

"CALIDAD DE ATENCIÓN Y SATISFACCIÓN PERCIBIDA EN POSTOPERADOS DE CIRUGÍA REFRACTIVA EN EL INSTITUTO OFTALMOSALUD, 2022."

por SOLANGIE CECIBETH CASTILLO CHAVEZ

Fecha de entrega: 12-jun-2024 02:46a.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2400975691

Nombre del archivo: 1A_CASTILLO_CHAVEZ_SOLANGIE_CECIBETH_TITULO__LICENCIADO_2024.docx (153.24K)

Total de palabras: 14612

Total de caracteres: 79276



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

2

FACULTAD DE TECNOLOGÍA MÉDICA

CALIDAD DE ATENCIÓN Y SATISFACCIÓN PERCIBIDA EN POSTOPERADOS **DE**
CIRUGÍA REFRACTIVA EN EL INSTITUTO OFTALMOSALUD, **2022.**

17

Línea de investigación: Salud pública

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado Tecnólogo Médico en ptometría

Autor:

CASTILLO CHAVEZ, SOLANGIE CECIBETH

17

Asesor:

Paredes Campos, Felipe Jesús

Código Orcid (0000-0002-6732-4013)

LIMA-PERÚ

2024

RESUMEN

El **objetivo** fue **determinar la**¹ **relación entre** las variables **calidad de atención y satisfacción** percibida en postoperados **de** cirugía refractiva **en el** Instituto Oftalmosalud ,2022. **Método:** ³ La investigación fue cuantitativa del tipo descriptiva correlacional, con diseño no experimental de corte transversal. La muestra fue de 101 pacientes que hayan asistido al instituto Oftalmosalud en el periodo del 2022, mayores de 18 años hasta los 40 años optando por la cirugía refractiva voluntariamente, así como también que sus exámenes preoperatorios sean completos y estables sin alguna patología. Para ello se utilizó la encuesta como técnica aplicada, siendo verificado en validez y confiabilidad.

Resultados: Se evidencia una correlación ³ **significativa positiva fuerte** con coeficiente **Rho de Spearman** $\rho=0.910$, **entre** calidad de atención **y** satisfacción. ³ En la variable calidad de atención se encontró **un** nivel alto **de** calidad de atención mala con 22,8% y escalas de moderado a bueno de 19,8% y 18,8% respectivamente, mientras que en la variable satisfacción resultó ser indiferente en un nivel mayor con un 29,7%, y solo el 17,8% sí mostró satisfacción con la atención recibida.

Conclusión: Se determinó la existencia de ³⁶ **una correlación significativa positiva fuerte entre las** variables **calidad de atención y satisfacción en** los pacientes post operados de cirugía refractiva corneal del instituto Oftalmosalud, Los olivos –2022.

⁸ **Palabras claves:** Calidad de atención, satisfacción del paciente, cirugía refractiva corneal, unidad de optometría refractiva.

ABSTRACT

The objective¹ was to determine the relationship between the variables quality of care and satisfaction perceived in post-operative refractive surgery patients at the Oftalmosalud institute, 2022. **Method:** The research was quantitative, descriptive, correlational, with a non-experimental, cross-sectional design. The sample consisted of 101 patients who have attended the Oftalmosalud institute in the period of 2022, over 18⁶⁸ years of age up to 40 years of age, opting for refractive surgery voluntarily, as well as their preoperative examinations being complete and stable without any pathology.¹¹ For this purpose, the survey was used as an applied technique, being verified for validity and reliability.

²**Results:** A strong positive significant correlation is evident with Spearman's Rho coefficient $\rho=0.910$,¹ between quality of care and satisfaction. In the quality of care variable, a high level of poor quality of care was found with 22.8% and moderate to good scales of 19.8% and 18.8% respectively, while in the satisfaction variable it turned out to be indifferent in a highest level with 29.7%, and only 17.8% did showed satisfaction with the care received.

Conclusion: The existence of a strong positive significant correlation was determined¹¹ between the variables quality of care and satisfaction in post-operative corneal refractive surgery patients at the Oftalmosalud institute, Los olivos –2022.

³**Keywords:** Quality of care, patient satisfaction, corneal refractive surgery, refractive optometry unit.

I. INTRODUCCIÓN:

Se considera que el ojo es uno de los órganos más importante que el ser humano posee, a través de este se percibe la realidad de lo que nos rodea y al mismo tiempo respondemos ante ello. (Wandell, 1995). Así mismo, Sánchez (2012), menciona que el 80% de la información recibida es gracias al buen funcionamiento de todo el sistema visual, cuyo proceso se da en la retina el cual transforma las imágenes en impulsos nerviosos que viajan al centro cerebral de la visión, a través del nervio óptico.

Por otro lado, Según la OMS (2021), en el mundo hay al menos 2200 millones de personas con deterioro de la visión lejana y cercana. De igual forma Azar (2020) dice que para seguir tratando esta problemática se han ido desarrollando y mejorando las opciones de tratamiento para corregir estos errores de refracción, como el uso de gafas oftálmicas, los lentes de contacto con diferentes composiciones y las cirugías refractivas, esta última siendo actualmente la más solicitada, debido a muchos factores que ponen como última opción el uso de los otros dos métodos de corrección visual.

En tanto, McDonald – Frantz (1990) y Rapuano - Sugar et al. (2001) refieren que los procedimientos más solicitados utilizan el láser excimer, siendo aprobado por la FDA en 1995, está relacionado con la remodelación del tejido corneal, donde encontramos la técnica de queratectomía fotorrefractiva (PRK) siendo la primera técnica de ablación de la superficie corneal desde los años 80, como técnica más actualizada al PRK, se presenta a la queratomileusis in situ asistida con láser (LASIK), es un tratamiento de ablación del estroma corneal que ofrece ventajas de una recuperación más rápida y con menos dolor (Pallikaris – Papatzanaki et al., 1990). Así pues, Miotto – Rojas et al. (2020) menciona que, a fines de los años 90, aparece la queratectomía fotorrefractiva transepitelial (trans – PRK) como técnica, la cual no obtuvo los resultados esperados. Sin embargo,

con la ayuda del desarrollo del láser refractivo, el tiempo de ablación corneal fue disminuyendo, generando un resultado más eficaz y actualmente viene siendo una de las técnicas refractivas más realizadas mejorando también el post operatorio del paciente. Del mismo modo, ¹³ los estudios de Li – Zhan *et al.* (2016) y Shen – Chen *et al.* (2014) Refieren que en los últimos años las técnicas LASIK y PRK han sido actualizadas, creando variaciones, como la queratomileusis epitelial asistida con láser o LASEK usada en pacientes con errores refractivos elevados con alguna alteración corneal, empleando el láser femtosegundo, esta es ¹⁸ la cirugía Femto -LASIK y la SMILE (Small Microinvasive Lenticule Extraction) que es la más actual empleada en corrección de miopía donde incluya o no astigmatismo.

Por lo tanto, es evidente que existen diferentes técnicas en la cirugía refractiva, sin embargo, también nos debemos a la percepción que cada paciente tiene durante todo el proceso tanto previo y posterior , como por ejemplo que se sienta satisfecho comenzando por la calidad de atención antes de la cirugía, durante la cirugía y en el post operatorio de este tratamiento quirúrgico logrando corregir los defectos refractivos con la menor complicación posible, asimismo , mejorando la visión y así ⁴⁰ la calidad de vida de las personas que la padecen, a su vez tras la operación en cuanto a la actividad visual relacionado al desempeño laboral tampoco se vea afectado.

Tomando en cuenta el trabajo del tecnólogo médico de Optometría, que según el plan nacional de salud del Perú (2013), es el profesional encargado del control, prevención y promoción de la salud visual. Del mismo modo, es importante dentro del rol laboral realizar los seguimientos pre y post cirugía refractiva de los pacientes sometidos a estos procedimientos quirúrgicos. A su vez, es importante que los pacientes que decidieron someterse a este tratamiento hayan sido adecuadamente informados y atendidos, así como el cumplimiento de las expectativas previas que los pacientes consideraron. Es por lo que en este estudio se recopiló datos sobre ⁴ la calidad de

atención en su dimensión humana, técnica y de entorno relacionado a la satisfacción percibida en cada paciente, respondiendo así el problema general y los problemas específicos de este trabajo de investigación.

2

1.1. Descripción y formulación del problema

Descripción del problema

Según la OMS (2021), los errores de refracción no corregidos puede dar lugar a la pérdida de oportunidades de educación, empleo, a una menor productividad y a un deterioro de la calidad de vida. Incide en personas de todas las edades, siendo la principal causa de los problemas de visión.

A nivel mundial, en el 2020, se estimó que 157 millones de personas tenían una discapacidad visual significativa (6/18 en el mejor ojo) debido a errores de refracción no corregidos que afectaban la visión de lejos, incluidos al menos tres millones de personas con ceguera (3/60 en el mejor ojo) (IAPB, 2020).

Por otro lado, en Perú, no se encontró muchos registros actualizados sobre la prevalencia de los errores refractivos a nivel nacional o estudios de métodos usados para corregir algún defecto refractivo. Sin embargo, de manera general, se encontró en los archivos web del Instituto nacional de oftalmología en el año 2020 que se atendieron a 12,745 pacientes con ametropías y en el año 2021 atendieron 587 personas para corregir defectos refractivos no especificados. (INO, 2021)

En tanto, respecto a cirugías refractivas, este procedimiento es el más solicitado por su avance tecnológico y el fácil acceso de los pacientes como método de corrección, es así como en los diferentes estudios realizados a través del tiempo han demostrado que en muchas de las cirugías con estas técnicas descritas anteriormente han resultado exitosas, mejorando así la calidad de vida de los pacientes, sin embargo, también se han manifestado casos donde sucede lo contrario, generando efectos negativos o consecuencias que no permitieron al tratamiento ser totalmente

efectivo. (Gutiérrez y Suarez et al., 2011 como se citó en Basto - Castillo et al., 2020).

Durante mi estancia en el Instituto Oftalmosalud, instituto especializado en salud visual ocular pude observar consultas frecuentes sobre los tratamientos más recientes para eliminar las ametropías; puesto que, durante la consulta previa en el área de Optometría con el tecnólogo médico muchos de los pacientes refirieron inconformidad con el uso de gafas correctoras, algunos manifestaron no tolerar el peso de las monturas, la renovación constante, la incomodidad para ver debido al uso de las mascarillas por efecto de la pandemia originado por el virus de la Covid-2019, así también algunos usuarios de lentes de contacto reportaron que les resultaba económicamente complicado la renovación constante de estos lentes por los costos ciertamente altos, y finalmente algunos tuvieron motivos estéticos. Por otro lado, muchos de ellos tenían dudas acerca de los resultados de estas técnicas quirúrgicas, puesto que no contaban con la adecuada información respecto a este tema, tanto en lo procedimientos preoperatorios como en los postoperatorios ya que, algunos pacientes refirieron insatisfacción con la atención recibida en otros establecimientos privados de salud visual. Es por ello, que se tomó este tema como estudio, para poder evaluar a los pacientes intervenidos de este procedimiento, verificando los protocolos completos preoperatorios como unidad de optometría refractiva, también ³ la calidad de atención brindada por parte del tecnólogo médico de Optometría encargado de realizar estos procedimientos. Así mismo, realizar un seguimiento adecuado post operatorio de la agudeza visual y de igual modo valorar la satisfacción percibida de cada paciente, previo al procedimiento como en los resultados finales; debido que, cada uno de estos pacientes sometidos a esta intervención quirúrgica tenía una propia expectativa.

⁴

Formulación del problema

1.1.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre la calidad de atención y el nivel de satisfacción percibida en postoperados de cirugía refractiva en el Instituto Oftalmosalud ,2022?

1.1.2. Problemas específicos

¿Cuál es la relación entre el nivel de satisfacción y la calidad de atención humana percibida en postoperados de cirugía refractiva en el Instituto Oftalmosalud ,2022?

¿Cuál es la relación entre el nivel de satisfacción y la calidad de atención técnica percibida en postoperados de cirugía refractiva en el Instituto Oftalmosalud ,2022?

¿Cuál es la relación entre el nivel de satisfacción y la calidad de atención entorno percibida en postoperados de cirugía refractiva en el Instituto Oftalmosalud ,2022?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes Nacionales

Fabian – Podestá et al. (2022) Perú, presentaron el artículo de “Calidad de atención y satisfacción del paciente atendido en una cadena de clínicas odontológicas. Lima – Perú, 2019 – 2020” con el objetivo de valorar la relación entre la calidad de atención y grado de satisfacción de los usuarios atendidos, obteniendo los resultados de 150 encuestados el 93.30% dieron como valor una alta calidad entre parcial y totalmente de acuerdo, el 3.30% estuvieron en desacuerdo con respecto a calidad entre parcial y totalmente en desacuerdo, por ello se calificó como un nivel de calidad bajo. Hallándose también el 96.70%, es decir 145 pacientes refirieron estar satisfechos con la atención que recibieron, el 3.30%, es decir 5 pacientes refirieron insatisfacción, mientras que ningún paciente refirió estar moderadamente satisfecho. Concluyendo así con la confirmación en la existencia de relación directa y relevante entre las variables de calidad de atención y satisfacción del paciente, de la misma manera que con las dimensiones como fiabilidad, sensibilidad, seguridad,

empatía, donde su percepción fue de calidad alta, del mismo modo con las valoraciones en ¹³ dimensión humana, técnico - científica y entorno donde manifestaron estar satisfechos con la atención que recibieron.

