



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA



HOSPITAL GENERAL "DRA. COLUMBA RIVERA OSORIO"
ISSSTE, PACHUCA

TRABAJO TERMINAL

**EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON LA ANESTESIA
UTILIZADA DURANTE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL
HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE PACHUCA "DRA. COLUMBA RIVERA
OSORIO".**

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN

ANESTESIOLOGÍA

QUE PRESENTA LA MÉDICO CIRUJANO

IDANELY ANABEL MERA SANCHEZ

M.C.ESP. MA ISABEL RODRIGUEZ GONZÁLEZ

MÉDICO ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA

DIRECTOR DEL PROTOCOLO

DR. EN C. MANUEL SÁNCHEZ GUTIÉRREZ

DOCTOR EN CIENCIAS

CODIRECTOR METODOLÓGICO DEL PROTOCOLO

PACHUCA DE SOTO HIDALGO, OCTUBRE DE 2024

DE ACUERDO CON EL REGLAMENTO INTERNO DE LA COORDINACION DE POSGRADO DEL AREA ACADEMICA DE MEDICINA, AUTORIZA LA IMPRESIÓN DEL TRABAJO TERMINAL TITULADO:

EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON LA ANESTESIA UTILIZADA DURANTE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE PACHUCA "DRA. COLUMBA RIVERA OSORIO".

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA QUE SUSTENTA LA MEDICO CIRUJANO:

IDANELY ANABEL MERA SÁNCHEZ

PACHUCA DE SOTO HIDALGO, OCTUBRE DE 2024

POR LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

M.C.ESP. ENRIQUE ESPINOSA AQUINO
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
M.C. ESP. ALFONSO REYES GARNICA
JEFE DEL ÁREA ACADEMICA DE MEDICINA
DR. EN C. OSVALDO ERIK SÁNCHEZ HERNÁNDEZ
COORDINADOR DE POSGRADO
DR. EN C. MANUEL SÁNCHEZ GUTIÉRREZ
CODIRECTOR DEL TRABAJO TERMINAL

POR EL HOSPITAL GENERAL "DRA COLUMBA RIVERA OSORIO"

M.C.ESP. Y SUB ESP. JOSÉ ROBERTO MEDECIGO HERNÁNDEZ
DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL GENERAL
" DRA. COLUMBA RIVERA OSORIO"
M.C.ESP. ALEJANDRO ARREOLA MORALES
TITULAR DE LA UNIDAD DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
M.C.ESP. ROSALBA GUADALUPE ALDANA OCAMPO
MEDICO CIRUJANO ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA
PROFESORA TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE ANESTESIOLOGIA
M.C.ESP. MA ISABEL RODRÍGUEZ GONZÁLEZ
MEDICO CIRUJANO CON ESPECIALIDAD EN ANESTESIOLOGIA.
DIRECTORA DEL TRABAJO TERMINAL



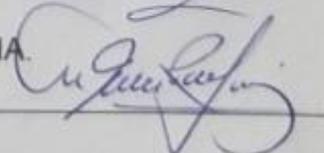
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo



ISSSTE
HOSPITAL
GENERAL
"DRA.
COLUMBA
RIVERA
OSORIO"



ISSSTE
HOSPITAL GENERAL
"COLUMBA RIVERA OSORIO"
COORDINACIÓN DE
ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN



Agradecimientos

Gracias a Dios que con su amor infinito me acompaña en cada instante de mi vida, por la fortaleza e inteligencia que me ha dado.

A estas personas quiero expresar mi más profundo agradecimiento: Mis directores de tesis, a la Dra. Rodríguez, al Dr. Sánchez. Que con su profesionalismo y conocimientos respaldaron este trabajo de tesis, dedicando tiempo para que se lograra terminar el presente trabajo.

A el Dr. Cittim y Dr. Ríos infinitas gracias. por su profesionalismo y ayuda a conseguir conocimiento que impacta en el área de la medicina. Al instituto de seguridad de los servicios de salud de los trabajadores por permitirme cursar esta especialidad tanto en mi sede como en los hospitales para rotaciones que colaboraron para mi formación en Anestesiología, que buscan formar nuevos y mejores especialistas con vocación de servicio.

A la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo por haberme recibido nuevamente como parte de su comunidad estudiantil y que ha estado pendiente de nuestra formación académica para completar de manera satisfactoria la especialidad.

A mis profesores doy gracias por compartir sus conocimientos, por su confianza e impulsarme a ser una mejor anestesióloga.

A mi gran familia, mi hija María Nelly por ser valiente y comprender que no la puedo acompañar en todo momento, por ser mi mayor motivo para especializarme, a mis papás Lorenzo y Natalia, mi tía, mi abuelita que cuidan de mi hija para que yo pueda continuar en la realización de este proyecto de vida, han confiado en mí a cada paso que doy, infinitas gracias por su apoyo incondicional.

