Siendo este un vacío estadístico y ante la imperativa necesidad de aplicar este protocolo para replicar los resultados beneficiosos obtenidos mundialmente y más aún por no existir una norma vigente que indique el uso de estas directrices basadas en evidencia a pesar de las mejoras comprobadas, se realiza este trabajo de investigación.

1.2 Antecedentes Teóricos

1.2.1 Antecedentes internacionales

Ting H, Jingming W, Yuanyao C, Zhenye ,Yiwei F y Yuze X. (Wuhan – China , 2022) en su estudio “Conocimiento, actitud y aplicación hacia la cirugía fast track entre paramédicos de quirófano” cuyo objetivo fue comprender el estado actual del conocimiento y la actitud de los paramédicos de quirófano en el Hosp. Renmin de la Univ. de Wuhan hacia el Fast Track Surgery (FTS), a fin de proporcionar una referencia para promover la aplicación del concepto FTS. El diseño del estudio fue analítico transversal donde se incluyeron 291 paramédicos de quirófano quienes completaron un cuestionario auto informado (7 preguntas de conocimiento, 9 ítems en escala Likert de actitudes y 2 preguntas abiertas de aplicación práctica) del 20 de octubre al 20 de diciembre de 2019. El tamaño muestral se obtuvo utilizando PASS (Versión 15.0.1). Para el cuestionario, las pruebas de confiabilidad y validez y el análisis estadístico se realizaron usando IBM SPSS Statistics para Windows (Versión 25.0)- Se utilizó la media \pm DE para las variables continuas, como la edad, los años de trabajo y las puntuaciones de actitud, mientras que porcentajes y frecuencias se utilizaron para las variables categóricas, como el género, el nivel educativo y el acceso al conocimiento del FTS. Se utilizó regresión lineal múltiple para establecer las características potenciales relacionadas con la puntuación de conocimiento y la actitud de la FTS. Los valores de $p < 0,05$ ($\alpha = 0,05$) indicaron que una diferencia era estadísticamente significativa. Los resultados informaron que del total 71.01% (217) participantes escucharon el concepto de FTS previamente, al evaluar conocimientos el número de preguntas respondidas correctamente por todos los participantes fue en promedio $2,59 \pm 1,68$ de 7 preguntas. Se estableció la asociación entre la puntuación de conocimiento de FTS y las características de los paramédicos mediante regresión lineal múltiple, resultados mostraron que el género femenino (B 0,702, IC 95% 0,109–1,294), alto título técnico (B 0,342, IC 95% 0,126– 0,558) y exposición previa al concepto de FTS (B 0,471, IC 95% 0,165–0,776) tuvieron una correlación significativa con la puntuación de conocimiento de FTS. Respecto a la evaluación de actitud en total sólo 52 (19,19%) paramédicos tuvieron una actitud positiva (puntuación superior a 30), se estableció la asociación entre la actitud hacia FTS y algunos factores potenciales mediante un modelo de regresión lineal múltiple. Sólo el género masculino (B -1,944, IC del 95%: -3,830- -0,058), mayor antigüedad (B 0,303, IC del 95%: 0,021–0,585) y la puntuación mayor en conocimiento de la FTS (B 0,426, IC del 95%: 0,014– 0,838) de los participantes se relacionaron con su actitud positiva. En cuanto a las dificultades de FTS en la aplicación

clínica, 137 (50,6%) paramédicos creen que el problema más difícil en la aplicación de FTS en la clínica fue la falta de comunicación y cooperación entre el equipo. Concluyendo que el conocimiento de la cirugía rápida entre los paramédicos en Wuhan es pobre, y ya que la actitud se correlaciona positivamente con el conocimiento, es necesario mejorar este último para optimizar su adherencia al protocolo FTS .(12)

Ke-Xi L, Meng L, Xiao-Shu L, Hong-Qin W, Zhi-Min C, Hong-Zhen Xu (17 Ciudades - China 2022) en su estudio “Conocimientos, actitudes y prácticas de recuperación mejorada después de la cirugía entre enfermeras quirúrgicas pediátricas en China: Un estudio transversal”, cuya finalidad fue investigar los conocimientos asociados a actitudes y prácticas de las enfermeras quirúrgicas pediátricas con respecto a la recuperación mejorada después de la cirugía. Este estudio tuvo un diseño transversal y se llevó a cabo en 22 hospitales terciarios en 17 ciudades de 14 provincias de China entre febrero a abril de 2021.. Se utilizó un cuestionario validado por 15 expertos en cirugía pediátrica ERAS. El cuestionario de conocimientos constaba de tres dominios con 11 ítems en total. El cuestionario de actitud constaba de tres dominios con 9 ítems descritos mediante escala Likert con puntaje máximo 45. El cuestionario de práctica para médicos constaba de 14 ítems y 4 dominios en escala Likert con puntaje máximo 70. Se completaron un total de 860 cuestionarios, con una tasa de respuesta del 70,38%. El análisis estadístico se realizó utilizando SPSS (v.23.0). Los datos cualitativos se mostraron como frecuencias y porcentajes, los datos cuantitativos se presentaron como mediana y rango de cuartiles (ninguno de los datos cuantitativos se distribuyó normalmente). Se usaron pruebas no paramétricas (prueba U de Mann-Whitney, P. H de Kruskal-Wallis) para explorar la relación entre las características demográficas y la KAP relacionada con ERAS mediante regresión lineal múltiple se analizó los predictores de KAP relacionado con ERAS. Los cálculos de los coeficientes de correlación de Spearman para definir las correlaciones entre conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con ERAS. La significación estadística se evaluó al nivel del 5% ($p < 0,0$ (10)). Los resultados que evidenciaron los 855

cuestionarios fueron una puntuación mediana (RIQ) de conocimiento, actitud y práctica de 0.82, 4.33 y 4.29 respectivamente. En el análisis de correlación, conocimiento, actitud y la práctica se correlacionaron positivamente entre sí ($p < 0,01$). Los factores significativos obtenidos de los análisis univariados se incluyeron en el análisis de regresión lineal múltiple, se determinó que los factores influyentes del conocimiento fueron los siguientes: nivel educativo ($\beta = .077$, $p = .022$), región Norte ($\beta = -.075$, $p = .026$), hospital general ($\beta = 0,083$, $p = 0,015$) y familiaridad con ERAS ($\beta = 0,208$, $p < .001$). Los resultados del análisis univariado revelaron que la actitud se correlacionó significativamente con el nivel educativo, la región geográfica, el título profesional, la categoría hospitalaria y la familiaridad con ERAS ($p < 0,05$ o $0,01$); Según los resultados del análisis univariado la práctica se correlacionó significativamente con la región geográfica, la categoría del hospital y la familiaridad con ERAS ($p < 0,001$). En conclusión, se determinó que el nivel de conocimiento de las enfermeras sobre el manejo del dolor posoperatorio, la preparación intestinal preoperatoria y el cuidado dietético posoperatorio de los niños era particularmente pobre, hubo una correlación débil (aunque significativa) entre conocimiento y actitud, o conocimiento y práctica, el nivel de educación no influyó significativamente en las puntuaciones de actitud. En general se propone intervenciones de mejora en el conocimiento de la "recuperación postoperatoria" y la "preparación preoperatoria" buscando así la incorporación de nuevos paradigmas ERAS. (13)

Bellas S, (Madrid-España, 2021) en su estudio titulado "Implantación de directrices Fast Track ERAS en un Hospital de tercer nivel para cirugías de resección pulmonar" cuyo objetivo fue estudiar el efecto de la adherencia a un programa FT ERAS en cuanto a morbimortalidad, estancia hospitalaria, reingresos y los factores asociados para lograr la recuperación funcional a la brevedad. El diseño de la Investigación fue observacional descriptivo de cohortes longitudinal prospectivo de un número de pacientes que se comparó retrospectivamente con otra cohorte de pacientes, para ello se requirió un total de 50 pacientes sometidos a resecciones pulmonares entre febrero de 2018 a diciembre del 2019; y 50 historias clínicas de pacientes en quienes se efectivizó este procedimiento durante el 2016 (revisión hecha de forma retrospectiva). Los datos se analizaron utilizando SPSS Windows. Para iniciar se realizó un análisis descriptivo poblacional, la frecuencia (expresada en términos absolutos) en porcentajes e IC. Porcentajes para variables cualitativas. La descripción de los resultados de las variables cuantitativas fue mediante estadísticas de dispersión y tendencia central, para variables que cumplieran criterios de

normalidad se usaron media y desviación típica y por último para variables sin distribución normal se usaron mediana y rango intercuartílico. Para el análisis bivalente se empleó test chi cuadrado, para asociar variables cualitativas “t de Student”, para las cuantitativas la U de Mann- Whitney. Para determinar incidencias acumuladas, densidad de incidencia, RR e IC al 95% se requirió del programa Epi6 del CDC. La correlación lineal fue evaluada con la Rho de Spearman. Los resultados se describieron con curvas de supervivencia (ello para la complicación principal) con el conocido método de Kaplan-Meier. El análisis multivariante con la regresión de Cox (debido a las diversas variables obtenidas de los pacientes y su relación con la presencia de las complicaciones); en la parte final de acuerdo con la tasa de implementación de los ítems de ERAS se realizó un análisis logístico multivariado que permitió evidenciar la asociación de complicaciones, readmisiones o dolor postoperatorio con la adherencia al FT ERAS, presentando los resultados como OR con IC del 95%. La implementación del protocolo ERAS fue el único factor que se asoció a una reducción de las complicaciones quirúrgicas [OR = 0.02 (IC 95%), p = 0.03], y al dolor posoperatorio OR= 0.01(IC 95%), p = 0,01 y mayor probabilidad de alta hospitalaria [HR= 18,5 (IC 95%) p <0,001. El porcentaje de reingresos en ERAS vs pacientes manejados bajo el estándar fue 12% vs 30% [OR], 0.25 IC 95% P=0.04) encontrándose significación estadística en este resultado. Como conclusión se vio que a mayor adherencia al programa ERAS se efectivizaban altas más precoces, prueba de menores complicaciones y así de viceversa. Los pacientes que no registraban buen cumplimiento del programa obtuvieron mayores días de estancia es decir, un alta mas tardía. Por lo tanto concluimos que cumplir el FT ERAS mejora la supervivencia, disminuye estancia y por lo tanto costos al sistema que lo aborda. (14)

Barbero M, García J , Alonso I , Laura A , Romana A , Molnara V , Leon C y Cea M, (Madrid – España, 2020) en su estudio titulado “Impacto de la implementación del protocolo ERAS después de cirugía colorrectal en la recuperación funcional de los pacientes”, cuyo objetivo fue estudiar la relación que existe entre el grado de implementación de ERAS con el estrés postquirúrgico y la recuperación funcional tras ser sometido a una cirugía colorrectal. Se realizó un estudio observacional unicentrico retrospectivo en pacientes sometidos a cirugía colorrectal electiva bajo las directrices ERAS desde enero de 2017 a junio del 2018 dentro de una base de datos prospectiva del Hosp. Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Se estudió el grado de adherencia al protocolo y su relación con los niveles plasmáticos de PCR (proteína c reactiva) y la recuperación funcional (cumplimiento de criterios de alta al 5to día PO o antes). Se realizaron modelos de regresión multivariable ; con la variable independiente (adherencia al protocolo) se realizaron regresiones lineales con las variables dependiente (niveles séricos de PCR al 3er día y estancia hospitalaria), además de regresiones logísticas entre las variables dependiente (no complicaciones, cumplir con los criterios de alta y reingresos). Se incluyeron 313 pacientes. Por 1 punto adicional porcentual de adherencia al protocolo disminuyó 1,46 mg/dL PCR del 3º día y la probabilidad de cumplir criterios de alta aumentó 7% ($p < 0,01$ ambos). Se obtuvo que los factores que se asociaron a recuperación funcional breve fueron ASA III-IV (OR 0,26), puntaje CR-POSSUM quirúrgico (OR 0,68), movilización precoz (OR 4,22) y retiro precoz de sonda Foley (OR 3,3), todos ellos $p < 0,001$. Concluyendo que a mayor cumplimiento de los ítems ERAS en cirugía colorrectal, se evidencia disminución del estrés quirúrgico y se acelera la recuperación funcional (15)

James W, Collins G, Nimalan P, Toufc E, Stephen S, Arthur R, Grahame C (Australia y Nueva Zelanda, 2022) en su estudio titulado “Actitudes hacia las intervenciones (ERAS) de recuperación acelerada tras la cirugía colorrectal”, cuyo objetivo fue determinar fue evaluar las actitudes y perspectivas actuales entre cirujanos colorrectales especialistas con respecto a las intervenciones ERAS. Se efectivizó un estudio transversal tipo descriptivo donde se distribuyó un cuestionario sobre ERAS a 98 cirujanos colorrectales que actualmente son miembros de la Sociedad de Cirugía Colorrectal de Australia y Nueva Zelanda (CSSANZ) durante el 2022, los datos se analizaron utilizando la escala de

calificación Likert y un modelo de rpta graduada en la teoría de respuesta al ítem (IRT) en Stata MP, versión 15. Los resultados identificaron actitudes positivas hacia ocho estrategias , clasificándolas como las más efectivas para mejorar los programas ERAS estos incluyeron infusión de hierro preoperatoria para pacientes anémicos (puntuación IRT = 7,82 [IC 95 %: 6,01–9,16]), preferencia por cirugía mínimamente invasiva (puntuación IRT = 7,77 [IC 95 %: 5,96–9,07]), retiro de catéter permanente temprano (puntuación IRT = 7,69 [IC 95 %: 5,83–9,01]), indicación de abandono de habito tabáquico preoperatorio (puntuación IRT = 7,68 [IC 95 %: 5,49–9,18]), asesoramiento preoperatorio (puntuación IRT = 7,44 [IC 95 %: 5,83– 9,01]), IC: 5,58–8,88]), evitar drenajes en cirugía de colon (puntuación IRT=7,37 [IC 95%: 5,17–8,95]), evitar sondas nasogástricas (puntuación IRT=7,29 [IC 95%: 5,32– 8,8]) y retiro temprano de retiro de drenes en cirugía rectal (puntuación IRT=5,64 [IC 95%: 3,49–7,66]). (16)

Springer J, Doumouras A, Lethbridge S, Forbes S, Eskicioglu C (Ontario – Canadá 2021) en su estudio titulado “Los predictores de utilidad de la recuperación acelerada tras la cirugía y las variaciones en la práctica en la cirugía colorrectal electiva: una encuesta provincial.” Tuvo como objetivo caracterizar pragmáticamente la variabilidad en la práctica de la cirugía colorrectal e identificar predictores de la utilización de ERAS. Este es un estudio de tipo transversal que utilizó una encuesta para cirujanos generales identificados base en el Colegio Médicos de Ontario. Se recopiló información sobre características demográficas básicas, utilización de ERAS y predictores de la implementación de ERAS. Se analizaron nueve conductas ERAS. Se utilizó un análisis multivariable para determinar los efectos de las covariables demográficas, hospitalarias y de cirujanos sobre la utilización de ERAS, Obteniendo como resultados la repuesta de 235 cirujanos generales que representaban 84 hospitales de Ontario (tasa de respuesta del 30%). Los cirujanos que practicaban en entornos académicos y en grandes hospitales comunitarios representaron el 30% y el 47% de los encuestados, respectivamente. Un total del 20% de los encuestados utilizó los 9 comportamientos ERAS de manera consistente. Las tasas de avance de la dieta en el día 0 postoperatorio, restricción de líquidos intravenosos y procedimientos con catéteres y vías fueron significativamente mayores entre los encuestados que cumplieron con los protocolos ERAS que entre los que no lo hicieron (74% versus 54%, $p = 0,004$; 92% versus 54%). 80%, $p = 0,01$ y 91% versus 41%, $p < 0,001$, respectivamente). Los encuestados de entornos académicos informaron practicar casi un comportamiento ERAS más que los de hospitales comunitarios pequeños [OR] 0,86 con [IC] del 95%: 0,42 a 1,31, $p < 0,001$). El análisis multivariable demostró que la

capacitación colorrectal o la exposición a ERAS durante el entrenamiento no afectaron significativamente la utilización del comportamiento de ERAS (OR 0,32; IC del 95 %: - 0,31 a 0,94; $p = 0,16$; OR 0,28; IC del 95 %: -0,26 a 0,82; $p = 0,16$ respectivamente). Dejando como conclusión que todavía existe una variación sustancial en la práctica de la cirugía colorrectal. Generalmente se siguen los principios individuales de ERAS; sin embargo, las conductas ERAS no están ampliamente formalizadas en los protocolos hospitalarios. (17)

Chacón K , Cortés E, Guevara O, Díaz J , Rincón L (Bogota - Colombia , 2020) En su estudio titulado “Seguridad y efectividad de ERAS el programa multimodal perioperatorio en cirugía colorrectal: Una revisión sistemática ” cuyo objetivo fue recabar la evidencia de la seguridad/efectividad del programa ERAS en cirugía colorrectal programada . Se realizó la Revisión Sistemática de la Literatura disponible (RSL) bajo un check-list aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina Humana de la UNC - Universidad Nacional de Colombia. Los resultados de esta revisión siguieron las recomendaciones de la declaración - PRISMA. La búsqueda se realizó en: Medline, Embase y Cochrane con los términos: Fast Track, enhanced recovery surgery (ERAS), surgical , procedure list. La calidad de la revisión se evaluó a través de AMSTAR-2 y la certeza de la evidencia mediante la metodología GRADE. Se presentan los hallazgos con frecuencias, estimadores de riesgo y síntesis narrativas, además se informaron medidas de frecuencia y de asociación que incluían (RR), (OR), (HR) y diferencia de medias (DM) con IC del 95 %. Se obtuvieron 863 referencias, 33 se consideraron potencialmente elegibles; las mismas se evaluaron a texto completo logrando seleccionar seis los que evidenciaron resultados de importancia en el grupo expuesto a ERAS mostrando reducción del riesgo de complicaciones no de tipo quirúrgicas (RR: 0,40 IC del 95 %], según Bagnall los eventos adversos respiratorios fueron menos frecuentes en el grupo ERAS, 5,1 % vs. 16,4 % ($p < 0,0001$); Greco demostró que ERAS cumplía un rol protector contra estas complicaciones (RR: 0,41 IC del 95 %) y para los eventos adversos cardiovasculares RR: 0,51 IC del 95 % .Ni y cols. mostraron que dentro de los pacientes operados vía laparoscópica el protocolo ERAS reducía las complicaciones postoperatorias hasta en 41 % (RR: 0,59 IC del 95 %). En pacientes con cáncer colorrectal bajo régimen ERAS se redujo el riesgo de morbilidad PO hasta 39 % (RR: 0,61 IC del 95%); hasta 52 % en pacientes con lesiones malignas (RR: 0,48 IC del 95 %) y hasta 55% en pacientes con lesiones benignas (RR: 0,45 IC del 95%). Zhuang describió diferencias a favor de ERAS ($p < 0,00001$), con una disminución de 2,39 días [-3,70 a -1,09] en la estancia total. Bagnall y colaboradores

reportaron una reducción en el tiempo transcurrido hasta el primer flato (DM -1,02 días IC del 95 %) y de los ruidos intestinales (-1,12 d IC del 95 %); asimismo para la tolerancia oral precoz a fluidos ($p < 0,001$) también se reportaron resultados positivos en el grupo ERAS. En conclusión esta revisión sugiere que las estrategias multimodales peri operatorias en cirugía colorrectal programadas son efectivas disminuyendo la morbilidad PO global y el tiempo de estancia hospitalaria, y no concluyente frente a la tasa de mortalidad y de reingresos. (18)

Jiménez W, Domínguez L (Chia-Colombia, 2015) en su estudio titulado “Las directrices FT (recuperación PO acelerada) disminuye la estancia hospitalaria en cirugía gastrointestinal alta: una revisión sistemática de la literatura actual”, cuyo objetivo fue revisar la más reciente evidencia científica sobre el programa FT en cirugías gastrointestinales altas. Se hizo una revisión en PubMed / Medline con los términos de búsqueda “FT y ERAS-surgery”. Fueron elegidos de forma aleatoria estudios clínicos controlados que contarían con un grupo control con cuidado tradicional. Se estudiaron las diferencias de medias, tomando como variables los días de estancia hospitalaria, la morbimortalidad y reingreso hospitalario. Para el análisis se usó el programa SPSS®, versión 20. Para la descripción de los resultados se seleccionaron aleatoriamente 5 estudios clínicos que cumplieran con los criterios de inclusión. De 385 pacientes elegibles, se comparó el 51 % con el grupo bajo cuidado convencional y 49% con FT ERAS. Comparando el cuidado convencional con el FT ERAS la estancia hospitalaria fue de 7,5 Vs. 5,7 días, ($p=0,019$) con IC 95% 1,77; y la morbilidad, de 22 % Vs. 14 % ($p=0,017$) con un IC 95% de 2,72 (1,77-13,96), respectivamente. Aunque con baja significancia ($p=0,0863$), este análisis refuerza la tendencia a la reducción en el riesgo relativo (RR) de 30 % de morbilidad, al adherirse a estrategias FT ERAS en cirugía gastrointestinal alta (RR=0,668) sustentando que regirse bajo las directrices FT es práctica y segura, el uso de estas tiene tendencia a ser factores protectores de morbilidad, no es el caso en referencia a la mortalidad ($p=0.347$) ni re-hospitalizaciones ($p=0.954$). Concluyendo que la estrategia FT ha mostrado reducción de la estancia hospitalaria, se puede implementar en forma segura en cirugía gastrointestinal alta, sin incrementar la morbimortalidad , ni las rehospitalizaciones. (19)

1.2.2 Antecedentes Nacionales

Cedeño E ,Guevara A, Berrospi F , Aguilar E, Olivos J, Mantilla R , Chávez I, Luque C, Ruiz E, Payet E (Lima – Perú , 2021) en el estudio “Recuperación acelerada tras cirugía en cáncer colorrectal en el INEN - Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.”, cuyo objetivo fue estudiar la seguridad de la implementación del programa (ERAS) para cirugía programada por neoplasia colorrectal. Se realizó un estudio tipo observacional descriptivo retrospectivo que incluyó 272 pacientes con neoplasia colorrectal operados de forma programada de enero del 2019 hasta setiembre del 2020 en el INEN - Perú. Se hizo un análisis descriptivo de los pacientes usando medidas de tendencia central (mediana (rango) y rangos en porcentaje). En la segunda parte para la asociación de variables se determinó la prueba U de Mann-Whitney , para los días de estancia PO y variables categóricas se usó Chi-cuadrado (de Pearson) considerando $p < 0,05$ significativo. Se incluyeron 90 pacientes manejados bajo el protocolo ERAS con una mediana de días hospitalarios PO de 3. En el 53 % de los casos se realizó cirugía mínimamente invasiva con días hospitalarios PO mucho menores que los pacientes manejados bajo cirugía convencional ($p=0,035$). El 91 % de pacientes dio inicio a la tolerancia oral temprana y deambulación precoz en 89%.Se reportaron eventos adversos postoperatorios en el 29 %, siendo más en pacientes con resección de recto-anal vs el grupo con resección de colon (40 % vs 20 % $p=0,043$) (OR=2,67 / IC 95 %).Se reportó que 8 pacientes presentaron efectos adversos mayores (cuatro dehiscencias de anastomosis y cuatro requirieron reingresar). Por lo tanto, se concluyó que regirse bajo ERAS en cirugías programadas por lesiones malignas colorrectales es bastante seguro, con reporte de bajo riesgo de morbilidad peri-operatoria. (20)

Ortega D , Vojvodic I , Pinares D (Lima – Perú, 2020) con su estudio titulado “Resultados de la implementación de la estrategia PREMEC-Recuperación Mejorada en Cirugía en el manejo quirúrgico del cáncer colorrectal en el HNERM- Hosp. Nacional Edgardo Rebagliati”, cuyo objetivo mostrar las mejoras logradas tras la adherencia a este protocolo abreviado del ERAS a través de la evaluación de días de estancia hospitalaria, efectos adversos, readmisiones y reingreso a SOP para re operación. Se incluyeron 516 pacientes conformada por una cohorte que no siguió el protocolo conformada por cirugías colorrectales resectivas por abordaje abierto de enero del 2017 a noviembre del 2018. Por otro lado una cohorte prospectiva formadas por cirugías bajo las guías de la estrategia PREMEC de diciembre del 2018 a del 2020. Se obtuvieron resultados parecidos en edad, sexo, estadiaje y tipo de abordaje. Los días de estancia en el hospital en el grupo convencional fue 13,86 (+/- 7,86) (IC del 95%) d, en el grupo bajo las premisas PREMEC con abordaje abierto fue 10,62 (DS 5,4) (IC del 95%) d y el grupo PREMEC con abordaje via laparoscópica 6,86 (DS 2,7) (IC del 95%) d. Respecto a las complicaciones , los pacientes bajo PREMEC evidenciaron disminución de fugas anastomóticas, menores reportes de (ISO) asimismo menor reporte de íleo PO. No así diferencias respecto a mortalidad y reingresos para re operaciones. Se concluyó que implementar PREMEC potencia indicadores asociados a un óptimo manejo peri operatorio (21)

1.3 Formulación del problema.

1.3.1 Problema General.

1.3.1.1 ¿Existe asociación entre nivel de conocimiento con actitudes y prácticas de las directrices Fast track ERAS en cirugías electivas en los Servicios quirúrgicos de Hospitales Nacionales Peruanos, 2024?

1.3.2 Problemas Específicos.

1.3.2.1 ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre las directrices Fast Track ERAS en cirugías electivas en los servicios quirúrgicos de Hospitales Nacionales Peruanos, 2024?

1.3.2.2. ¿Cuáles son las actitudes frente a las directrices Fast Track ERAS en cirugías electivas en los servicios quirúrgicos de Hospitales Nacionales Peruanos, 2024?