Tello (2021) Callao, con su estudio sobre el ² “*Nivel de satisfacción del usuario sobre la calidad de atención de enfermería en el servicio de oftalmología del Hospital Alberto Sabogal*”, donde su objetivo fue ²⁴ determinar el nivel de satisfacción de los pacientes en base a la calidad de atención de enfermería en el servicio de oftalmología, a 168 usuarios que contestaron una encuesta, esto ⁷ con el fin de conocer el nivel de satisfacción relacionado de las enfermeras en calidad humana, calidad del entorno y calidad técnica, resultando el 62.5% satisfechos, el 25.6% medianamente satisfechos y 11.9% insatisfechos siendo de ese modo ² que el 67.9% recibieron siempre una atención de calidad humana, el 75.5% recibieron a veces atención de calidad del entorno y el 64.3% recibieron siempre una calidad técnica.

Blancas - Castillo et al.(2020) Callao, presentaron el estudio de la ⁸ “*Calidad de atención y satisfacción del paciente post operado en el servicio de cirugía del Hospital Regional Docente clínico quirúrgico Daniel Alcides Carrión- Huancayo 2020*”, presentando como objetivo señalar la relación entre calidad de atención y satisfacción de los pacientes post operados, obteniendo como resultado ¹ la existencia de la relación estadística entre ambas variables, manifestando ⁸ el 10% de pacientes post operados una satisfacción baja y 8% de calidad mala en la atención, el 80% de los pacientes manifestaron satisfacción media y 74% de calidad regular en la atención ⁸ recibida por parte de personal de enfermería, también un 10 % manifestaron satisfacción alta y 18% de calidad buena en la atención

Sullón (2019) Lima, en su estudio sobre ²² “*La calidad de atención y fidelización de usuarios externos en un centro privado de oftalmología*”, teniendo ²² como objetivo obtener la relación entre

calidad de atención y fidelización de usuarios en un centro privado de oftalmología, resultando la ⁶⁵ existencia de una correlación de manera positiva entre estas dos variables, concluyendo que mientras la calidad en la atención que se brinda sea la mejor, la probabilidad de fidelización del usuario externo aumentará.

Gutiérrez - Lorenzo et al. (2019) Perú, en su artículo presentado acerca ⁷ de la “Calidad de atención del área de Enfermería en base a pacientes hospitalizados”, donde su objetivo fue determinar ¹ la calidad de atención en el área propuesta, basándose en la opinión de los pacientes hospitalizados. ¹ Los resultados obtenidos son en la calidad de atención del personal osciló de regular a mala, dado que el 5% de los usuarios no estuvieron de acuerdo en la valoración de las dimensiones de cada variable propuesta, relacionado a insumos y ⁷⁷ el número de personal en el servicio donde estuvieron hospitalizados, por otro lado, sintieron satisfacción con respecto al ambiente, donde lo consideraron seguro, limpio y con buena iluminación. En la dimensión de proceso los usuarios manifestaron que no habían obtenido ninguna información relacionada al ambiente físico y tampoco sobre las normas con las cuales funciona el servicio donde estuvieron hospitalizados. por último, con relación a dimensión de resultado la valoración de los usuarios es positiva con el cuidado y atención de su salud por parte del personal, con reacción a satisfacción y comodidad, también declararon que el personal colaboró a la mejora de su bienestar y salud.

⁷ Chumpitaz (2019) Callao, en su pasado estudio sobre “Calidad de atención de enfermería y la satisfacción del paciente hospitalizado en una clínica privada, Lima – Perú 2018” con el objetivo de determinar la relación entre calidad de atención y satisfacción del paciente, dando como resultado la correlación positiva entre ambas variables , de nivel medio a alta en su estadística , el 64.6% del personal brindó ⁸ calidad de atención en nivel medio , 19.6% brindó atención de nivel bajo, 15.7% brindó atención de nivel alto, de igual forma en satisfacción del

paciente el 47.6% refirieron un nivel medio, el 29.1% refirió nivel alto y el 23.3% calificaron con nivel bajo de satisfacción.

1.2.2. Antecedentes Internacionales

Flores y Fernández (2022) Honduras, con su investigación sobre el “índice de satisfacción de los pacientes en un establecimiento de servicios oftalmológicos en Tegucigalpa”, donde tuvieron como objetivo identificar la satisfacción de cada paciente basado en la calidad del servicio oftalmológico. Dando como resultado de 340 pacientes encuestados, mayores de 18 años, 135 es decir el 40% de los pacientes eran mayores de 60 años, 255 (75%) eran de sexo femenino, 282 (83%) asistieron acompañado de cuidadores y para post consulta un 82 %, respecto a la percepción del servicio uno 300 pacientes (88%) dieron una valoración de totalmente satisfechos, a pesar de ello, al calcular el índice de satisfacción de los pacientes fue valorado en -0.51 (PSI = Percepciones - Expectativas) , promediando 98 % es decir un 4.9 sobre 5 en expectativas y 88% un 4.4 en percepciones, indicando así el déficit para satisfacer la demanda total del servicio. Concluyendo en una imagen positiva de los pacientes encuestados en base a los servicios ofrecidos, pese a la existencia de un déficit en la capacidad de respuesta en satisfacer la demanda total de los pacientes.

Andrade (2021) Bolivia, presentó una tesis con el título de “Calidad y satisfacción en la atención del servicio de emergencias de la clínica Gaer de la ciudad de la paz en el 2° trimestre de la Gestión 2021” con el objetivo de exponer la calidad de atención promocionando la satisfacción de los usuarios atendidos en la clínica estudiada. Resultando con el cumplimiento de los indicadores de calidad y satisfacción , calificando al tiempo de espera como bueno , siendo un indicador importante de la calidad de atención recibida, en satisfacción fue calificada de regular a buena , incluyendo el grado de insatisfacción relacionada a la atención brindada, finalmente calificaron a la calidad de servicio como satisfactoria sin embargo la satisfacción del paciente se definió como regular según las encuestas , estos resultados ayudan a realizar medidas tanto

preventivas como correctivas para mejorar el servicio.

López (2020) España, realizó una investigación titulada: “*Estudio comparativo sobre la calidad de vida de los pacientes post operados mediante lente implante intraocular fásica (ICL) y queratomileusis por láser (LASIK), utilizando un cuestionario valido específico (QIRC) para miopía entre 5 y 10 dioptrías* “. Donde su objetivo es valorar la utilidad de decidir entre una técnica quirúrgica u otra, dando como resultado en la puntuación de la calidad de vida relacionado a la corrección de errores refractivos fue mejor según usuarios en lente intraocular que en la técnica LASIK, sin embargo, refiere que no hay diferencia significativa según la estadística.

Farias - Tapia et al. (2019) Argentina, en su estudio presentado con el título de “*Satisfacción percibida y calidad de atención medica en sistemas de salud*” teniendo como objetivo reconocer la calidad en la relación médico y paciente, priorizando el grado de satisfacción e insatisfacción relacionado a la calidad de atención. Se revelo que los pacientes sintieron satisfacción y definieron como buena la calidad de atención brindada en un porcentaje alto. De igual manera se halló relación respecto a calidad de atención con el tipo de atención en servicio público y privado, resultando con el aporte de información para mejorar continuamente la calidad de atención en los servicios del sistema de salud público y privado.

13. Objetivos

13.1. Objetivo general

Determinar la relación entre la calidad de atención y el nivel de satisfacción percibida en postoperados de cirugía refractiva en el Instituto Oftalmosalud ,2022.

1.3.2. Objetivos Específicos

⁴ Determinar la relación entre el nivel de satisfacción y la calidad de atención humana percibida en postoperados de cirugía refractiva en el Instituto Oftalmosalud ,2022.

⁴ Determinar la relación entre el nivel de satisfacción y la calidad de atención técnica percibida en postoperados de cirugía refractiva en el Instituto Oftalmosalud ,2022.

⁴ Determinar la relación entre el nivel de satisfacción y la calidad de atención entorno percibida en postoperados de cirugía refractiva en el Instituto Oftalmosalud ⁸ ,2022.

1.4. Justificación

La presente investigación se justifica teóricamente con el propósito de poner a disposición y reforzar teorías existentes, relacionando las variables de ¹ calidad de atención y satisfacción incluyendo las 3 dimensiones aplicadas, humana, tecnológica y entorno, así mismo procurar incluir métodos de solución los cuales permitan mejorar la ⁴⁷ calidad de atención y satisfacción de los usuarios que acuden a los servicios de salud y se vean beneficiados.

En lo práctico, debido a que existe la gran necesidad de restablecer la atención en ⁸⁸ los usuarios que acuden a consulta en el Instituto Oftalmosalud puesto que, cada servicio cuenta con un protocolo de atención distinto, desde que el paciente hace su ingreso al registro de admisión hasta que finaliza en la consulta oftalmológica o atención de presupuesto. La alta demanda de los pacientes que acuden a este establecimiento influye grandemente en el tiempo de atención que cada uno de ellos necesita, por ello se requiere un análisis en los flujos de atención y en las nuevas estrategias de solución planteadas, con la finalidad de evitar la insatisfacción por parte del usuario. Asimismo, permitirá al personal sanitario mejorar las prácticas de atención tanto del tecnólogo medico de Optometría encargado de la realización de la unidad de Optometría refractiva, como de los médicos oftalmólogos, brindando la mejor información acerca de los tratamientos de ametropía, con una

explicación comprensible por el paciente.

En el aspecto económico y social este estudio ofrecerá a la institución información actualizada ¹ con respecto a la calidad de atención y satisfacción que los usuarios atendidos manifestaron con las encuestas desarrolladas, el cual tiene como objetivo reestructurar sus estrategias, protocolos, capacitaciones y asesoramientos del personal encargado, partiendo del área administrativa, optometría a cargo del tecnólogo médico, enfermería y el médico oftalmólogo, con ello se busca mejorar el servicio y así obtener de los pacientes la satisfacción, comodidad tanto en los precios, como en la cirugía, confianza y fidelidad, siendo beneficioso ⁶³ para la calidad de vida de los usuarios mejorando su visión.

Finalmente, en el aspecto metodológico, el estudio se desarrollará respetando los principios de investigación utilizando el método hipotético deductivo y una vez demostrada ²⁹ la confiabilidad y validez de los resultados de este estudio servirá como referente para próximas investigaciones realizadas a nivel nacional o internacional.

⁷ 1.5. Hipótesis General

La calidad de atención se relaciona directamente con la satisfacción percibida en postoperados de cirugía refractiva en el Instituto Oftalmosalud, 2022.

1.5.1. Hipótesis Objetivas

Existe relación significativa ⁴ entre el nivel de satisfacción y la calidad de atención humana percibida en postoperados de cirugía refractiva en el Instituto Oftalmosalud, 2022.

Existe relación significativa ⁴ entre el nivel de satisfacción y la calidad de atención técnica percibida en postoperados de cirugía refractiva en el Instituto Oftalmosalud, 2022.

Existe relación significativa ⁴ entre el nivel de satisfacción y la calidad de atención

entorno percibida en postoperados de cirugía refractiva en el Instituto Oftalmosalud ²,2022.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1. ⁷Calidad de atención.

Según la Real Academia Española el origen de la palabra calidad proviene del latín *qualitas*, -*ātis*, y del griego *ποιότης ποιότης* atribuyéndole el significado de excelencia o superioridad. Es así como la calidad se interpreta en un trabajo que se ejecuta de manera minuciosa, cumpliendo así con los objetivos para lo que estaba trazado. (Portal Minsa 2009, como se citó en, Coaquira 2019). Este concepto ha ido evolucionando, actualmente la calidad refiere a la creación de productos nuevos, sumando los servicios mejorados cada vez más, generando que sean competitivos. (Estrada, 2007).

Por otro lado, en el concepto de atención, Rodríguez (2006) refiere a que este es una forma de influencia en la población para lograr su complacencia, si se desea brindar una atención adecuada es necesario focalizar diferentes componentes, el hablar, observar y escuchar, mediante ello se puede conocer las características y peticiones del servicio ofrecido y conocer también a quien va dirigido.

En complemento (Paganini, 1993 citado en Calderón, 2018) explica que la calidad de atención es un sinónimo de resultado. Tomando ello como un cambio positivo en el riesgo, condición de salud y de la enfermedad, aplicado a la labor de las ciencias ⁷de la salud por medio de los servicios y sistemas de salud. De igual forma ⁸la organización mundial de la salud define la calidad de atención, en su sitio web, como un nivel de los servicios vinculados a la salud para la población, aumentando la posibilidad de obtener resultados deseados. Esta interpretación abarca la prevención, paliación, tratamiento, promoción y rehabilitación; comprendiendo que la calidad de atención es medido y mejorado siempre, por medio de un servicio fundado en datos que lo prueban,

teniendo en cuenta las preferencias y exigencias de los clientes. (OMS, 2020)

Todavía cabe señalar que en la resolución del Ministerio de salud (2006) exhibe la división de las dimensiones del autor Avedis Donabedian, el cual tiene mayor aceptación. (Donabedian, 1996, citado en Calderón, 2018) el propone que la calidad en salud debe entenderse abarcando 3 dimensiones. Estos son: La dimensión humana fundamentada en la premisa en que el vínculo entre individuos debe seguir valores y normas ¹ sociales que rigen la interacción de las personas de manera general. En la ¹ dimensión técnica con la aplicación de la ciencia y tecnología para tratar un problema de un individuo de manera que ofrezca el beneficio máximo y que no aumente algún riesgo. Finalmente, en la dimensión del entorno, este compone aspectos de bienestar (confort), considerando todos los elementos entorno al usuario, los cuales van a suministrar atención más placentera.