A mis hermanos, a mis primos y mis sobrinos que se alegran de que se cumpla este gran sueño.

Gracias a mis amigos por ser parte de mi inspiración a continuar superándome. A Isaac que estuvo presente en los momentos más difíciles de esta residencia.

Dedicatoria

Dedico este trabajo a mi familia quienes que con mucho amor me impulsan a seguir superándome, sigo su ejemplo de lucha en esta vida.

A mi hija que con su cariño y ternura me inspiro para aguantar el cansancio.

A mis maestros con mucho respeto y admiración.

Índice general

AUTORIZACIONES	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
AGRADECIMIENTOS	1
DEDICATORIA	2
ÍNDICE GENERAL	4
ÍNDICE DE FIGURAS	6
ÍNDICE DE TABLAS	6
ABREVIATURAS	6
RESUMEN	7
ABSTRACT	9
MARCO TEÓRICO	11
FUNDAMENTOS DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA	11
ANESTESIA EN COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA.....	12
SATISFACCIÓN CON LA ANESTESIA	13
RELEVANCIA DE LA INVESTIGACIÓN EN SATISFACCIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.....	17
JUSTIFICACIÓN	19
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	21
HIPÓTESIS	22
OBJETIVOS	23
METODOLOGÍA	24
DISEÑO DEL ESTUDIO	24
SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN	24
PERIODO DEL ESTUDIO	24
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	24
MARCO MUESTRAL.....	26
TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	26
INSTRUMENTOS	28
DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO	30

CONSIDERACIONES ÉTICAS	33
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	35
RESULTADOS.....	36
DISCUSIÓN	40
CONCLUSIONES.....	45
REFERENCIAS	46
ANEXO A. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (FCI).....	48
ANEXO B: ESCALA IOWA DE SATISFACCIÓN CON LA ANESTESIA (ISAS).....	53
ANEXO C: ESCALA VISUAL ANÁLOGA (EVA) DE DOLOR	54
ANEXO D: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	55

Índice De Figuras

Figura	Nombre	Página
Figura 1	Correlaciones de Spearman entre la Satisfacción con la anestesia y el puntaje en EVA	48
Figura 2	Satisfacción y percepción del dolor a las 4, 12 y 24 hs	49

Índice De Tablas

Tabla	Nombre	Página
Tabla 1	Características de la muestra	46
Tabla 2	Características quirúrgicas	5647
Tabla 3	Satisfacción y percepción del dolor	48
Tabla 4	Características postquirúrgicas	49

ABREVIATURAS

Abreviatura	Significado
AGB	Anestesia General Balanceada
EVA	Escala Visual Análoga
FCI	Formato de Consentimiento Informado
ISAS	Escala Iowa de Satisfacción con la Anestesia
NOM	Norma Oficial Mexicana
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
AGB	Anestesia General Balanceada
EVA	Escala Visual Análoga

Resumen

Introducción:

La satisfacción del paciente con la anestesia en la colecistectomía laparoscópica es un indicador clave de calidad en la atención médica, con influencia en el tratamiento postoperatorio y en la reducción de complicaciones y reingresos. Este estudio evaluó la satisfacción del paciente con distintas modalidades anestésicas en el Hospital General del ISSSTE Pachuca, resaltando la relevancia de un manejo adecuado del dolor postoperatorio y su relación con la percepción general del paciente sobre la experiencia quirúrgica.

Objetivo:

Se determinó la satisfacción del paciente con las diferentes modalidades de anestesia utilizadas en la colecistectomía laparoscópica y su relación con el dolor postoperatorio en el Hospital General del ISSSTE Pachuca.

Material y Métodos:

Se realizó un estudio observacional prospectivo, descriptivo, de corte longitudinal entre enero y octubre de 2024. La muestra incluyó 50 pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica, distribuidos en tres modalidades anestésicas: anestesia general balanceada (AGB), AGB con bloqueo epidural y bloqueo mixto con sedación. La satisfacción fue evaluada mediante la Escala Iowa de Satisfacción con la Anestesia (ISAS) y el dolor postoperatorio con la Escala Visual Análoga (EVA) a las 4, 12 y 24 horas tras la cirugía. Los datos se analizaron con SPSS v.26, estableciendo significancia estadística en $p < 0.05$.

Resultados:

Los puntajes ISAS indicaron altos niveles de satisfacción, con medianas de 2.82 a las 4 horas y 3.00 a las 12 y 24 horas. En cuanto al dolor, los valores EVA mostraron una disminución progresiva: de 2.00 a las 4 y 12 horas a 0.00 a las 24 horas, reflejando un control eficaz del dolor. No se encontraron diferencias significativas en la satisfacción ni en la percepción del dolor entre las modalidades anestésicas. Se

identificaron correlaciones negativas entre la satisfacción y el dolor, especialmente a las 4 y 12 horas ($r = -0.405$ y $r = -0.318$).