1.3.2.3. ¿Cuál es el nivel de prácticas de las directrices Fast Track ERAS en cirugías electivas en los servicios quirúrgicos de Hospitales Nacionales Peruanos, 2024?

1.4 Objetivos de la investigación.

1.4.2 Objetivo general.

1.4.2.2. Determinar la asociación entre nivel de conocimientos con actitudes y prácticas de las directrices Fast Track ERAS en cirugías electivas en los servicios quirúrgicos de Hospitales Nacionales Peruanos, 2024.

1.4.3 Objetivos específicos.

1.4.3.2. Determinar el nivel de conocimientos sobre las directrices ERAS en cirugías electivas en los servicios quirúrgicos de Hospitales Nacionales Peruanos, 2024

1.4.3.3. Determinar la actitud frente a las directrices ERAS en cirugías electivas en los servicios quirúrgicos de Hospitales Nacionales Peruanos, 2024.

1.4.3.4. Determinar el nivel de aplicación prácticas de las directrices ERAS en cirugías electivas en los servicios quirúrgicos en Hospitales Nacionales Peruanos, 2024.

1.5 Justificación de la investigación.

De acuerdo a las líneas de investigación de la UNSAAC (Univ. Nacional de San Antonio Abad del Cusco) la ARIN-Cusco al 2021 ha identificado la demanda respecto a investigación, dentro de la dimensión social-categoría salud , tenemos incluida dentro de las 10 prioridades como octava y novena prioridad correspondientemente “la Gestión en salud: políticas y organización de servicios sanitarios” ; y el acometimiento de “determinantes de la salud y las brechas e inequidades para el acceso en materia de salud”. (22)

Dentro de las líneas Prioridades de Investigación en Salud Pública Peruana por región desde la Perspectiva de la ENSAP - Escuela Nac. de Salud Pública, publicada el 2019 tenemos como pilar dentro de investigación en universidades ,estudiar el acceso a los servicios de salud e identificar los factores que entorpecen la obtención de atención oportuna en este mismo rubro” . (23)

Justificación teórica

A nivel nacional constituye un problema de salud pública las listas de espera prolongadas de cirugías electivas , generando dificultades que causan exclusión, limitando la oportunidad de acceso de los usuarios a este servicio de forma oportuna , maximizando costos por un lado por la constitución de un sistema de emergencias saturado y por otro por las consecuencias de la propia demora (biológicas, psicológicas y discapacidad temporales o permanente).Comparando la cantidad de cirugías programadas alcanzadas el 2019 (un promedio de 241.691) con las registradas del 2020 al 2022 se observa una reducción considerable ,por la coyuntura vivida a causa de la pandemia por SARS –COV-2 que obligó a diferir ,reorganizar y como consecuencia embalsar la ya larga preexistente larga lista de espera quirúrgica a nivel nacional, después de tres años, la brecha de operaciones sin efectivizarse es aún considerable. Para el año 2023 se identificó un embalse quirúrgico de 94 628 operaciones pendientes en Institutos y Hospitales del MINSA vs EsSalud asimismo, la especialidad con mayor embalse quirúrgico notificado (79.799 en total) es cirugía general, específicamente procedimientos colorrectales. Los Hospitales seleccionados para esta investigación (H.Nacional A. Sabogal Sologuren - Lima, H. Nacional A .Guevara Velazco y Hospital Antonio Lorena del Cusco) son hospitales de mayor capacidad resolutive y centros de referencia, que de acuerdo a las estadísticas especificadas en el planteamiento del problema se encuentran dentro de los 12 primeros con listas de espera más saturados a nivel nacional. (24)

Justificación práctica:

La presente investigación busca determinar las barreras para la adherencia a este protocolo, lo que finalmente podrá ser abordado por las autoridades competentes , de manera que permita la creación e inclusión de medidas necesarias para la difusión e inclusión de estos principios en la práctica quirúrgica diaria y de esta forma reproducir los alentadores resultados en Latinoamérica y el mundo

Justificación metodológica:

La metodología de esta investigación con los resultados obtenidos en nuestros contextos hospitalario donde se ha demostrado se tiene una información deficiente sobre el conocimiento de estas estrategias multimodales en médicos asistentes y residente de los servicios quirúrgicos, contribuirá generándo datos estadísticos en el vacío del conocimiento científico de este tema así como la propuesta de generar estudios que amplíen esta base bibliográfica.

1.6 Limitaciones de la investigación

Se describe la posibilidad de:

Sesgo de información por parte de los participantes al completar inadecuadamente la ficha de recolección de datos. (27)

Sesgo del entrevistador, debido a que el mismo conoce el tema de interés, lo que conduce a preguntar de modo diferente a los entrevistados. (27)

Sesgo de memoria es posible que los sujetos que hayan estado expuestos al tema en un menor lapso de tiempo, respondan con mayor detalle el cuestionario. (27)

Riesgo de sesgo de selección puede surgir por la inclusión de voluntarios que suelen ser una muestra no representativa de la población general. (27)

1.7 Aspectos éticos.

La información obtenida en este estudio se manejó con las medidas pertinentes de confidencialidad, aquellos resultados que se obtuvieron a partir de los cuestionarios fueron usados únicamente con fines académicos, buscando contribuir al avance de la ciencia, tomamos como guía los principios de la Declaración de Helsinki en su última actualización del 2013 donde se imparte el respeto por la privacidad en la realización de proyectos de investigación . (28)

Asimismo, fomentamos el uso del código de Nuremberg así como el Informe de Belmont, con los principios éticos básicos que describen, los participantes tuvieron la libertad de elegir participar o no en el presente estudio y se evidenció haciendo uso del consentimiento informado; en el desarrollo del estudio no se impartió ningún tipo de daño físico ni mental a los asistentes, la finalidad de este estudio fue obtener resultados alentadores que benefician la investigación bio-médica. (29)

El presente Proyecto fue realizado con la autorización de los Hospitales (HNASS) Alberto Sabogal Sologuren ,(HAL)Hospital Antonio Lorena y (HNAGV)Adolfo Guevara Velazco ,esta es una investigación pionera base para futuras investigaciones.

CAPITULO II: MARCO TEORICO CONCEPTUAL

2. 1. Marco teórico

2.1.1. Generalidades

2.1.2 Directrices Fast Track – ERAS

2.1.2.1 CONCEPTO

Propuesto por Kehlet en el año 1999, las estrategias “fast track- Surgery” o directrices ERAS-Enhanced Recovery After Surgery , describen medidas peri operatorias que están basadas en evidencia científica y han demostrado acelerar de forma óptima la recuperación postoperatoria, logrando así reducir efectos adversos, días de estancia hospitalaria ya que actúa disminuyendo el estrés en el pre, intra y post-quirúrgico. Estas directrices incluyen intervenciones durante el acondicionamiento previo a la cirugía y en los cuidados peri operatorios. También amplían su enfoque hacia el tipo de anestesia/analgesia, hacia los mecanismos de reducción del estrés que conlleva el acto quirúrgico, con alentadores resultados a nivel mundial (20)

El Fast track - ERAS es un protocolo multimodal integral y bastante prometedor para pacientes quirúrgicos, busca abordarlo desde el momento del diagnóstico y asimismo determinar las necesidades individuales para optimizar su manejo , estas medidas se divide en tres fases:

- F. pre-operatoria: Dispone y optimiza la condición del paciente previo a la cirugía.
- F. operatoria: Aquí mediante maniobras de anestesia y quirúrgicas se reduce la rpta al estrés ocasionado por la agresión quirúrgica buscando una mínima perturbación de la anatomo-fisiología.

- F. post-operatoria: Aquí se aborda la optimización de la analgesia, disminuir náuseas/vómitos en el PO postoperatorio, deambulación temprana, nutrición enteral precoz y control del dolor con analgesia multimodal en el postoperatorio. (30)

Estrategias de recuperación mejorada peri operatoria: Estado del arte

A la fecha hay evidencia abundante con adecuado sustento sobre las cualidades de las estrategias Fast Track / ERAS. Vlug y col. a través de un estudio multicéntrico en nueve centros hospitalarios, eligió 400 pacientes intervenidos quirúrgicamente por cáncer de colon, comparó el abordaje sea esta vía laparoscópica o abierta, el estudio objetiva mejores resultados cuando estos se ciñen bajo las estrategias ERAS. Gustafson y col. realizó un estudio con una cohorte que incluía 953 pacientes (464 del 2002 al 2005 y 489 entre el 2005 hasta el 2007) estudia la implementación de las medidas ERAS (ingesta de bebida con carbohidratos 2 hrs antes de la cirugía, analgesia epidural, restringir la preparación mecánica del colon, evitar la sobrecarga de fluidos durante el peri operatorio, movilización y nutrición temprana).

A mayor implementación (43% vs 70%) menor reporte de complicaciones posoperatorias a los 30 días y menos reingresos con OR de 0.73 vs 0,53 respectivamente, obteniendo como principales predictores la restricción EV de fluidos y el consumo de bebidas con carbohidratos previos. Implementar ERAS evidenció altas precoces y reducción de costos. Nascimento A. seleccionó 308 pacientes, en su mayoría colecistectomías (74 casos y 25 controles en esta) se implementó exitosamente el protocolo ERAS , se logró reducir las complicaciones en promedio 30 a 45 %,disminuir la días de estancia en el hospital ,minimizar costos, fomentar el trabajo grupal con guías uniformizadas integrando un equipo entre anestesiólogos, cirujanos asistentes y residentes, enfermeros y nutricionistas capacitados para la obtención de estos objetivos. La adherencia a este manejo integral multimodal ha sido catalogado como una de las grandes innovaciones de la nueva era quirúrgica. (31)

2.1.2.2 ITEMS DE LAS DIRECTRICES ERAS

2.1.2.2.1 Etapa pre-operatoria:

2.1.2.2.1.1 Informar al paciente en el preoperatorio

Facilita la rehabilitación precoz postoperatoria y el manejo del dolor, en especial en pacientes en los que predomina la ansiedad. Estudios multicéntricos han evidenciado que la pre habilitación psicológica e informar detalladamente los procedimientos a los que será sometido el paciente durante la estancia hospitalaria optimizan el manejo del dolor y la ansiedad. La información brindada al paciente debe ser infundida por todo el equipo multidisciplinario que lo maneja, tomando en cuenta los principios culturales y características físicas del mismo (23)

2.1.2.2.1.2 Revisión sistemática sobre preparación mecánica previa del colon

Este ítem se cataloga como uno de los cambios más frontales de la evidencia científica con el manejo quirúrgico tradicional: sorprendentemente más del 99% de cirujanos que hacen utilidad de ella, tienen la creencia que el incremento en la morbilidad tiene relación con el contenido intestinal séptico, y que el paso de este contenido (materia fecal) por la anastomosis resulta peligroso. Sin embargo, se ha objetiva evidencias que no se pueden pasar por alto. En una reciente revisión sistemática se ha confirmado que la preparación intestinal no resultada nada beneficiosa en la cirugía de colon, más al contrario aumenta el riesgo de fuga anastomótica, se ha visto que prolonga cuadros de íleo postoperatorio y en menor grado se podría asociar a alteraciones hidroelectrolíticas, en especial en el grupo etario mayor de 60 años. Mediante últimos estudio se ha afirmado que con la preparación intestinal existen mayor posibilidad de dehiscencias, eventos adversos y complicaciones tipo infecciosas esto asociado a una mayor estancia hospitalaria. En conclusión, la preparación del colon debe evitarse al establecer un protocolo de recuperación acelerada en el futuro. (32)

2.1.2.2.1.3 Uso de profilaxis con antibióticos

La profilaxis con antibióticos eficaces se ha visto que minimiza las complicaciones postoperatorias de tipo infecciosas con una primera dosis, esta se debe administrar 1 hora previa a la incisión de piel. Se ha mostrado que una sola dosis resulta igual de eficaz que el uso de múltiples dosis.

Se sugieren como combinación óptima una cefalosporina de 2da generación con metronidazol. (33)

2.1.2.2.1.4 Profilaxis de la tromboembolia pulmonar

Lassen *et al.* han demostrado que bajas dosis de heparina no fraccionada subcutánea es eficaz en la reducción de episodios de TVP (trombosis venosa profunda) y EP (embolia pulmonar). Algunos fármacos anti-plaquetarios y dextrano vía ev se ha visto tienen menor eficacia para la profilaxis de TVP, sin embargo su farmacocinética y farmacodinamia lo hace más útiles en pacientes de alto riesgo en quienes están contraindicados HBPM y heparina no fraccionada. Las medias de compresión, como medida adicional se ha demostrado son también efectivas para prevenir episodios tromboembólicos. (34)

2.1.2.2.1.5 Evidencia de ingerir bebidas carbohidratadas en el preoperatorio

Una práctica convencional que se efectivizaba para evitar episodios de broncoaspiración pulmonar era el ayuno desde la media noche previa a la cirugía. Esta estrategia de ayuno llevó a que se estudie la implementación de administrar una sobrecarga de glucosa en el preoperatorio vía EV (200 g) y de esta forma reducir la resistencia a la insulina. También se demostró que en lugar de administrar por esta vía es más sencilla su ingesta oral (la medida que se aconseja es tomar una bebida rica en carbohidratos la media noche previa a la intervención y otra de 2 a 3 horas previa a la cirugía), aunque se enfrenta a las arraigadas prácticas y creencias sobre el ayuno previo a la cirugía (no avaladas por la evidencia científica) . Numerosas Guías de práctica Clínica basadas en evidencia confirman la seguridad de ingerir agua y bebidas carbohidratadas y que estas no aumentan el riesgo de episodios de aspiración pulmonar, adicionalmente ayudan a reducir la resistencia a la insulina, la ansiedad por la sed y hambre. Asimismo un estudio a través de una revisión sistemática proporcionó pruebas sólidas que reducir el periodo de ayuno valiéndonos de la ingesta en el preoperatorio de glucosa no registró aumento en el reporte de efectos adversos, reafirmando que esta medida es segura y efectiva ,reduce el tiempo de estancia hospitalaria y asegura un retorno más breve de la función intestinal y con ello menor pérdida de masa magra muscular. (30)

2.1.2.2.2 Etapa intra-operatoria :

2.1.2.2.2.1 Optimización de la fluido terapia

Brandstrup y col. analizaron el impacto de la reducción de fluidos en el peri-operatorio, reportaron una reducción de aproximadamente el 20% de eventos adversos si se optimizaba el control de la fluido terapia (se usó como estrategia administrar solo 1.000 ml el día que se programó la cirugía) se reportaron complicaciones pulmonares en un 7% (IC del 95 %) en los pacientes que siguieron el *fast track* vs 24% (IC del 95 %) en el grupo con tratamiento convencional, por otro lado las complicaciones respecto a cicatrización tisular fue 16% vs 31% en el grupo manejado con fluido terapia convencional (en quienes se llega aportar hasta más de 4Litros si se suman las medicaciones). (28)

2.1.2.2.2.2 Oxigenoterapia peri operatoria.

El trabajo de Hovaguimian *et al* “beneficios de administrar en el intra operatorio altas concentraciones de O₂” (con un FiO₂ mínimo : 50%). Habla sobre esta estrategia adicional que reduce el riesgo de infección de la herida operatoria potenciando la profilaxis antibiótica recibida en el preoperatorio.(35)

2.1.2.2.2.3 Mantenimiento de la normo termia.

Estudio multicéntricos demostraron que preservar la normo termia, haciendo uso de calefacción de aire forzado y que esta cubra la región superior del cuerpo en el intra operatorio, reduce las ISO, eventos adversos cardiacos, riesgo de sangrado y necesidad de requerimiento transfusional. Si se extiende el calentamiento de forma sistémica 2 horas antes y 2 horas al fin de la cirugía se han reportado beneficios adicionales. (30)

2.1.2.2.2.4 Técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas.

La reducción en el trauma quirúrgico resulta vital para contribuir a la recuperación precoz del paciente, ya que disminuye la respuesta inflamatoria a la intervención quirúrgica .Se ha reportado que las incisiones transversas las de localización baja (en cuanto fuera posible) agreden en menor proporción la inervación parietal reduciéndose así complicaciones pulmonares. Es conocido que la cirugía vía laparoscópica implica incisiones menores, menor agresión quirúrgica y adicionalmente menor riesgo de sangrado, con resultados similares alentadores en el manejo de dolor postoperatorio, menores casos de íleo postoperatorio, óptima función pulmonar, mínima alteración inmunitaria lo que concluye en mayor sensación de bienestar. (36)

2.1.2.2.2.5 Eliminación de sondas y drenajes

Así Cheatham et al demostraron que el uso rutinario de sonda nasogástrica no evita los vómitos ni distensión abdominal postoperatorio. No hay evidencia de que disminuya complicaciones como dehiscencias, hernias de pared ni reducción en la estancia hospitalaria asimismo se observó recuperaciones más precoces del peristaltismo intestinal en aquellos que no fueron usuarios de sonda nasogástrica (SNG). Es decir la evidencia no respalda su empleo. (30) En una revisión (2009) se sugiere que la descompresión nasogástrica de rutina se debe evitar, ya que se vio que con esta medida se reduce la hiperpirexia, atelectasia y cuadros de neumonía. Asimismo se demostró un retorno más acelerado a la función intestinal normal. Se ha evidenciado también que el reflujo gastroesofágico se exacerba con laparotomía si se usan de rutina sondas nasogástricas, por lo que se desaconseja, excepto para evacuación de aire que pueda haber ingresado en el estómago durante la ventilación con mascarilla previa a la intubación. Las SNG deben retirarse antes de que revierta la anestesia.

Un meta análisis con menor tiempo para retirar el tubo de drenaje (DME – 2,72; IC del 95 %: – 5,31 a – 0,12; $P < 0,05$) respalda mejores resultados postoperatorios.(37)

2.1.2.2.2.6 Evidencia para la prevención de náuseas y vómitos

Los vómitos y náuseas postoperatorios (NyVPO) se han catalogado como la causa más importante que retrasa el inicio de la tolerancia oral a fluidos y resulta hasta más incómodo que tolerar el dolor PO. Estos se presentan hasta en el 25 a 35% de todos los pacientes sometidos a cirugía y se asocian a retraso del alta. Los efectos colaterales de los opiáceos, sedantes e hipnóticos de acción prolongada, ralentizan la recuperación, retrasando el inicio de la dieta y la movilización temprana posterior a la cirugía, conllevando a larga estancia hospitalaria. Por otro lado, los anestésicos de acción corta han mostrado no prolongar la duración del postoperatorio, concluyendo que para minimizar el riesgo de NyVPO se debe racionalizar el uso de opioides intra y post-operatorio. Para un mejor manejo se evalúa la susceptibilidad de NyVPO individual, presentan mayor predisposición las mujeres, no- fumadores, antecedente de NyVPO y administra opioides en el PO. Lo que continúa es la profilaxis en función de la estimación del riesgo. Pacientes con **Bajo riesgo**: monoterapia con dexamet. durante la inducción anestésica o droperidol finalizando la cirugía. En **Riesgo elevado** (más de 2 factores de riesgo: Usar propofol para inducir y mantener la anestesia. Evitar usar óxido nitroso, anestésicos inhalatorios. Añadir profilaxis con dexamet. Droperidol y ondansetrón al final de la cirugía. (38)

2.1.2.2.2.7 Meta análisis sobre analgesia intra-operatoria

Controlar el dolor postoperatorio es clave para las directrices ERAS. Un estudio reciente sugiere usar agentes de acción corta (propofol, hidroclocloruro de remifentanilo) supliendo a los opioides ev de larga acción (morfina y citrato de fentanilo) permite reiniciar proactivamente la recuperación postoperatoria. Según un meta-análisis los efectos adversos de los opioides (depresión respiratoria, náuseas y vómitos, constipación) han conducido al uso de nuevas técnicas de analgesia multimodal que busca reducirlos. El paracetamol y los (COX-2) inhibidores de la ciclooxigenasa-2 demostraron que reducen los efectos colaterales de los opioides cuando son usados vía oral en su defecto rectal previo a la cirugía. El único opiáceo (fentanilo) que tiene uso en la cirugía Fast Track por su perfil farmacocinético, Asimismo los coadyuvantes incluidos en estas estrategias de analgesia multimodal son de utilización convencional, como el paracetamol o los AINEs ; aunque el acetaminofén tiene una acción limitada, no comparte los efectos adversos de los AINEs, por lo que su combinación puede ser una opción adicional . Otros son de uso controversial (la lidocaína ev, ketamina, el sulfato de Mg o dexmetomidina) a la hora de implementar una línea de manejo analgésico en el *fast track*.(39)

2.1.2.2.2.8 Meta análisis sobre Analgesia epidural (AEPI)

Existen meta-análisis que reafirman que la analgesia epidural es superior a la analgesia opioide ev, tanto en la calidad de analgesia así como menor reporte de efectos adversos, menor tiempo de estancia en el hospital, reducción en los tiempos de movilización así como en el uso de analgesia suplementaria y petición de rescates por el paciente. Las complicaciones cardiacas peroperatorias reduce en aquellos que han recibido analgesia epidural. Existen algunos estudios clínicos que estudiaron las diferencias entre la aplicación a nivel torácico vs lumbar del catéter epidural, se reportó mejor calidad de analgesia y menores complicaciones (bloqueo de extremidades inferiores) en los pacientes quienes recibieron cateterismo epidural torácico respecto a los que se realizaron a nivel lumbar.(40)

2.1.2.2.3 Etapa post operatoria

CUIDADOS POSTOPERATORIOS

2.1.2.2.3.1 **Meta análisis para Reanudación precoz de la ingesta oral (RPIO)**

Mantener la dieta absoluta era usado de rutina como una medida habitual tras la cirugía, se buscaba evitar las náuseas y vómitos en el postoperatorio, reducir episodios de íleo paralítico y evitar la fuga anastomótica. Por ello la tolerancia a líquidos iniciaba tras la aparición del primer ruido intestinal y canalización de flatos y/o heces. Las estrategias ERAS sugieren iniciar tolerancia oral de forma precoz vs la tradicional dieta absoluta del postoperatorio. D i v e r s o s e nsayos clínicos y meta análisis sobre alimentación enteral temprana concluyen que no existe ventaja en mantener a los pacientes en ayunas incluso tras resección gastrointestinal. Asimismo los datos evidencian que la RPIO es tolerado en la mayoría de los pacientes de forma segura sin distinciones en la tasa de vómitos postoperatorios o necesidad de inserción de sonda nasogástrica, con reducción en la duración de íleo postoperatorio y estancia hospitalaria. Un meta análisis informa que ocho estudios indicaron que el grupo ERAS tuvo un tiempo significativamente más corto hasta alcanzar una dieta normal. Un estudio basado en una revisión sistemática demostró que existe en el grupo de RPIO un riesgo RR de 0,53 para dehiscencia de anastomosis, riesgo de 0,72 para cualquier tipo de infección, lo que conlleva a estancias menores. En conclusión no hay evidencia de beneficios en el ayuno postoperatorio y la ingesta vía oral temprana es lo más óptimo. (31)

2.1.2.2.3.2 **Ensayos clínicos sobre Analgesia multimodal**

Ya que el dolor del postoperatorio es multifactorial, resulta ideal plantear una analgesia multimodal. Asociar analgesia epidural con anestesia local, dosis mínima de opiáceos con AINES y acetaminofén, es fundamental. Algunos ensayos clínicos observaron que una buena analgesia es lograda con anestesia epidural continua (opioides de forma opcional), hasta tres días tras la cirugía. La analgesia con opioides ev tiene menores beneficios en la respuesta al estrés de la cirugía comparada con la anestesia local epidural. Tras el retiro del catéter epidural evitar opioides es fundamental, aquí la analgesia se deberá mantener usando AINES que se ha demostrado tiene resultados mas eficaces. (39)

2.1.2.2.3.3 Meta análisis sobre promover la movilización temprana

El quedar en reposo en cama se ha visto que incrementa la resistencia a la insulina, produce reducción de masa con ello pérdida de fuerza muscular, disminuye la función pulmonar y oxigenación tisular. Movilizarse de forma temprana se relaciona con reducción en la aparición de úlceras por presión, eventos tromboembólicos y cuadros de neumonía. Un estudio que incluyó a 639 participantes abordaron la atención sobre el tiempo para deambular. El tiempo para deambular en el grupo ERAS es estadísticamente más corto (DME = 6,50, IC del 95%: - 10,91 a - 2,09, $P = 0,004$). Evidenciando que la movilización temprana favorece en el control adecuado del dolor postoperatorio y reduce el uso de sondajes y drenes. El manejo óptimo del dolor con analgesia epidural torácica de forma ambulatoria coadyuva estimulando la movilidad breve postoperatoria. En el protocolo ERAS figuran las metas diarias para la movilidad y un diario de actividades fuera de cama. El objetivo final es que el paciente salga de la cama 2 horas diarias, el mismo día que fue intervenido y durante 6 horas por día hasta el día de su alta. (41)

2.1.2.3 Beneficios

2.1.2.3.1 Meta análisis de tasa de reingreso en 30 días

Ocho estudios elegibles investigaron la diferencia en la tasa de reingreso en 30 días entre los protocolos ERAS y Régimen Convencional. El meta análisis indicó que el protocolo ERAS se asoció con una tasa de ingreso significativamente menor en 30 días ($I^2 = 0\%$; RR, 0,61; IC del 95%, 0,41 a 0,90; $p = 0,01$).