La interpretación y uso de las 3 dimensiones se pueden reflejar del siguiente modo:

a) **Dimensión Técnico** – científica, (Ministerio de salud, 2006, citado en Huarcaya, 2015)

⁸ menciona como características básicas:

Efectividad, alude al efecto de cambios positivos que son aplicados en la salud de los usuarios.

Eficacia, relacionada al logro de los propósitos de servicios de salud ofrecidos aplicando y ejecutando normas administrativas y técnicas.

Eficiencia, el manejo conveniente de medios estimados y así obtener resultados previstos.

Continuidad, se refiere al servicio ininterrumpido, sin detenerse, sin repetirlas de manera innecesaria.

Seguridad, se relaciona en como brindan ⁵⁷ los servicios de salud, en la estructura, el proceso de ²⁸ atención, reduciendo riesgos y optimar los beneficios en la salud del usuario.

Integralidad, tiene ⁵⁰ que ver con las atenciones que requiere el usuario en su salud y también que

se manifieste un interés en la salud del acompañante.

b) Dimensión Humana; relacionada a interacciones personales de la atención con las siguientes características.

Respeto, de la cultura, a los derechos y características individuales de cada usuario.

Información completa, verídica, precisa y que sea entendida por el usuario o quien esté a cargo de él o ella.

Interés evidente en el usuario, en sus percepciones, demandas y necesidades del usuario.

Mostrar amabilidad, un trato de cordialidad, calidez y empatía al brindar la atención.

Ética, acorde con los valores aceptados socialmente, también con los principios ético – deontológicos que orientan la conducta y deberes de los profesionales y trabajadores de la salud.

c) Dimensión Entorno, aludida a la habilidad que el establecimiento establece para mejorar la contribución de los servicios generando un valor adherido para el usuario a importe razonable y sustentable. También incluye un nivel de comodidad, aclimatación, orden, aseo, privacidad y confianza que pueda percibir el usuario por el servicio brindado. (Ministerio de salud, 2006)

2.1.2. Satisfacción

Para Zeithaml y Bitner, (2002) citado en Bustamante et al., (2020) la definición de satisfacción es la consecuencia de una sensación personal que percibe cada sujeto con respecto a cada servicio que supera y alcanza su perspectiva, incluso Bustamante et al., (2020) citando a Olivia e Hidalgo, (2004) infiere que la satisfacción es una opinión sobre las cualidades de algún servicio o producto, obteniéndose una sensación de plenitud, generando en el individuo sentimiento de confort a un instante agradable.

Asu vez Zeithaml – Berry et al. (1993) infieren que para los servicios de salud su principal

objetivo es satisfacer las necesidades de cada usuario, debido a ello es que la satisfacción resulta como el instrumento el cual mide la calidad de atención en salud.

De manera similar, actualmente en los estudios de Sutton – García et al. (2013) definen a la satisfacción como amplia y aplicada en varias dimensiones de los servicios de salud ofrecidos. Conforma el complacimento del cliente con respecto a sus expectativas, derivando de la situación y calidad en la que se ofrece el servicio, características, funciones, comportamientos, los cuales van a generar comodidad. Valles (2017) como se citó en Revilla y Silvestre (2019) también menciona que los proveedores del servicio de salud, donde están incluidos los hospitales, clínicas, etc. Tienen un mérito competitivo muy importante, relacionado a promover servicios de calidad, como los avances tecnológicos, atención médica, de enfermeras u otros profesionales de la salud y la mayor participación que tengan los pacientes en su atención médica. Panta y Zavaleta (2017) como se citó en Revilla y Silvestre (2019) relacionan que cuando se habla de la satisfacción post operatoria también se habla de la calidad en el servicio de la atención médica, estos se miden en función a las opiniones y satisfacción de los pacientes tratados, también de sus familiares. Esto provee de información importante referido al rendimiento, donde ayudara a la gestión de una calidad total, sumándole el conocimiento de los profesionales de su atención, aplicando la tecnología que sea adecuada, esto se enlaza a la percepción del paciente tanto sobre el nivel y tipo de atención que reciban, si la atención es óptima se podría hablar de una atención satisfactoria. Asimismo, si los pacientes se encuentran satisfechos son más predispuestos a recomendar el centro de salud donde se han tratado. (Baldeón et al., 2016 como se citó en Revilla y Silvestre, 2019).

2.1.2.1. Niveles de satisfacción: Sánchez (2017) citado en Rodríguez (2023), indicó que los usuarios luego de cada atención recibida por el personal del establecimiento pueden experimentar uno de los dos niveles de satisfacción definidos, siendo satisfacción o

insatisfacción.

A. Insatisfacción: Calderón (2018) alude que este nivel se da cuando el servicio o producto brindado no cumplen las expectativas de los clientes.

Del mismo modo Alvarado (2018) menciona que la insatisfacción se produce por un mal rendimiento en el servicio, dice además que las insatisfacciones pueden ser subjetivas relacionadas a la atención que es brindada por un personal, esto genera las posibles quejas las cuales logran ser resueltas con unas disculpas o hacer entrega de alguna compensación, refiere que la evaluación de estos sucesos insatisfactorios deben ser probados, asistidos y argumentados con la intención de eludirlos en el futuro.

B. Satisfacción: Calderón (2018) refiere que se da este nivel cuando el servicio o producto brindado cumplen con las expectativas de los clientes.

Alvarado (2018) señala que el cliente espera un trato amable, ser saludados e identificados por sus nombres, la atención que sea ágil y preciso, de acuerdo con ello los clientes pueden estimar las cualidades del servicio que reciban. Además, se refiere a que las organizaciones no solo tengan satisfechos a sus clientes sino también que busquen acrecentar el grado de complacencia, felicidad y emoción que expresan los usuarios.

2.1.3. Relación entre calidad y satisfacción:

De acuerdo con Paredes (2017) la satisfacción es un factor que integra la calidad de atención, refiere que cuando el nivel de satisfacción es alto favorece positivamente a los servicios de salud ofrecidos, así la satisfacción de los usuarios ayuda a mejorar continuamente la calidad de atención brindada.

Además, Gutiérrez – Ramos et al. (2009) mencionan que en estudios anteriores realizados en diversos centros de salud señalan que mientras el tiempo de espera sea menor, se percibirá el

incremento de la satisfacción en los usuarios, mientras que todo lo contrario ocurre cuando el tiempo de espera es más largo.

Por otra parte, Huerta (2015) señala que los autores en su mayoría mencionan que el nivel de satisfacción está determinado por los diferentes grupos sociales y sus diferentes costumbres, como menciona que Carl- Hill acreditó la influencia entre la satisfacción con el grado de desenvolvimiento de los profesionales encargados cumpliendo con los deseos del usuario. A su vez ⁴ la calidad de atención en los servicios de salud depende de las características de los usuarios, sexo, edad, educación, nivel socioeconómico además la perspectiva varía según el estado de su salud, estas características van a influenciar en la actitud que puedan tomar los encargados de la atención por lo cual trasciende en la satisfacción de los usuarios.

2.2. Epidemiología:

Se encontraron datos estadísticos de manera general relacionados a errores de refracción, más no como tal a casos relacionados con la cirugía refractiva.

Según la OMS, ³¹ los errores de refracción no corregidos son estimados como la primera causa ⁵¹ de discapacidad visual y ⁷¹ la segunda causa de ceguera a nivel mundial, existiendo ⁵¹ al menos 2200 ³⁹ millones de personas con deterioro de la visión de lejos y cerca. Entre estos hallaron 1000 millones de personas que padecen un deterioro entre moderado y/o grave de la visión o ceguera debido a que sus errores refractivos no son corregidos. (OMS, 2019)

A nivel mundial ⁸⁶ la prevalencia de los errores refractivos en niños fue la miopía en un 11.7%, la hipermetropía en un 4.6% y el astigmatismo mayor a -0.50 dioptrías fue de 14.9%, mientras que, en los adultos, la miopía en un 26.5%, la hipermetropía en un 30.6%, el astigmatismo en un 40.4%, hallándose también que la miopía va en aumento, no hay incremento con la hipermetropía y el astigmatismo presenta cambios dependiendo las regiones estudiadas, sin embargo, no presenta

mayores cambios. (Hashemi – Fotouhi et al.,2018)

Mera y Bohórquez (2021) refieren en su estudio epidemiológico las estadísticas a nivel mundial que la miopía es más alta en Asia del Este donde Singapur tiene una prevalencia del 59% de su población con miopía, siguiendo Taiwán con 56%, China con 47%, Japón con 46%, en Europa con 27%, Australia con 16%, Latinoamérica 1% y África con 10%. Asimismo, Alvarez – Sanchez et al. (2019), en su estudio alude que la miopía va a variar según la geografía donde las cifras estadísticas son más bajas en Europa, Australia y Estados Unidos y se espera también ⁸⁴ que las cifras aumenten en los próximos años, según proyecciones en el 2050, el 52% de la población será miope.

Con respecto a Latinoamérica Mera y Bohórquez (2021) también refieren que ⁶⁰ es muy poca la información publicada con relación a las ametropías en general, mencionando Chile como país vecino con Perú, se menciona la prevalencia de la miopía en un 19.4% en adolescentes de 15 años y 14.7% en mujeres de la misma edad, igualmente en Brasil en niños de aproximadamente 15 años encontraron un 48% hipermetropía, 34% astigmatismo y 13% la miopía.

2.2.1. Agudeza visual y Ametropía

Se refiere a la capacidad y calidad visual en percibir detalles de cualquier objeto en un campo de visión, está basado en la distancia máxima de la cual una persona puede distinguir cualquier objeto con nitidez. El valor normal aceptado es de 20/20 pies (6/6 metros), esta fracción indica que una persona examinada, el numerador, observa ⁵⁶ a 20 pies (6 metros) lo que otra persona con visión normal, el denominador, detecta ²⁹ a la misma distancia, mientras que un valor de 20/100 se entiende que ²⁹ a una distancia de 20 pies o 6 metros se observa lo que alguien sin ningún problema visual detecta a 100 pies. (Rojas y Saucedo ,2014)

A. **Visión lejana (AV lejos):** Esta se realiza monocularmente a la distancia de 6 metros o 20 pies, con buena iluminación, se hace sin y con corrección visual o lentes.

Existe variedades de optotipos (figuras) para cuantificarlo, para paciente letrados como iletrados también, pediátricos verbales y preverbales. Los métodos para evaluar agudeza visual son según el optotipo empleado: Están las letras, números, figuras, la E direccional, etc.

B. Agujero estenopeico (AE): se encuentra en el oclisor, es un orificio de 2 mm de diámetro, su objetivo es permitir que sólo puedan entrar los rayos de luz centrales, eliminando los rayos de luz periféricos, son los que causan distorsión, así incrementa la agudeza visual. Se coloca frente al ojo a examinar mientras el contralateral se ocluye totalmente. Cuando la AV es menor de 20/20, pero mejora usando el agujero estenopeico puede indicar la presencia de algún error refractivo no corregido, en caso contrario debe descartar la existencia de una ambliopía o patologías.

C. Visión cercana (AV cerca): Relacionada a la visualización en una distancia próxima de 40 cm; para este efecto, se utilizan cartillas de figuras, letras o textos. Es importante que, para no alterar los resultados, la prueba sea realizada con una adecuada iluminación. (Rojas y Saucedo ,2014).

2.2.2. Los Errores de Refracción o Ametropías

Es la alteración del poder refractivo del ojo, donde sin acomodar o en reposo, el punto coordinado con la retina no coincide con el infinito. Por lo tanto, cualquier imagen procedente de un objeto situado en el infinito óptico se formará por detrás o delante de la retina. (Martín y Vecilla ,2015).

Puell (2006) y Azar (2020) coinciden que estos errores refractivos se dividen en dos categorías principales; errores refractivos esféricos, el sistema refractivo del ojo es simétrico alrededor de su eje óptico y es el mismo error en todos sus meridianos, el ojo puede formar una imagen nítida de un punto objeto lejano sobre su foco imagen, pero cuando no coincide con la fóvea, será un punto desenfocado a lo que se llama (circulo de difusión), en la cual sus dimensiones serán

mayores cuanto mayor sea la distancia que separa la retina del foco imagen. , el proceso se llama hipermetropía si se localiza detrás de la retina y cuando está delante de la retina se denomina miopía. También Puell (2006) refiere finalmente, a cuando la potencia refractiva del ojo varía en todos los meridianos, es decir los rayos que vienen de un mismo punto objeto no se reúnen en un mismo foco sino, en focos distintos según el meridiano del ojo que atraviesan, se le denomina astigmatismo.

2.2.2.1. Ametropías Esféricas

A. **Miopía.** Es un defecto refractivo que tiene una característica fundamental, la cual es la disminución de la agudeza visual lejana, esto genera visión borrosa de lejos, el cual se tiende a entrecerrar los ojos para ver mejor ocasionando tensión ocular, dolores de cabeza y especialmente la fatiga visual. (Rojas y Saucedo ,2014).