Conclusiones:

La anestesia en colecistectomía laparoscópica proporciona altos niveles de satisfacción y adecuado control del dolor en todas las modalidades estudiadas. Estos resultados sugieren que las técnicas anestésicas empleadas son igualmente seguras y satisfactorias, respaldando su uso en el contexto clínico del Hospital General del ISSSTE Pachuca.

Abstract

Introduction:

Patient satisfaction with anesthesia in laparoscopic cholecystectomy is a key quality indicator in medical care, influencing postoperative treatment and reducing complications and readmissions. This study evaluates patient satisfaction with different anesthetic modalities at the ISSSTE General Hospital in Pachuca, emphasizing the importance of adequate postoperative pain management and its relationship with patients' overall perception of the surgical experience.

Objective:

To determine patient satisfaction with different anesthesia modalities used in laparoscopic cholecystectomy and its relationship with postoperative pain at the ISSSTE General Hospital in Pachuca.

Materials and Methods:

A prospective, observational, descriptive, longitudinal study was conducted from January to October 2024. The sample included 50 patients undergoing laparoscopic cholecystectomy, divided into three anesthetic modalities: balanced general anesthesia (BGA), BGA with epidural block, and mixed block with sedation. Satisfaction was assessed using the Iowa Satisfaction with Anesthesia Scale (ISAS), and postoperative pain was evaluated with the Visual Analog Scale (VAS) at 4, 12, and 24 hours after surgery. Data were analyzed using SPSS v.26, with statistical significance set at $p < 0.05$.

Results:

ISAS scores indicated high levels of satisfaction, with medians of 2.82 at 4 hours and 3.00 at 12 and 24 hours. Regarding pain, VAS scores showed a progressive decrease: from 2.00 at 4 and 12 hours to 0.00 at 24 hours, reflecting effective pain control. No significant differences were found in satisfaction or pain perception among the anesthetic modalities. Negative correlations were identified between satisfaction and pain, especially at 4 and 12 hours ($r = -0.405$ and $r = -0.318$).

Conclusions:

Anesthesia in laparoscopic cholecystectomy provides high levels of satisfaction and adequate pain control in all modalities studied. These results suggest that the anesthetic techniques employed are equally safe and satisfactory, supporting their use in the clinical context of the ISSSTE General Hospital in Pachuca.

Marco Teórico

Fundamentos de la Colectomía Laparoscópica

La colectomía laparoscópica ha transformado el tratamiento de la enfermedad de la vesícula biliar desde su introducción en la década de 1980. Desarrollada originalmente por el Dr. Erich Mühe en Alemania y perfeccionada por el Dr. Philippe Mouret en Francia (1), esta técnica mínimamente invasiva se ha convertido en el estándar de oro para el manejo de los litos biliares y otras afecciones de la vesícula biliar (2).

El procedimiento implica la extirpación de la vesícula biliar a través de pequeñas incisiones en el abdomen, utilizando instrumentos quirúrgicos y una cámara de video llamada laparoscopia. Esta técnica ofrece una recuperación más rápida, menos dolor postoperatorio y una mejor apariencia cosmética en comparación con la cirugía abierta (3).

La colectomía laparoscópica se utiliza para tratar una variedad de afecciones de la vesícula biliar, incluyendo litos biliares, colecistitis aguda y crónica, y enfermedades de la vía biliar, siendo un procedimiento comúnmente realizado en todo el mundo, mejorando significativamente los resultados quirúrgicos y la satisfacción del paciente. Aunque ofrece ventajas sobre la cirugía abierta, como una recuperación más rápida y menos dolor postoperatorio, también conlleva riesgos y desafíos (4) . Es importante que los pacientes estén informados sobre estos aspectos antes de someterse al procedimiento.

Después de la cirugía de extracción de la vesícula biliar mediante laparoscopia, los pacientes pueden esperar estar hospitalizados por menos de 2 días y retornar al trabajo dentro de las 2 semanas posteriores al procedimiento. La tasa de mortalidad relacionada con la operación es baja, siendo inferior al 0.2 por ciento. Aunque existe una mayor incidencia de lesiones en el conducto biliar con la técnica laparoscópica en comparación con la cirugía abierta, se espera que estas lesiones disminuyan con una adecuada formación en cirugía laparoscópica (5). El uso de colangiografía durante la operación (ya sea de forma rutinaria, selectiva o no) es motivo de debate,

pero no hay pruebas que respalden que la colangiografía rutinaria prevenga lesiones graves en el conducto biliar. Las consecuencias postoperatorias comunes incluyen dolor abdominal, hinchazón, náuseas y molestias en el sitio de incisión, que suelen ser temporales y mejorarán con el tiempo a medida que el paciente se recupere. Los eventos adversos más comunes asociados incluyen hemorragia intraoperatoria, lesiones de la vía biliar, infección de la herida quirúrgica y lesiones de órganos adyacentes, destacando la importancia de la capacitación y preparación de los cirujanos para manejar estos riesgos de manera efectiva durante el procedimiento (6, 7).