2.1.2.3.2 Meta análisis para Reducción de Íleo postoperatorio

Resultados de ensayos clínicos y de meta-análisis mostraron que usar anestesia epidural en combinación con movilidad temprana y alimentación precoz en el postoperatorio inmediato disminuye cuadros de íleo postoperatorio ,reduce el tiempo hasta la aparición del primer flato, primer ruido intestinal y primera deposición ,estudios indicaron que el grupo ERAS tuvo un tiempo significativamente más corto hasta la defecación . Para el análisis del tiempo hasta el primer flato, los datos combinados de seis estudios elegibles indicaron que los participantes en el grupo ERAS tuvieron un tiempo significativamente más corto hasta el 1er flato (DME = -1,38; IC del 95 %: -2,09 a -0,66; $P = 0,0002$). (42)

2.1.2.3.3 Meta análisis de la duración de la permanencia hospitalaria y costos hospitalarios.

Estudios informaron la duración de la estancia hospitalaria y el resultado del meta análisis indicó que, en comparación con el protocolo Convencional, el protocolo ERAS acortó de forma significativa la duración de la permanencia hospitalaria (I² = 69%; DM, -1,50; IC del 95%, -1,91 a -1,09; $p < 0,001$). Además, tres estudios elegibles investigaron la diferencia en los costos hospitalarios entre los dos protocolos. El meta análisis sugirió que el protocolo ERAS se asoció con costos hospitalarios significativamente menores (I² = 34%; DM, -0,26; IC del 95%, -0,34 a -0,18; $p < 0,001$). (21)

2.1.2.3.4 Meta análisis de Control del dolor

Se objetivó en un meta-análisis que el dolor postoperatorio en los pacientes manejados con *fast track* fue EVA del 0-3 leve gracias al uso de anestesia epidural torácica. Así se logra la deambulación temprana, menor estrés, alimentación precoz y alto grado de satisfacción en el equipo y pacientes. (30)

2.1.2.6 Impacto del ERAS a nivel mundial y nacional

A la luz de la creciente evidencia sobre los beneficios de la atención peri operatoria basada en la evidencia en pacientes quirúrgicos, el grupo de estudio ERAS formado el 2001 compuesto por grupos quirúrgicos líderes de Reino Unido (UK), Suecia, Noruega y Países Bajos encontró que la práctica en las unidades quirúrgicas todavía se basaba en la tradición y era contraria a los principios basados en la evidencia un protocolo multimodal para pacientes de cirugía de colon. El grupo de estudio ERAS publicó un consenso actualizado para incluir la cirugía rectal, en el que a cada elemento del protocolo se le dio una recomendación de consenso basada en una revisión, el 2010 la Sociedad ERAS se registró oficialmente con la misión de mejorar la recuperación posoperatoria mediante la implementación de prácticas basadas en evidencia, el primer programa de implementación de ERAS tenía como objetivo brindar capacitación y desarrollo de habilidades con un enfoque en equipos quirúrgicos bien

coordinados para lograr con éxito. Tras la formación de la Sociedad ERAS en 2010, la sociedad publicó un manual titulado, las directrices de la Sociedad ERAS en 2013. El 2013 la sociedad ERAS publicó su conjunto actualizado de directrices basadas en evidencia de intervenciones multimodales diseñadas para implementarse pre intra y post operatoriamente. (42)

Entre 2010 y 2016, se iniciaron programas de implementación de ERAS en más de 16 países de todo el mundo, incluidos Suecia, Suiza, Canadá, Estados Unidos, España, Colombia, México, Brasil, Singapur, Filipinas, Nueva Zelanda, Sudáfrica, Países Bajos, Portugal, Israel. Demostrando en varios estudios que la implementación del protocolo acorta la duración de la estancia hospitalaria entre un 30 y un 50%, reduce significativamente las complicaciones y el coste general de la atención. Un meta análisis de ECA realizado por Zhuang et al mostró que, en comparación con la atención tradicional, los programas ERAS condujeron a una reducción significativa de la estancia hospitalaria y de las complicaciones totales. Otro meta análisis realizado por Varadhan et al demostró resultados similares, con una reducción de casi 50% en las tasas de. Ren et al realizaron un gran ECA de 597 pacientes que mostró índices metabólicos reducidos de estrés quirúrgico, una recuperación más rápida y un menor costo de atención con el protocolo ERAS. Majumder et al afirmaron que los protocolos ERAS sirven para cambiar el paradigma hacia un marco de atención estandarizado basado en evidencia para pacientes quirúrgicos, en lugar de planes de atención altamente individualizados y diversos de cirujanos individuales. Una revisión Cochrane de 2011 y un meta análisis de seis ensayos controlados aleatorios que compararon las vías de atención de ERAS con las vías de atención tradicionales en pacientes de cirugía colorrectal encontraron que los pacientes de ERAS desarrollaron significativamente menos complicaciones (RR 0,52; IC del 95 %, 0,38- 0,71, $p < 0,0001$) y así mejores resultados en términos de reducción de la morbilidad postquirúrgica y días de estancia hospitalaria". (43,44) (9)

Hajibandeh y colaboradores en su meta análisis de protocolos ERAS en cirugías abdominales de emergencia exploró fuentes de datos electrónicos para capturar todos los estudios que evaluaron el impacto de los protocolos ERAS en pacientes sometidos a cirugía abdominal de emergencia. La calidad de los estudios aleatorios y no aleatorios se evaluó mediante la herramienta Cochrane y la escala de Newcastle-Ottawa, respectivamente. Fueron elegibles seis estudios comparativos, que incluyeron a 1.334 pacientes. Los protocolos ERAS dieron como resultado un tiempo postoperatorio más corto hasta el primer flato (diferencia de medias: -1,40, $P < 0,00001$), tiempo hasta la primera defecación

(diferencia de medias: -1,21, $P = 0,02$), tiempo hasta la primera dieta líquida oral (diferencia de medias: -2,30, $P < 0,00001$), tiempo hasta la primera dieta sólida oral (diferencia de medias: -2,40, $P < 0,00001$) y duración de la estancia hospitalaria (diferencia de medias: -3,09, -2,80, $P < 0,00001$). Los protocolos ERAS también dieron como resultado menores riesgos de complicaciones totales (odds ratio: 0,50, $p < 0,00001$), complicaciones mayores (odds ratio: 0,60, $p = 0,0008$), complicaciones pulmonares (odds ratio: 0,38, $p = 0,0003$), íleo paralítico (odds ratio: 0,53, 0,88, $P = 0,01$) e infección del sitio quirúrgico (odds ratio: 0,39, $P = 0,0001$). Concluyendo que aunque los protocolos ERAS se utilizan comúnmente en entornos electivos, se asocian con resultados favorables en entornos de emergencia, como lo indican la reducción de las complicaciones posoperatorias, la recuperación acelerada de la función intestinal y la estancia hospitalaria posoperatoria más corta sin aumentar la necesidad de reingreso o re operación. (43)

En Peru el único estudio pionero en el que se implementó el protocolo ERAS como estudio piloto es en el “Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas” de enero del 2019 a setiembre del 2020, a través de un grupo multidisciplinario (cirujanos, anestesiólogos, licenciadas en enfermería, nutricionistas y psicólogos, cumpliendo con las siguientes estrategias que abordan ítems del pre intra y postoperatorio. (20)

Tabla 1: Estrategias de programa ERAS utilizada para cirugía colorrectal por cáncer de colon y recto en el Perú – INEN .

| | |
|-----|---|
| 1. | Educación y consejería al paciente en el preoperatorio con evaluación psicológica. |
| 2. | Carga preoperatoria de carbohidratos (CHO) complejos (50 gramos maltodextrina 25% en 200 ml hasta 2 horas previas a la cirugía) |
| 3. | No preparación mecánica de colon (salvo en algunos casos seleccionados de cirugía rectal) |
| 4. | Profilaxis antitrombótica (Enoxaparina 1 mg/kg SCa >12 horas previa a cirugía) |
| 5. | Profilaxis antibiótica (Ceftriaxona 25 mg/kg EVb. + Metronidazol 0.5 gr EVb. 30 – 60 minutos antes de la cirugía) |
| 6. | Priorizar abordaje por cirugía laparoscópica |
| 7. | Fluidoterapia endovenosa balanceada el día de la cirugía entre 5-7ml/kg/h con balance negativo o cercano a cero |
| 8. | No uso de sondas nasogástricas en el postoperatorio |
| 9. | No uso de drenajes intraperitoneales de rutina, <24 horas en algunos casos de cirugía de recto |
| 10. | Evitar uso de premedicación anestésica con benzodiacepinas |
| 11. | Prevención de náuseas y vómitos postoperatorios (PONV) con Dexametasona 4 mg EVb, Ondasetrón 0.15mg/kg EVb, y/o Metoclopramida 10 mg. EVb |
| 12. | Priorizar uso de anestesia endovenosa (TIVA) |
| 13. | Priorizar uso de analgesia regional (catéter epidural) o bloqueo analgésico de los nervios periféricos de la pared abdominal (TAP) |
| 14. | Evitar uso de opioides. Analgesia multimodal (Paracetamol 1gr c/8-6 horas y/o Metamizol 1gr. cada 8-12 horas y/o Ketoprofeno 100 mg. cada 8 horas, o Celecoxib 200 mg. cada 12 horas) |
| 15. | Fisioterapia respiratoria desde postoperatorio inmediato |
| 16. | Inicio de alimentación vía oral <24 horas del post operatorio (suplemento nutricional + agua de anís). Dieta blanda en el segundo día post operatorio |
| 17. | Retiro de sonda urinaria en el primer día postoperatorio, salvo factores de riesgo |
| 18. | Movilización completa temprana dentro de las primeras 24 horas del postoperatorio (sentarse fuera de la cama y deambulación de al menos 120 minutos) |

Fuente: Guevara A. INEN- Lima, Perú 2021 , tabla adaptada para el estudio “Recuperación acelerada tras cirugía en cáncer colorrectal en el INEN - Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.”

2.1.3 Instrumentos

2.1.3.1 Cuestionario de nivel de conocimientos y prácticas sobre protocolo ERAS

El año 2022 Kamau J, et al realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento, cumplimiento y barreras para la implementación de las Directrices ERAS por parte de Cirujanos y residentes del Hospital Nacional Kenyatta, además de establecer un cuestionario que ofreciera una técnica sencilla para evaluar conocimientos como herramienta útil. Para su validación se incluyó la totalidad de cirujanos y residentes que brindan atención quirúrgica en las salas de Cirugía General de KNH, se modificó para que su diseño sea breve, entendible y permita medir las variables de interés. Se utilizó un cuestionario estructurado y auto administrado de dos partes para recopilar los datos. La primera parte recoge datos sociodemográficos. La segunda parte contó con 3 subsecciones. En la sección A se incluyeron preguntas que evaluaran el nivel de conocimiento utilizando diez preguntas frecuentes que cubren diez de los elementos clave de ERAS. mediante el cual los encuestados deberán elegir una respuesta correcta entre 4 opciones. Cada correcto tuvo una puntuación de 1. En la sección B se incluyó una hoja de puntuación en escala Likert que evaluó las actitudes hacia el cumplimiento individual del protocolo y como última sección la hoja de puntuación en escala Likert que clasificó la percepción de barreras para la implementación del protocolo ERAS. (44)

2.1.3.2 Validación de Escala Likert en la valoración de los conocimientos y actitudes

El artículo publicado el 2003 tras una investigación que llevó como título: Los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el cuidado de la salud que se tienen en enfermería en la Universidad de Antioquia durante Julio del 2002 a Abril 2005 dio como producto un instrumento que uso la escala de Likert, con preguntas tipo cerradas, referidas al cuidado de colectivos, promoción en salud, prevención de enfermedades, desarrollo humano, participación social y educación para la salud, teniendo como precedente que la escala

Likert es usada con frecuencia para estas mediciones porque es considerado breve y sencillo; además logra altos niveles de confiabilidad haciendo uso de pocos ítems mientras que algunas otras escalas requieren más para lograr iguales resultados. La escala Likert mide favorablemente la actitud en intervalos aparentemente parecidos. Pertenece a una escala ordinal. Usa una serie de ítems que generan una respuesta establecida fue inspirada en la teoría factorial de aptitudes de Charles Spearman, quien elaboró este método sencillo y replicable. El instrumento que aquí se usó fue construido mediante la metodología de estas escalas goza de la rigurosidad de la estadística y han sido previamente validados, por esa razón son reafirmados para captar actitudes y el perfil hacia el conocimiento y la práctica del cuidado en términos de salud.(45)

2.2.- Definición de términos básicos

- **2.2.1. ERAS:** Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) RECUPERACIÓN ACELERADA PERIOPERATORIA, es un protocolo peri operatorio multimodal aplicado a pacientes sometidos a cirugías electivas originalmente creado para procedimientos colorrectales. (16)
- **2.2.2 FAST TRACK: (recuperación acelerada)** Los protocolos de la cirugía con recuperación acelerada o conjunto de intervenciones médicas peri operatorias encaminadas a disminuir el estrés quirúrgico y mejorar la recuperación posoperatoria. (35)
- **2.2.3. Conocimiento.** La Real Academia de la Lengua Española (RAE) define “conocimiento” como “la acción y efecto de conocer; entendimiento, inteligencia, razón natural; noción, saber noticia elemental de algo.”

Existen tres niveles de conocimiento: sensible, conceptual y holístico:

- El nivel sensible, se basa en captar información a través de los sentidos, los cuales se almacena en nuestra mente formando recuerdos y experiencias que estructuran nuestra realidad interna, privada o personal

- El nivel conceptual, está formada por concepciones invisibles, inmateriales, universales y esenciales.
 - El nivel holístico, en la cual las cosas están ligadas al fondo de la situación en el que se manifiesta. (46)
- **2.2.4. Actitud.** Según la RAE, “actitud” se define como “la disposición de ánimo manifestada de algún modo”, las cuales predisponen a reaccionar preferentemente de una manera determinada”. Se destacan cinco aspectos en relación a la actitud: Se basan en las creencias. Puede referirse a objetos y/o situaciones. Nos predispone a actuar a partir de la experiencia. Necesita de estímulos socioculturales para convertirse en acción. Los valores orientan el comportamiento y son la fuerza motivacional.(46)
 - **2.2.5 Aplicación práctica.** Según la RAE y DeCS, “aplicar” se define como “emplear, administrar o poner en práctica o conocimiento, a fin de obtener un determinado efecto o rendimiento en alguien o algo”, “práctica” se define como “ejercicio de cualquier arte o facultad, conforme a sus reglas; modo o método que particularmente observa alguien en sus operaciones; aplicación de una idea o doctrina
, por lo que, de ambos conceptos , se puede inferir que “aplicación práctica”, para el contexto de este estudio, es el modo o la forma que una persona realiza una determinada acción basada en un conocimiento previo. (47)
 - **2.2.6 Complicaciones quirúrgicas: Según DeCS se define como** -Efecto Adverso. son las complicaciones propias de la cirugía gástrica como; dehiscencia de anastomosis, colección intra abdominal, íleo postoperatorio, fuga biliar.(47)
 - **2.2.7 Estancia hospitalaria:** Según DeCS es el tiempo de hospitalización que se contará desde el acto quirúrgico hasta el alta. (47)

2.3. Hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

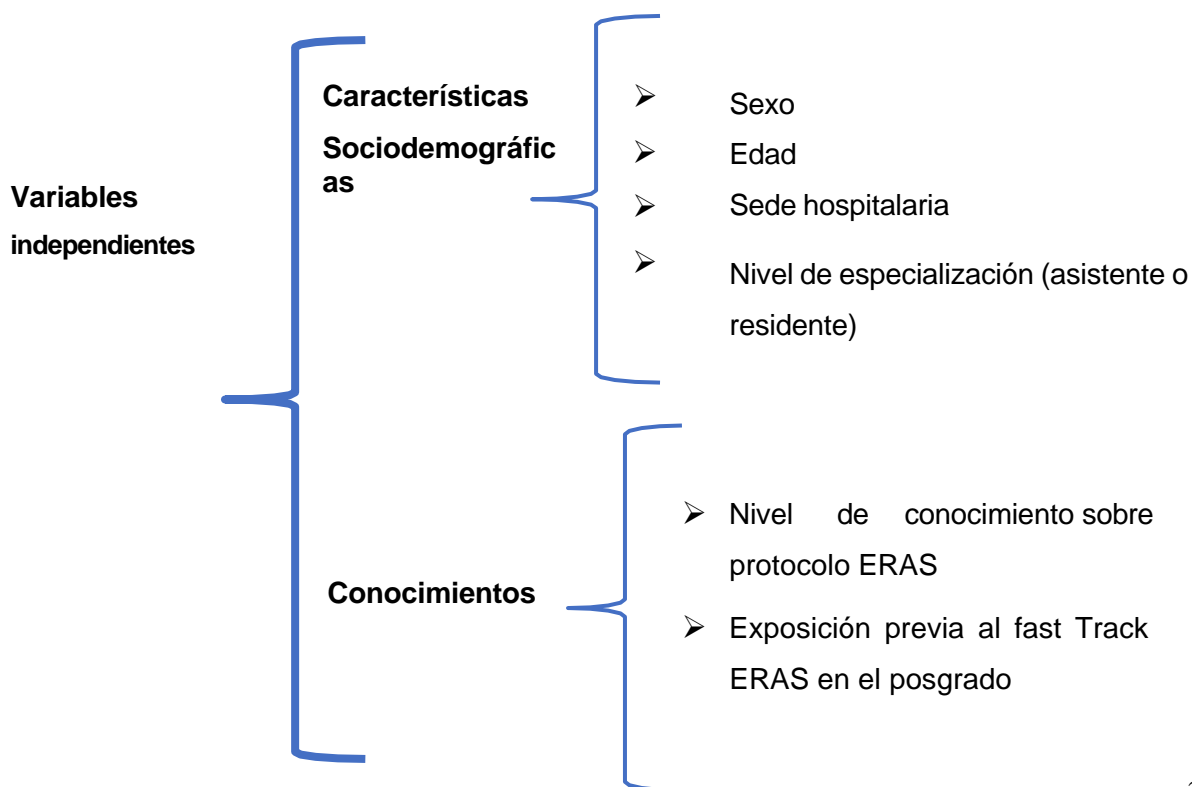
1.7.2.2. Existe una relación estadísticamente significativa ($p=0.001$) entre el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de las directrices fast track ERAS en los servicios quirúrgicos de Hospitales Nacionales Peruanos en estudio, 2024.

2.3.2. Hipótesis específicas

2.3.2.1. El nivel de conocimiento de las directrices fast track ERAS tiene una asociación estadísticamente significativa ($p=0.002$) con las actitudes en los servicios quirúrgicos de los Hospitales Nacionales Peruanos en estudio, 2024.

2.3.2.2. El nivel de conocimiento de las directrices fast track ERAS tiene una asociación estadísticamente significativa ($p = 0.003$) con las prácticas en los servicios quirúrgicos de los Hospitales Nacionales Peruanos en estudio, 2024.

2.4. Variables



**Variables
dependiente**

Actitudes:

- Apertura a la pre habilitación e información
- Brindar asesoramiento nutricional
- Optimizar ayuno preoperatorio
- Adherencia a la analgesia multimodal
- Reducción del ayuno postoperatorio
- Percepción de barreras para la implementación

Practicas

- Asesoramiento previo al ingreso
- Evaluación de comorbilidades
- Exigir el cese de hábitos nocivos
- Fomentar ejercicio y entrenamiento de fuerza.
- Evaluación y apoyo nutricional preoperatorio
- Abordar la anemia antes del ingreso
- Evite la preparación intestinal de rutina.
- Fomentar líquidos claros ricos en carbohidratos 2h previas a la cirugía
- Administrar profilaxis antimicrobiana dentro de los 60 previos a la cirugía
- Recomendar bloqueos de la pared abdominal anterior
- Solicitar calentamiento de gases de inhalación e insuflación.
- Opta por enfoques mínimamente invasivos
- Evite el uso rutinario de drenajes peritoneales o pélvicos.
- Retire la SNG antes de revertir la anestesia.
- Realizar trombo profilaxis
- Imponer activamente la evitación de opioides
- Observar un equilibrio de líquidos cercano a cero
- Alimentación oral temprana
- Iniciar medidas de movilización precoz
- Retiro de sonda Foley precoz

2.5. Definiciones operacionales

| Variable | Definición Conceptual | Dimensiones | Indicadores | Tipo | Escala de Medición | Instrumento | Expresión Final de la Variable | Item | Definición Operacional de la Variable |
|-----------|---|-----------------------------------|--------------------|-------------|--------------------|-------------------------|--|------|--|
| ACTITUDES | Manera de estar dispuesto a comportarse u obrar | Buena actitud Mala actitud | Actitud Individual | Cualitativa | Nominal | Escala likert (anexo 2) | ¿Cuáles son las actitudes? <input type="checkbox"/> Apertura a la pre habilitación e información (1 ítem) <input type="checkbox"/> Brindar asesoramiento nutricional (1 ítem) <input type="checkbox"/> Optimizar ayuno preoperatorio (1 ítem) <input type="checkbox"/> Adherencia a la analgesia multimodal (1 ítem) <input type="checkbox"/> Reducción del ayuno postoperatorio (2 ítems) <input type="checkbox"/> Percepción de barreras para la implementación (4 ítems) | 1 | La variable actitud se expresa como: (a) el paciente presenta actitudes positivas cuando la escala es mayor a 30 puntos y como: (B) el paciente presenta actitudes negativas si la escala es menor o igual a 30, de acuerdo a la suma de puntaje obtenido por cada ítem en la escala de Likert |

| | | | | | | | | | |
|-----------|--|---|---------------------|-------------|---------|------------------------|--|---|---|
| PRACTICAS | Es el nivel en el que se aplica conceptos comportamientos destinados a la Implementación de una medida | Practica eficaz Practica no eficaz | Practica Individual | Cualitativa | Nominal | Escala Likert (ANEXO2) | <p>¿Cuáles son las prácticas?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Asesoramiento previos al ingreso <input type="checkbox"/> Evaluación de comorbilidades <input type="checkbox"/> Exigir el cese de hábitos nocivos <input type="checkbox"/> Fomentar ejercicios y entrenamiento de fuerza. <input type="checkbox"/> Evaluación y apoyo nutricional preoperatorio <input type="checkbox"/> Abordar la anemia antes del ingreso <input type="checkbox"/> Evitar la preparación intestinal de rutina. <input type="checkbox"/> Fomentar líquidos claros ricos en carbohidratos 2h previas a la cirugía <input type="checkbox"/> Administrar profilaxis antimicrobiana dentro de los 60 previos a la cirugía <input type="checkbox"/> Recomendar bloqueos de la pared abdominal anterior <input type="checkbox"/> Solicitar calentamiento de gases de inhalación e insuflación. <input type="checkbox"/> Opta por enfoques mínimamente invasivos <input type="checkbox"/> Evite el uso rutinario de drenajes peritoneales o Pélvicos. <input type="checkbox"/> Retire la SNG antes de revertir la anestesia. <input type="checkbox"/> Realizar trombo profilaxis <input type="checkbox"/> Imponer activamente la evitación de opioides <input type="checkbox"/> Observar un equilibrio de líquidos cercano a cero <input type="checkbox"/> Alimentación oral temprana <input type="checkbox"/> Iniciar medidas de movilización precoz <input type="checkbox"/> Retiro de sonda foley precoz | 2 | La variable prácticas se expresa como: (A)el paciente presenta práctica eficaz cuando la escala es mayor a 60 puntos y (B)el paciente presenta práctica ineficaz si la escala es menor o igual a 60 |
|-----------|--|---|---------------------|-------------|---------|------------------------|--|---|---|

| | | | | | | | | | |
|---|--|-------------------------------|--------------------------|--------------|---------|---|--|---|--|
| FACTORES ASOCIADOS A ACTITUDES Y PRACTICAS EN SERVICIOS QUIRURGICOS | Aspectos personales, clínicos y , que están asociadas a las actitudes y practicas en los servicios quirúrgicos | Factores Socio - demográficos | Sexo | Cualitativo | Nominal | Ficha de recolección de datos (ANEXO 2) | ¿Cuál es el sexo del paciente? Masculino - Femenino | 3 | La variable sexo se expresa como: (a) Masculino y como:(b) femenino |
| | | | Edad | Cuantitativo | Razón | Ficha de recolección de datos (ANEXO 2) | Edad.....años | 4 | La variable edad se expresa en número de años. |
| | | | Sede Hospitalaria | Cualitativa | Nominal | Ficha de recolección de datos (ANEXO 2) | ¿A que Región pertenece su sede Hospitalaria? -Cusco -Lima | 5 | La variable Sede Hospitalaria se expresa como (a) Lima y (b) Cusco |
| | | | Nivel de especializacion | Cualitativa | Ordinal | Ficha de recolección de datos (ANEXO 2) | Indique si Ud es: Asistente Residente | 6 | La variable final nivel de especialización se expresa como (a) asistente (b) residente |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|------------------------------|-------------|---------|--|---|---|
| | | | Nivel de conocimiento | Cualitativa | Nominal | <p>Cuestionario de 10 preguntas validado por la sociedad ERAS (Anexo 2)</p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimiento de las directrices ERAS?</p> <p>1. ¿Cuál de las siguientes siglas significa en su totalidad la abreviatura ERAS?</p> <p>2. ¿Qué opción describe mejor el alcance de aplicabilidad de las Directrices ERAS?</p> <p>3. Comienza la implementación del Protocolo ERAS para pacientes electivos :</p> <p>4. En la atención ERAS preoperatoria:</p> <p>5. Para la optimización preoperatoria, los protocolos ERAS recomiendan:</p> <p>6. Respecto a la preparación intestinal PAM para cirugías colorrectales:</p> <p>7. Respecto al ayuno preoperatorio:</p> <p>8. Las recomendaciones actuales de anestesia en ERAS afirman que:</p> <p>9. Respecto al uso de drenajes peritoneales/pélvicos y NGT (sondas nasogástricas):</p> <p>10. Las directrices de ERAS sobre cuidados postoperatorios recomiendan:</p> | 7 | <p>La variable final se expresara como:</p> <p>(a) nivel de conocimiento alto si es mayor a 7 puntos y como:</p> <p>(b) nivel de conocimiento bajo si es menor o igual a 7 puntos</p> |
| | | | Exposición previa sobre ERAS | Cualitativa | Nominal | <p>Ficha de recolección de datos (Anexo 2)</p> <p>¿Ha leído alguna literatura o ha asistido a alguna charla sobre las pautas ERAS?</p> <p>Si</p> <p>No</p> | 8 | <p>La variable Exposición previa sobre ERAS se expresa como: (a) Si estuvo expuesto o como (b): No estuvo expuesto</p> |

CAPITULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de Investigación

El trabajo presentado es un estudio con **Enfoque Cuantitativo correlacional**: es decir medirá el grado de relación que exista entre las tres variables establecidas en este estudio (cuantifica relaciones), es decir mide cada variable y analiza su correlación, tales correlaciones se expresan en hipótesis sometidas a prueba. (48)

3.2. Diseño de la investigación

OBSERVACIONAL: Es decir el investigador no tomará parte ni manipulará las variables

ANALITICO-TRANSVERSAL: porque se investigara la asociación del nivel de conocimiento con las actitudes y prácticas de las directrices ERAS en los servicios quirúrgicos de Hospitales Peruanos durante el 2024 y se recolectarán estos datos en un tiempo único.(48)

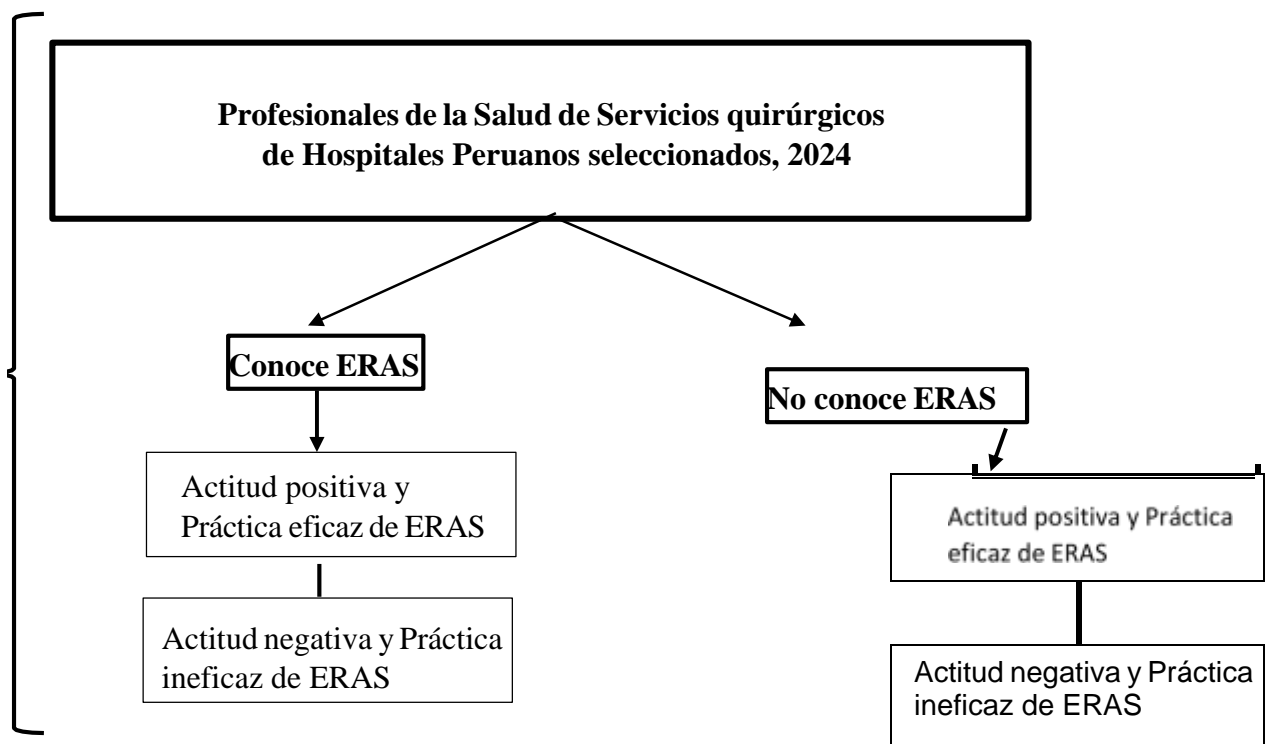


Ilustración 1: Esquema de diseño de investigación

3.3. Población y muestra

3.3.1. Descripción de la población

La población de estudio fue representada por médicos cirujanos asistentes y residentes que a la fecha verificada en el mes de marzo de formaban parte del rol de los servicios quirúrgicos (cirugía general , cirugía oncológica, cirugía plástica, cirugía pediátrica, cirugía de tórax y cardiovascular , ginecología, gineco-oncología, traumatología y urología) del Hospital Nacional A. Sabogal Sologuren, Hospital Nacional A. Guevara Velazco y Hospital Antonio Lorena durante el año 2024 .La cantidad de población total reportada es de 193 incluyendo médicos cirujanos generales asistentes y residentes (88 en el Hospital A. Sabogal, Sologuren , 51 en el Hospital A. Guevara, Velazco y 54 en el Hospital Antonio Lorena).

1.3.2. Criterios de inclusión y exclusión

1.3.2.1. Criterios de Inclusión de casos

- Médicos cirujanos asistentes y residentes que accedieron a formar parte de la investigación (mediante consentimiento informado)
- Médicos cirujanos asistentes y residentes que laboran en servicios quirúrgicos del Hospital Nacional, A. Sabogal Sologuren, H Nacional A. Guevara Velazco, Hospital Antonio Lorena del Cusco

1.3.2.2 Criterios de Exclusión de casos

- Médicos cirujanos asistentes y residentes que se negó a participar del estudio
 - Médicos cirujanos asistentes y residentes pertenecientes a otros servicios quirúrgicos y profesiones no medicas

3.3.3 Muestra: Tamaño de muestra y método de muestreo

Para el cálculo de tamaño de muestra se extrajo datos del estudio “The predictors of Enhanced Recovery After Surgery utilization and practice variations in elective colorectal surgery: a provincial survey” publicado el 05 de diciembre del 2019 , el cálculo se realizó utilizando el programa Epiinfo versión 7.2.5.0, mediante la calculadora de tamaño muestra de para Unmatched Cross – Sectional Studies (exposed and no exposed). En donde mediante un antecedente se denotó que la exposición a una capacitación previa a fast track ERAS se asoció a la aplicación practica de las Estrategias ERAS formal con un OR de 2.5 . Utilizando un índice de confianza al 95%, Power 80%, Ratio de no expuestos a expuesto de 1.5. Porcentaje de controles expuestos 63% y porcentaje de casos sin exposición de 41%. Nos calcula un total número de 70 expuestos y no expuestos de 109, y el tamaño de muestra final de 67·(19)

StatCalc - Sample Size and Power

Unmatched Cohort and Cross-Sectional Studies (Exposed and Nonexposed)

Two-sided confidence level: 95% ▾

Power: 80 %

Ratio (Unexposed : Exposed): 1.5568

% outcome in unexposed group: 41 %

Risk ratio: 1.54799

Odds ratio: 2.5

% outcome in exposed group: 63.5 %

| | Kelsey | Fleiss | Fleiss w/ CC |
|-----------|--------|--------|--------------|
| Exposed | 64 | 63 | 70 |
| Unexposed | 100 | 98 | 109 |
| Total | 164 | 161 | 179 |

Ilustración 2: Tamaño muestral en base a estudio de referencia

3.4. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos

Técnicas: Se objetivó el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de médicos cirujanos de los servicios quirúrgicos de los Hospitales A. Sabogal Sologuren (Lima), Hospital A. Guevara Velazco (Cusco) y Hospital Antonio Lorena (Cusco) durante el mes de marzo y abril del año 2024.

Instrumento: Se midieron las variables de interés mediante un cuestionario estructurado y auto administrado previamente validado por juicio de expertos modificando 2 de 8 preguntas del cuestionario original para estar completamente adaptado a cada especialidad quirúrgica, se validó haciendo uso del método de distancia de punto medio, después de ello la recogida de datos se dio utilizando la herramienta Google Plataforma de formulario de encuesta. Previa autorización por los Hospitales en mención por medio de una carta de presentación para el Director y comité de ética de la institución

Plan de recolección de datos: Con los permisos obtenidos y el instrumento aplicado , se anonimizaron las respuestas deshabilitando la función de identificación de encuestados, incluida la prevención de la obtención de las direcciones de correo electrónico de los encuestados. Se evaluó la entrada correcta de los datos recopilados a través de la pestaña "Respuestas" del formulario de encuesta de Google, utilizando tanto la pestaña "Individual" como la pestaña "Resumen". Luego se descargó un archivo de hoja de Excel del formulario de encuesta, se realizó análisis básicos (derivar medias, medianas y proporciones), con la posterior entrada en SPSS Versión 26 para análisis adicionales.

3.5. Plan de análisis de datos

Los datos estadísticos obtenidos de las fichas de recolección fueron consignados en el programa Excel 2019, para posteriormente ser procesados en el programa SPSS 20, de donde se obtuvieron los resultados en función de los objetivos e hipótesis planteadas.

3.5.1. Análisis Univariado

Las variables cuantitativas se describieron con promedios y desviaciones estándar

y las variables cualitativas con frecuencias absolutas y porcentajes.

3.5.2. Análisis Bi-variado

En el presente estudio se evaluó si existe asociación entre el nivel de conocimientos con las actitudes y prácticos de los médicos cirujanos de los Hospitales seleccionados, asimismo la asociación de los mismos con los factores sociodemográficos solicitados en el cuestionario, para lo que nos valimos de la prueba chi cuadrado. Además para determinar el grado de asociación calculamos el Odds ratio (OR) y sus intervalos de confianza. En los contrastes de hipótesis se consideraron asociaciones significativas cuando existió menos del 5% ($p < 0.05$) de posibilidad de equivocarse.

CAPÍTULO IV RESULTADOS DISCUSIONES Y CONCLUSIONES:

4.1 RESULTADOS

Se realizaron 196 a médicos asistentes y residentes de los servicios quirúrgicos de tres Hospitales Peruanos (H.Alberto Sabogal Sologuren de la provincia Callao-Lima, H.Nacional Adolfo Guevara Velazco y H.Antonio Lorena de la ciudad del Cusco) durante los meses marzo abril y mayo del 2024, se excluyeron un total de 17 por no cumplir los criterios de inclusión y exclusión del estudio; obteniendo un total de 179 sujetos de estudio.

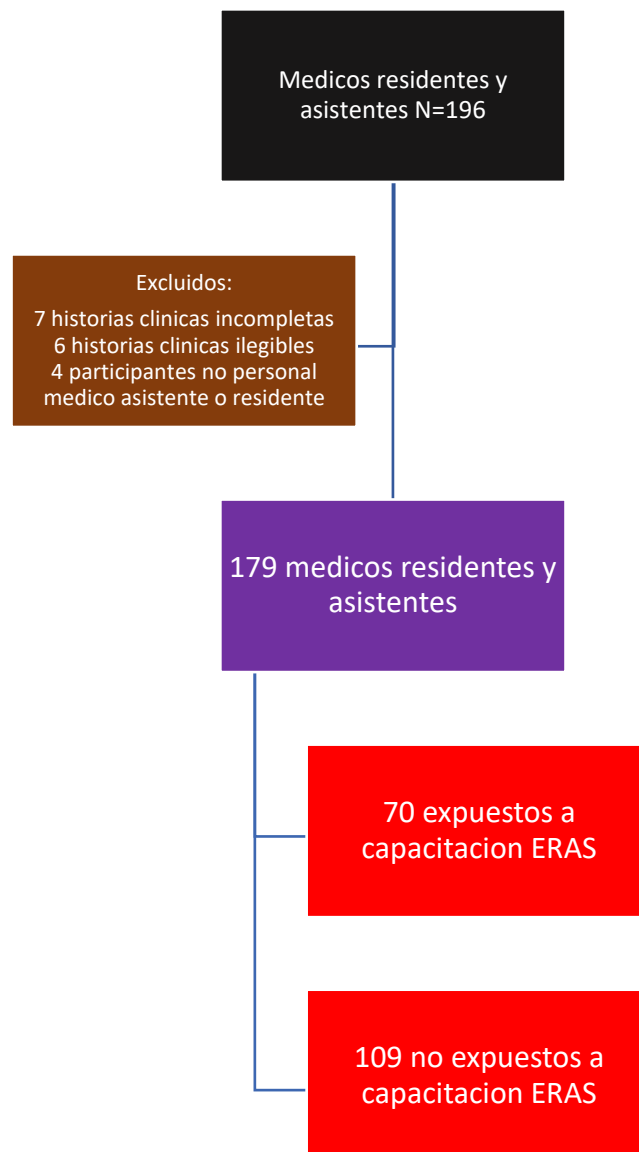


Ilustración 3 : Diagrama de Flujo de la aplicación de instrumento y selección de expuestos

FUENTE: ELABORACION PROPIA

4.1.1. Análisis Uni-variado

Análisis de confiabilidad

Tabla 2:

Confiabilidad de las variables de estudio del instrumento de medida de conocimientos actitudes y prácticas ERAS en médicos residentes y asistentes encuestados en los servicios quirúrgicos de tres hospitales Peruanos de referencia (HNASS-LIMA, HNAGV-CUSCO Y HAL-CUSCO)

| Escala | N | N° de ítems | Alfa de Cronbach |
|-----------------------------------|----------|--------------------|-------------------------|
| Conocimiento sobre protocolo ERAS | 179 | 8 | .716 |
| Actitudes | 179 | 10 | .730 |
| Prácticas | 179 | 20 | .939 |

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Interpretación: En la tabla, se calculó la fiabilidad de las escalas del instrumento a través del coeficiente Alfa de Cronbach (AC) que corresponde al método de confiabilidad de la consistencia interna. Se obtuvo índices (AC) en las variables de Conocimiento ERAS (.716), Actitudes (.730) y Prácticas (.939). Según Hernández et al. (2014), el coeficiente Alfa de Cronbach deben superar al criterio ($> .70$) para indicar una aceptable confiabilidad. Todas las escalas mostraron niveles altos de confiabilidad, por lo que puede continuarse con los análisis.

Análisis descriptivo

Tabla 3:

Características demográficas de los médicos residentes y asistentes encuestados sobre protocolo ERAS en médicos residentes y asistentes encuestados en los servicios quirúrgicos de tres hospitales Peruanos de referencia (HNASS-LIMA, HNAGV-CUSCO Y HAL-CUSCO)

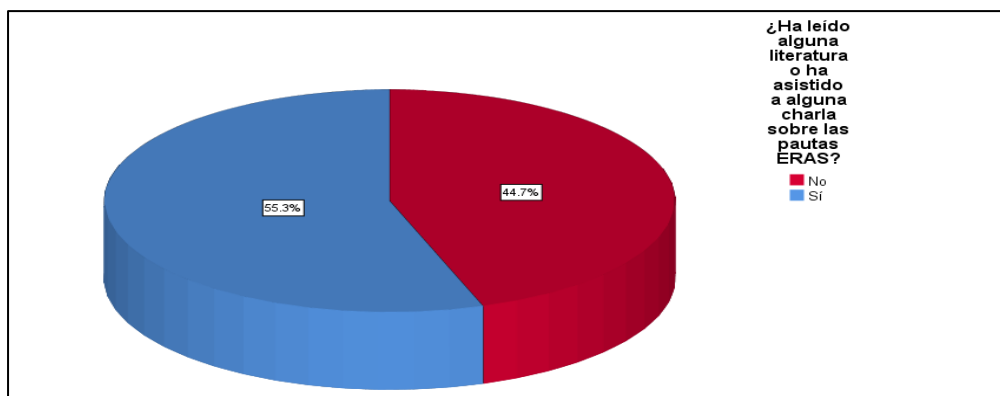
| Característica | N (%) |
|------------------------------------|---------------|
| Sexo | |
| Masculino | 144 (80.4) |
| Femenino | 35 (19.6) |
| Edad* | 38.56 ± 10.46 |
| Región de sede hospitalaria | |
| Lima | 139 (77.7) |
| Cusco | 40 (22.3) |
| Nivel de especialización | |
| Médico Asistente | 91 (50.8) |
| Médico Residente | 88 (49.2) |
| *Media (Desviación estándar) | |

FUENTE: ELABORACION PROPIA

Análisis: En la tabla, se reportó las variables demográficas de la muestra de 179 médicos, siendo el sexo masculino el de mayor porcentaje (80.4%). En cuanto a la edad, se observó una edad aproximada de 39 años ($M = 38.56$, $DE = 10.46$). En la región de sede hospitalaria, más del 70% correspondió a la zona de Lima (77.7%). Y en el nivel de especialización, fue mayor la proporción de los médicos asistentes (50.8%) que residentes (49.2%).

Ilustración 4:

Distribución porcentual de la Exposición previa sobre las pautas ERAS en médicos residentes y asistentes encuestados en los servicios quirúrgicos de tres hospitales Peruanos de referencia (HNASS-LIMA, HNAGV-CUSCO Y HAL-CUSCO)

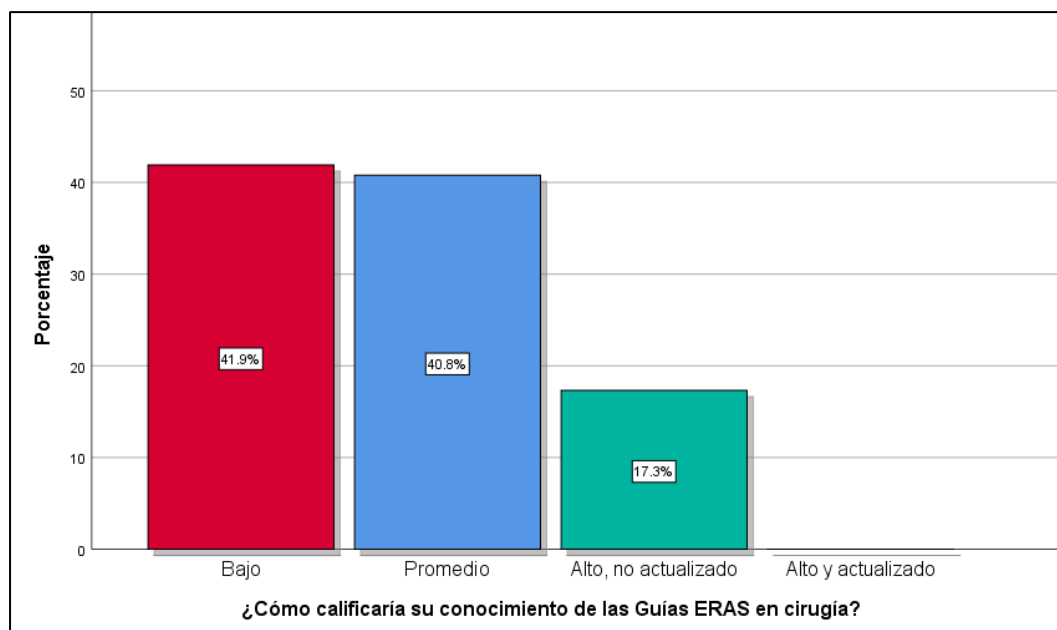


FUENTE: ELABORACION PROPIA

Interpretación: En la tabla y figura, de 179 profesionales, más del 50% indicó que sí ha leído alguna literatura o han asistido a alguna charla sobre las pautas ERAS (55.3%). Esto señaló que un mayor porcentaje ha estado expuesto sobre las pautas ERAS.

Ilustración 5:

Distribución porcentual de la Calificación del Conocimiento de las Guías ERAS en los médicos residentes y asistentes encuestados en los servicios quirúrgicos de tres hospitales Peruanos de referencia (HNASS-LIMA, HNAGV-CUSCO Y HAL-CUSCO)



FUENTE: ELABORACION PROPIA

Interpretación: En la tabla y figura, de 179 participantes que se autocalificaron, una mayor proporción percibió un conocimiento bajo sobre las guías ERAS en cirugía (41.9%); continuando el nivel promedio (40.8%) y alto no actualizado (17.3%).

Tabla 5:

Nivel de Conocimiento sobre protocolo ERAS en médicos residentes y asistentes encuestados en los servicios quirúrgicos de tres hospitales Peruanos de referencia (HNASS-LIMA, HNAGV-CUSCO Y HAL-CUSCO)

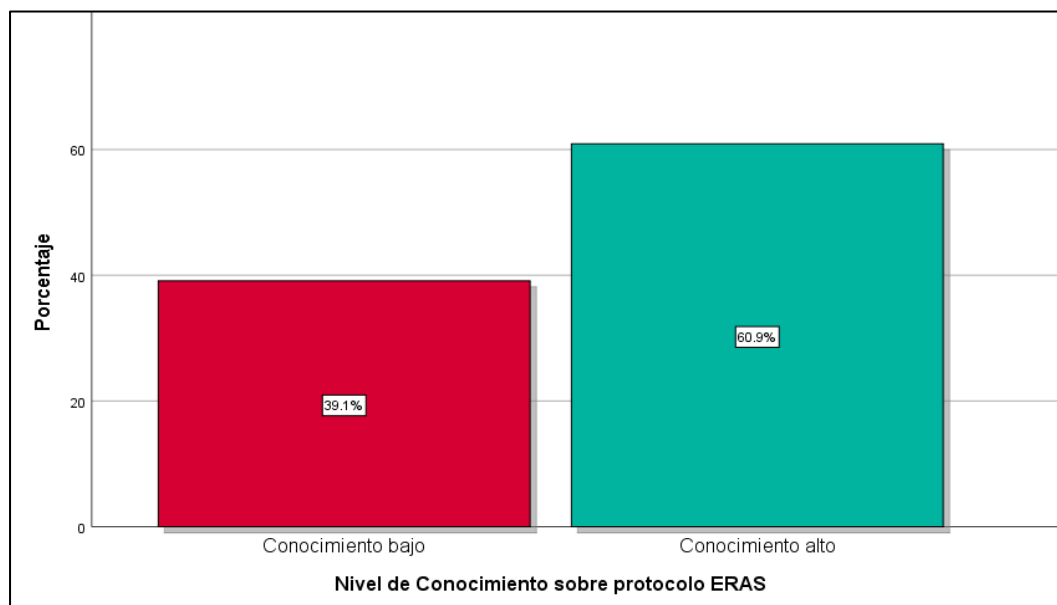
| Nivel | N | % |
|-------------------|-----|--------|
| Conocimiento bajo | 70 | 39.1% |
| Conocimiento alto | 109 | 60.9% |
| Total | 179 | 100.0% |

FUENTE: ELABORACION PROPIA

Análisis: se verifica mayor porcentaje de médicos con conocimiento alto del protocolo ERAS , esto medido a través de un cuestionario de 8 preguntas con validez de conocimiento alto a aquellos que registraron más de 5 preguntas correctamente acertadas. Lo que demuestra que de forma empírica se tiene amplio conocimiento de esta guía y sus prácticas.

Ilustración 6:

Distribución porcentual del nivel de Conocimiento sobre protocolo ERAS en los médicos residentes y asistentes encuestados en los servicios quirúrgicos de tres hospitales Peruanos de referencia (HNASS-LIMA, HNAGV-CUSCO Y HAL-CUSCO)



FUENTE: ELABORACION PROPIA

Interpretación: En la tabla y figura, de 179 médicos que se les aplicó un cuestionario de conocimientos, fue mayor el porcentaje en las personas con conocimiento alto (60.9%) sobre las directrices ERAS en cirugías electivas que las de conocimiento bajo (39.1%).

Tabla 5.1:

Ítems de la escala de medida de Nivel de Conocimiento sobre protocolo ERAS en médicos residentes y asistentes encuestados en los servicios quirúrgicos de tres hospitales Peruanos de referencia (HNASS-LIMA, HNAGV-CUSCO Y HAL-CUSCO)

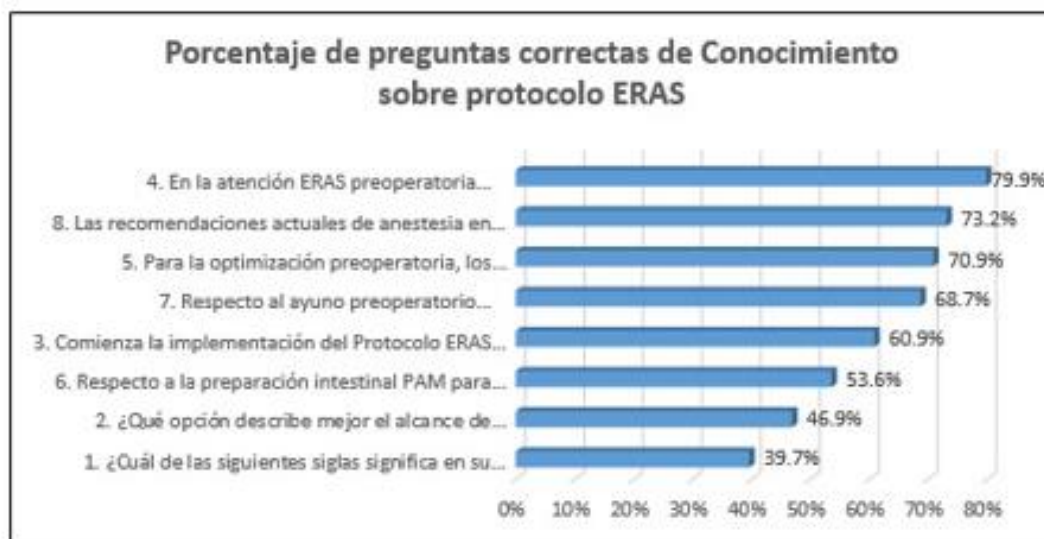
| Pregunta | Incorrecto | | Correcto | |
|--|------------|-------|----------|-------|
| | N | % | N | % |
| 1. ¿Cuál de las siguientes siglas significa en su totalidad la abreviatura ERAS? | 108 | 60.3% | 71 | 39.7% |
| 2. ¿Qué opción describe mejor el alcance de aplicabilidad de las Directrices ERAS? | 95 | 53.1% | 84 | 46.9% |
| 3. Comienza la implementación del Protocolo ERAS para pacientes electivos... | 70 | 39.1% | 109 | 60.9% |
| 4. En la atención ERAS preoperatoria... | 36 | 20.1% | 143 | 79.9% |
| 5. Para la optimización preoperatoria, los protocolos ERAS recomiendan... | 52 | 29.1% | 127 | 70.9% |
| 6. Respecto a la preparación intestinal PAM para cirugías colorrectales... | 83 | 46.4% | 96 | 53.6% |
| 7. Respecto al ayuno preoperatorio... | 56 | 31.3% | 123 | 68.7% |
| 8. Las recomendaciones actuales de anestesia en ERAS afirman que... | 48 | 26.8% | 131 | 73.2% |

FUENTE: ELABORACION PROPIA

Análisis: Se verifica que la atención eras preoperatoria es el campo con mayor capacidad de respuesta y el significado de la denominación ERAS es la que más demuestra estar sujeta a error.