El foco principal que forman los rayos luminosos paralelos procedentes del infinito se forma delante de la retina. (Santiesteban, 2010). Cuando hay esfuerzo acomodativo, un miope puede enfocar objetos que están a distancias más cortas que el punto remoto, pero no los objetos en distancias más lejanas, donde podría empeorar con la acomodación, ya que aumentaría el poder refractivo causando mayor miopía y una imagen más borrosa. Sin corrección tiene una zona muy limitada de visión nítida, de ahí la expresión “corto de vista”. Sin embargo, como puede enfocar objetos a distancias más cortas de lo normal, consigue imágenes retinianas más grandes y puede distinguir mejor los detalles. (Puell, 2006). A su vez Rojas y Saucedo (2014) refiere a las causas que originan esta ametropía, por ejemplo, un globo ocular con exceso de longitud axial (mayor a 24 mm); curvatura corneal mayor de lo normal, curvatura mayor del cristalino y que la distancia focal sea muy corta, también un globo ocular grande con una mayor curvatura de la córnea.

Clasificación:

a. **Clasificación según Santiesteban (2010):** leve de 0,25 a 2 dioptrías, moderada de 2 a

4 dioptrías y elevada de 4 dioptrías en adelante.

b. *Según la etiología de la patología De Freitas (2018)*: Se dividirán en miopía axial; el cual produce un aumento de la longitud anteroposterior del ojo y una baja potencia refractiva ocular asociado, la capacidad del sistema óptico es bajo, formando imágenes borrosas y miopía refractiva; cuyo aumento de la potencia refractiva ocular debido a alteraciones en las lentes fisiológicas (córnea y cristalino, como en los casos de queratocono y subluxación, respectivamente, recordando que algunas subluxaciones pueden dar lugar a hipermetropías elevadas), alteran la imagen final que se quiere obtener.

Generalmente los grados pequeños de miopía se deben a la combinación de ambas miopías refractivas y axial, mientras que miopías de -4D o más suelen deberse a excesivas longitudes axiales. (Montès, 2011)

B. Hipermetropía. En la hipermetropía, con la acomodación relajada, los rayos de luz procedentes del infinito focalizan por detrás de la retina, debido a una longitud axial relativamente corta o que una o varias superficies ópticas tienen una potencia refractiva reducida, a lo largo del tiempo se ha considerado causada por factores genéticos o hereditarios y no por influencias medioambientales, teniendo en cuenta que su prevalencia y magnitud son inferiores a la miopía, un hipermétrope puede tener su punto remoto como su punto próximo detrás de la retina, resultando en visión borrosa. (Montés, 2011)

Según Rojas y Saucedo (2014), los hipermétropes pueden enfocar objetos a distancias medias o lejanas, teniendo mayor dificultad para ver con nitidez en visión próxima. También alude que las causas que originan la hipermetropía son; cambios en la longitud axial del ojo, cambios en la curvatura de la córnea (es demasiado plana) y la curvatura del cristalino, intervienen también los cambios en los medios refringentes como: el humor acuoso, el humor vítreo o el cristalino, su poder de enfoque es demasiado débil, también por herencia.

También que los síntomas más comunes están relacionados al; cansancio ocular lo que puede provocar dolor de cabeza, enrojecimiento, picazón o escozor de ojos, en algunos presenta ¹⁵ fotofobia, dificultad para la lectura y escritura específicamente ⁶ visión borrosa de objetos cercanos, causando estrabismo también.

Clasificación: Se clasifica ⁶ en base a las características anatómicas según Montes (2011): Axial relacionado a la longitud axial ⁶ del ojo; refractiva por la potencia refractiva del ojo es muy baja para la longitud axial del ojo. Existiendo así tres subgrupos principales:

- a. *De curvatura.* Cuando el radio de curvatura ²⁷ de las superficies refractivas del ojo aumentan produce disminución de la potencia total del ojo.
- b. *De índice.* Se relaciona a las anormalidades ¹⁶ en los índices de refracción de los medios oculares
- c. *De cámara anterior (CA).* Si los demás factores son constantes, un aumento de la ⁶ profundidad de cámara anterior del ojo produce disminución de la potencia refractiva del ojo (más hipermetrope).

Por otro lado, según Montes (2011) también se dividen en:

Según los grados de hipermetropía: estos son ⁶ baja 0,00 a +3,00D, media +3,25D a +5,00D y alta > +5,25D.

Montés (2011) con Martín y Vecilla (2015) coinciden en la clasificación ⁴⁰ por la acción de la acomodación: Hipermetropía total, relacionado a su ²⁷ magnitud total, es el valor de la retinoscopia utilizando un control de la acomodación, necesaria en ocasiones la refracción ciclopléjica; ¹⁶ hipermetropía latente que no aparece en la refracción subjetiva, es secundaria al tono excesivo o espasmo del músculo ciliar, siendo necesaria la cicloplejia para determinar su magnitud; hipermetropía manifiesta, valorable en un examen optométrico y se compensa por la acomodación o

con una lente, en la refracción subjetiva es dada por el máximo lente positivo necesario hasta llegar a la máxima AV en visión lejana. Pueden presentarse dos subtipos:

a. **Absoluta.** No se compensa con la acomodación. Se relaciona con el hipermetrope debido a que no logra una AV normal en visión lejana.

b. **Facultativa.** Puede ser compensada con la acomodación.

C. **Astigmatismo:** Aquí el sistema óptico no es apto de formar una imagen puntual a partir de un punto objeto. (Montés, 2011)

Los rayos de luz procedentes del infinito que llegan al ojo no convergen en un foco o punto único, sino en una línea de focos, forma 2 puntos principales en diferentes posiciones que definen el tipo de astigmatismo, o sea, por la diferencia en el poder de refracción en los distintos meridianos del ojo. Montes (2011) alega que la causa principal suele ser la falta de simetría, o toricidad de la córnea. Se presenta debido a la diferencia de curvatura entre los meridianos, siendo el meridiano vertical con mayor curvatura que el horizontal, el ángulo entre los ejes óptico y visual o por la toricidad del cristalino también tienden a inducir pequeños grados de astigmatismo, aunque de menor magnitud que la córnea. Coincidiendo con Rojas y Saucedo (2014) quien además nos dice que una curvatura irregular de la córnea y cristalino, son causados también por traumatismos, también alteraciones que puedan modificar la morfología normal de la córnea como producto de una cirugía ocular, también por origen congénito y úlceras en la córnea. Ocasionando varios síntomas como la dificultad para el cambio de visión cerca/lejos, visión borrosa, no se distinguen bien los detalles y las figuras se perciben distorsionadas, causando dolores de cabeza en nuca y frente, sensación de arenilla en los ojos, Ardor, prurito y, o enrojecimiento de los ojos, mareos, excesiva sensibilidad a la luz, visión doble, fatiga visual.

Clasificación: Existen varios tipos de astigmatismo según Rojas y Saucedo (2014):

Astigmatismo corneal, ⁵ la córnea tiene una forma irregular; astigmatismo lenticular, el cristalino está fuera de posición o está deformado; astigmatismo ⁵ regular, es el más común y se corrige con ⁵ lentes, los dos meridianos principales se sitúan en ángulo recto; refieren que dentro de un ⁵ meridiano la refracción es uniforme, también Martín y Vecilla (2015) refieren que un astigmatismo regular puede dividirse en dos grupos:

a. *Astigmatismo simple*, se da cuando una de las líneas focales se sitúa sobre la retina y la otra delante o detrás de la misma, lo que da origen a que un meridiano sea emétrope y el otro no; como el astigmatismo miópico simple (el meridiano vertical es miope y el horizontal emétrope) o el astigmatismo hipermetrópico simple (el meridiano vertical es emétrope y el horizontal hipermetrópe).

b. *Astigmatismo compuesto*, ninguna de las líneas focales se situará sobre la retina, así mismo se pueden encontrar tres posibles uniones; astigmatismo miópico compuesto (meridianos ⁵ miopes con ⁵ graduación distinta), astigmatismo hipermetrópico compuesto (los meridianos son hipermetrópes con distinta graduación) y el astigmatismo mixto (uno de los meridianos es miope y el otro hipermetrópe).

c. *Astigmatismo irregular*, se da con menos continuidad, siendo dificultoso corregirlo ⁵ con lentes, los meridianos principales aquí no se sitúan en ángulo recto uno con respecto al otro y su curvatura no tiene regularidad. Puede ser por, ⁵ queratocono o de tipo secundario como resultado de quemaduras, cicatrices de la córnea o lesiones.

d. *Astigmatismo con la regla*, cuando la refracción más alta se da en el meridiano vertical y la más baja en el horizontal y el astigmatismo contra la regla, cuando la máxima refracción se da en el meridiano horizontal y la más baja en el vertical.

e. *Astigmatismo oblicuo*, el meridiano con graduación más alta ³⁸ se encuentra situado de

manera oblicua. (Rojas y Saucedo ,2014)

En cuanto al grado de astigmatismo según De Freitas (2018):

Es leve cuando la dioptría requerida es inferior a 1 (en este caso, son dioptrías cilíndricas; moderado/intermedio, el grado encontrado es superior a 1 y menor o igual a 2 dioptrías cilíndricas; grave/Alto, las dioptrías cilíndricas superan el valor 2.

2.2.3. *La Cornea*

Representa el mayor poder de refracción equivalente a 43 dioptrías aproximadamente dependiendo también de su índice de refracción, espesor, radios de curvatura, así como también el índice de refracción de la lagrime y el humor acuoso, siendo así el elemento óptico más importante del ojo. La cornea es esférica con forma levemente elíptica (el meridiano horizontal tiene mayor diámetro). (Del Buey, 2013)

En la composición bioquímica, está compuesta por agua en el mayor porcentaje, materia seca, colágeno, proteoglicanos, entre otros manteniendo su transparencia. Al ser avascular va recibiendo nutrientes y oxígeno de la película lagrimal en la parte anterior y en la posterior con el humor acuoso, en la parte periférica se nutre de los vasos del limbo esclerocorneal. (Reidy, 2012)

Con respecto a su histología está compuesta por 6 capas:

a. Epitelio: Capa más externa, por lo tanto, está en contacto con la lagrime, tiene de espesor aproximado 0.05 mm equivaliendo el 5% de grosor de la córnea. Es estratificado y no queratinizado, sus células se diferencian en 3 estratos, estrato basal o regenerativo, estrato intermedio y estrato superficial o escamoso.

b. Membrana de Bowman: mide aproximadamente 8 a 14 μm , es acelular, no se regenera y en caso de lesión, forma colágena de emergencia para su reparación por lo tanto causa cicatriz.

c. **Estroma:** Compone el 90% de la estructura de la córnea, es una capa más gruesa, su espesor es variable siendo 500 micras por el centro y 700 micras en la periferia aproximadamente, está compuesta por fibras de colágeno. El láser excimer se aplica sobre esta capa en la cirugía LASIK. (Coyo, 2018)

d. **La capa DUA:** su espesor mide aproximadamente 15 micras, es muy resistente y permeable al aire. (Del Bue y Peris ,2014)

e. **Membrana Descemet:** Es acelular, compuesta por fibras de colágeno otorga elasticidad al estroma y resiste la presión intraocular, se puede regenerar después de una lesión. (García ,2013)

f. **Endotelio:** se encuentra compuesto por células hexagonales, con sus tres mecanismos mantiene la transparencia de la córnea, bombas metabólicas, con el que mantienen el equilibrio hídrico, microvellosidades con el que captan los nutrientes del humor acuoso, unión celular el cual impide el paso de agua y otras sustancias que dañan los tejidos de la córnea. Cuando el tejido envejece, descende el número de células. otras células vecinas crecen de tamaño y forma de manera que llenen los espacios que dejaron las células muertas. (Kanski, 2004) (Coyo, 2018)

La cornea se encuentra invadida por nervios ciliares, los cuales son las ramas terminales del nervio oftálmico, que es una rama del V par craneal (nervio trigémino), pierden su vaina de mielina al llegar a la córnea para mantener su transparencia. Los nervios ciliares van desde la parte intermedia del estroma hasta el centro, se dividen formando pliegues nerviosos que van hasta las células epiteliales. En una lesión las fibras nerviosas pueden regenerarse en un proceso complejo y limitado, la córnea es capaz de persistir con la disminución de sensibilidad, como pasa después de una cirugía refractiva. (Cañadas, 2014)

2.2.4. Tratamiento de las ametropías

2.2.4.1. Tratamiento con gafas según: De Freitas (2018)

A. Tratamiento para la miopía: El objetivo es poder proyectar la imagen correctamente a la retina, realizando los ajustes necesarios para que el paciente pueda ver bien. Por lo tanto, como la imagen es anterior a la zona de la retina y necesita ser retraída hacia ella, se puede utilizar lo siguiente lentes esféricas negativas, es decir, las llamadas lentes divergentes, que aleja la imagen del eje central hacia la retina, es el objetivo para conseguir.

B. Tratamiento para la hipermetropía: Aquí la terapia busca regularizar el punto de incidencia de la imagen hacia la zona de la retina, es decir, busca la convergencia de la imagen (aproximarla al punto ¹² de formación de la imagen en la retina), se utiliza una lente esférica positiva (convergente).

C. Tratamiento para el astigmatismo: la adaptación visual se consigue mediante uso de lentes cilíndricas, que buscan adaptar los distintos focos de irregularidad del ojo y varían según el tipo de astigmatismo.

2.2.4.1. Tratamiento con lentes de contacto. Existen diferentes formas y diseños para diferentes necesidades de un paciente, varían en modalidad y la regularidad de cambio, entre ellas los lentes de contacto diarios, los quincenales y mensuales.