La colecistectomía laparoscópica (LC) es ampliamente considerada como el enfoque preferido para tratar la enfermedad de los litos biliares debido a sus beneficios significativos en términos de recuperación más rápida, menor dolor postoperatorio y estancias hospitalarias más breves en comparación con la cirugía abierta. En los Estados Unidos, la LC representa aproximadamente el 90% de todas las colecistectomías realizadas anualmente, con alrededor de 750,000 procedimientos llevados a cabo. Aunque la LC de día implica que los pacientes permanezcan al menos una noche en el hospital, los avances en la cirugía de día han permitido que aquellos con un buen apoyo en casa sean dados de alta dentro de las seis horas posteriores a la cirugía (2, 8).

Anestesia en Colecistectomía Laparoscópica

En la historia reciente de la anestesia, se han producido avances significativos en los fármacos y técnicas utilizados, así como en la monitorización y la seguridad de la anestesia. En el siglo XX, se desarrollaron nuevos agentes anestésicos como los gases halogenados (como el halotano, enflurano, isoflurano y desflurano) y los agentes intravenosos (como el propofol y el etomidato), que ofrecían una acción más rápida y controlada, así como una recuperación más rápida (9).

La monitorización de los pacientes durante la anestesia también ha evolucionado significativamente. Se han introducido técnicas como la monitorización continua de la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la saturación de oxígeno en la sangre y la

concentración de gases anestésicos en la respiración, lo que ha mejorado la seguridad y la precisión en la administración de la anestesia (9, 10).

Además, se ha avanzado en la comprensión de la farmacología de la anestesia y en la personalización de la anestesia según las necesidades individuales de cada paciente, lo que ha contribuido a una reducción de los efectos secundarios y una mejor gestión del dolor postoperatorio (9, 11).

La eficacia de la colecistectomía laparoscópica depende en gran medida del manejo anestésico, que debe adaptarse cuidadosamente para optimizar tanto los resultados quirúrgicos como la satisfacción del paciente. En la práctica clínica, se destacan tres modalidades principales de anestesia que facilitan la realización de la colecistectomía laparoscópica: la anestesia general balanceada, el bloqueo mixto con sedación, y la anestesia general balanceada con bloqueo epidural.

La anestesia general balanceada es la más indicada para estas intervenciones, proporcionando una sedación profunda mediante la combinación de agentes inhalados y venosos, lo que asegura la inmovilidad y amnesia del paciente durante la operación. Por su parte, el bloqueo mixto con sedación representa una alternativa que combina anestésicos locales y sedación ligera, ofreciendo una recuperación postoperatoria más rápida y posiblemente menor incidencia de efectos secundarios. Finalmente, la integración de un bloqueo epidural a la anestesia general balanceada es una técnica innovadora que extiende el control del dolor postoperatorio, mejorando significativamente el confort del paciente durante el proceso de recuperación. Estas técnicas son fundamentales para personalizar el cuidado anestésico, asegurando así una experiencia quirúrgica óptima y elevando la satisfacción general del paciente.

Satisfacción con la anestesia

En ámbitos clínicos como la anestesia, emplear la satisfacción del paciente como un criterio para evaluar la calidad de la atención médica posee un valor significativo. Desde la perspectiva del paciente, la satisfacción representa una evaluación de su experiencia médica basada en sus valores individuales, percepciones e

interacciones con el entorno de atención. Para el personal de salud como médicos, enfermeras, etcétera, la satisfacción del paciente puede servir para evaluar cómo afectan realmente los procesos de atención médica a los propios pacientes (12, 13). Las calificaciones de satisfacción pueden abarcar varios aspectos de la atención, como el trato compasivo, la eficiencia en la atención a las necesidades, la participación en decisiones y la comunicación e información adecuadas. La satisfacción del paciente con la anestesia está vinculada a sus valores subjetivos y puede considerarse como un indicador de la calidad de la anestesia desde la perspectiva del paciente (12).

La investigación sobre la satisfacción del paciente con la anestesia ha sido limitada debido a diversos motivos: la complejidad del análisis debido a la interrelación entre el paciente, el profesional médico y la institución; la influencia significativa del resultado final, el cual se afecta por factores ajenos a la anestesia, como el tipo de la cirugía; la naturaleza subjetiva del informe único del paciente sobre su satisfacción, que puede no reflejar adecuadamente los resultados clínicos medibles, como la incidencia de complicaciones como el dolor de garganta; y la presencia de numerosas variables, tanto conocidas como desconocidas, que pueden confundir y afectar la satisfacción del paciente, complicando aún más su evaluación (14). A pesar de estos desafíos, mejorar la satisfacción del paciente con la anestesia es una meta alcanzable (15).