Ilustración 5.1:

Distribución porcentual de los ítems de la escala de conocimientos sobre protocolo ERAS en médicos residentes y asistentes encuestados en los servicios quirúrgicos de tres hospitales Peruanos de referencia (HNASS-LIMA, HNAGV-CUSCO Y HAL-CUSCO)



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Análisis: En la tabla y figura se reportó las frecuencias de cada pregunta del cuestionario de conocimiento. Se explica el nivel alto de conocimientos de forma global porque más del 50% de encuestados respondió adecuadamente un gran número de ítems, siendo el de mayor porcentaje el que refiere a la atención ERAS PREOPERATORIA (79.9%). Las preguntas relacionadas al conocimiento de las siglas ERAS (60.3%) y la descripción del alcance de la aplicabilidad de las directrices ERAS (46.9%) fueron respondidas por la mayoría de forma incorrecta.

Tabla 6:

Nivel de Actitudes sobre protocolo ERAS en médicos residentes y asistentes encuestados en los servicios quirúrgicos de tres hospitales Peruanos de referencia (HNASS-LIMA, HNAGV-CUSCO Y HAL-CUSCO)

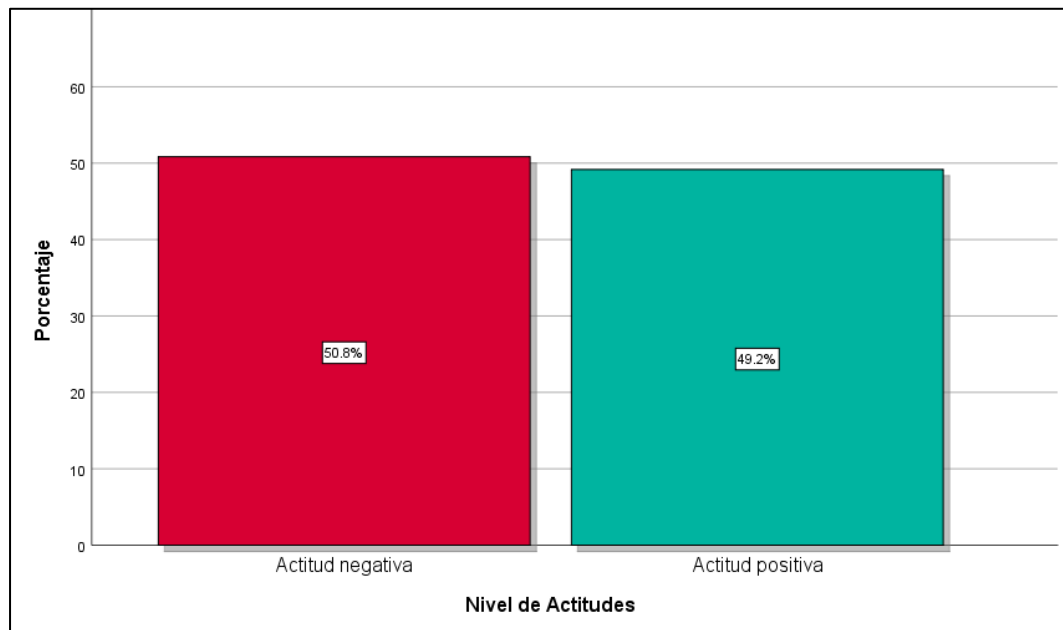
| Nivel | N | % |
|------------------|-----|--------|
| Actitud negativa | 91 | 50.8% |
| Actitud positiva | 88 | 49.2% |
| Total | 179 | 100.0% |

FUENTE:
PROPIA

Análisis: Un mayor porcentaje de médicos que respondió a la escala de Likert Mencionó tener una tendencia ligera a la negatividad respecto a las actitudes respecto a Pautas ERAS en 1.6% de diferencia.

Ilustración 7:

Distribución porcentual del nivel de Actitudes en los médicos residentes y asistentes encuestados en los servicios quirúrgicos de tres hospitales Peruanos de referencia

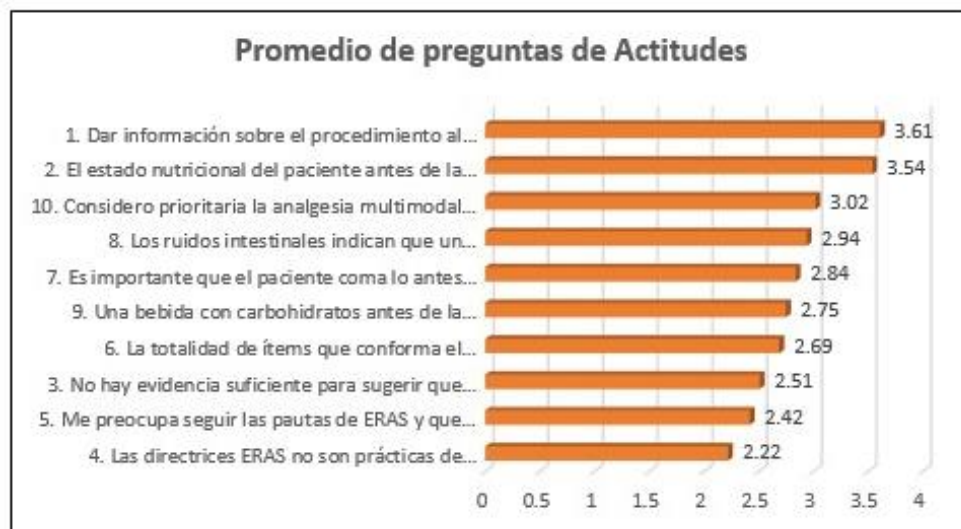


FUENTE: PROPIA

Interpretación: En la tabla y figura, de 183 encuestados, fue más alto la proporción de las personas con actitudes negativas (50.8%) hacia las directrices ERAS en cirugías electivas que las de actitudes favorables (49.2%).

Tabla 6.1:

Ítems de la escala de medida de Actitudes sobre protocolo ERAS en médicos residentes y asistentes encuestados en los servicios quirúrgicos de tres hospitales Peruanos de referencia (HNASS-LIMA, HNAGV-CUSCO Y HAL-CUSCO)



FUENTE: PROPIA

Ilustración 7.1:

Promedio de los ítems de la escala de actitudes del protocolo ERAS en médicos residentes y asistentes encuestados en los servicios quirúrgicos de tres hospitales Peruanos de referencia (HNASS-LIMA, HNAGV-CUSCO Y HAL-CUSCO)

| Pregunta | M | DE |
|---|------|-----|
| 1. Dar información sobre el procedimiento al que se someterá el paciente en las semanas previas a su cirugía es una medida útil | 3.61 | .85 |
| 2. El estado nutricional del paciente antes de la cirugía <u>colorrectal</u> electiva influye en su recuperación después de la cirugía. | 3.54 | .87 |
| 3. No hay evidencia suficiente para sugerir que reducir los tiempos de ayuno preoperatorio sea beneficioso para el paciente | 2.51 | .74 |
| 4. Las directrices ERAS no son prácticas de implementar en nuestro entorno y se aplican más a un sistema de salud desarrollado. | 2.22 | .77 |
| 5. Me preocupa seguir las pautas de ERAS y que en alguna medida causen algún resultado adverso en uno de mis pacientes | 2.42 | .85 |
| 6. La totalidad de ítems que conforma el protocolo ERAS no siempre están bajo mi control. | 2.69 | .75 |
| 7. Es importante que el paciente coma lo antes posible después de la cirugía para optimizar la recuperación | 2.84 | .86 |
| 8. Los ruidos intestinales indican que un paciente está preparado para tolerar la nutrición oral después de la cirugía | 2.94 | .83 |
| 9. Una bebida con carbohidratos antes de la cirugía ayuda a la recuperación acelerada de los pacientes | 2.75 | .83 |
| 10. Considero prioritaria la analgesia multimodal no opioides como la mejor alternativa para el manejo del dolor <u>perioperatorio</u> | 3.02 | .87 |

FUENTE:PROPIA

Interpretación: En la tabla y figura, se mostró las medias de cada pregunta del cuestionario de actitudes, que oscilan entre puntuaciones de 1 a 4. En los participantes, se encontró que hay una ligera actitud que discrepa y/o está en desacuerdo con los ítems “ las directrices ERAS no son prácticas de implementar en nuestro entorno y se aplican más a un sistema de salud desarrollado” (2.22 +/- .77) y “me preocupa seguir las pautas ERAS y que en alguna medida causen algún resultado adverso en mis pacientes (2.42 +/- .85). Asimismo se halló una mayor actitud favorable a los ítems “dar información sobre el procedimiento al que se someterá el paciente en las semanas previas a su cirugía es una medida útil”(3.61 +/- .85) y “el estado nutricional del paciente antes de la cirugía influye en su recuperación posterior al procedimiento”(3.54 +/- .87).

Tabla 8:

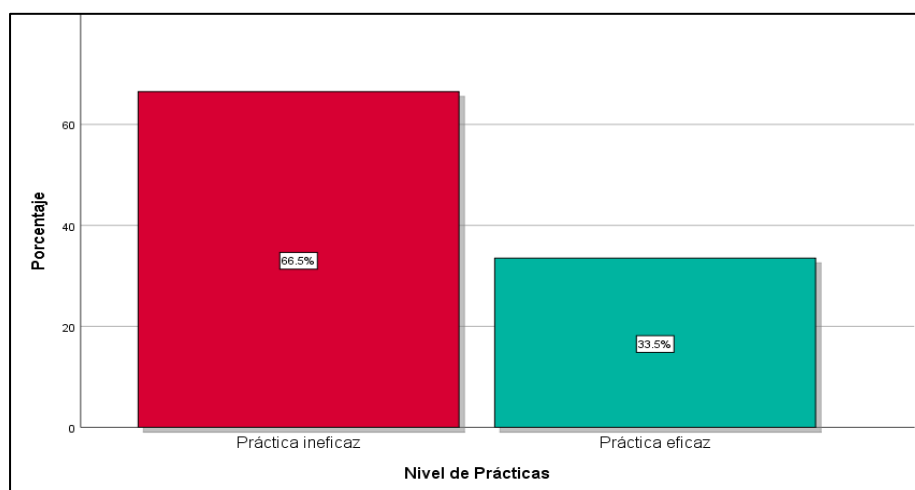
Nivel de Prácticas del protocolo ERAS en médicos residentes y asistentes encuestados en los servicios quirúrgicos de tres hospitales Peruanos de referencia (HNASS-LIMA, HNAGV-CUSCO Y HAL-CUSCO)

| Nivel | N | % |
|-------------------|-----|--------|
| Práctica ineficaz | 119 | 66.5 |
| Práctica eficaz | 60 | 33.5 |
| Total | 179 | 100.0% |

FUENTE: PROPIA

Ilustración 8:

Distribución porcentual del nivel de Prácticas en los médicos residentes y asistentes encuestados en los servicios quirúrgicos de tres hospitales Peruanos de referencia (HNASS-LIMA, HNAGV-CUSCO Y HAL-CUSCO)



FUENTE: PROPIA

Interpretación: En la tabla y figura, de 179 profesionales, fue mayor el porcentaje de las personas con práctica ineficaz en cuanto a las directrices ERAS (66.5%) que las que tienen prácticas con conductas eficaces (33.5%).

Tabla 8:

Promedio de los ítems de la escala de Prácticas ERAS en médicos residentes y asistentes encuestados en los servicios quirúrgicos de tres hospitales Peruanos de referencia (HNASS-LIMA, HNAGV-CUSCO Y HAL-CUSCO)

| Pregunta | M | DE |
|---|------|------|
| 1. Información, educación y asesoramiento previos al ingreso sobre el plan perioperatorio completo | 3.11 | 1.07 |
| 2. Evaluación y optimización de enfermedades médicas y otras comorbilidades preoperatoriamente | 3.09 | .92 |
| 3. Exigir el cese del tabaquismo y del consumo excesivo de alcohol antes del ingreso | 2.91 | .97 |
| 4. Fomentar la prehabilitación mediante ejercicio y entrenamiento de fuerza. | 2.46 | 1.02 |
| 5. Evaluación y apoyo nutricional preoperatorio | 2.74 | 1.02 |
| 6. Abordar la anemia antes del ingreso | 3.00 | .97 |
| 7. Evite la preparación intestinal de rutina. | 2.89 | .94 |
| 8. Fomentar el suministro de líquidos claros ricos en carbohidratos hasta 2 horas antes de la Operación en casos electivos sin retraso en el vaciado gástrico. | 2.14 | 1.06 |
| 9. Administrar profilaxis antimicrobiana dentro de los 60 minutos anteriores a la incisión. | 3.14 | .99 |
| 10. Recomendar bloqueos de la pared abdominal anterior, por ejemplo, bloqueos TAP, subcostales y del recto | 1.97 | 1.09 |
| 11. Solicitar calentamiento y humidificación de gases de inhalación e insuflación. | 2.07 | 1.14 |
| 12. Opte por enfoques mínimamente invasivos cuando sea posible, por ejemplo, laparoscópico, transanal, etc. | 2.85 | 1.01 |
| 13. Evite el uso rutinario de drenajes peritoneales o pélvicos. | 2.36 | .98 |
| 14. Retire la SNG antes de revertir la anestesia. | 2.27 | .95 |
| 15. Realizar trombo profilaxis; mecánico o farmacológico (por ejemplo, HBPM) | 2.80 | 1.00 |
| 16. Imponer activamente la evitación de opioides o la analgesia ahorradora de opioides | 2.46 | .97 |
| 17. Observar un equilibrio de líquidos cercano a cero (reemplazar las pérdidas continuas solo de forma similar, además de los requisitos de mantenimiento) y suspender la FIV una vez que se tolere por vía oral. | 2.71 | 1.00 |
| 18. Ofrecer alimentación oral temprana desde el PO 0 | 2.24 | .91 |
| 19. Iniciar medidas de movilización desde PO 0 | 2.84 | .94 |
| 20. Retiro del catéter uretral por PO 1 | 2.78 | 1.03 |

FUENTE: PROPIA

Interpretación: En la tabla se describe la capacidad de aceptación de las prácticas ERAS siendo los ítems más ampliamente usados de forma eficaz la administración de profilaxis antibiótica, la información educación y pre habilitación del paciente de las comorbilidades previas a su ingreso a sala, por contraparte los ítems menos usados en la práctica son la recomendación de bloqueos TAP de la pared abdominal y solicitar humidificación y calentamiento de los gases de insuflación , indicando menor interés por mantenimiento de la normotermia en el paciente.

4.1.2 Análisis Bi-variado

4.1.2.1. Asociación entre el nivel de conocimientos con las actitudes y prácticas de los médicos asistentes y residentes de los servicios quirúrgicos de los tres Hospitales Nacionales Peruanos en estudio, 2024.

Contraste de hipótesis

Hipótesis específica 1

El nivel de conocimiento de las directrices fast track ERAS tiene una asociación estadísticamente significativa con las actitudes en los servicios quirúrgicos de los Hospitales Nacionales Peruanos en estudio, 2024.

Planteamiento de hipótesis específica 1:

H₀: El nivel de conocimiento de las directrices fast track ERAS no tiene una asociación estadísticamente significativa con las actitudes en los servicios quirúrgicos de los Hospitales Nacionales Peruanos en estudio, 2024.

H₁: El nivel de conocimiento de las directrices fast track ERAS tiene una asociación estadísticamente significativa con las actitudes en los servicios quirúrgicos de los Hospitales Nacionales Peruanos en estudio, 2024.

Regla de decisión:

Si p-valor < $\alpha = 0.05$, se rechaza la H₀ (y se acepta la H₁).

Prueba estadística:

Prueba Chi-cuadrado de independencia

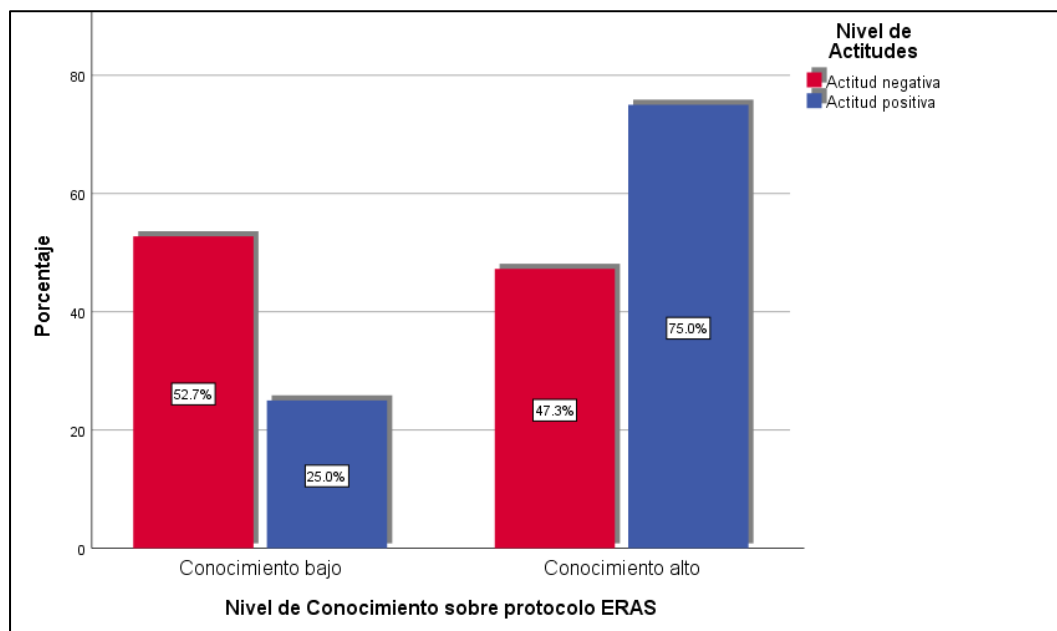
Tabla 9:

Asociación entre el nivel de Conocimiento sobre protocolo ERAS y nivel de Actitudes ERAS en médicos residentes y asistentes encuestados en los servicios quirúrgicos de tres hospitales Peruanos de referencia (HNASS-LIMA, HNAGV-CUSCO Y HAL-CUSCO)

| | | Nivel de Actitudes | | χ^2 | p | OR (IC 95%) |
|-----------------------|------|--------------------|------------|----------|------|--------------------|
| | | Negativa | Positiva | | | |
| Nivel de Conocimiento | Bajo | 48 (52.7) | 22 (25.0) | 14.464 | .000 | 3.34 (1.77 - 6.31) |
| | Alto | 43 (47.3) | 66 (75.0) | | | |
| Total | | 91 (100.0) | 88 (100.0) | | | |
| FUENTE: PROPIA | | | | | | |

Ilustración 9:

Distribución porcentual de la tabla de contingencia de los niveles de Conocimiento sobre protocolo ERAS y Actitudes ERAS en médicos residentes y asistentes encuestados en los servicios quirúrgicos de tres hospitales Peruanos de referencia (HNASS-LIMA, HNAGV-CUSCO Y HAL-CUSCO)



FUENTE: PROPIA

Interpretación: En la tabla y figura, se observó la asociación entre el nivel de Conocimiento sobre protocolo ERAS y nivel de Actitudes, considerando la prueba de asociación Chi-cuadrado de independencia y la información descriptiva. En el contraste de hipótesis, el p-valor ($p = .000$) fue menor al nivel de significancia ($\alpha = .05$), por lo que se rechazó la hipótesis nula (H_0) y se aceptó la hipótesis alterna (H_1): El nivel de conocimiento de las directrices fast track ERAS tiene una asociación estadísticamente significativa con las actitudes en los servicios quirúrgicos de los Hospitales Nacionales Peruanos en estudio, 2024. Continuando con el análisis descriptivo, en los médicos con conocimiento alto, hay una mayor proporción en los que presentan una actitud positiva (75.0%) que negativa (47.3%), lo que señalaría una asociación positiva entre las variables de estudio.

Hipótesis específica 2

El nivel de conocimiento de las directrices fast track ERAS tiene una asociación estadísticamente significativa con las prácticas en los servicios quirúrgicos de los Hospitales Nacionales Peruanos en estudio, 2024.

Planteamiento de hipótesis específica 2:

H₁: El nivel de conocimiento de las directrices fast track ERAS tiene una asociación estadísticamente significativa con las prácticas en los servicios quirúrgicos de los Hospitales Nacionales Peruanos en estudio, 2024.

Regla de decisión: Si p-valor < $\alpha = 05$, se rechaza la H₀ (y se acepta la H₁).

Prueba estadística: Prueba Chi-cuadrado de independencia

Tabla 10:

Asociación entre el nivel de Conocimiento sobre protocolo ERAS y nivel de Prácticas ERAS en médicos residentes y asistentes encuestados en los servicios quirúrgicos de tres hospitales Peruanos de referencia (HNASS-LIMA, HNAGV-CUSCO Y HAL-CUSCO)

| | | Nivel de Prácticas | | χ^2 | p | OR (IC 95%) |
|-----------------------|------|--------------------|------------|----------|------|--------------------|
| | | Ineficaz | Eficaz | | | |
| Nivel de Conocimiento | Bajo | 56 (47.1) | 14 (23.3) | 9.429 | .002 | 2.92 (1.45 - 5.87) |
| | Alto | 63 (52.9) | 46 (76.7) | | | |
| Total | | 119 (100.0) | 60 (100.0) | | | |

FUENTE: PROPIA

Interpretación: En la tabla se visualizó la asociación entre el nivel de Conocimiento sobre protocolo ERAS y nivel de Prácticas, obteniendo la prueba de asociación Chi-cuadrado de independencia y la información descriptiva. En el contraste de hipótesis, el p-valor ($p = .002$) fue inferior al grado de significancia ($\alpha = .05$), por lo que se decidió rechazar la hipótesis nula (H₀) y aceptar la hipótesis alterna (H₁): El nivel de conocimiento de las directrices fast track ERAS tiene una asociación estadísticamente significativa con las prácticas en los servicios quirúrgicos de los Hospitales Nacionales Peruanos en estudio, 2024. Siguiendo con los datos descriptivos, en los profesionales con conocimiento alto, hay un mayor porcentaje en los que muestran conductas eficaces (76.7%) que ineficaces (52.9%), lo que indicaría una asociación positiva entre las variables de estudio.

Hipótesis específica 3

Las características demográficas presentan asociaciones estadísticamente significativas con el nivel de conocimiento en los servicios quirúrgicos de tres Hospitales Nacionales Peruanos de referencia, 2024.

Planteamiento de hipótesis específica 3:

H₁: Las características demográficas presentan asociaciones estadísticamente significativas con el nivel de conocimiento en los servicios quirúrgicos de los Hospitales Nacionales Peruanos en estudio, 2024.

Regla de decisión: Si $p\text{-valor} < \alpha = 05$, se rechaza la H_0 (y se acepta la H_1).

Prueba estadística: Prueba Chi-cuadrado de independencia

Tabla 11:

Asociación entre las características demográficas y el nivel de Conocimiento sobre protocolo ERAS en médicos residentes y asistentes encuestados en los servicios quirúrgicos de tres hospitales Peruanos de referencia (HNASS-LIMA, HNAGV-CUSCO Y HAL-CUSCO)

| | Nivel de Conocimiento | | χ^2 | p | OR (IC 95%) |
|------------------------------------|-----------------------|--------------|----------|------|---------------------|
| | Bajo | Alto | | | |
| Sexo | | | 8.813 | .003 | 3.86 (1.51 - 9.88) |
| Masculino | 64 (91.4) | 80 (73.4) | | | |
| Femenino | 6 (8.6) | 29 (26.6) | | | |
| Edad* | 38.21 ± 11.96 | 38.79 ± 9.42 | -.358 | .721 | - |
| Región de sede hospitalaria | | | | | |
| Lima | 66 (94.3) | 73 (67.0) | 18.325 | .000 | 8.13 (2.74 - 24.08) |
| Cusco | 4 (5.7) | 36 (33.0) | | | |
| Nivel de especialización | | | 2.751 | .097 | 1.66 (.90 - 3.06) |
| Médico Asistente | 41 (58.6) | 50 (45.9) | | | |
| Médico Residente | 29 (41.4) | 59 (54.1) | | | |

*t de Student

FUENTE: PROPIA

Interpretación: En la tabla, se observó si existe relación entre las características demográficas (sexo, edad, región de sede hospitalaria y nivel de especialización) y el nivel de Conocimiento sobre protocolos ERAS. Se evidenciaron asociaciones estadísticamente significativas en el sexo ($p = .003 < .05$) y región de sede hospitalaria ($p = .000 < .05$) con el nivel de conocimiento. En cuanto al sexo, las mujeres presentaron un mayor porcentaje en el conocimiento alto (26.6%) que bajo (8.6%), siendo esto contrario en los varones. Y en la sede hospitalaria, los profesionales que laboran en Cusco mostraron una mayor proporción en el nivel alto de conocimiento (33.0%) que bajo (5.7%); caso diferente en los que trabajan en Lima.