Tenemos a los lentes de contacto rígidos, el más común es el RGP (Lentes de contacto rígido permeable a gas, ayudan a corregir astigmatismo y a pacientes con queratocono. Lentes de contacto blandos que son más cómodos, los lentes de uso diario, su uso es de día y se los quita para descansar, son desechables, los lentes de uso prolongado, se puede usar mientras duermes, se quita una vez a la semana para su limpieza. Los lentes de contacto tóricos también corrigen visión de pacientes con astigmatismo, lentes de contacto esféricos, son iguales en toda su circunferencia, corrigen ametropías esféricas como la miopía e hipermetropía y los lentes de contacto híbridos, se caracteriza

por tener el centro rígido y la periferia suave, es la combinación de la visión nítida de los lentes de contacto duros y comodidad de los lentes de contacto blandos. (Boyd, 2022)

2.2. Tratamiento con cirugía refractiva

Las cirugías refractivas para corrección de los errores refractivos consiguen la emetropía la mayoría de las veces modificando el sistema óptico del ojo.

Estas técnicas están divididas en 2 categorías; están las queratorrefractivas (modifican quirúrgicamente la córnea sin comprometer cámara anterior, actualmente son las que más se realizan) y esclerales o lenticulares, son técnicas intraoculares, colocando por ejemplo lentes multifocales, también métodos extraoculares como la técnica de expansión escleral para presbicia. (Moreno y Srur et al., 2010)

Clasificación: Azar (2020) nos refiere que las técnicas de cirugía refractiva se han dividido en 2 categorías: Están las queratorrefractivas, directamente modifican la córnea y las lenticulares o esclerales donde incluyen técnicas intraoculares.

Tipos y técnicas de cirugía refractiva corneal

A. **Técnica queratorrefractivas:** Modifican el grosor corneal para producir cambios en la curvatura anterior. El 60% del poder refractivo del ojo está representado por la córnea, al producirse pequeños cambios en su curvatura, también hay cambios en su poder refractivo.

La cirugía refractiva se da con los primeros intentos de realizar incisiones en la córnea (cirugía incisional), usados para corregir astigmatismos, en 1885 por Schiotz, por Sato en 1950 con sus intentos de corregir miopía y astigmatismo con las incisiones corneales posteriores. En 1970 por Fyodorov y Durnev con incisiones corneales anteriores (Queratotomía radial o RK), en la cual esta última técnica fue asociada con inestabilidad biomecánica de la córnea por los cambios indeseados en la refracción.

² La cirugía laminar fue desarrollada en 1949 por José I. Barraquer. ¹⁰ Primero fue la Queratomileusis Miópica (MKM) proviene del griego Keratos – cornea, Smileusis – esculpir, se da creando ² un disco laminar usando cuchillete, donde posteriormente es reemplazado por Barraquer con un microquerátomo, esta técnica no fue muy difundida por su limitada seguridad, sin embargo, sirvió como base para futuras técnicas laminares corneales. (Moreno – Srur et al., 2010)

B. Laser excimer: ¹⁰ Se usaba para ablacionar la superficie de los chips de silicona en litografía de semiconductores; ³⁴ en 1983 Trokel et al, demostraron la repetibilidad y precisión del láser de 193 mm para ablacionar la córnea específicamente tejido estromal de bovinos con mínimo daño al tejido corneal. ² Gracias a estos resultados se desencadenaron los procedimientos de cirugía ablativa y así mismo al desarrollo de la cirugía refractiva, destacándose en el año 1995, donde es ¹⁸ aprobado por la FDA para la corrección de miopía leve - moderada. (Guarnieri ,2015)

¹⁰ El principio base del láser excimer es el denominado fotodescomposición ablativa. En una cavidad de laser pasa argón y flúor mezclado a través de electricidad de alto voltaje, produciendo ² un estado, el de dímero excitado (por eso el nombre excimer), ² en alto nivel de energía. Por la emisión de pulsos de laser (ultravioleta), se rompen enlaces moleculares en la córnea (proteínas, ácidos nucleicos y glucosaminoglicanos). En el lecho estromal se da ² la vaporización de fragmentos de tejido, ² las bases de los procedimientos como el PRK y LASIK, fueron formadas por la fotodescomposición ablativa.

a. Queratectomía Fotorrefractiva (PRK): McDonald en 1989 fue el primero que lo realizó en un ojo humano, esta es una técnica de ablación de la córnea, incluye la supresión ² mecánica del epitelio corneal (con cuchillete quirúrgico), sumándole la ablación con láser (excimer) por la membrana de Bowman y el estroma corneal. También usándose posteriormente otros métodos en la ablación con láser, como ¹⁰ alcohol diluido y abrasión con cepillo. Esta técnica demostró mayor

estabilidad en ¹⁰ miopías bajas y moderadas, menor de 6 dioptrías y en hipermetropías hasta aproximadamente 4 dioptrías. (Reinstein - Archer et al., 2012)

b. *Queratectomia Fotorrefractiva Transepitelial (TPRK)*: Como alternativa a la PRK convencional, con esta técnica se evita desbridar el epitelio con alcohol o con eliminación mecánica, la eliminación del epitelio y estroma se da en un solo paso, no hay contacto del instrumento con la córnea, es de menos tiempo quirúrgico, menos dolor después de la cirugía, cicatriza más rápido y mejor recuperación visual. (Wang - Du et al., 2012)

c. *Laser Epithelial Keratomileusis (LASEK)*: Es considerada una variante del PRK, considerada en ²⁵ tratamiento de pacientes con corneas delgadas, aquí se trata de preservar el epitelio, con un grosor de 50 a 60 μm , se retira el epitelio, de manera mecánica echando alcohol antes de la fotoablación, una vez terminado se vuelve a colocar el colgajo para la re-epitelización.

Esta técnica también tiene su variante, es el epi-LASIK, se diferencian en que esta variante de manera mecánica con microquerátomo va separando el tejido por la membrana de Bowman, en cambio en el LASEK es asistida por alcohol. (American Academy of Ophthalmology, 2017)

d. ¹⁰ *Queratomileusis in situ con láser (LASIK)*: El cual significa “escultura de la córnea”, se desarrolló uno de los primeros métodos de escultura por el estroma corrigiendo los errores de refracción en 1948 por Barraquer Moner, el procedimiento era congelar un disco de tejido corneal anterior antes de extraer el tejido estromal. Después continuo con técnicas como la del no congelamiento entre Barraquer, Krumeich y Swinger, eliminando el tejido inferior del disco mediante microquerátomo. La queratomileusis in situ fue desarrollada después, el microquerátomo se pasa directamente sobre el lecho estromal, conociéndose como queratoplastia lamelar automatizada demostrada en 1989 por primera vez Pallikaris y Buratto a inicios de los años 90 dieron lugar a lo que hoy llamamos Lasik, integrando ² el láser excimer con técnicas laminares in ² situ. Esta técnica laminar usa el microquerátomo o un láser femtosegundo, crea un flap corneal

(epitelio, membrana de Bowman, estroma corneal anterior), este flap se levanta, luego se ablaciona con láser excimer el lecho estromal. Finalmente se reubica el flap permitiendo la adherencia al lecho estromal por acto de la bomba endotelial. (Reinstein – Archer et al., 2012)

Diferencias entre PRK y LASIK: Aunque ambos son procedimientos en el que usan laser excimer con el que ablacionan la córnea, sin embargo, en el PRK se remueven el epitelio y la lámina de Bowman, en cambio en el LASIK se preservan para la reubicación del flap corneal, Esta conservación permite el poco dolor postoperatorio, la recuperación de la visión de manera rápida, poca formación de opacidades en cornea, menos tiempo de uso de medicamentos post cirugía y facilidad en retratamientos levantando el flap ya hecho. Por otra parte, la realización de este flap del LASIK va a debilitar propiedades biomecánicas de la córnea porque interrumpe las láminas del estroma anterior, también por la transección de los nervios de la córnea puede conducir una epitelio patía neurotrófica que finalmente puede resultar en síndrome de ojo seco principalmente en los primeros meses post cirugía.

A nivel celular la apoptosis de queratocitos, transformación miofibroblástica y la proliferación de queratocitos ocurre mayormente en PRK para miopía alta. Demostraron que la mitomicina – C profiláctica usada durante el procedimiento disminuía el riesgo de cicatrización en cornea en PRK en miopías altas como alternativa al LASIK. (Moreno - Srur et al., 2010)

e. Small Microinvasive Lenticule Extraction (SMILE): La técnica más actual, con láser sin colgajo, este va a utilizar el sistema del láser de femtosegundo, se describe a la técnica SMILE, sus ventajas son la mínima invasión, menor subcorrección, menor regresión, comparado con el LASIK femtosegundo, donde este último presenta menor estabilidad en el error refractivo post cirugía y la curvatura corneal. (Ang-Farookbast et al., 2020)

Según estudios de Denoyer – Landman et al. (2015) coincidiendo con Reinstein - Archer et

al. (2015), debido a la mínima invasión, se afecta de manera mínima también los nervios corneales, esto reduce la sequedad ocular y es más probable la recuperación de la sensibilidad corneal.

Las limitaciones de la técnica SMILE se relacionan con la lenta recuperación visual del paciente en la fase inicial. Las dos técnicas descritas son efectivas en corregir la miopía. (Cárdenas – Vargas et al., 2020)

2.3. **Criterios de selección según Moreno - Srur et al (2010):** En general deben ser pacientes mayores de 18 años, que tengan refracción y queratometrías estables, una agudeza visual corregida mejor al 20/60 también que sea mejor con ambos ojos, a usuario ² de lentes de contacto blandos dejar de usarlo por lo menos una semana, los semirrígidos aproximadamente 2 semanas, no tener patologías oculares, ² como queratocono, queratitis, otras enfermedades corneales, de retina o nervio óptico.

Eguía – Río et al. (2009) ofrece un protocolo de evaluación donde indica:

A. Valoración preoperatoria: se determina la refracción de ambos ojos en la refracción con cicloplejia, paquimetría corneal, topografía corneal sensibilidad al contraste, test de schirmer, biometría, pupilometría, dominancia ocular, examen con lampara de hendidura, presión intraocular, campo visual solo por orden del especialista, examen de retina, visión binocular y motilidad. (Eguía – Río et al., 2009)

Dentro de la valoración preoperatoria existe un protocolo, el cual es desarrollado por el tecnólogo medico de Optometría, este se denomina:

B. Unidad de Optometría Refractiva: Es un procedimiento de cálculo refractivo de las ametropías oculares, el cual se desarrolla en unidades de cirugía refractiva. Los profesionales encargados de este procedimiento deben de trazar la mejor solución refractiva posible, así como un examen de superficie ocular detallado. (Instituto oftalmológico Quironsalud, s.f.)

El examen para un paciente que opte por una cirugía refractiva consiste en una valoración optométrica íntegra con refracción bajo cicloplejia (dilatar la pupila para determinar la refracción total), evaluación motora además de complementar con exámenes de topografías corneales, aberrometros, tomógrafos de superficie anterior, etc. (Sociedad de cirugía ocular S.A., s.f.)

C. Contraindicaciones:

a. En contraindicaciones relativas: tenemos a las corneas menores de 37 D y a las mayores de 48 D (las muy planas y las muy curvas), a los pilotos y microcirujanos, pacientes con miopía alta y los que tienen iris muy claros y pacientes con glaucoma.

b. En contraindicaciones absolutas oftalmológicas: cuando es ojo único, degeneraciones corneales, espesor corneal menor de 500, distrofias, ectasias corneales, defectos epiteliales persistentes, también en ambliopía cuando el ojo que mejor ve tiene agudeza visual con corrección menor a 0.3, ojo seco, tener más de una cirugía refractiva anterior, catarata, antecedentes de ulcera corneal, uveítis, leucoma corneal, desprendimiento de retina o miopía degenerativa. (Eguía – Río et al., 2009)

En las contraindicaciones absolutas no oftalmológicas: pacientes con inmunosupresión severa, embarazo o lactancia, diabetes, epilepsia, retraso mental, enfermedad del colágeno. (Eguía – Río et al., 2009)

De igual forma es un método que tiene grandes éxitos y buenos resultados con el tratamiento de errores refractivos esféricos, cilíndricos y en la combinación de ambas.

Es necesario hacer una rigurosa selección a los candidatos, para elegir la técnica quirúrgica en cada caso específico. (Machado- Lantigua et al., 2009)

11

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

La investigación fue de tipo cuantitativo del tipo descriptiva correlacional; puesto que, buscó retroalimentar teorías existentes y halló una relación entre dos variables. El enfoque fue de diseño no experimental de corte transversal. (Hernández y Mendoza, 2018).

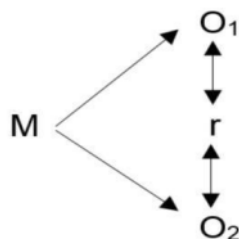
La investigación desde el punto de vista metodológico tuvo enfoque cuantitativo, de acuerdo con lo que afirma Zapana, (2006) ya que se recolectó y examinó una base de datos, para así poder establecer pautas y demostrar las hipótesis de este estudio basándose en la medición numérica y su respectivo análisis estadístico.