Recientemente la satisfacción del paciente se utiliza como un indicador clínico fundamental y una medida de calidad en la atención anestésica (16). La investigación previa ha destacado las limitaciones de utilizar eventos adversos relacionados con la anestesia para evaluar su calidad. Los resultados principales, como la muerte y complicaciones graves, son poco comunes, lo que dificulta comparaciones significativas entre instituciones. La evaluación de resultados menores, como el dolor y las náuseas, plantea desafíos metodológicos importantes debido a problemas como la incertidumbre en la mezcla de casos, la inconsistencia en la presentación de informes y definiciones imprecisas. Además, se ha sugerido que, dada la seguridad comprobada de la anestesia, el campo podría haber caído

en una situación de exceso de confianza, lo que justifica la necesidad de redefinir qué se considera resultados anestésicos relevantes (17).

Aunque la satisfacción del paciente presenta numerosas cualidades atractivas, las actuales evaluaciones de satisfacción en la atención anestésica carecen de precisión y presentan una fiabilidad y validez inciertas. Las encuestas transversales que emplean preguntas de un solo ítem y formatos de respuesta sí/no o Likert han arrojado consistentemente puntuaciones elevadas (> 80% satisfechos o muy satisfechos). Sin embargo, la interpretación de estas calificaciones globales resulta ambigua. No se puede determinar con certeza si los pacientes están realmente satisfechos con su atención anestésica o si simplemente expresan su satisfacción con la atención quirúrgica u hospitalaria en general. Además, no está claro si los pacientes basan sus calificaciones positivas en un único factor, como la supervivencia sin complicaciones, o en varios criterios, como la amabilidad, sensibilidad, compasión, información y comunicación. La posible influencia de factores como el respeto, la confianza, la seguridad y la gratitud hacia el personal médico y de enfermería también plantea dudas sobre la objetividad de los informes de satisfacción. Esta falta de claridad para abordar estas cuestiones limita la eficacia de las medidas simples de satisfacción del paciente en el contexto anestésico (18).

A pesar de los desafíos inherentes a la medición de la satisfacción del paciente con la anestesia, su consideración como un indicador de calidad en la atención anestésica es justificada. Esta medida refleja la evaluación individualizada de la experiencia médica por parte del paciente, ofreciendo perspectivas valiosas sobre aspectos como el trato compasivo, la eficiencia en la atención y la comunicación efectiva, que son fundamentales para mejorar la calidad de la atención médica. Es por esto que se requiere la utilización de evaluaciones de satisfacción desarrolladas por medio de enfoques rigurosos y específicos para su medición en el contexto anestésico, reconociendo la complejidad y multidimensionalidad de esta experiencia, como lo es la Escala ISAS fue creada por Dexter et al. en la Universidad de Iowa en 1997(19) , que es una de las escalas más utilizadas que actualmente está validada en español(20, 21).

En el marco de la evolución de las técnicas quirúrgicas, particularmente en procedimientos como la colecistectomía laparoscópica, la selección de la modalidad anestésica se presenta como un factor crítico que puede influir significativamente en la satisfacción del paciente y los resultados clínicos. Estudios recientes han demostrado que la anestesia regional, específicamente la anestesia espinal torácica, puede ofrecer ventajas notables en términos de satisfacción del paciente y reducción de complicaciones intra y postoperatorias.

El estudio de Chandra et al. sobre la anestesia espinal torácica para colecistectomías laparoscópicas resalta una alta tasa de satisfacción del paciente, con un 94% de los participantes reportando una experiencia muy satisfactoria (10). Este tipo de anestesia demostró ser una técnica segura y eficaz, con una baja incidencia de efectos secundarios como la hipotensión y la bradicardia, que son manejables y no comprometen la seguridad del paciente. Además, la anestesia espinal permite una recuperación más rápida, aspecto que contribuye directamente a la percepción positiva del paciente respecto al proceso quirúrgico(10).

Por otro lado, Sobot Novakovic et al. compararon la anestesia general y la espinal en secciones cesáreas, encontrando que la anestesia espinal resultaba en una mayor satisfacción del paciente debido a menores efectos secundarios. Aunque el contexto quirúrgico es diferente, este hallazgo es relevante para la colecistectomía laparoscópica porque sugiere que la anestesia regional podría ser preferible también en este tipo de procedimientos (22).