Hipótesis específica 4

Las características demográficas presentan asociaciones estadísticamente significativas con las actitudes en los servicios quirúrgicos de tres Hospitales Nacionales Peruanos, 2024.

Planteamiento de hipótesis específica 4:

H₁: Las características demográficas presentan asociaciones estadísticamente significativas con las actitudes en los servicios quirúrgicos de tres Hospitales Nacionales Peruanos, 2024.

Regla de decisión: Si p-valor < $\alpha = 05$, se rechaza la H₀ (y se acepta la H₁).

Prueba estadística: Prueba Chi-cuadrado de independencia

Tabla 12

Asociación entre las características demográficas y el nivel de Actitudes ERAS en médicos residentes y asistentes encuestados en los servicios quirúrgicos de tres hospitales Peruanos de referencia (HNASS-LIMA, HNAGV-CUSCO Y HAL-CUSCO)

| | Nivel de Actitudes | | χ^2 | p | OR (IC 95%) |
|------------------------------------|--------------------|--------------|----------|------|--------------------|
| | Negativa | Positiva | | | |
| Sexo | | | .457 | .499 | 1.29 (.61 - 2.70) |
| Masculino | 75 (82.4) | 69 (78.4) | | | |
| Femenino | 16 (17.6) | 19 (21.6) | | | |
| Edad* | 38.40 ± 11.85 | 38.74 ± 8.85 | -.219 | .827 | - |
| Región de sede hospitalaria | | | 2.421 | .120 | 1.75 (.86 - 3.59) |
| Lima | 75 (82.4) | 64 (72.7) | | | |
| Cusco | 16 (17.6) | 24 (27.3) | | | |
| Nivel de especialización | | | 9.419 | .002 | .393 (.215 - .717) |
| Médico Asistente | 36 (39.6) | 55 (62.5) | | | |
| Médico Residente | 55 (60.4) | 33 (37.5) | | | |

*t de Student

FUENTE: PROPIA

Interpretación: En la tabla, se observó si existe relación entre las características demográficas (sexo, edad, región de sede hospitalaria y nivel de especialización) y el nivel de Actitudes. Se halló una asociación estadísticamente significativa ($p = .002 < .05$) entre el nivel de especialización y el nivel de actitudes. Los médicos asistentes mostraron una mayor tendencia a las actitudes favorables (62.5%) que desfavorables (39.6%). En las demás variables, no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas ($p > .05$) con el nivel de actitudes.

Hipótesis específica 5

Las características demográficas presentan asociaciones estadísticamente significativas con las prácticas en los servicios quirúrgicos de los Hospitales Nacionales Peruanos en estudio, 2024.

Planteamiento de hipótesis específica 5:

H₁: Las características demográficas presentan asociaciones estadísticamente significativas con las prácticas en los servicios quirúrgicos de los Hospitales Nacionales Peruanos en estudio, 2024.

Regla de decisión: Si p-valor < $\alpha = 05$, se rechaza la H₀ (y se acepta la H₁).

Prueba estadística: Prueba Chi-cuadrado de independencia

Tabla 13

Asociación entre las características demográficas y el nivel de Prácticas ERAS en médicos residentes y asistentes encuestados en los servicios quirúrgicos de tres hospitales Peruanos de referencia (HNASS-LIMA, HNAGV-CUSCO Y HAL-CUSCO)

| | Nivel de Prácticas | | χ^2 | p | OR (IC 95%) |
|------------------------------------|--------------------|---------------|----------|------|--------------------|
| | Ineficaz | Eficaz | | | |
| Sexo | | | 1.702 | .192 | 1.65 (.77 - 3.51) |
| Masculino | 99 (83.2) | 45 (75.0) | | | |
| Femenino | 20 (16.8) | 15 (25.0) | | | |
| Edad* | 38.76 ± 9.89 | 38.18 ± 11.57 | .345 | .730 | - |
| Región de sede hospitalaria | | | | | |
| Lima | 83 (69.7) | 56 (93.3) | 12.787 | .000 | .16 (.05 - .48) |
| Cusco | 36 (30.3) | 4 (6.7) | | | |
| Nivel de especialización | | | 9.058 | .003 | 2.65 (1.39 - 5.05) |
| Médico Asistente | 70 (58.8) | 21 (35.0) | | | |
| Médico Residente | 49 (41.2) | 39 (65.0) | | | |

*t de Student

FUENTE: PROPIA

Interpretación: En la tabla, se comprobó si existe relación entre las características demográficas (sexo, edad, región de sede hospitalaria y nivel de especialización) y el nivel de Prácticas. Se evidenciaron asociaciones estadísticamente significativas en la región de sede hospitalaria ($p = .000 < .05$) y el nivel de especialización ($p = .003 < .05$) con el nivel de prácticas. En la sede hospitalaria, los profesionales que laboran en Lima presentaron conductas más eficaces (93.3%) que prácticas ineficaces (69.7%). Y en el nivel de especialización, los médicos residentes indicaron una mayor tendencia a las prácticas eficaces (65.9%) que ineficaces (41.2%). En las demás características, no se visualizaron asociaciones estadísticamente significativas ($p > .05$) con el nivel de prácticas.

4.2 DISCUSIÓN:

La literatura revisada para realizar esta tesis recaba que en nuestro estudio del total 55.3% (99) participantes especificaron haber oído sobre ERAS solo 70 de acuerdo a la especificación de la fuente fueron considerados como correcta para esta investigación debido a que está establecido que el protocolo actualizado al 2018 es el que rige las pautas con mayor nivel de evidencia (12) en contraste el autor **Ting H**, en su estudio encontró que del total 71.01% (217) participantes escucharon el concepto de FT ERAS previamente , **Ting H**. al evaluar conocimientos determinó que el número de preguntas respondidas correctamente por todos los participantes fue en promedio $2,59 \pm 1,68$ de 7 preguntas. Como contraste **Alemneh Y**, en su estudio entre los cirujanos obtuvieron una puntuación media de respuestas correctas sobre conocimientos del 66.8% , en nuestro estudio el sector A que midió conocimientos reportó que el número de preguntas correctamente respondidas fue en promedio 4.93 de 8 preguntas (12).

En nuestro estudio se determinaron actitudes positivas a 3 estrategias informar, educar y asesorar al paciente previo a su ingreso con 88% de aceptación de la población total, apoyo a la optimización del estado nutricional 86% de aceptación del total , manejo de la analgesia multimodal no opioide como mejor alternativa con 78% de aceptación. En contraste **Ting H**, demostró que respecto a la evaluación de actitud en total sólo 19% de sus paramédicos tuvieron una actitud positiva **Alemneh Y**, asimismo encontró que el 68% de los cirujanos pudieron obtener una puntuación superior a la puntuación media 41 de 50 de actitud, en nuestro estudio fue el 49.2% (88) que indicó una actitud positiva hacia el FT ERAS (12) cifras comparativas a los antecedentes descritos. **James W**, en su estudio identificaron actitudes positivas hacia ocho estrategias, clasificándolas como las más efectivas para mejorar los programas ERAS estos incluyeron infusión de hierro preoperatoria para pacientes anémicos ,preferencia por cirugía mínimamente invasiva , retiro de catéter permanente temprano ,indicación de abandono de hábito tabáquico preoperatorio ,asesoramiento preoperatorio , evitar drenajes en cirugía de colon, evitar sondas nasogástricas y retiro temprano de retiro de drenes en cirugía rectal. (16)

En nuestro estudio Educar, informar y asesorar previo al ingreso sobre el procedimiento quirúrgico ; abordar la anemia antes del ingreso , administrar profilaxis antimicrobiana dentro de los 60 minutos anteriores a la incisión fueron las prácticas que en mayor porcentaje se efectivizaron con formalidad con un total de 77.6% , 75% y 75% respectivamente, comparando con **ÜlküAygen T**, en su estudio en el que participaron un total de 184 cirujanos, de los cuales 53% eran especialistas y 46,7% residentes , explicó de forma detallada la aplicabilidad de la totalidad de ítems que corresponde a las pautas ERAS lo que permitió hacer un análisis comparativo con los ítems de actitudes y prácticas de nuestro estudio. **Springer J**, en su estudio analizó nueve prácticas ERAS. Los cirujanos que practicaban ERAS en entornos académicos y en grandes hospitales

comunitarios representaron el 30% y el 47% de los encuestados, respectivamente (19). En nuestro estudio de 183 profesionales, fue mayor el porcentaje de las personas con práctica ineficaz (66.5%) que las que tienen prácticas con conductas eficaces (33.5%). En contraste con **Springer J**, en su estudio demostró que un total del 20% de los encuestados utilizó 9 comportamientos ERAS de manera consistente. Las tasas de avance de la dieta en el día 0 postoperatorio, restricción de líquidos intravenosos y procedimientos con catéteres y vías fueron significativamente mayores entre los encuestados que cumplieron con los protocolos ERAS formalmente que entre los que no lo hicieron, por su parte **Kamau J**, determinó en su estudio que la puntuación media de cumplimiento fue del 50,2 % (DE = 17), y los elementos más afectados incluyeron el uso de bebidas preoperatorias con carbohidratos claros y la pre-habilitación. En particular, el cumplimiento disminuyó en todos los grupos con el aumento de la antigüedad (por nivel de formación y duración de la experiencia). La falta de un coordinador de ERAS y la falta de educación médica continua (CME) sobre ERAS se clasificaron entre las principales barreras para la implementación de los protocolos de ERAS. **ÜlküAygen T**, en su estudio reportó que los médicos que indican realizar pre-medicación antes de la cirugía fueron 38,8% , sobre informar al paciente sobre el acto operatorio 82,0% de ellos respondieron “sí”.

En nuestro estudio los ítems que registraron menor capacidad de respuesta fueron el significado de las abreviaturas ERAS , el alcance de la aplicabilidad de las directrices ERAS y el ayuno preoperatorio y por otro lado el ítem con mayor respuesta fueron los elementos preoperatorios en contraste **Kamau J**, en su estudio a pesar de que el 98% indicó haber escuchado sobre el protocolo ERAS , la puntuación de conocimiento fue baja del 57.7% y los elementos preoperatorios fueron los que registraron las puntuaciones más bajas. Asimismo **ÜlküAygen T**, en su estudio encontró que 20 (10,9%) de ellos respondieron que dan sólidos hasta seis horas antes de la cirugía y líquidos hasta dos horas antes de la cirugía. **Hamza A**, por su lado observó disparidades entre las prácticas individuales con respecto a ciertos elementos de las directrices ERAS. Por ejemplo, sólo 12% de los participantes estuvieron de acuerdo o totalmente de acuerdo en proporcionar una carga de carbohidratos antes de la operación. Del mismo modo **Hamza A**, permite contrastar que una proporción significativa 62% de los encuestados, estuvieron de acuerdo o totalmente de acuerdo con practicar el ayuno preoperatorio prolongado. En nuestro estudio el 37% indicó estar totalmente de acuerdo o aceptar que no hay evidencia suficiente para sugerir que reducir los tiempos de ayuno preoperatorio sea más beneficioso para el paciente. **Hamza A** en cuanto a la preparación intestinal mecánica, informa que 24 (48%) de los participantes estuvieron de acuerdo o muy de acuerdo, 16 (32%) fueron neutrales y 6 (12%) no estuvieron de acuerdo con la práctica. **ÜlküAygen T** en su ítem "¿Haces preparación intestinal?" 16,4% de los participantes respondieron “no” y 83,5% de ellos respondieron “sí”. En nuestro estudio el 73% (131) encuestados indicaron que la mayor parte del tiempo o siempre evitaban la preparación intestinal de rutina. **Hamza A**, demostró que Sólo 19

(38%) de sus participantes estuvieron de acuerdo o totalmente de acuerdo en realizar siempre el calentamiento activo del paciente. **ÜlküAygen T** , por su parte cuestiona sobre si a los médicos cirujanos les importa no experimentar hipotermia intra-operatoria?" 78,3% de ellos respondieron "sí" y 21,7% respondieron "no", en nuestro estudio solo 52 (29%) encuestados indicó estar de acuerdo la mayor parte del tiempo o siempre solicitar el calentamiento y humidificación de gases de inhalación e insuflación para mantener la normotermia. Asimismo **ÜlküAygen T** en su estudio cuestionó "¿Hacen profilaxis contra el tromboembolismo?" 90.2% de ellos respondieron "sí"; con HBPM y con medias de compresión", 1,1% de ellos respondieron "no", 8,7% de ellos respondieron "a veces", en nuestro estudio se consultó en el segmento de prácticas si los encuestados ordenaban la trombo profilaxis mecánica y farmacológica de forma sinérgica, 110 (61%) indicó que 'sí' lo indicaban la mayor parte del tiempo o siempre .

Hamza A, determinó que 27 (54%) encuestados estuvieron de acuerdo o totalmente de acuerdo con la retirada posoperatoria temprana del catéter de Foley para promover la movilización temprana, en nuestro estudio 119 (66%) reporto indicar la mayor parte del tiempo o siempre el retiro del catéter uretral desde el PO1.

En nuestro estudio 43% indicó que la mayor parte o siempre se determina retirar la SNG antes de revertir la anestesia. **ÜlküAygen T** , *Sobre mantener habitualmente la sonda nasogástrica más de 4 horas después de la operación* ; 91 (49,7%) respondieron "no", 56 (30,6%) respondieron "sí, hasta la mañana siguiente"; 2 (1,1%) de ellos respondieron "sí"; dos días o más"; 18,6% de ellos respondieron "sí; hasta el inicio de la evacuación intestinal".

En nuestra encuesta 35% médicos indicaron evitar la mayor parte de tiempo o siempre el uso rutinario de drenajes peritoneales pélvicos, **ÜlküAygen T** , *Sobre las preferencias se tiene sobre la aplicación del drenaje* 21,7% de ellos prefirieron poner drenaje 6,0% de ellos no poner drenaje, 72,3% de ellos decidieron según el avance y tipo de operación.

Sobre los procedimientos posoperatorios de nutrición bucal temprana En nuestro estudio 62 (34%) indicó que la mayor parte del tiempo y siempre se ofrece alimentación oral temprana desde el PO0, un 65% acepta y está totalmente de acuerdo con que el paciente coma lo antes posible después de la cirugía para optimizar la recuperación , por otro lado un 74% (134) afirman que los ruidos intestinales indican que un paciente está preparado para tolerar la nutrición después de la cirugía. **ÜlküAygen T** , por su parte informó que 85,1% de los cirujanos respondieron "sí" .Cuando preguntaron "¿Hora de iniciar alimentación líquida después de la cirugía? 47 % de ellos respondieron "el día de la operación"; 26,8% en el "postoperatorio 1er día"; 16,9% con inicio de ruidos intestinales; 9,3% de ellos respondieron "después de flatos".

En nuestro estudio 117 (65%) refirió indicar la mayor parte del tiempo o siempre iniciar medidas de movilización desde el PO0. **ÜlküAygen T** , acerca de las solicitudes de movilización temprana",

126 (69,2%) de ellos movilizaron al paciente el día de la operación; 54 (29,7%) de ellos movilizaron al paciente el primer día postoperatorio,

En nuestro estudio se halló que los factores que influyen en las actitudes fueron el conocimiento alto sobre protocolo ERAS y el ser médico asistente, de forma comparativa **Ke-Xi L**, en su estudio permitió evidenciar en 855 cuestionarios que conocimiento, actitud y práctica se correlacionaron positivamente entre sí (13). En nuestro estudio el *nivel de conocimiento de las directrices fast track ERAS tuvo una asociación estadísticamente significativa con las actitudes y con las prácticas*. **Ting H** estableció la *asociación entre la puntuación de conocimiento de FT ERAS y las características de los paramédicos* mediante regresión lineal múltiple, resultados mostraron que el género femenino, alto título técnico y exposición previa al concepto de FT ERAS tuvieron una correlación significativa con la puntuación de conocimiento de FT ERAS (12). **Ke-Xi L** por otra parte en su estudio determinó que los factores influyentes del conocimiento fueron: nivel educativo, región Norte, hospital general y familiaridad con ERAS (13). Nuestro estudio determinó que los factores demográficos que influyen en el conocimiento fueron el laborar en la sede Cusco y corresponder al sexo femenino. **Ke-Xi L** determinó que factores fueron influyentes en la práctica; se correlacionaron significativamente la región geográfica, la categoría del hospital y la familiaridad con ERAS (13). En nuestro estudio los factores que influyeron en las prácticas fueron el laborar en la sede de Lima y presentar un alto conocimiento sobre el protocolo ERAS asimismo se corroboran los hallazgos de que a pesar de tener conocimiento alto de las directrices (60.9%) se tiene una tendencia a reportar una práctica ineficaz de las mismas (66.5%). **Ting H**, asimismo estableció los factores sociodemográficos influyentes en la actitud hacia FT ERAS mediante un modelo de regresión lineal múltiple. Sólo el género masculino), mayor antigüedad y la puntuación mayor en conocimiento de la FTS de los participantes se relacionaron con su actitud positiva (12). **Ke-Xi L**, en sus resultados revelaron que *actitud se correlacionó significativamente con el nivel educativo, la región geográfica, el título profesional, la categoría hospitalaria y la familiaridad con ERAS* (13).

Los resultados más valiosos de nuestro estudio verifican que 60 encuestados (33%) indicaron aceptar y estar totalmente de acuerdo que una limitación para el uso de las pautas ERAS es debido a que las directrices FT ERAS no son prácticas de implementar en nuestro entorno y se aplican más a un sistema de salud desarrollado, 86 (48%) indicó que le preocupa seguir las pautas ERAS y que en alguna medida estas causen algún resultado adverso en los pacientes y 118 (65%) considero que la totalidad de los ítems del protocolo no siempre estaban bajo su control. **Rafhani R**, en su estudio determinó que el protocolo ha sido bien recibido por los trabajadores de la salud y esto es beneficioso porque existe evidencia de que se reducen los costos de tratamiento y aumenta la eficacia financiera en los hospitales, sin embargo se determinó que la resistencia de los trabajadores de la salud ha presentado un desafío importante en la implementación del protocolo tanto a nivel grupal como individual porque se deben cambiar varios hábitos y prácticas.

Hamza A , en su estudio expuso que de la muestra total de encuestados 86% conocía las directrices ERAS, sin embargo, cuando se trató de implementar con éxito ERAS en la práctica, solo 30 (61%) estuvieron totalmente de acuerdo o aceptaron haber adoptado ERAS en la práctica. **Springer J**, en su análisis demostró que la capacitación colorrectal o la exposición a ERAS durante el entrenamiento no afectaron significativamente la utilización del comportamiento de ERAS (19). **ÜlküAygen T** , cuando en su estudio fueron consultados por qué no realizaron la cirugía de vía rápida. ERAS 23% de ellos respondieron “No haber oído hablar de ello”; 32% “no tenía suficiente información”; 36,2% “indico que ERAS no tiene suficiente apoyo multidisciplinario e institucional”; 13 (8,0%) de ellos “creen que no hay suficiente evidencia de que sea seguro y eficaz”; aunque la tasa de concientización es alta, la tasa de implementación de los protocolos ERAS es baja. Dejándonos definidos finalmente que los puntos de abordaje para la implementación de estas pautas en nuestros nosocomios estudiados son principalmente la falta de **fortalecimiento** en los conocimientos de los médicos asistentes y residentes de la evidencia objetiva que rige a ERAS y que puede ser ampliamente replicada en nuestro contexto hospitalario regional y nacional.

4.3 CONCLUSIONES:

1. En relación al objetivo principal se determinó que el nivel de conocimiento de las directrices FT- ERAS tiene una asociación estadísticamente significativa con las actitudes y las prácticas en los tres Hospitales Nacionales Peruanos en estudio.
2. Respecto a nuestros objetivos específicos se verificó que el nivel de conocimientos determinado en su mayoría fue alto. Las mujeres y médicos cusqueños presentaron un mayor porcentaje de conocimiento alto.
3. El nivel de actitudes tuvo una ligera tendencia a la negatividad. Se determinó una asociación entre el nivel de especialización con el nivel de actitudes. Los médicos asistentes y conocimiento alto mostraron una mayor tendencia a las actitudes favorables.
4. El nivel de prácticas en una mayor proporción fue ineficaz. Se evidenció asociación entre la región de sede hospitalaria, el nivel de especialización con el nivel de prácticas. Los profesionales que laboran en Lima, residentes y que presentaron conocimiento alto presentaron más conductas eficaces .

4.4 SUGERENCIAS:

Los resultados generales son alentadores y se deberían hacer esfuerzos para impartir formación 'actualizada' sobre el protocolo ERAS por grupos de la sociedad ERAS formales en el territorio estudiado

A los médicos cirujanos asistentes y residentes que labora en los servicios quirúrgicos (cirugía general , cirugía oncológica , cirugía pediátrica , cirugía plástica , cirugía de tórax y cardiovascular ,ginecología , urología y traumatología)de los Hospitales A. Sabogal S, A. Guevara Velazco y Antonio Lorena del Cusco, se recomienda ser parte de las prácticas basadas en evidencia que proponen estas Guías y reforzar el conocimiento haciendo búsqueda activa de bibliografía confiable actualizada sobre los puntos que muestran mayores déficits en el análisis del presente estudio.

A los jefes de los servicios quirúrgico-anestesiológicos, jefe(a)s de licenciadas en enfermería y nutrición de los Hospitales de referencia del presente estudio, se plantea la necesidad de proponer intervenciones de mejora en la actualización conocimiento de las guías Fast Track ERAS buscando así la incorporación de nuevos paradigmas ERAS mediante charlas de capacitación impartidas en las actividades académicas de sus servicios a cargo.

A los médicos que ejercen docencia en las facultades de Medicina Humana , asimismo a los estudiantes de Medicina de la UNSAAC ,se plantea la necesidad de generar una base bibliográfica más amplia sobre este tópico, debido a la carencia de estudios locales y nacionales debidamente indexados, es menester de la comunidad científica crear nuevos estudios, sobre todo prospectivos que ayuden a medir en tiempo real cuales serían las barreras que limitan la adherencias a estas directrices en nuestro territorio Peruano.

PRESUPUESTO

El presente estudio será autofinanciado por el investigador. Los gastos que se tienen

destinados para su ejecución están detallados en la Tabla N° 14.