De tipo descriptiva correlacional puesto que buscó descubrir la relación o cierto grado de asociación entre dos o más definiciones, variables o categorías vinculadas en una situación en particular o en una muestra estudiada, así mismo logró hallar la relación de estas variables, fueron evaluadas con medición, cuantificación y análisis, donde finalmente se obtuvo tales relaciones, Alavarezsiendo sustentadas con hipótesis ya probadas. (Medina y Gonzales, 2021)

El diseño de esta investigación será del tipo no experimental conforme a Agudelo – Aigner et al. (2008), dado que las variables independientes de este estudio fueron observadas en su contexto natural, por lo tanto, no fueron manipuladas, debido a que estas ya han sucedido y el investigador no pudo intervenir, ni modificar, del mismo modo por el tipo de recolección de datos es de corte transversal ya que las mediciones se hicieron en un solo momento determinado, sin hacer algún seguimiento. (Manterola – Quiroz et al., 2019)

Figura 1: Esquema de diseño de la investigación

Dónde:



M: Muestra

O1: Nivel de satisfacción

O2: Calidad atención

r: Relación entre O1 y O2

² 3.2. **Ámbito temporal y espacial**

La investigación se realizó en el Instituto Oftalmosalud en su sede Los olivos, ubicado en la Av. Calos Izaguirre 1250, Lima – Perú. La recolección de datos fue de los pacientes atendidos durante todo el período 2022.

⁷ 3.3. **Variables**

- Calidad de atención
- Satisfacción del paciente

¹ 3.3.1. **Operacionalización de variables**

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Calidad de atención	La calidad es una cualidad de la atención médica teniendo como	Cuantitativa ordinal	Humana Técnica Entorno	Trato / tiempo	Muy mala Mala

	objetivo, conseguir mayores beneficios teniendo menores riesgos para cada individuo en base a los recursos que están disponibles. (Delgado,2010)			Diagnostico / criterio Ambiente / Estructura	Moderada Buena Muy buena
Satisfacción del paciente	⁷ Es el grado de desempeño de expectativas relacionadas a la atención recibida y sus resultados. (Molina y Quesada et al., 2004)	Cuantitativa ordinal	Humana Técnica Entorno	Trato / Tiempo Diagnostico / Criterio Ambiente / Estructura	⁴⁶ Nada satisfecho Poco satisfecho Indiferente Satisfecho Muy satisfecho

¹⁷

3.4. Población y muestra

– **Población:** La población estuvo conformada por los 137 pacientes que acudieron a consulta oftalmológica y decidieron someterse a una cirugía refractiva en el Instituto Oftalmosalud de la sede Los Olivos, durante todo el período 2022.

– **Muestra:** Para ⁴ determinar la muestra se utilizó la fórmula para calcular el tamaño muestral para poblaciones finitas. Consiguiendo así 101 pacientes que cumplen con los requisitos propuestos.

$$n = \frac{Z \times p \times q \times N}{e^2 \times (N - 1) + Z^2 \times p \times q}$$

Figura 1: ³ Fórmula para el cálculo de tamaño muestral.

Dónde:

N = tamaño de la población.

e = margen de error (5%)

z = puntuación z (1,96) para un nivel de confianza (IC= 95%)

p = probabilidad a favor (50%)

q = probabilidad en contra (50%)

n = tamaño de la muestra

¹¹ Así mismo, se consideraron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Pacientes amétropes ² que deseen operarse voluntariamente.
- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes con refracción estable por al menos 1 año
- Pacientes con exámenes preoperatorios completos y estables (Topografía, protocolo de Unidad de Optometría Refractiva, fondo de ojo).
- Pacientes con edad máxima de 40 años.
- Ausencia de patologías oculares.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no califiquen para la cirugía refractiva.
- ² Pacientes menores de 18 años.
- Pacientes mayores de 40 años.
- ² Pacientes con exámenes preoperatorios incompletos.
- Pacientes con patologías oculares presentes.

3.5. Instrumentos

Para la presente investigación ⁷⁰ los instrumentos que se utilizaron fueron dos cuestionarios, ³ ambos conformados por diferentes ítems que permitieron medir las variables de estudio. Asimismo, se sometieron a ⁷⁵ una evaluación de juicio de expertos para determinar el nivel de confiabilidad de estos instrumentos. Estos fueron aplicados en un grupo de prueba piloto de 15 ⁶⁹ pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión el cual permitió hallar el coeficiente de Alpha de Cronbach.

Validez: Según Hernández y Mendoza (2018), la validez de un instrumento hace referencia al nivel de precisión con la que un instrumento alcanza los objetivos a medir, esta ⁴⁴ se mide en grados y en términos de alta, media o baja validez y debe ser demostrada.

En el presente estudio los instrumentos utilizados fueron previamente validados a través de juicio de expertos los cuales fueron analizados de acuerdo con su pertinencia y relevancia, determinado la suficiencia de cada cuestionario otorgando su firma para ser aplicable a los pacientes.

Los jueces que participaron para este procedimiento fueron: Lic. TMO Luque Uturunco, Liz Benigna y Lic. TMO Pastor Zavaleta, Javier. (Anexo C)

³² **Confiabilidad:** Para determinar la confiabilidad de un instrumento se utiliza una

fórmula estadística para determinar el coeficiente Alfa de Cronbach, que brinda una respuesta a cada ítem de dos o más de dos valores según Aiken (2003) y Cortina (1993). Asimismo, Barrios y Cosculluela (2013) refieren que para una escala de tipo Likert el ⁸⁹ coeficiente de Alpha de Cronbach manifiesta ^{la} consistencia interna ^{de} acuerdo con la covariación que pueda existir entre los ítems de los test o cuestionarios, cuyo resultado indica una proporción directa, si mayor es la covariación, la puntuación alpha también resultará mayor. En tanto, Castañeda et al., (2010) expresa que en ⁸⁵ el cálculo de la confiabilidad de un instrumento es obtenido en valores numéricos y expresado en número decimal con valor positivo, cuya escala oscila entre valores desde 0.00 como falta o baja confiabilidad del coeficiente a 1.00 como confiabilidad perfecta. (Citado en Rodríguez y Reguant, 2020).

Los instrumentos utilizados para este estudio fueron los siguientes:

¹ **Cuestionario de Calidad de Atención**

Se utilizó el cuestionario adaptado por Del Águila (2017), validado a través de juicio de expertos en la Universidad César Vallejo en el mismo año. El instrumento consta de 15 ítems el cual evalúa la ⁴ calidad de atención según tres dimensiones como ³⁵ calidad de atención humana, técnica y entorno, a una escala de Likert de muy mala (1), mala (2), moderada (3), buena (4) y muy buena (5). El coeficiente de confiabilidad de Alpha de Cronbach hallado para este instrumento compuesto por 15 elementos fue de 0,956 sobre 15 ítems, este valor indica un alto nivel de consistencia interna en la escala, lo que sugiere que los elementos que componen la escala miden de manera confiable el constructo que se pretende evaluar. (Anexo D)

Cuestionario de Satisfacción del usuario.

El segundo cuestionario utilizado fue del mismo autor Del Águila (2017) que siguió y ¹¹ cumplió con el mismo criterio de validación que el primer instrumento de calidad de atención.

Este instrumento mide la satisfacción percibida por los pacientes que recibieron el servicio en el establecimiento el cual consta de 3 ítems que miden tres dimensiones, estas son; satisfacción con la calidad de atención en el aspecto humano, aspecto técnico y aspecto del entorno, a una escala de Likert de muy mala (1), mala (2), moderada (3), buena (4) y muy buena (5). El coeficiente de confiabilidad de Alpha de Cronbach hallado para este instrumento compuesto por 3 elementos fue de 0,890 sobre 15 ítems, este valor indica una buena consistencia interna, lo que sugiere que los ítems en el instrumento están correlacionados entre sí y miden de manera confiable el constructo de satisfacción del usuario. (Anexo E). A su vez, se realizó la revisión de la historia clínica y ficha de recolección de datos de Unidad Refractiva donde se obtuvieron datos como agudeza visual inicial, tipo de ametropías, edad, entre otros.

3.6. Procedimientos

Para el desarrollo de la presente investigación y el acceso a la base de datos de los pacientes en estudio se gestionó la autorización correspondiente al departamento académico de investigación del Instituto Oftalmosalud. Una vez obtenida esta autorización se procedió a la búsqueda de datos de los pacientes que fueron sometidos a cirugía refractiva en el instituto Oftalmosalud sede de Los Olivos.

Para la aplicación de los instrumentos se entregó a cada participante el acta de consentimiento informado para la participación voluntaria y anónima de cada uno de ellos. Las encuestas entregadas tuvieron un tiempo de desarrollo de aproximadamente 15 minutos. Posteriormente estos datos fueron tabulados y analizados estadísticamente para detallar el resultado final.

3.7. Análisis de datos

Para el análisis de datos, se elaboró una base de datos en tablas de Microsoft Excel 2019 para luego ser plasmados en tablas distribución de frecuencia utilizando el programa estadístico

Statistical Package of the Social Sciences 25 (SPSS versión 25.0). Seguidamente, se obtuvieron estadísticos descriptivos e inferenciales, de los cuales se presentan tablas de porcentajes y frecuencias según los datos analizados mostrándose también una medición de la normalidad usando la prueba estadística de Kolmogorov – Smirnov para la comprobación del grado de concordancia entre la distribución del conjunto de datos. Asimismo, se usó el coeficiente de correlación de Rho Spearman para medir la correlación entre ambas variables aleatorias del presente estudio. (Anexo F)

Finalmente, con las tablas estadísticas obtenidas se procedió a elaborar la comprobación de hipótesis planteada en la investigación, desarrollar las conclusiones y recomendaciones necesarias para la investigación.

3.8. Consideraciones éticas

El presente estudio se desarrolló bajo los fundamentales principios morales y éticos de la investigación científica y con el objetivo exclusivamente académico. Por lo tanto, se solicitó una autorización de trabajo con la base de datos de los pacientes atendidos al departamento de investigación del Instituto Oftalmosalud y al despacho de gerencia de la sede Los Olivos.

IV. RESULTADOS

Para la investigación se presentaron dos tipos de análisis, del tipo descriptivo e inferencial de cada variable de estudio. Del mismo modo, se presentó tablas cruzadas en relación con las variables y sus dimensiones y por último se presentó los resultados de contrastación de hipótesis.

4.1. Análisis descriptivos

Datos descriptivos ¹ de la variable calidad de atención

Tabla 1

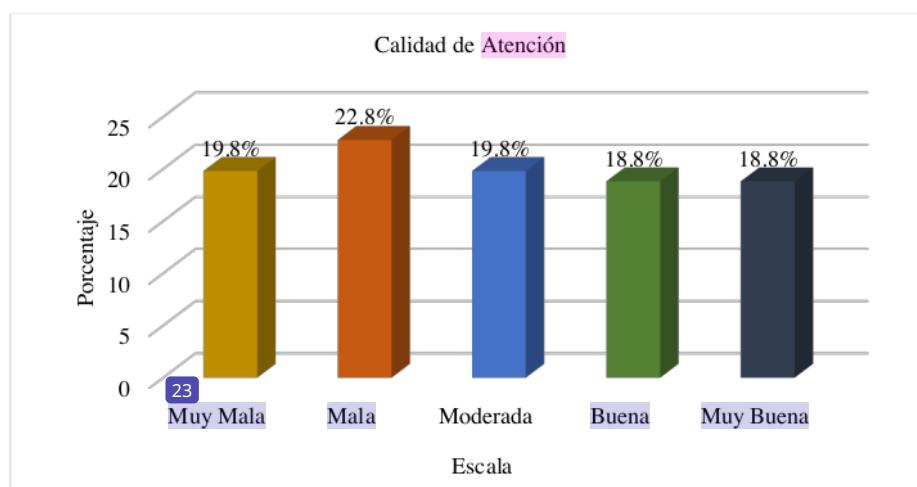
Calidad de atención en postoperados de cirugía refractiva en el Instituto Oftalmosalud ,2022.

		Calidad de Atención	
		n	%
Válido	Muy Mala	20	19,8%
	Mala	23	22,8%
	Moderada	20	19,8%
	Buena	19	18,8%
	Muy Buena	19	18,8%
	Total	101	100,0%

Nota: En la tabla 1 respecto ⁵⁴ a la variable calidad de atención, se obtuvo que el 22,8% de pacientes post operados refiere una mala calidad de atención, el 19,8% manifestaron un nivel de atención desde muy mala a moderada y finalmente el 18,8% consideraron la atención desde buena a muy buena.

Figura 1

¹⁴ Niveles de la calidad de atención en representación con la escala de Likert.