Estos estudios subrayan la importancia de evaluar continuamente las prácticas anestésicas no solo desde la perspectiva de la seguridad y eficacia clínica, sino también del impacto que tienen en la satisfacción del paciente. Analizar y entender las diferencias en la satisfacción del paciente entre diversas modalidades anestésicas permite optimizar los protocolos anestésicos y mejorar los resultados de salud globales, promoviendo procedimientos más seguros y experiencias más positivas para los pacientes.

Relevancia de la investigación en satisfacción en la práctica clínica

La satisfacción del paciente ha emergido como un indicador crucial no solo de la calidad percibida de la atención recibida, sino también como un factor influyente en los resultados clínicos a largo plazo. En el contexto de la anestesia para colecistectomía laparoscópica, la percepción del paciente respecto a la calidad de la anestesia puede tener implicaciones directas en su recuperación y bienestar general.

Estudios han demostrado que una experiencia positiva con la anestesia puede reducir los niveles de estrés y ansiedad del paciente, lo cual es fundamental, ya que menores niveles de estrés están asociados con una mejor respuesta inmunológica y una recuperación más rápida. Además, la satisfacción con la anestesia también está vinculada a menores incidencias de dolor postoperatorio percibido, lo que puede disminuir la necesidad de analgésicos y reducir el riesgo de complicaciones relacionadas con su uso prolongado, como la dependencia y los efectos secundarios gastrointestinales.

Por otro lado, pacientes insatisfechos tienden a tener una percepción negativa de su proceso de recuperación, lo que puede llevar a un seguimiento médico menos efectivo, ya que pueden estar menos inclinados a adherirse a las recomendaciones postoperatorias o a buscar atención médica en caso de complicaciones. Este aspecto subraya la importancia de la satisfacción del paciente no solo como un componente de la experiencia del paciente, sino también como un impulsor directo de la seguridad del paciente y la eficacia del tratamiento.

El análisis de la satisfacción del paciente en relación con la anestesia durante procedimientos de colecistectomía laparoscópica ofrece una oportunidad única para identificar áreas específicas de mejora en el manejo anestésico y el cuidado quirúrgico. Al entender las variables que más influyen en la satisfacción del paciente, los anestesiólogos y el equipo quirúrgico pueden implementar estrategias dirigidas para optimizar estos aspectos.

Por ejemplo, si los hallazgos sugieren que una comunicación clara y comprensiva sobre lo que esperar durante y después de la anestesia correlaciona altamente con niveles elevados de satisfacción, se podrían desarrollar protocolos más detallados para la educación preoperatoria del paciente. Esto podría incluir sesiones informativas personalizadas o materiales impresos que detallen el procedimiento anestésico y las expectativas de recuperación.

Además, si se identifica que la rapidez en la atención de los efectos secundarios de la anestesia, como náuseas o dolor, es un factor significativo en la satisfacción del paciente, se podrían revisar y ajustar los protocolos para el manejo postoperatorio de estos síntomas. Esto no solo mejoraría la satisfacción del paciente, sino que también podría acelerar el alta hospitalaria y mejorar los índices generales de recuperación.

Finalmente, este tipo de investigación puede servir como base para la implementación de prácticas basadas en evidencia que no solo aborden las preocupaciones médicas directas, sino que también mejoren la experiencia general del paciente, lo que a su vez puede conducir a una mejora en la evaluación general de la calidad del hospital y fortalecer la confianza en el sistema de atención médica.

Justificación

La evaluación de la satisfacción del paciente en contextos médicos ha ganado considerable atención en las últimas décadas como un indicador clave de calidad y efectividad en la atención de salud. En particular, la satisfacción del paciente en procedimientos quirúrgicos como la colecistectomía laparoscópica es de suma importancia, ya que refleja no solo la percepción del paciente sobre la calidad del cuidado recibido sino también potenciales áreas de mejora en prácticas médicas y anestésicas. Este estudio específico, centrado en la evaluación de la satisfacción del paciente con la anestesia en colecistectomía laparoscópica en el Hospital General del ISSSTE Pachuca "Dra. Columba Rivera Osorio".

Al ser la colecistectomía laparoscópica uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes y representa un método preferido sobre la colecistectomía abierta debido a sus beneficios de menor tiempo de recuperación, reducción de dolor postoperatorio y menor riesgo de complicaciones. A pesar de estos beneficios, la experiencia de anestesia puede variar significativamente, lo cual afecta directamente la satisfacción general del paciente y sus resultados postoperatorios. El papel de la anestesia en la cirugía laparoscópica es crucial debido a las particularidades técnicas que requieren no solo la inmovilización del paciente sino también un manejo óptimo del dolor y el estrés. La elección del tipo y manejo de la anestesia puede influir significativamente en la percepción del paciente sobre su experiencia quirúrgica. Por tanto, es fundamental evaluar y entender cómo los diferentes regímenes anestésicos afectan la satisfacción del paciente, lo cual puede guiar mejoras en los protocolos anestésicos y en la atención perioperatoria.