Tabla 14

| N.º | CONCEPTOS | GASTOS (S/.) |
|-------------------------|----------------------------|--------------|
| BIENES | | |
| | Laptop (01 unidad) | 2300 |
| | Hojas Bond (1 millar) | 30 |
| | Lapiceros (1 docena) | 12 |
| SERVICIOS | | |
| | Internet (05 meses) | 395 |
| | Impresiones | 50 |
| | Copias | 40 |
| | Movilidad | 30 |
| | Comunicación | 100 |
| RECURSOS HUMANOS | | |
| | Digitador (01) | 1500 |
| | Asistente Estadístico (01) | 1500 |
| TOTAL | | 5957 |

Fuente: Elaboración propia

CRONOGRAMA

Tabla 15

| | | Enero | | | Febrero | | | Marzo | | | Abril | | | JUNIO | | |
|----|---|-------|----|----|---------|----|----|-------|----|----|-------|----|----|-------|----|----|
| Nº | ACTIVIDADES 2024 | 1 | 15 | 31 | 1 | 15 | 29 | 1 | 15 | 31 | 1 | 15 | 30 | 1 | 15 | 30 |
| 1 | Selección de Tema | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Busqueda de antecedentes y bibliografía | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Planteamiento del problema y consulta con especialistas | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Consulta con el asesor de tesis | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Elaboracion de marco teorico | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Elaboracion del instrumento de investigacion | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | Elaboracion de la metodologia de investigacion | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | Revision y correccion del protocolo | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | Envio de tesis al jefe de INIME | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | Levantamiento de observaciones | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | Solicitar jurados dictaminantes | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | Exposicion con jurado A 50% | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | Levantamiento de observaciones | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | Solicitar permiso del Hospital Antonio Lorena | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | Ejecucion del proyecto de investigacion | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | Analisis e interpretacion de datos | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | Estructuracion de conclusiones | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | Revision y correccion con el asesor | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | Exposicion jurado A 100% | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | Levantamiento de observaciones | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 | Sustentacion final con Jurado B | | | | | | | | | | | | | | | |

Fuente: Elaboración propia

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. **OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud** .68ª Asamblea Mundial de la Salud [Internet]. [citado 9 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/68-asamblea-mundial-de-la-salud>
2. **Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AHS, Dellinger EP.** A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. N Engl J Med. 360(5):491-9. 29 de enero de 2009.
3. **OMS/ Organización mundial de la Salud.** Segundo reto mundial por la seguridad del paciente : la cirugía segura salva vidas [Internet]. [citado 9 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-IER-PSP-2008.07>
4. **C. BACHELET,** Resumen de evidencia sobre tiempos de espera para cirugías electivas para apoyar la toma de decisiones en políticas de salud.Chile;2018
5. **Agra Y, Terol E.** La seguridad del paciente: una estrategia del Sistema Nacional de Salud. An Sist Sanit Navar [Internet]. diciembre de 2006 ,citado 9 de febrero de 2024. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000500001&lng=en&nrm=iso&tlng=en
6. **United Nations.** Envejecimiento, Personas Mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: Perspectiva Regional y de Derechos Humanos [Internet]. Huenchuan S, editor. UN; 2019 [citado 9 de febrero de 2024]. (ECLAC Books). Disponible en: <https://www.un-ilibrary.org/content/books/9789210586405>
7. **ESSALUD.2023.**Plan de implementación operativa para la gestión de la oportunidad quirúrgica. [Internet]. [citado 9 de febrero de 2024]. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/RGG_1606_ESSALUD_2023.pdf
8. **Chávez OMM.** REOPERACIONES EN CIRUGÍA GASTROINTESTINAL HOSPITAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN .2018.Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/4764/merino_com.pdf?sequence=1&isAllowed=y
9. **Olivera Paucar HF.** Demora de la apendicectomía y sus complicaciones en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2020. 2021 [citado 9 de febrero de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/20.500.12918/5770>
10. **Gutiérrez Jara JK.** Impacto de la pandemia por COVID -19 en pacientes adultos con apendicitis aguda atendidos en emergencia del Hospital II – EsSalud Cajamarca período 2018-2021. Univ Nac Cajamarca [Internet]. 2023 [citado 9 de febrero de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/5697>
11. **Oodit R.** Guidelines for Perioperative Care in Elective Abdominal and Pelvic Surgery at Primary and Secondary Hospitals in Low-Middle-Income Countries (LMIC's): Enhanced

12. **Ting H, Jingming W, Yuanyao C, Zhenye ,Yiwei F y Yuze X.** Knowledge, attitude and application towards fast track surgery among operating room paramedics: a cross-sectional study. BMC Health Serv Res. 23 de noviembre de 2022.
13. **Ke-Xi L, Meng L, Xiao-Shu L, Hong-Qin W, Zhi-Min C, Hong-Zhen Xu .**Knowledge, attitudes and practices of enhanced recovery after surgery among paediatric surgical nurses in China: A Cross-Sectional study. Nurs Open. 2023
14. **Bellas Cotán S.** Implantación de un protocolo Fast-Track en cirugía de resección pulmonar en un hospital de tercer nivel [Internet] [<http://purl.org/dc/dcmitype/Text>]. Universidad Autónoma de Madrid; 2021 [citado 9 de febrero de 2024]. p. 1. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=303816>
15. **Barbero M.García J.Alonso I.Alonso L.MolknarV, Leon C.Matías Cea.** Impacto del grado de cumplimiento de un protocolo ERAS en la recuperación funcional después de cirugía colorrectal | Cirugía Española.Madrid.2020 [Internet]. [citado 9 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-cirugia-espanola-36-articulo- impacto-del-grado-cumplimiento-un-S0009739X20301810>
16. **Toh JWT.**Attitudes towards Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) interventions in colorectal surgery: nationwide survey of Australia and New Zealand colorectal surgeons - PMC [Internet]. 2022 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35275247/>
17. **Springer JE, Doumouras AG, Lethbridge S, Forbes S, Eskicioglu C.** The predictors of Enhanced Recovery After Surgery utilization and practice variations in elective colorectal surgery: a provincial survey. Can J Surg J Can Chir. 2020.
18. **Chacón Acevedo KR, Cortés Reyes É, Guevara Cruz ÓA, Díaz Rojas JA, Rincón Martínez LM.** Effectiveness and safety of the enhanced recovery program in colorectal surgery: overview of systematic reviews. Colomb J Anesthesiol [Internet]. 14 de septiembre de 2020 Disponible en: <https://www.revcolanest.com.co/index.php/rca/article/view/943>
19. **Springer JE, Doumouras AG, Lethbridge S, Forbes S, Eskicioglu C.** The predictors of Enhanced Recovery After Surgery utilization and practice variations in elective colorectal surgery: a provincial survey. Can J Surg J Can Chir. 2020.
20. **Jiménez WA, Domínguez LC.** La recuperación posoperatoria acelerada (fast track) disminuye la estancia hospitalaria en cirugía gastrointestinal alta: revisión sistemática de

la literatura. Rev Colomb Cir. 1 de enero de 2015.

21. **Guevara Jabiles A, Cedeño Ascoy EE, Berrospi Espinoza FM, Aguilar Onofre E, Chávez Passiuri I, Luque-Vásquez C**, et al. Recuperación mejorada después de cirugía en cáncer colorrectal. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Acta Médica Peru. abril de 2021.
22. **Ortega Checa D, Vojvodic Hernandez IM, Pinares Carrillo D, Ortega Checa D, Vojvodic Hernandez IM, Pinares Carrillo D**. Resultados de la aplicación del Protocolo de Recuperación Mejorada en Cirugía (PREMEC) en el tratamiento quirúrgico del cáncer colorrectal en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati - EsSalud. Rev Gastroenterol Perú. julio de 2020.
23. **UNSAAC**. LINEAS DE INVESTIGACIÓN. 2018 - 2021. Disponible en <http://vrin.unsaac.edu.pe/data/153LINEAS%20DE%20INVESTIGACION%20UNSAAC%202021.pdf>
24. **Hoshi IA**. Prioridades de Investigación en Salud Pública desde la Perspectiva de la Escuela Nacional de Salud Pública, 2019.
25. **PEDN**. Plan Nacional Estratégico de desarrollo Nacional al 2050.pdf [Internet]. [citado 9 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4185383/Plan%20Nacional.pdf?v=1677415598>
26. **Ü TÜRKMEN**. Protocolo de acercamiento de los cirujanos a Eras (recuperación mejorada después de la cirugía) – Cuestionario multicéntrico Cerrahların Eras (Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme) Protokolüne Yaklaşımı- Çok Merkezli Anket. 2020. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/349560920_Approach_of_Surgeons_to_Eras_Enhanced_Recovery_After_Surgery_Protocol_Multi_Center_Questionnaire_Cerrahlarin_Eras_Cerrahi_Sonrasi_Hizlandirilmis_Iyilesme_Protokolune_Yaklasimi_Cok_Merkezli_Anket
27. **MINSA**. Norma técnica para la elaboración de guías de práctica clínica 2005 NT N° 027- MINSA/DGSP-V.01 [Internet]. [citado 9 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/322227-norma-tecnica-para-la-elaboracion-de-guias-de-practica-clinica-2005-nt-n-027-minsa-dgsp-v-01>
28. **Manterola C, Otzen T**. Los Sesgos en Investigación Clínica. Int J Morphol. septiembre de 2015;33(3):1156-64.
29. **WMA** - The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la AMM –

Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. [citado 9 de febrero de 2024].

30. **INTL.Informe_Belmont.** [Internet]. [citado 9 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10. INTL_Informe_B_elmont.pdf

31. **Martín MM.** Aplicación del protocolo fast track en pacientes sometidos a cirugía colorrectal.2016 . Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/24703/TFG-L1568.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

32. **Wilson Mustelier A, Milán Dinza EM, López Wilson A, Rodríguez Fonseca RA.** Recuperación acelerada postratamiento quirúrgico en pacientes con cáncer de colon. Rev Nac Itauguá. diciembre de 2019.

33. **Ramos Fernández M.** Factores y predictores precoces de dehiscencia anastomótica en cirugía intestinal [Internet] [http://purl.org/dc/dcmitype/Text]. Universidad Rey Juan Carlos; 2018 [citado 9 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=226052>

34. **Piñango S, Marín I.** PROFILAXIS QUIRÚRGICA Y ANTIBIOTICOTERAPIA INICIAL. 2018. [Internet]. [citado 9 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.serviciofarmaciamanchacentro.es/images/stories/recursos/recursos/protocolo/cirugia/hbmp.pdf>

35. **ESPINDOLA S, LEONARDO.** Cirugía de colon abierta con "Fast Track" o recuperación acelerada. *Rev Chil Cir* [online]. 2009, vol.61, n.2 [citado 2024-05-22], pp.158-167. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262009000200009&lng=es&nrm=iso

36. **.Pascual M.** Relación entre la respuesta inflamatoria a la agresión quirúrgica y la angiogénesis en pacientes con cáncer de colon. Estudio comparativo aleatorizado entre cirugía abierta y cirugía laparoscópica .Universidad Autònoma de Barcelona; 2009 [citado 9 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=263065>

37. **Motta, A. P. G., Rigobello, M. C. G., Silveira, R. C. C. P., & Gimenes, F. R. E.** Nasogastric/nasoenteric tube-related adverse events: an integrative review. *Revista latino-americana de enfermagem*, 2021.

38. **Rincón DA, Valero JF.** Prevención de la náusea y el vómito postoperatorios. *Colomb J Anesthesiol.* noviembre de 2007.

39. **GONZALEZ DE MEJIA, N.** Analgesia multimodal postoperatoria. *Rev. Soc. Esp. Dolor* [online]. 2005, vol.12, n.2 [citado 2024-05-22], pp.112-118. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462005000200007&lng=es&nrm=iso. ISSN 1134-8046.

40. **CABA, F.** ¿Se debe mantener la analgesia epidural como técnica de base en la

UDA?. Rev. Soc. Esp. Dolor [online]. 2010, vol.17, n.4 [citado 2024-05-22], pp.206-212. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462010000400005&lng=es&nrm=iso. ISSN 1134-8046.

41. **Cabellos M.** RESULTADOS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE RECUPERACIÓN INTENSIFICADA EN CIRUGÍA ELECTIVA DE COLON Y RECTO EN UN HOSPITAL SECUNDARIO. 2019. Disponible en: [https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/42429/Tesis%20Mercedes%20Cabellos](https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/42429/Tesis%20Mercedes%20Cabellos%20Olivares.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

[s%20Olivares.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/42429/Tesis%20Mercedes%20Cabellos%20Olivares.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

42. **VeLázquez-Gutiérrez J.** AVANCES EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO ERAS/ACERTO EN LATINOAMÉRICA. 2015

43. **Mendivelso FO.** Asociación entre desenlaces clínicos y cumplimiento del protocolo de recuperación mejorada después de la cirugía (ERAS) en procedimientos colorrectales: estudio multicéntrico. Rev Colomb Cir. 2020

44. **Warui JK.** Knowledge, Compliance and Barriers to Implementation of Eras Guidelines by General Surgeons and Residents in Kenyatta National Hospital. 2022 . Disponible en: http://erepository.uonbi.ac.ke/bitstream/handle/11295/161558/Warui_Knowledge%2C%20Compliance%20and%20Barriers%20to%20Implementation%20of%20Eras%20Guidelines%20by%20General%20Surgeons%20and%20Residents%20in%20Kenyatta%20National%20Hospital.pdf?sequence=1&isAllowed=y

45. **Aristizabal Botero C, Gómez M, Ospina Rave B, Sandoval J.** La escala de Likert en la valoración de los conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería en el cuidado de la salud. Antioquia, 2003. Investig Educ En Enferm.

46. **RAE.** «Diccionario esencial de la lengua española». 2020 [citado 9 de febrero de 2024]. conocimiento | Diccionario esencial de la lengua española. Disponible en: <https://www.rae.es/desen/conocimiento>

47. **Alves B/ O/ OM.** DeCS – Descritores em Ciências da Saúde [Internet] [citado 9 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://decs.bvsalud.org/es/>

48. **García M.** Metodología de la Investigación. [Internet] [citado 9 de febrero de 2024]. Disponible en <https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-135806/12%20metodologc3ada-1-garcia-y-martinez.pdf>

49. **Alemneh Y.** Assessment of Knowledge and Attitude towards Enhanced Recovery after Surgery among health professionals in University of Gondar Hospital Northwest Ethiopia, 2017.

50. **Rafhani R.** Health Professionals Perception of Enhanced Recovery After Surgery: A Scoping Review Indonesia, 2022


51. **James W.** Attitudes towards Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) interventions 36 in colorectal surgery: nationwide survey of Australia and New Zealand colorectal surgeonsAustralia y Nueva Zelanda, 2022
52. **Hamza A , Waqas S , Omaid T, Dan D , Tayyab P ,** Knowledge, Implementation, and Perception of Enhanced Recovery After Surgery Amongst Surgeons in Pakistan: A Survey AnalysisToronto-Canadá, 2023
53. **ÜlküAygen T, Ebru O, Melike T, Nergis S, Döndü G, Riza H , ÜlküAygen T, Ebru O, Melike T, Nergis S, Döndü G, Riza H Cerrahların.** Eras (Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme) Protokolüne Yaklaşımı - Çok Merkezli AnketEstambul – Turquia , 2020

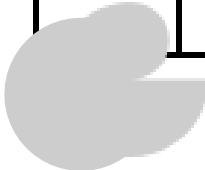
ANEXOS

ANEXO 1.-MATRIZ DE CONSISTENCIA

| PROBLEMA | OBJETIVO | HIPÓTESIS | VARIABLES | INDICADORES | METODOLOGÍA | RECOLECCIÓN DE DATOS Y PLAN DE ANÁLISIS |
|---|---|---|---|--|--|--|
| Problema general: ¿Existe asociación entre el nivel de conocimiento con las actitudes y prácticas de las directrices Fast track ERAS en los Servicios quirúrgicos de Hospitales Nacionales Peruanos, 2024? | Objetivo general: Determinar el grado de asociación entre el nivel de conocimiento con las actitudes y prácticas de las directrices Fast Track ERAS en los servicios quirúrgicos de Hospitales Nacionales Peruanos, 2024.. | Hipótesis general Existe una relación estadísticamente significativa ($p=0.001$) entre el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de las directrices fast track ERAS en los servicios quirúrgicos de Hospitales Nacionales Peruanos en estudio, 2024. | Variable independiente 1: Nivel de conocimiento Demostrada con cuestionario validado por la sociedad ERAS Variable independiente 2: Características sociodemográficas | Resultado del cuestionario mayor o igual a 5 puntos. ANEXO 2 | El tipo de investigación transversal-analítico porque se midió el nivel de conocimientos y asociación con las actitudes y prácticas del protocolo ERAS | Se utilizó un cuestionario previamente validado con la cual se recopilará datos personales y características sociodemográficas conocimientos, actitudes y prácticas en los servicios quirúrgicos de los Hospitales HNASS-LIMA, HNAGV-CUSCO Y HAL-CUSCO, 2024 |
| Problema específico 1: ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre las directrices Fast Track ERAS en los servicios quirúrgicos de Hospitales Nacionales Peruanos, 2024? | Objetivo específico 1: Determinar el nivel de conocimiento sobre las directrices ERAS en los servicios quirúrgicos de Hospitales Nacionales Peruanos, 2024 | Hipótesis específica 1: . El nivel de conocimiento de las directrices fast track ERAS tiene una asociación estadísticamente significativa ($p=0.002$) con las actitudes en los Servicios quirúrgicos de los Hospitales Nacionales Peruanos en estudio, 2024. | | Sexo Edad Sede hospitalaria Nivel de especialización (residente o asistente) Años de experiencia o residencia Procedencia | | |
| Problema específico 2: ¿Cuáles son las actitudes frente a las directrices Fast Track ERAS en los servicios quirúrgicos de Hospitales Nacionales Peruanos, 2024? | Objetivo específico 2: Determinar la actitud frente a las directrices ERAS en los servicios quirúrgicos de Hospitales Nacionales Peruanos, 2024 | Hipótesis específica 2: . El nivel de conocimiento de las directrices fast track ERAS tiene una asociación estadísticamente significativa ($p = 0.003$) con las prácticas en los servicios quirúrgicos de los Hospitales Nacionales Peruanos en estudio, 2024. | | Resultado de la escala likert mayor o igual a 30 puntos. ACTITUD POSITIVA ANEXO 2 | | |
| Problema específico 3: ¿Cuál es el nivel de prácticas de las directrices Fast Track ERAS en los servicios quirúrgicos de Hospitales Nacionales Peruanos, 2024? | Objetivo específico 3: Determinar el nivel de aplicación prácticas de las directrices ERAS en los servicios quirúrgicos en Hospitales Nacionales Peruanos, 2024. | Hipótesis específica 3 . 4 y 5: Las características demográficas presentan asociaciones estadísticamente significativas con el nivel de conocimiento actitudes y prácticas de los servicios quirúrgicos de los Hospitales Nacionales Peruanos en estudio, 2024. | Variable dependiente 2: Prácticas | Resultado de la escala likert mayor o igual a 60 puntos. PRÁCTICA EFICAZ- ANEXO 2 | Según momento de recolección de datos: Transversal | Uso de estadística descriptiva para las variables con el fin de detallar los resultados y para encontrar asociación estadística se hará uso de la prueba chi cuadrado Para ver el grado de asociación de las variables se usó de la prueba OR. |
| | | | | | Diseño de estudio: Transversal Analítico Tamaño de la muestra: 179 | |

ANEXO 2.- INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

| | |
|--|--|
| |  |
| | <p style="text-align: center;">CARTA DE PRESENTACION</p> <p>Buen dia, mi nombre es Luz Ingrid Ramos Mendoza identificada con DNI 72751020 actualmente estudiante de último año de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco de la E.P. de Medicina Humana. Me es grato dirigirme a usted solicitando su consentimiento para poder completar esta encuesta para llevar a cabo mi estudio de tesis titulado “NIVEL DE CONOCIMIENTOS ASOCIADO A ACTITUDES y PRÁCTICAS DEL FAST TRACK ERAS EN SERVICIOS DE CIRUGIA GENERAL DE HOSPITALES PERUANOS, 2024”, sin más espero su consentimiento y de antemano gracias por su cooperación.</p> <p style="text-align: center;">_____ Firma del participante o apoderado</p> |



FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS ASOCIADO A ACTITUDES y PRÁCTICAS DEL PROTOCOLO ERAS EN MEDICOS QUIRÚRGICOS DE HOSPITALES PERUANOS DE REFERENCIA, 2024”

INSTRUCCIONES: El presente cuestionario tiene como propósito recabar información sobre datos sociodemográficos y tiene como objeto la realización de un trabajo de investigación relacionado con dichos aspectos. No hace falta su identificación personal en el instrumento, solo es de interés los datos que pueda aportar sean de manera sincera.

1. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

- a. Sexo: Masculino () Femenino ()
- b. Edad años
- c. ¿A que Región pertenece su sede hospitalaria?
 - a) Lima
 - b) Cusco
- d. Indique Ud si nivel de especialización:
 - a) Médico Asistente
 - b) Médico Residente

2. CONOCIMIENTOS SOBRE “FAST TRACK ERAS”

¿Ha leído alguna literatura o ha asistido a alguna charla sobre las pautas ERAS- protocolo 2018?

- a) Si () b) No ()

Por favor indique dónde recibió esta capacitación, por qué profesional organización fue impartida

- ¿Cómo calificaría su conocimiento de las Guías ERAS en cirugía?
- A. Bajo
 - B. Promedio
 - C. Alto pero no actualizado
 - D. Alto y actualizado

PARTE A: INSTRUMENTO PARA
EVALUACIÓN DE NIVEL DE
CONOCIMIENTOS (8 preguntas).

Cirugía general - Instrucciones:

Marcar solo 1 alternativa como la
que considere correcta

1. ¿Cuál de las siguientes siglas significa en su totalidad la abreviatura ERAS?

- A. Ajustes de recuperación mejorados después de la cirugía
- B. Recuperación elaborada después de la cirugía
- C. Recuperación mejorada después de la cirugía
- D. Aceleración de respuesta mejorada después de la cirugía

2. ¿Qué opción describe mejor el alcance de aplicabilidad de las Directrices ERAS?

- A. Cirugías colorrectales
- B. Cirugías abdominales electivas
- C. Cirugías abdominales electivas y de emergencia
- D. Cirugías electivas y de emergencia del abdomen y otras regiones

3. Comienza la implementación del Protocolo ERAS para pacientes electivos :

- A. Preadmisión
- B. Al ingreso, antes de la cirugía
- C. Intra operatoriamente
- D. Postoperatoriamente

4. En la atención ERAS preoperatoria:

- A. La información, educación y asesoramiento de los pacientes electivos se realizan al momento de la admisión.
- B. La duración mínima recomendada para dejar de fumar es de cuatro semanas antes de la operación.
- C. Se ha demostrado que el afeitado rutinario del cabello disminuye las tasas de SSI
- D. La ducha antiséptica preoperatoria tiene una recomendación más fuerte que el uso de una preparación cutánea a base de clorhexidina y alcohol.

5. Para la optimización preoperatoria, los protocolos ERAS recomiendan:

- A. A los pacientes anémicos que deben someterse a cirugías colorrectales electivas se les recomienda principalmente recibir hematínicos orales en lugar de suplementos de hierro intravenoso.
- B. Los pacientes anémicos que deben someterse a cirugías colorrectales electivas deben someterse de forma rutinaria a una transfusión de sangre antes del ingreso en lugar de utilizar hematínicos.
- C. Los pacientes desnutridos deben recibir suplementos nutricionales durante al menos 7 días antes de la operación.
- D. La profilaxis de las NVPO (náuseas y vómitos postoperatorios) se realiza preferentemente con un solo fármaco en lugar de multimodal.

6. Respecto al ayuno preoperatorio:

- A. Los pacientes con retraso en el vaciamiento gástrico deben permanecer en ayunas durante al menos 6 horas antes de la operación.
- B. A los pacientes de cirugía colorrectal electiva se les debe permitir líquido claro rico en carbohidratos hasta 4 horas antes de la operación únicamente.
- C. A los pacientes de cirugía colorrectal electiva se les debe permitir una dieta sólida hasta 4 horas antes de la operación.
- D. Los pacientes de cirugía colorrectal electiva deben permanecer en ayunas durante la noche antes de la operación.

7. Respecto al uso de drenajes peritoneales/pélvicos y NGT (sondas nasogástricas):

- R. Se ha demostrado que el uso de drenajes intra abdominales o pélvicos disminuye la fuga anastomótica.
- B. Se recomienda el uso de drenajes intra abdominales como medida para minimizar las tasas de re operación.
- C. Lo ideal es retirar las SNG antes de revertir la anestesia.
- D. Las NGT no son útiles para evitar lesiones gástricas durante la cirugía abdominal laparoscópica

8. Las directrices de ERAS sobre cuidados postoperatorios recomiendan:

- A. Evitar el equilibrio de líquidos cero
- B. La dieta oral se puede iniciar dentro de las 4 horas posteriores a la operación.
- C. No realizar cateterismo urinario prolongado más allá del POD 1 en cirugía reconstructiva pélvica
- D. La hiperglucemia postoperatoria leve se trata mejor peri operatoriamente con insulina en lugar de elementos reductores del estrés del protocolo ERAS.

PARTE B.1: ESCALA LIKERT PARA DETERMINAR BARRERAS PERCIBIDAS PARA LA IMPLEMENTACION

Por favor indique en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones marcando con un círculo la casilla deseada. Las preguntas sobre pacientes se refieren específicamente a pacientes de cirugía colorrectal electiva

Dar información sobre el procedimiento al que se someterá el paciente en las semanas previas a su cirugía es una medida útil

| | | | |
|-----------------------|--------|----------|-------------------|
| Totalmente de acuerdo | Acepto | Discrepo | Muy en desacuerdo |
|-----------------------|--------|----------|-------------------|

El estado nutricional del paciente antes de la cirugía colorrectal electiva influye en su recuperación después de la cirugía.

| | | | |
|-----------------------|--------|----------|-------------------|
| Totalmente de acuerdo | Acepto | Discrepo | Muy en desacuerdo |
|-----------------------|--------|----------|-------------------|

No hay evidencia suficiente para sugerir que reducir los tiempos de ayuno preoperatorio sea beneficioso para el paciente

| | | | |
|-----------------------|--------|----------|-------------------|
| Totalmente de acuerdo | Acepto | Discrepo | Muy en desacuerdo |
|-----------------------|--------|----------|-------------------|

Las directrices ERAS no son prácticas de implementar en nuestro entorno y se aplican más a un sistema de salud desarrollado.

| | | | |
|-----------------------|--------|----------|-------------------|
| Totalmente de acuerdo | Acepto | Discrepo | Muy en desacuerdo |
|-----------------------|--------|----------|-------------------|

Me preocupa seguir las pautas de ERAS y que en alguna medida causen algún resultado adverso en uno de mis pacientes

| | | | |
|-----------------------|--------|----------|-------------------|
| Totalmente de acuerdo | Acepto | Discrepo | Muy en desacuerdo |
|-----------------------|--------|----------|-------------------|

La totalidad de ítems que conforma el protocolo ERAS no siempre están bajo mi control.

| | | | |
|-----------------------|--------|----------|-------------------|
| Totalmente de acuerdo | Acepto | Discrepo | Muy en desacuerdo |
|-----------------------|--------|----------|-------------------|

Es importante que el paciente coma lo antes posible después de la cirugía para optimizar la recuperación

| | | | |
|-----------------------|--------|----------|-------------------|
| Totalmente de acuerdo | Acepto | Discrepo | Muy en desacuerdo |
|-----------------------|--------|----------|-------------------|

Los ruidos intestinales indican que un paciente está preparado para tolerar la nutrición oral después de la cirugía

| | | | |
|-----------------------|--------|----------|-------------------|
| Totalmente de acuerdo | Acepto | Discrepo | Muy en desacuerdo |
|-----------------------|--------|----------|-------------------|

Una bebida con carbohidratos antes de la cirugía ayuda a la recuperación acelerada de los pacientes

| | | | |
|-----------------------|--------|----------|-------------------|
| Totalmente de acuerdo | Acepto | Discrepo | Muy en desacuerdo |
|-----------------------|--------|----------|-------------------|

Considero prioritaria la analgesia multimodal no opioides como la mejor alternativa para el manejo del dolor peri-operatorio

| | | | |
|-----------------------|--------|----------|-------------------|
| Totalmente de acuerdo | Acepto | Discrepo | Muy en desacuerdo |
|-----------------------|--------|----------|-------------------|

Puntuación: _____

PARTE B.2 : ESCALA DE LIKERT PARA PRÁCTICAS


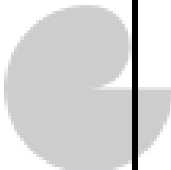
¿Aplica actualmente las Directrices ERAS a su práctica?