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2

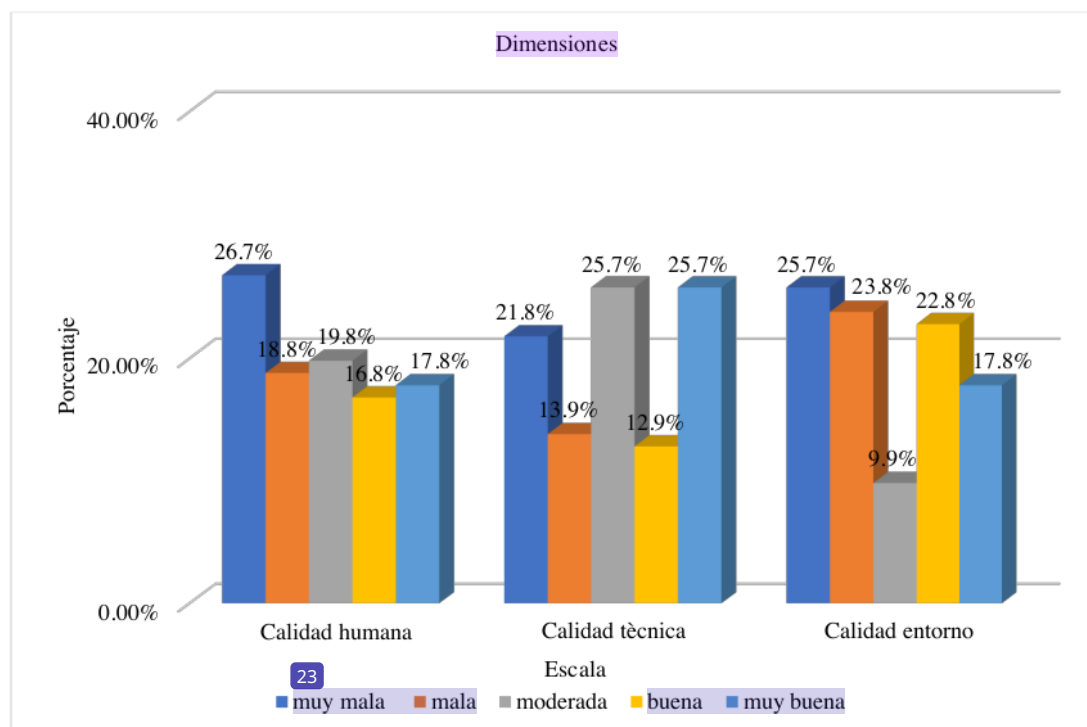
⁴ Las dimensiones de calidad de atención en postoperados de cirugía refractiva en el Instituto Oftalmosalud ,2022.

	Calidad humana		Calidad técnica		Calidad entorno	
	n	%	n	%	n	%
Muy mala	27	26,7%	22	21,8%	26	25,7%
Mala	19	18.8%	14	13,9%	24	23,8%
Moderada	20	19,8%	26	25,7%	10	9,9%
Buena	17	16,8%	13	12,9%	23	22,8%
Muy buena	18	17,8%	26	25,7%	18	17,8%
Total	101	100,0%	101	100,0%	101	100,0%

Nota: En la tabla 2 ³ en relación con las 3 dimensiones de la calidad de atención con la escala de Likert, se constató que en su dimensión humana el 26.7% de pacientes post operados refirió una muy mala atención, el 19.8% indicó que la calidad fue moderada, mientras el 17.8% lo consideró muy buena. Así mismo en su dimensión técnica, los valores más relevantes que se obtuvieron fue que el 21.8% de paciente consideró la atención muy mala y el 25,7% de los pacientes consideraron la calidad desde moderada a muy buena. Finalmente, en la dimensión de entorno el 25,7% ¹ de los pacientes evaluó la calidad de atención como muy mala, el 9.9% como moderado y el 22.8% como buena calidad de atención.

Figura 2

³ Niveles de la variable Calidad de atención en sus 3 dimensiones en representación con la escala de Likert



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3

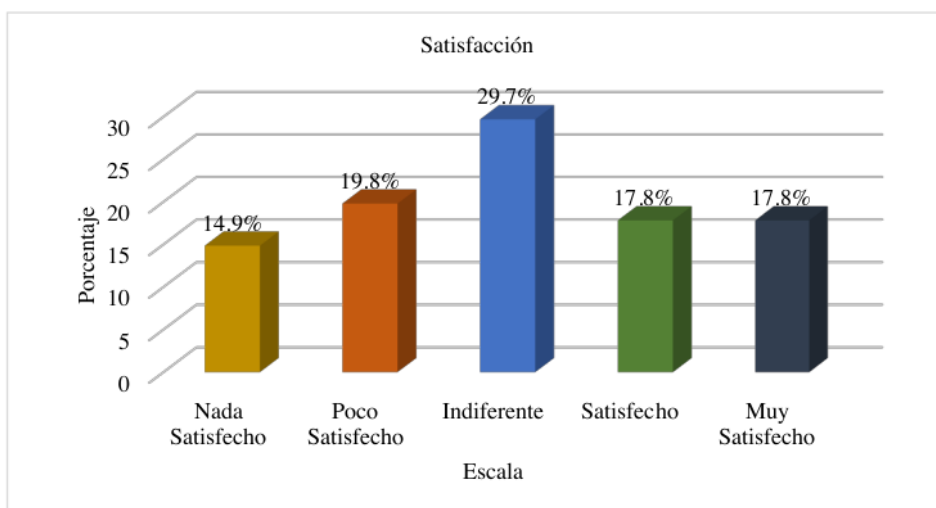
Satisfacción en postoperados de cirugía refractiva en el Instituto Oftalmosalud ,2022.

	Frecuencia	Porcentaje
Válido Nada Satisfecho	15	14,9%
Poco Satisfecho	20	19,8%
Indiferente	30	29,7%
Satisfecho	18	17,8%
Muy Satisfecho	18	17,8%
Total	101	100,0%

Nota: En la tabla 3 referente a la variable satisfacción, se ¹⁸ estimó que el 14,9% de los pacientes post operados calificaron como nada satisfechos, el 29,7% de los pacientes respondieron como indiferente respecto a la satisfacción y el 17,8% de los pacientes post operados calificaron entre satisfechos y muy satisfechos.

Figura 3

¹ Niveles de la calidad de satisfacción del paciente en representación con la escala de Likert.



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4

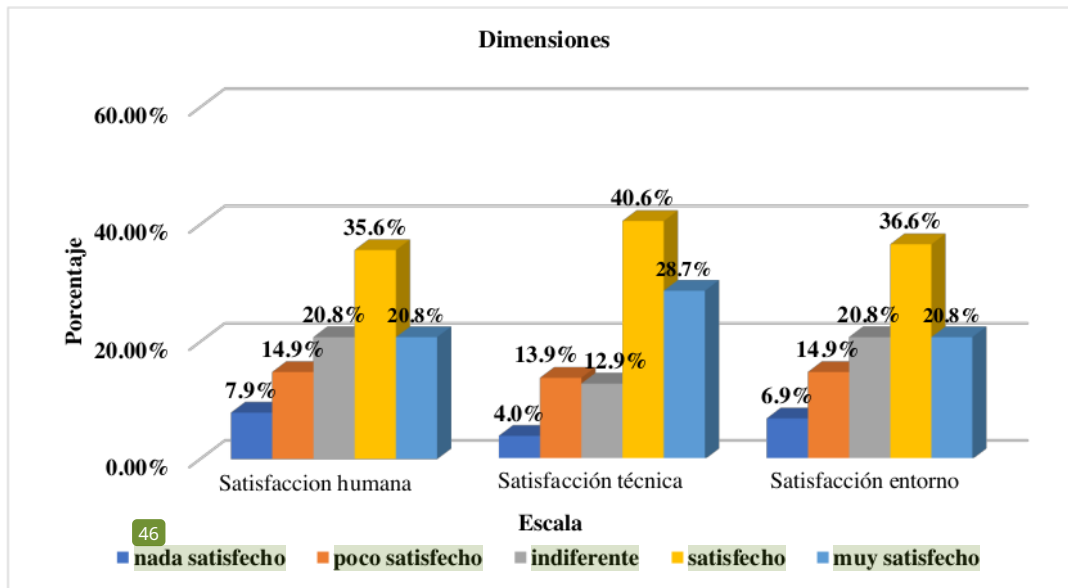
Satisfacción en su dimensión humana en postoperados de cirugía refractiva en el Instituto Oftalmosalud ,2022.

	Satisfacción humana		Satisfacción técnica		Satisfacción entorno	
	n	%	n	%	n	%
Nada Satisfecho	8	7,9%	4	4,0%	7	6,9%
Poco Satisfecho	15	14,9%	14	13,9%	15	14,9%
Indiferente	21	20,8%	13	12,9%	21	20,8%
Satisfecho	36	35,6%	41	40,6%	37	36,6%
Muy Satisfecho	21	20,8%	29	28,7%	21	20,8%
Total	101	100,0%	101	100,0%	101	100,0%

Nota: En la tabla 4 referente a la satisfacción de los pacientes post operados en sus 3 dimensiones con la escala de Likert, en la satisfacción humana el 7,9% de los pacientes se manifestaron nada satisfechos, el 20,8% indicaron la posición entre indiferente y muy satisfechos, mientras el 35,6% calificaron como satisfechos. En la dimensión técnica el 4,0 % estuvieron nada satisfechos y el 40,6 % se manifestó satisfecho, mientras que en la dimensión entorno el 6,9% de los pacientes calificó como nada satisfechos, el 20,8% de los pacientes calificaron entre indiferentes y muy satisfechos, para finalmente el 36,6% de los pacientes manifestaron estar satisfechos.

Figura 4

Niveles de la variable satisfacción en sus 3 dimensiones en representación con la escala de Likert.



Fuente: Elaboración propia.

7 4.2. Contrastación de hipótesis

Resultados Inferenciales:

Hipótesis general

H0: No existe relación directa con respecto a la calidad de atención y la satisfacción percibida en postoperados de cirugía refractiva en el instituto Oftalmosalud ,2022.

23
H1: Existe relación directa con respecto a la calidad de atención y la satisfacción percibida en postoperados de cirugía refractiva del instituto Oftalmosalud ,2022.

3
Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$

Regla: Si $p < \alpha$, entonces se rechaza la hipótesis nula

Tabla 5

Estadístico ⁷ de prueba según variables calidad de atención y satisfacción en postoperados ⁷ de cirugía refractiva ⁷ del Instituto Oftalmosalud ,2022.

		⁷ Calidad de atención
Coeficiente de correlación		0,910**
Rho de Spearman	Calidad de atención	Sig. (bilateral)
N		101

³ Nota: En la tabla 5 visto que, $p < 0.05$ entonces se acepta la H1 y se rechaza la H0; por lo tanto, se estima una correlación ³ significativa positiva fuerte (Rho de Spearman $\rho = 0.910$) entre calidad de atención y satisfacción en los pacientes post operados de cirugía refractiva corneal, del Instituto Oftalmosalud, Los Olivos -2022. Por consiguiente, ³ se afirma que existe relación ($p = 0,00 < 0.05$) entre ambas variables.

Hipótesis específica 1

³ H0: No existe relación directa con respecto al nivel de satisfacción y la calidad de atención en su dimensión humana percibida en postoperados de cirugía refractiva en el instituto Oftalmosalud ,2022.

³ H1: Existe relación directa con respecto al nivel de satisfacción y la calidad de atención en su dimensión humana percibida en postoperados de cirugía refractiva en el ³ instituto Oftalmosalud ,2022.

Hipótesis específica 2

H0: No existe relación directa con respecto al nivel de satisfacción y la calidad de atención en su dimensión técnica percibida en postoperados de cirugía refractiva del instituto Oftalmosalud ,2022.

H1: Existe relación directa con respecto al nivel de satisfacción y la calidad de atención en su dimensión técnica percibida en postoperados de cirugía refractiva en el instituto Oftalmosalud ,2022.

Hipótesis específica 3

H0: No existe relación directa con respecto al nivel de satisfacción y la calidad de atención en su dimensión entorno percibida en postoperados de cirugía refractiva en el instituto Oftalmosalud ,2022.

H1: Existe relación directa con respecto al nivel de satisfacción y la calidad de atención en su dimensión entorno percibida en postoperados de cirugía refractiva del instituto Oftalmosalud ,2022.

Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$

Regla de decisión: Si $p < \alpha$, por lo tanto se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 6

Estadístico de prueba según variable Satisfacción y dimensiones de Calidad de atención en postoperados de cirugía refractiva del instituto Oftalmosalud ,2022.

Correlaciones			
	Calidad de atención - Humana	Calidad de atención - Técnica	Calidad de atención - Entorno
¹³ Coeficiente de correlación	0,819	0,841	0,802
Sig.(bilateral)	0,000	0,000	0,000
N	101	101	101

Nota: En la tabla 6 teniendo en cuenta que, $p < 0.05$ se reconoce a la H1 en las 3 hipótesis específicas , así mismo se deniega la H0 en las 3 hipótesis específicas, obteniendo una correlación significativa positiva fuerte en las 3 dimensiones , en su dimensión humana (Rho de Spearman $\rho = 0.819$), en su dimensión técnica (Rho de Spearman $\rho = 0.841$) y finalmente en su dimensión entorno (Rho de Spearman $\rho = 0.802$), esto según la variable satisfacción y dimensiones ¹¹ de la calidad de atención en los pacientes post operados de cirugía refractiva corneal, del instituto Oftalmosalud, sede de Los Olivos en el año 2022. En consecuencia, se afianza que existe relación ($p = 0,00 < 0.05$) entre la variable satisfacción y ³ las dimensiones de calidad de atención.

V. DISCUSIÓN

En el presente estudio se recolectó información determinada sobre la calidad de atención y satisfacción percibida en los pacientes post operados de cirugía refractiva, en el instituto Oftalmosalud, los olivos – 2022. Según el objetivo general de esta investigación, se obtuvo que existe una relación significativa entre ambas variables de estudio, los resultados fueron semejantes a los hallados por otros estudios tal como Ramírez (2022), cuyos resultados revelen una relación positiva y significativa de 0.01 entre las variables calidad de atención y satisfacción con un coeficiente de Rho Spearman de $p=0,335$. Del mismo modo, Minchàn y Julia (2019) y Chumpitaz (2019), encontraron una relación positiva alta de $p=0.711$ y $p= 0.734$ respectivamente, entre las variables calidad de atención y satisfacción del usuario. Sin embargo, el estudio realizado por los investigadores Fabián – Podestá et al. (2022), consiguieron una relación directa y moderada de $p=0.358$, entre ambas variables antes mencionadas.