Aunque hay estudios previos que abordan la satisfacción del paciente en contextos quirúrgicos, hay una falta de estudios concentrados en la colecistectomía laparoscópica dentro de la población específica atendida en el Hospital General del ISSSTE Pachuca. Este estudio permitirá llenar ese vacío, proporcionando datos relevantes que podrán ser utilizados para evaluar y mejorar las prácticas actuales. Mejorar la satisfacción del paciente no solo mejora la calidad de la atención, sino que también contribuye a mejores desenlaces de salud a largo plazo. Pacientes

satisfechos son más propensos a seguir recomendaciones médicas, completar su recuperación y participar en su cuidado postoperatorio, lo cual reduce la probabilidad de complicaciones y reingresos hospitalarios.

Planteamiento del problema

La satisfacción del paciente con la anestesia en procedimientos de colecistectomía laparoscópica tiene implicaciones directas en la calidad de la atención médica proporcionada. Estudios anteriores han demostrado que una mayor satisfacción del paciente está asociada con una mejor adherencia al tratamiento postoperatorio y menores tasas de complicaciones y reingresos hospitalarios. Además, la satisfacción del paciente puede considerarse un indicador de la competencia y calidad del servicio proporcionado por los profesionales de la salud. En este contexto, evaluar y mejorar la satisfacción del paciente es crucial para mejorar los resultados clínicos y la eficiencia del sistema de salud en el Hospital General del ISSSTE Pachuca "Dra. Columba Rivera Osorio".

Realizar este estudio es factible dada la disponibilidad de pacientes y recursos en el Hospital General del ISSSTE Pachuca. El hospital cuenta con los equipos y el personal necesario para llevar a cabo tanto las colecistectomías laparoscópicas como la recolección de datos relacionada con la satisfacción del paciente. Además, el hospital tiene interés en mejorar la calidad del cuidado que ofrece y apoya la investigación que pueda contribuir a este objetivo. Los métodos para medir la satisfacción del paciente son bien establecidos y pueden implementarse con relativa facilidad, asegurando que los datos recolectados sean robustos y relevantes para las necesidades del hospital y sus pacientes.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la satisfacción del paciente en relación con la anestesia utilizada durante la colecistectomía laparoscópica en el Hospital General del ISSSTE Pachuca "Dra. Columba Rivera Osorio"?

Hipótesis

Hipótesis alterna (H1): Existen diferencias en la satisfacción del paciente en relación con la anestesia utilizada durante la colecistectomía laparoscópica en el Hospital General del ISSSTE Pachuca "Dra. Columba Rivera Osorio".

Hipótesis nula (H0): No existen diferencias en la satisfacción del paciente en relación con la anestesia utilizada durante la colecistectomía laparoscópica en el Hospital General del ISSSTE Pachuca "Dra. Columba Rivera Osorio".

Objetivos

General

Evaluar la satisfacción del paciente con la anestesia utilizada durante la colecistectomía laparoscópica en el Hospital General del ISSSTE Pachuca "Dra. Columba Rivera Osorio".

Específicos

1. Describir las características clínicas y demográficas de la muestra de pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica en el Hospital General del ISSSTE Pachuca "Dra. Columba Rivera Osorio".
2. Describir la percepción de dolor postoperatorio y la satisfacción después de la cirugía a las 4, 12 y 24 horas.
3. Identificar la satisfacción del paciente sometido a anestesia general en su modalidad "Bloqueo mixto con sedación".
4. Caracterizar la satisfacción del paciente sometido a anestesia general en su modalidad "Anestesia General Balanceada".
5. Identificar la satisfacción del paciente sometido a anestesia general en su modalidad "Anestesia General Balanceada con bloqueo epidural".
6. Mostrar la satisfacción medida a través del instrumento en las diferentes modalidades de la anestesia entre ellas.
7. Explorar la satisfacción obtenida con el instrumento en las diferentes modalidades con los resultados obtenidos en la Escala Visual Análoga.
8. Describir la relación de la satisfacción con la incidencia de complicaciones postquirúrgicas y días de estancia hospitalaria.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

Se llevó a cabo un estudio observacional prospectivo descriptivo de corte longitudinal para evaluar la satisfacción del paciente con la anestesia utilizada durante la colecistectomía laparoscópica en el Hospital General del ISSSTE Pachuca "Dra. Columba Rivera Osorio".

Selección de la población

Pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica en el Hospital General del ISSSTE Pachuca "Dra. Columba Rivera Osorio"

Periodo del estudio

Enero de 2024 a octubre del 2024

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Pacientes admitidos en el Hospital General del ISSSTE Pachuca "Dra. Columba Rivera Osorio"
- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes que deseen participar en el estudio, establecido con la firma del formato del consentimiento informado.
- Pacientes que tengan una patología que tenga como mejor alternativa de tratamiento la colecistectomía laparoscópica.