Indique con qué frecuencia implementa los siguientes elementos del Protocolo ERAS en su práctica actual en la unidad de Cirugía General de su Hospital:

| | | | |
|----------|--------------|------------------------------|-------------|
| Nunca =1 | Rara vez = 2 | La mayor parte del tiempo= 3 | Siempre = 4 |
|----------|--------------|------------------------------|-------------|

| Elementos del protocolo ERAS (Directrices actualizadas de la sociedad ERAS, 2018) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
| 1. Información, educación y asesoramiento previos al ingreso sobre el plan peri-operatorio completo | | | | |
| 2. Evaluación y optimización de enfermedades médicas y otras comorbilidades preoperatoriamente | | | | |
| 3. Exigir el cese del tabaquismo y del consumo excesivo de alcohol antes del ingreso | | | | |
| 4. Fomentar la pre-habilitación mediante ejercicio y entrenamiento de fuerza. | | | | |
| 5. Evaluación y apoyo nutricional preoperatorio | | | | |
| 6. Abordar la anemia antes del ingreso | | | | |
| 7. Evite la preparación intestinal de rutina. | | | | |
| 8. Fomentar el suministro de líquidos claros ricos en carbohidratos hasta 2 horas antes de la Operación en casos electivos sin retraso en el vaciado gástrico. | | | | |
| 9. Administrar profilaxis antimicrobiana dentro de los 60 minutos anteriores a la incisión. | | | | |
| 10. Recomendar bloqueos de la pared abdominal anterior, por ejemplo, bloqueos TAP, subcostales y del recto | | | | |
| 11. Solicitar calentamiento y humidificación de gases de inhalación e insuflación. | | | | |
| 12. Opte por enfoques mínimamente invasivos cuando sea posible, por ejemplo, laparoscópico, transanal, etc. | | | | |
| 13. Evite el uso rutinario de drenajes peritoneales o pélvicos. | | | | |
| 14. Retire la SNG antes de revertir la anestesia. | | | | |
| 15. Realizar trombo profilaxis; mecánico o farmacológico (por ejemplo, HBPM) | | | | |
| 16. Imponer activamente la evitación de opioides o la analgesia ahorradora de opioides | | | | |
| 17. Observar un equilibrio de líquidos cercano a cero (reemplazar las pérdidas continuas solo de forma similar, además de los requisitos de mantenimiento) y suspender la FIV una vez que se tolere por vía oral. | | | | |
| 18. Ofrecer alimentación oral temprana desde el PO 0 | | | | |
| 19. Iniciar medidas de movilización desde PO 0 | | | | |
| 20. Retiro del catéter uretral por PO 1 | | | | |

.Puntuación: _____

| | |
|---|--|
| |  |
|  | <p style="text-align: center;">CARTA DE PRESENTACION</p> <p>Buen día Doctor/Doctora, mi nombre es Luz Ingrid Ramos Mendoza identificada con DNI 72751020 actualmente estudiante de último año de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco de la E.P. de Medicina Humana. Me es grato dirigirme a usted solicitando su cooperación en la validación de este instrumento de investigación el cual será utilizado en mi estudio de trabajo de tesis titulado “NIVEL DE CONOCIMIENTOS ASOCIADO A ACTITUDES y PRÁCTICAS DEL FAST TRACK ERAS EN SERVICIOS DE CIRUGIA GENERAL DE HOSPITALES PERUANOS, 2024”, sin <u>más</u> espero su cooperación y de antemano gracias por su apoyo.</p> <p>ATENTAMENTE</p> <p style="text-align: center;"> <hr style="width: 30%; margin: 10px auto;"/> Firma </p> |

HOJA DE PREGUNTAS

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS ASOCIADO A ACTITUDES y PRÁCTICAS DEL FAST TRACK ERAS EN SERVICIOS DE CIRUGIA GENERAL DE HOSPITALES PERUANOS, 2024”

| PREGUNTAS | ESCALA DE VALORACIÓN | | | | |
|--|----------------------|---|---|---|---|
| 1. ¿Considera Usted que los ítems del instrumento con sus tres segmentos miden lo que se pretende medir? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. ¿Considera Usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. ¿Considera Usted que los ítems contenidos en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. ¿Considera Usted que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares obtendremos también datos similares? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. ¿Considera Usted que los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de la variable de estudio? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. ¿Considera Usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. ¿Considera Usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. ¿Considera Usted que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. ¿Considera Usted que el tipo de preguntas utilizadas son apropiadas a los objetivos materia de estudio? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. ¿Considera Usted que la disposición de los ítems es equilibrada y armónica? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

DATOS DEL MEDICO EXPERTO

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS ASOCIADO A ACTITUDES y PRÁCTICAS DEL FAST TRACK ERAS EN SERVICIOS DE CIRUGIA GENERAL DE HOSPITALES PERUANOS, 2024”

1. NOMBRE: _____

2. ESPECIALIDAD: _____

3. FECHA ACTUAL: _____

4. FIRMA Y SELLO:

ANEXO 4.- VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

VALIDEZ A JUICIO DE EXPERTOS, UTILIZANDO EL MÉTODO DPP (DISTANCIA DEL PUNTO MEDIO)

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS ASOCIADO A ACTITUDES y PRÁCTICAS DEL FAST TRACK ERAS EN SERVICIOS DE CIRUGIA GENERAL DE HOSPITALES PERUANOS, 2024”

- 1) La siguiente tabla contiene las puntuaciones obtenidas de los 05 médicos especialistas que pudieron participar en la validación del instrumento de investigación

| Ítems | Médicos especialistas | | | | | Promedio |
|-------|-----------------------|---|---|---|---|----------|
| | A | B | C | D | E | |
| 1 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 23 |
| 2 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 24 |
| 3 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 23 |
| 4 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 23 |
| 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 25 |
| 6 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 24 |
| 7 | 4 | 5 | 5 | 4 | 5 | 23 |
| 8 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 24 |
| 9 | 4 | 5 | 5 | 4 | 5 | 23 |
| 10 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 24 |

2) Con los promedios obtenidos se hallara la distancia del punto medio (DPP) mediante la siguiente ecuación:

$$DPP = \sqrt{(x - y_1)^2 + (x - y_2)^2 + \dots (x - y_{10})^2}$$

Donde:

X= Valor máximos en la escala.

Y= Promedio de cada ítem.

Evaluación:

Si DPP es igual a cero, indica que el instrumento posee una adecuación total con lo que se pretende medir, por consiguiente, puede ser aplicado para obtener información.

DPP= 0.98

1) Se determinará la distancia máxima (D máx.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero (0), con la ecuación:

$$D \text{ (máx.)} = \sqrt{(x_1 - 1)^2 + (x_2 - 1)^2 + \dots (x_n - 1)^2}$$

Donde:

X= Valor máximo en la escala concedido para cada ítem

Y=1

D (máx.) = 12.65

2) La D (máx.) se dividirá entre el valor máximo de la escala:

Resultado: **2.53**

3) Con ese último valor hallado se construirá una escala valorativa a partir de cero, hasta llegar al valor D máx. dividiéndose en intervalos iguales entre sí denominados de la siguiente manera:

A = adecuación total

B = adecuación en gran medida

C = adecuación promedio

D = escasa adecuación

E = Inadecuación

A

0.00 – 2.55

B

2.55 – 5.10

C

5.10 – 7.65

D

7.65 – 10.2

E

10.2 – 12.75

4) El punto DPP se localizó en las zonas **A**

Conclusión

El valor obtenido del DPP en el estudio fue **0.98** encontrándose en la zona **A** lo que significa **adecuación total**.

DATOS DEL MEDICO EXPERTO

"NIVEL DE CONOCIMIENTOS ASOCIADO A ACTITUDES y PRÁCTICAS DEL FAST TRACK ERAS EN SERVICIOS QUIRURGICOS DE TRES HOSPITALES PERUANOS, 2024"

1. NOMBRE: Dennis Leonardo Jaramilla

2. ESPECIALIDAD: Cirujía General y Laparoscópica

3. FECHA ACTUAL: 02/02/24

4. FIRMA Y SELLO:

DATOS DEL MEDICO EXPERTO

"NIVEL DE CONOCIMIENTOS ASOCIADO A ACTITUDES y PRÁCTICAS DEL FAST TRACK ERAS EN SERVICIOS QUIRURGICOS DE TRES HOSPITALES PERUANOS, 2024"

1. NOMBRE: Tati Belinda Loiza Villena

2. ESPECIALIDAD: G-O

3. FECHA ACTUAL: 30/02/24

4. FIRMA Y SELLO:

HOJA DE PREGUNTAS

"NIVEL DE CONOCIMIENTOS ASOCIADO A ACTITUDES y PRÁCTICAS DEL FAST TRACK ERAS EN SERVICIOS QUIRURGICOS DE TRES HOSPITALES PERUANOS, 2024"

En las respuestas de las escalas tipo Likert, por favor, marque con una X la respuesta escogida de entre las cinco opciones que se presentan en los casilleros, siendo:

1 = Muy en desacuerdo; 2 = En desacuerdo; 3 = Indeciso; 4 = De acuerdo; 5 = Muy de acuerdo

| PREGUNTAS | ESCALA DE VALORACIÓN | | | | |
|--|----------------------|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Considera usted que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir? | | | | | X |
| 2. ¿Considera usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio? | | | | X | |
| 3. ¿Considera usted que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia de estudio? | | | | | X |
| 4. ¿Considera usted que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestra similar obtendríamos también datos similares? | | | | X | |
| 5. ¿Considera usted que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos, propios de las variables de estudio? | | | | X | |
| 6. ¿Considera usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación? | | | | X | |
| 7. ¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones? | | | | X | |
| 8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento? | | | | X | |

HOJA DE PREGUNTAS

"NIVEL DE CONOCIMIENTOS ASOCIADO A ACTITUDES y PRÁCTICAS DEL FAST TRACK ERAS EN SERVICIOS QUIRURGICOS DE TRES HOSPITALES PERUANOS, 2024"

En las respuestas de las escalas tipo Likert, por favor, marque con una X la respuesta escogida de entre las cinco opciones que se presentan en los casilleros, siendo:

1 = Muy en desacuerdo; 2 = En desacuerdo; 3 = Indeciso; 4 = De acuerdo; 5 = Muy de acuerdo

| PREGUNTAS | ESCALA DE VALORACIÓN | | | | |
|--|----------------------|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Considera usted que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir? | | | | | X |
| 2. ¿Considera usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio? | | | | X | |
| 3. ¿Considera usted que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia de estudio? | | | | | X |
| 4. ¿Considera usted que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestra similar obtendríamos también datos similares? | | | | X | |
| 5. ¿Considera usted que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos, propios de las variables de estudio? | | | | X | |
| 6. ¿Considera usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación? | | | | X | |
| 7. ¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones? | | | | X | |
| 8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento? | | | | X | |
| 9. ¿Considera usted que el tipo de preguntas utilizadas son apropiadas a los objetivos materia de estudio? | | | | X | |
| 10. ¿Considera usted que la disposición de los ítems es equilibrada y armónica? | | | | X | |

DATOS DEL MEDICO EXPERTO


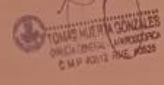
"NIVEL DE CONOCIMIENTOS ASOCIADO A ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL FAST TRACK ERAS EN SERVICIOS QUIRURGICOS DE TRES HOSPITALES PERUANOS, 2024"

1. NOMBRE: Tomás Huata J

2. ESPECIALIDAD: Cirujía

3. FECHA ACTUAL: 01/01/24

4. FIRMA Y SELLO:

HOJA DE PREGUNTAS

"NIVEL DE CONOCIMIENTOS ASOCIADO A ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL FAST TRACK ERAS EN SERVICIOS QUIRURGICOS DE TRES HOSPITALES PERUANOS, 2024"

En las respuestas de las escalas tipo Likert, por favor, marque con una X la respuesta escogida de entre las cinco opciones que se presentan en los casilleros, siendo:

1 = Muy en desacuerdo; 2 = En desacuerdo; 3 = Indeciso; 4 = De acuerdo; 5 = Muy de acuerdo

| PREGUNTAS | ESCALA DE VALORACIÓN | | | | |
|--|----------------------|---|---|---|---|
| 1. ¿Considera usted que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. ¿Considera usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. ¿Considera usted que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia de estudio? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. ¿Considera usted que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a nuestra muestra obtendríamos también datos similares? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. ¿Considera usted 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 usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. ¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. ¿Considera usted que el tipo de preguntas utilizadas son apropiadas a los objetivos materia de estudio? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. ¿Considera usted que la disposición de los ítems es equilibrada y armónica? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

DATOS DEL MEDICO EXPERTO


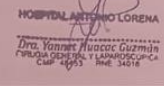
"NIVEL DE CONOCIMIENTOS ASOCIADO A ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL FAST TRACK ERAS EN SERVICIOS QUIRURGICOS DE TRES HOSPITALES PERUANOS, 2024"

1. NOMBRE: Yannet Huacac Guzmán

2. ESPECIALIDAD: Cirujía General

3. FECHA ACTUAL: 01/03/24

4. FIRMA Y SELLO:

HOJA DE PREGUNTAS

"NIVEL DE CONOCIMIENTOS ASOCIADO A ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL FAST TRACK ERAS EN SERVICIOS QUIRURGICOS DE TRES HOSPITALES PERUANOS, 2024"

En las respuestas de las escalas tipo Likert, por favor, marque con una X la respuesta escogida de entre las cinco opciones que se presentan en los casilleros, siendo:

1 = Muy en desacuerdo; 2 = En desacuerdo; 3 = Indeciso; 4 = De acuerdo; 5 = Muy de acuerdo

| PREGUNTAS | ESCALA DE VALORACIÓN | | | | |
|--|----------------------|---|---|---|---|
| 1. ¿Considera usted que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. ¿Considera usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. ¿Considera usted que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia de estudio? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. ¿Considera usted que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a nuestra muestra obtendríamos también datos similares? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. ¿Considera usted 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 usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. ¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. ¿Considera usted que el tipo de preguntas utilizadas son apropiadas a los objetivos materia de estudio? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. ¿Considera usted que la disposición de los ítems es equilibrada y armónica? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

DATOS DEL MEDICO EXPERTO

2. ESPECIALIDAD: Química

3. FECHA ACTUAL: 07/03/2018

4. FIRMA Y SELLO:

HOJA DE PREGUNTAS

En las respuestas de las escalas tipo Likert, por favor, marque con una X la respuesta escogida de entre las cinco opciones que se presentan en los casilleros, siendo:

1 = Muy en desacuerdo; 2 = En desacuerdo; 3 = Indeciso; 4 = De acuerdo; 5 = Muy de acuerdo

| PREGUNTAS | ESCALA DE VALORACIÓN | | | | |
|--|----------------------|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Considera usted que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. ¿Considera usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. ¿Considera usted que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia de estudio? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. ¿Considera usted que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestra similar obtendríamos también datos similares? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. ¿Considera usted 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 usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. ¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. ¿Considera usted que el tipo de preguntas utilizadas son apropiadas a los objetivos materia de estudio? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. ¿Considera usted que la disposición de los ítems es equilibrada y armónica? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ANEXO 5. Autorización de recolección de datos

La que suscribe Dra. YANNET HUACAC GUZMAN Jefe de la Oficina de Investigación, Docencia y Capacitación del Hospital Antonio Lorena del Cusco.

AUTORIZACION

Que la Estudiante LUZ INGRID RAMOS MENDOZA, quien solicita autorización para la ejecución del proyecto de tesis titulado:

"NIVEL DE CONOCIMIENTOS ASOCIADO A ACTITUDES Y PRACTICAS FAST TRACK ERAS EN LOS SERVICIOS QUIRURGICOS DE HOSPITALES PERUANOS"

Por lo que esta Jefatura de la AUTORIZACION correspondiente para que se les brinde las facilidades del caso y que le ayude a culminar satisfactoriamente con lo solicitado

Se expide la presente a petición de las interesadas para los trámites académicos respectivos.

Cusco, 19 de Abril 2024

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL ANTONIO LORENA

Dr. YANNET HUACAC GUZMAN
Jefe de la Oficina de Investigación, Docencia y Capacitación

BIENES N° 29

HOJA DE RUTA

EXPEDIENTE N°

1303
7674
1875

NOBIA ☐

LINGÜE ☐

COMENTARIOS

ANOTACIONES EN ESTA HOJA DE RUTA CONSTITUYEN EL EXAMEN DE LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS DE INSPECCIÓN

| N° | DEPENDIENTE | FECHA | ACCIONES | DESTINATARIO |
|----|-------------|--------------|---|--|
| 1 | | | 30 Inspección | Inspección |
| 2 | | 04 MAR. 2024 | Tramite con informe de la Unidad P 2358-D | OCID |
| 3 | | 27 MAR 2024 | Se remite protocolo aprobado para emisión de resolución | GRACU |
| 4 | | 25 MAR 2024 | 12 Informe técnico PROV. 3275-GRACU | SA COLOMBIA |
| 5 | | 08 ABR. 2024 | 1. Tramite Resolución. Res N° 306-GRACU 914985733 | Secretaría de Salud GRACU C/03/2024-1875 |

FINES

| | | | |
|---------|--|------------------------------|---------------------|
| NORMA | ARTICULO | LEGISLACION DERIVADA | LEY N° 1712 DE 2014 |
| ART. 1 | ARTICULO 100 DEL CODIGO DE PROCEDIMIENTO | LA RESOLUCION ANTICORRUPCION | LA LEY 1712 DE 2014 |
| ART. 2 | ARTICULO 100 DEL CODIGO DE PROCEDIMIENTO | LA RESOLUCION ANTICORRUPCION | LA LEY 1712 DE 2014 |
| ART. 3 | ARTICULO 100 DEL CODIGO DE PROCEDIMIENTO | LA RESOLUCION ANTICORRUPCION | LA LEY 1712 DE 2014 |
| ART. 4 | ARTICULO 100 DEL CODIGO DE PROCEDIMIENTO | LA RESOLUCION ANTICORRUPCION | LA LEY 1712 DE 2014 |
| ART. 5 | ARTICULO 100 DEL CODIGO DE PROCEDIMIENTO | LA RESOLUCION ANTICORRUPCION | LA LEY 1712 DE 2014 |
| ART. 6 | ARTICULO 100 DEL CODIGO DE PROCEDIMIENTO | LA RESOLUCION ANTICORRUPCION | LA LEY 1712 DE 2014 |
| ART. 7 | ARTICULO 100 DEL CODIGO DE PROCEDIMIENTO | LA RESOLUCION ANTICORRUPCION | LA LEY 1712 DE 2014 |
| ART. 8 | ARTICULO 100 DEL CODIGO DE PROCEDIMIENTO | LA RESOLUCION ANTICORRUPCION | LA LEY 1712 DE 2014 |
| ART. 9 | ARTICULO 100 DEL CODIGO DE PROCEDIMIENTO | LA RESOLUCION ANTICORRUPCION | LA LEY 1712 DE 2014 |
| ART. 10 | ARTICULO 100 DEL CODIGO DE PROCEDIMIENTO | LA RESOLUCION ANTICORRUPCION | LA LEY 1712 DE 2014 |

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de
Junín y Ayacucho"

RESOLUCION DE GERENCIA RED ASISTENCIAL CUSCO N° 206 -GRACU-ESSALUD-2024 //2

Que, por los considerandos expuestos, es procedente adoptar las acciones administrativas respectivas para autorizar la ejecución del proyecto de investigación aludido en el Servicio de Cirugía General del Departamento de Cirugía del Hospital Nacional "Adolfo Guevara Velasco" de la Gerencia de Red Asistencial de EsSalud Cusco;

En uso de las facultades conferidas mediante Directiva N° 003-IETSI-ESSALUD-2019 V.01 y Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 1237-PE-ESSALUD-2023;

SE RESUELVE:

PRIMERO.- AUTORIZAR la ejecución del Proyecto de Investigación con el Título: "NIVEL DE CONOCIMIENTOS ASOCIADO A ACTITUDES Y PRÁCTICAS FAST TRACK ERAS EN LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS DE TRES HOSPITALES PERUANOS, 2024", presentado por la bachiller LUZ INGRID RAMOS MENDOZA, a realizarse en el Servicio de Cirugía General del Departamento de Cirugía del Hospital Nacional "Adolfo Guevara Velasco" de la Gerencia de Red Asistencial de EsSalud Cusco.

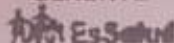
SEGUNDO.- DISPONER que la investigadora principal LUZ INGRID RAMOS MENDOZA, prosiga con todas las acciones vinculadas con el tema de investigación, las cuales deberán ajustarse al cumplimiento de las normas y directivas de la institución establecidas para tal fin.

TERCERO.- DISPONER que las instancias respectivas brinden las facilidades del caso para la ejecución del Proyecto de Investigación autorizado con la presente Resolución.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.



DRA. BETSY KAREN GIV RODRIGUEZ
CNP 48002 RNE. 26828
RED ASISTENCIAL CUSCO
GERENTE



BKGR/acq
Cc. OCIO, DHNAGV, CE, INVESTIGADORA PRINCIPAL, ARCH.

| | | |
|------|------|------|
| 1307 | 2024 | 1875 |
|------|------|------|

RESOLUCION DE GERENCIA RED ASISTENCIAL CUSCO N° 206-GRACU-ESSALUD-2024

CUSCO, 08 ABR. 2024

VISTO,

La Nota de la Oficina de Capacitación, Investigación y Docencia N° 147-OCID-GRACU-ESSALUD-2024 de fecha 21 de marzo de 2024, referente a la solicitud de emisión de la resolución de autorización de Ejecución de Proyecto de Investigación;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación N° 46-IETSI-ESSALUD-2019 de fecha 03 de junio del 2019, se resuelve aprobar la Directiva N° 003-IETSI-ESSALUD-2019 V.01, "Directiva que Regula el Desarrollo de la Investigación en Salud", cuyo objetivo es establecer los lineamientos para la aprobación, ejecución, supervisión, difusión, priorización y promoción de las actividades y estudios de investigación en salud a ser desarrollados en EsSalud;

Que, en el numeral 1 del Capítulo III – Disposiciones Generales de la Directiva N° 003-IETSI-ESSALUD-2019 V.01, se establece que, la distinción entre ensayos clínicos y estudios observacionales se realiza según la definición regulatoria de ensayo clínico contenida en el Reglamento de Ensayos Clínicos y en esta Directiva, la misma que necesariamente corresponde a la definición metodológica. Los estudios que no cumplan la definición regulatoria de ensayo clínico serán considerados como estudios observacionales;

Que, en el numeral 2.1.1. de la Directiva N° 003-IETSI-ESSALUD-2019 V.01, se establece que, los estudios observacionales se desarrollan mediante las siguientes modalidades: INSTITUCIONAL, EXTRA INSTITUCIONAL, COLABORATIVA Y TESIS DE PREGRADO;

Que, en el numeral 2.2.1 de la Directiva N° 003-IETSI-ESSALUD-2019 V.01, se establece el proceso de aprobación de los estudios observacionales y la presentación de los documentos por parte del Investigador principal (IP) o el coinvestigador responsable ante la Instancia Encargada del Área de Investigación (IEAI);

Que, en el numeral 2.2.2 de la Directiva N° 003-IETSI-ESSALUD-2019 V.01, se establece que, la IEAI recibe el expediente y verifica el cumplimiento de los requisitos. Luego, envía el expediente al Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) en un plazo que no exceda de tres días útiles;

Que, en el numeral 2.2.5 de la Directiva N° 003-IETSI-ESSALUD-2019 V.01, se establece que, una vez aprobado el protocolo por el CIEI, la Gerencia evalúa el expediente y emite una carta dirigida al investigador con su decisión de autorizar o no el inicio del estudio en un plazo no mayor a catorce días calendario. La IEAI comunica la decisión al Comité y al IP haciéndole llegar la carta o certificado de aprobación del comité y de la gerencia. El Gerente del Órgano puede delegar esta función de autorización de estudios observacionales a otra instancia que considere conveniente, por ejemplo, a la IEAI o al director del establecimiento;

Que, mediante Resolución de Gerencia de Red Asistencial Cusco N° 305-GRACU-ESSALUD-2020 de fecha 21 de setiembre del 2020 y su modificatoria con Resolución N° 329-GRACU-ESSALUD-2020 de fecha 08 de octubre del 2020, se resuelve, conformar, a partir de la fecha y por el periodo de tres (03) años, el Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Gerencia de Red Asistencial Cusco del Seguro Social de Salud "ESSALUD";

Que, mediante documento del visto, la Oficina de Capacitación, Investigación y Docencia, en uso de sus atribuciones ha verificado el cumplimiento de los requisitos para la autorización de la ejecución del Proyecto de Investigación con el Título: "NIVEL DE CONOCIMIENTOS ASOCIADO A ACTITUDES Y PRÁCTICAS FAST TRACK ERAS EN LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS DE TRES HOSPITALES PERUANOS, 2024", presentado por la Bachiller LUZ INGRID RAMOS MENDOZA, para optar el título profesional de Médico Cirujano en la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; solicitando a la Gerencia de Red Asistencial de EsSalud Cusco la emisión de la resolución de autorización de ejecución de dicho proyecto de investigación;

Que, el proyecto de investigación en mención, entre otros, cuenta con la aprobación del Comité de Ética en Investigación con Nota N° 44-CE-GRACU-ESSALUD-2024 de fecha 21 de marzo de 2024; asimismo, cuenta con la opinión favorable de la sede donde se realizará la investigación según Anexo 6 suscrito por el Jefe del Servicio de Cirugía General del Departamento de Cirugía del Hospital Nacional "Adolfo Guevara Velasco" de la Gerencia de Red Asistencial de EsSalud Cusco Doctor Gustavo Omar Castro Salazar;

././