Con respecto a la calidad de atención, este estudio encontró un nivel alto de calidad de atención mala con 22,8% y escalas de moderado a bueno de 19,8% y 18,8% respectivamente. En contraparte, la investigación de Blancas - Castillo et al. (2020), hallaron un nivel de calidad de atención buena de 18%; del mismo modo, los resultados del estudio de Sullòn (2020), apreció una buena calidad de atención de 97,08% y lo encontrado por Chumpitaz (2019), también fue un nivel alto de calidad de atención con 64,7%, debido que los usuarios consideraron buena atención médica y servicios óptimos de calidad.

Respecto a las dimensiones de calidad de atención se obtuvo en este estudio los valores determinados para muy buena calidad de atención, en la dimensión humana donde se halló un nivel muy malo de 26,7% y un nivel moderado de 19,8%. Este resultado se explica debido al tiempo de espera en la atención y la falta de orden en las consultas previas de los pacientes. En relación con

la dimensión técnica, se reveló un resultado moderado de 25,7% puesto que, no tuvieron quejas sobre el equipamiento médico. Finalmente, en la dimensión entorno se obtuvo un 25,7% de calidad de entorno muy malo dado que algunos de los usuarios solicitaron más información visual en afiches y letreros que se puedan apreciar dentro de la institución. En ese mismo contexto, otro estudio de investigación reveló resultados diferentes, así como Tello (2021), realizó su investigación en el hospital sabogal y los resultados descritos fueron niveles altos de ²⁸ calidad de atención en su dimensión humana con 67,9% en el cual los pacientes percibieron buena atención; en la dimensión técnica, los usuarios percibieron un nivel alto 64,4% calificándolo como buena y con respecto a la dimensión entorno se reportó un nivel bueno de 12,5%.

En tanto, respecto a la variable satisfacción, en este estudio se estimó que los usuarios percibieron un nivel de satisfacción indiferente: es decir, no se sintieron satisfechos ni insatisfechos con la atención con un 29,7%. Sin embargo, otro grupo de pacientes sí ³² se mostraron poco satisfechos con la atención en general, alcanzando el 19,8%; el 17,8% sí mostró satisfacción con la atención en este establecimiento y sus políticas de organización. Así también con un estudio realizado en Bolivia del investigador Andrade (2021), cuyos resultados mostraron un ¹ nivel de satisfacción mala en los pacientes atendidos en su establecimiento de salud con 46% de insatisfacción y solo el 9% se sintió completamente satisfecho en la atención y la amabilidad de los profesionales de salud. Del mismo modo, Blancas - Castillo et al. (2020) y Chumpitaz (2019) presentaron un nivel bajo en alta satisfacción de solo el 10% y 29.1% respectivamente en su calificación hallada. En el estudio de Tello (2021) los resultados respecto a la variable satisfacción fueron distintos; ya que, el 62.5% indicó un valor alto en satisfacción de los usuarios; de manera similar, para el investigador Fabian – Podestá et al. (2022) con 96.7% precisó ³ un nivel alto de ³ satisfacción, así mismo en Honduras, Flores y Fernández (2022) también hallaron un nivel de

satisfacción alto con el 88% de encuestas a favor.

Respecto a las dimensiones de satisfacción se obtuvo en este estudio valores definidos como altos, en la dimensión humana con 35.6%, en la dimensión técnica con el 40.6% y en la dimensión entorno con 36.6%. Estos resultados se justifican debido que, para la mayoría de los usuarios cada exigencia fue resuelta de manera clara y precisa por parte de los profesionales de la institución. Es así como, al comparar los resultados actuales con estudios anteriores se halló una similitud con la investigación de Fabian – Podestá et al. (2022) cuyos resultados obtenidos respecto a satisfacción fueron predominantes en cada dimensión, el 93.3% en dimensión humana, el 96.70% dimensión técnica y el 93.30% de dimensión entorno. Tello (2021) respecto a las dimensiones de satisfacción, también encontró niveles altos en las dimensiones humana y técnica con 67.9% y 64.3%, respectivamente, solo ⁴⁵ en la dimensión entorno obtuvo un nivel bajo de satisfacción de 12.5%.

VI. CONCLUSIONES

1. Entre las variables ³calidad de atención y satisfacción se determinó que existe una correlación significativa positiva fuerte de $r=0.910$ con $p=0.00$, según lo expresado por los postoperados de cirugía refractiva en el instituto Oftalmosalud ,2022.
2. En relación con ⁴el nivel de satisfacción y la calidad de atención en su dimensión humana se estimó una correlación directa significativa positiva fuerte de $r=0.819$ con $p=0.00$, percibida en postoperados de cirugía refractiva en el instituto Oftalmosalud ,2022.
3. Con respecto ³al nivel de satisfacción y la calidad de atención en su dimensión técnica se obtuvo una correlación directa significativa positiva fuerte de $r=0.841$ con $p=0.00$, percibida en postoperados de cirugía refractiva en el instituto Oftalmosalud ,2022.
4. En cuanto al nivel ²⁸de satisfacción y la calidad de atención en su dimensión entorno se ^{apreció} una correlación directa significativa positiva fuerte de $r=0.802$ con $p=0.00$, percibida en postoperados de cirugía refractiva en el instituto Oftalmosalud ,2022.
5. Por lo tanto, es preciso continuar con la realización de estas investigaciones; debido a que, según los resultados encontrados, con una puntuación mínima en ambas variables, algunos usuarios del servicio calificaron ⁷⁶la calidad de atención a un nivel muy bueno de igual modo sintiéndose satisfechos puesto que existe una correlación significativa. Por consiguiente, ello viene siendo de interés científico para que luego las instituciones públicas y privadas puedan mejorar e implementar nuevos ⁷³protocolos de atención que satisfagan totalmente a los usuarios de estos servicios.

VII. RECOMENDACIONES

1. Implementar nuevas estrategias ⁸² y proyectos para mejorar la calidad de atención, así mismo lograr satisfacer las expectativas ⁶² de los pacientes atendidos, abarcando las entidades públicas y privadas que ofrecen el servicio de salud visual.
2. Fomentar charlas y capacitaciones educando continuamente al personal de salud encargado del área de cirugía refractiva donde se encuentran los médicos especialistas, el área de unidad refractiva representado por los Tecnólogos médicos en optometría, el área de farmacia y también el área administrativa, para así conseguir una atención ordenada, rápida y eficaz priorizando el tiempo y la calidad de atención, evitando así el acopio y quejas de los usuarios, generando un buen servicio que logrará aumentar la confianza de los usuarios atendidos.
3. Crear un sistema de evaluación para todos los encargados del proceso de cirugía refractiva, lo cual permitiría determinar las fortalezas y debilidades ⁵³ en la calidad del servicio ofrecido, y lograr la satisfacción de la mayoría de los pacientes atendidos.
4. Diseñar un protocolo de seguimiento post operatorio para cada paciente y con ello lograr estar al tanto de ⁸ la calidad de atención que recibieron por parte de los profesionales, de esta forma elevar y fortalecer el servicio que es ofrecido tanto en los hospitales del sector público como en clínicas del sector privado.
5. A los investigadores posteriores se les suscita que para una investigación más detallada se recomienda hacer seguimiento a los controles de su población de estudio y encuestar desde la primera evaluación postcirugía, para así obtener datos más precisos.

"CALIDAD DE ATENCIÓN Y SATISFACCIÓN PERCIBIDA EN POSTOPERADOS DE CIRUGÍA REFRACTIVA EN EL INSTITUTO OFTALMOSALUD, 2022."

INFORME DE ORIGINALIDAD

28%

INDICE DE SIMILITUD

27%

FUENTES DE INTERNET

6%

PUBLICACIONES

9%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	3%
2	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	3%
3	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	2%
5	www.doccity.com Fuente de Internet	2%
6	idoc.pub Fuente de Internet	2%
7	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	1%
8	repositorio.unac.edu.pe Fuente de Internet	1%

9	eprints.ucm.es Fuente de Internet	1 %
10	www.elsevier.es Fuente de Internet	1 %
11	1library.co Fuente de Internet	1 %
12	es.scribd.com Fuente de Internet	1 %
13	www.horizontemedico.usmp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
14	repositorio.upeu.edu.pe:8080 Fuente de Internet	<1 %
15	dspace.ucuenca.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
16	edoc.pub Fuente de Internet	<1 %
17	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal Trabajo del estudiante	<1 %
18	www.oftalmoseo.com Fuente de Internet	<1 %
19	www.researchgate.net Fuente de Internet	<1 %
20	repositorio.umsa.bo	

Fuente de Internet

<1 %

21

repositorio.ucsm.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

22

lareferencia.info

Fuente de Internet

<1 %

23

repositorio.unap.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

24

cybertesis.unmsm.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

25

Submitted to Universidad de Valladolid

Trabajo del estudiante

<1 %

26

dspace.uvaq.edu.mx:8080

Fuente de Internet

<1 %

27

tesis.ipn.mx

Fuente de Internet

<1 %

28

repositorio.unasam.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

29

www.coursehero.com

Fuente de Internet

<1 %

30

Submitted to Grupo IOE

Trabajo del estudiante

<1 %

31

dspace.utb.edu.ec

Fuente de Internet

<1 %

32	repositorio.uladech.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
33	www.iapb.org Fuente de Internet	<1 %
34	N. René Moreno, A. Miguel Srur, B. Carlos Nieme. "Cirugía refractiva: indicaciones, técnicas y resultados", Revista Médica Clínica Las Condes, 2010 Publicación	<1 %
35	repositorio.ug.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
36	repositorio.untumbes.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
37	repositorio.unan.edu.ni Fuente de Internet	<1 %
38	repositorio.usfq.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
39	www.who.int Fuente de Internet	<1 %
40	es.slideshare.net Fuente de Internet	<1 %
41	Submitted to Universidad Continental Trabajo del estudiante	<1 %
42	Submitted to Universidad Rey Juan Carlos Trabajo del estudiante	<1 %

43	repositorio.utn.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
44	Juan José Zamora-Sánchez, Edurne Zabaleta-del-Olmo, Gemma Pérez-Tortajada, Jordi Amblàs-Novellas. "Validez convergente y discriminativa del índice Frágil-VIG con el test de Pfeiffer en personas atendidas en atención domiciliaria", Revista Española de Geriatria y Gerontología, 2024 Publicación	<1 %
45	ciencialatina.org Fuente de Internet	<1 %
46	openaccess.uoc.edu Fuente de Internet	<1 %
47	Submitted to uncedu Trabajo del estudiante	<1 %
48	soytuoftalmologa.com Fuente de Internet	<1 %
49	mujeres.palabra.com Fuente de Internet	<1 %
50	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	<1 %
51	Submitted to Universidad del País Vasco Trabajo del estudiante	<1 %

52	researchcongress.tec.mx Fuente de Internet	<1 %
53	Submitted to Universidad Católica San Pablo Trabajo del estudiante	<1 %
54	repositorio.usmp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
55	www.powtoon.com Fuente de Internet	<1 %
56	Submitted to Universidad del Desarrollo Trabajo del estudiante	<1 %
57	notional-impact-95704.appspot.com Fuente de Internet	<1 %
58	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	<1 %
59	upcommons.upc.edu Fuente de Internet	<1 %
60	www.dominiodelasciencias.com Fuente de Internet	<1 %
61	camjol.info Fuente de Internet	<1 %
62	dspace.utpl.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
63	issuu.com Fuente de Internet	<1 %

64

renati.sunedu.gob.pe

Fuente de Internet

<1 %

65

repositorio.unc.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

66

www.ceo-latam.com

Fuente de Internet

<1 %

67

www.clinicaltrialsregister.eu

Fuente de Internet

<1 %

68

www.dpu.org.ir

Fuente de Internet

<1 %

69

www.scilit.net

Fuente de Internet

<1 %

70

americanae.aecid.es

Fuente de Internet

<1 %

71

digitk.areandina.edu.co

Fuente de Internet

<1 %

72

directoriomedicoquito.com

Fuente de Internet

<1 %

73

fdocuments.ec

Fuente de Internet

<1 %

74

repositorio.autonomadeica.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

75

repositorio.ftpcl.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

76	repositorio.unheval.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
77	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
78	sisbib.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
79	www.anpesindicato.com Fuente de Internet	<1 %
80	www.aresep.go.cr Fuente de Internet	<1 %
81	www.bodysculptor.com Fuente de Internet	<1 %
82	www.internationaldisabilityalliance.org Fuente de Internet	<1 %
83	www.lareferencia.info Fuente de Internet	<1 %
84	www.ociosfera.com Fuente de Internet	<1 %
85	www.slideshare.net Fuente de Internet	<1 %
86	www.youscribe.com Fuente de Internet	<1 %
87	Alex Fabricio Flores Bracamonte, Jorge Alberto Fernández Vásquez. "Índice de	<1 %

satisfacción del paciente en un
establecimiento de salud enfocado en
servicios oftalmológicos en Tegucigalpa,
Honduras", Innovare: Revista de ciencia y
tecnología, 2022

Publicación

88

Luis Huaman-Carhuas, Catherine Mabel Melo-
Flores, Marianela Dayanna Gutiérrez-
Carranza. "Calidad percibida y su relación con
la satisfacción del paciente en tratamiento
con hemodiálisis en un hospital público de
Perú", Enfermería Nefrológica, 2023

Publicación

<1 %

89

moam.info

Fuente de Internet

<1 %

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

Apagado

Excluir bibliografía

Apagado