Criterios de exclusión

- Pacientes con enfermedades neuropsiquiátricas que impidan el adecuado entendimiento del instrumento
- Pacientes que cursen otra cirugía fuera de la mencionada.
- Pacientes que, durante la cirugía laparoscópica, por alguna complicación transoperatoria, terminaran en conversión a cirugía abierta.

Criterios de eliminación

- Pacientes que decidan retirar su consentimiento.
- Pacientes que fallezcan en las 24 horas posteriores a terminado el procedimiento.
- Pacientes que necesiten ser reintervenidos por alguna causa derivada del procedimiento inicial antes de cumplir las 24 horas de terminado el procedimiento.

Marco Muestral

Se realizó un muestreo no probabilístico secuencial de pacientes que cumplan los criterios de selección.

Tamaño de la muestra

Para determinar el tamaño de la muestra, considerando la media de la satisfacción del paciente como objetivo principal se utilizó la fórmula para poblaciones finitas dado que se conoce el número de pacientes que cursan con colecistectomía laparoscópica en un periodo de 3 meses (54). Para ello se consideró un nivel de confianza del 95%, un error máximo de 0.05 y una proporción del fenómeno estudiado de la selección del 50% al desconocer resultados similares para la media del fenómeno estudiado.

Formula:

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times S^2}{d^2 \times (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \times S^2}$$

Sustitución:

$$n = \frac{54 \times 1.96^2 \times 0.5^2}{0.05^2 \times (54 - 1) + 1.96^2 \times 0.5^2} = 48$$

N = número de sujetos o población total que representan los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica en el Hospital General ISSSTE Pachuca.

Z_{α} = coeficiente para obtener un nivel del 95% de confianza.

S = varianza de la distribución de la variable

d = precisión deseada para estimar el parámetro.

Derivado de este cálculo se obtuvo un tamaño muestral de 48 pacientes.

Descripción del estudio

1. Este estudio fue sometido a revisión por los Comités de Bioética en Investigación.
2. Tras su aprobación, los pacientes que cumplieron todos los criterios de inclusión y ninguno de exclusión fueron invitados a participar y se les solicitó que firmaran el Formato de Consentimiento Informado (FCI) (**Anexo A**).
3. Una vez firmado el FCI se les aplicó la Escala IOWA de Satisfacción con la Anestesia (ISAS) (**Anexo B**) y la Escala Visual Análoga (EVA) para dolor (**Anexo C**) a las 4, 12 y 24 horas de terminado el procedimiento quirúrgico. La información climatológica fue extraída de su expediente físico.
4. Finalmente, los datos fueron capturados en la hoja de recolección de datos (**Anexo D**) y vaciados en una hoja de cálculo en MS Excel o SPSS para realizar el análisis según el plan estadístico establecido para obtener resultados del estudio.

Instrumentos

La *Escala ISAS* fue creada por Dexter et al. en la Universidad de Iowa en 1997. Es una herramienta de evaluación directa, unidimensional y discriminativa. Consiste en un conjunto de 11 afirmaciones, cada una con igual peso, donde la primera expresa un sentimiento negativo y la siguiente un sentimiento positivo, alternando así sucesivamente. Cada afirmación se evalúa con una escala numérica de -3 a +3, permitiendo un análisis cuantitativo. Esta escala se enfoca específicamente en la experiencia del paciente durante la anestesia, abordando aspectos como confort físico, apoyo emocional, disminución de la ansiedad, respeto por las necesidades y preferencias, así como información sobre el estado, pronóstico y progreso del procedimiento.

La validación al español de la Escala ISAS se realizó en cirugías oftalmológicas bajo anestesia monitorizada, gracias a la labor de Jiménez, L. y Capera, A. en 2014 (20). Este estudio mostró una alta validez de criterio concurrente anestesiólogo-paciente, con coeficientes de correlación de Pearson e intraclase de 0,85 (IC 95%: 0,79-0,89) y 0,82 (IC 95%: 0,77-0,88) respectivamente, indicando una concordancia significativa y mayor que la reportada en el estudio original de Dexter et al. Además, se encontró una consistencia interna aceptable con un alfa de Cronbach de 0,71. La confiabilidad test-retest fue también alta, con coeficientes de correlación de Pearson e intraclase de 0,95 (IC 95%: 0,93-0,96) y 0,65 (IC 95%: 0,52-0,75) respectivamente, indicando una alta consistencia en las respuestas de los pacientes en diferentes momentos. **(Anexo B)**

La Escala Visual Analógica (EVA), desarrollada por Scott y Huskisson en 1976, se utiliza para evaluar la presencia y la intensidad del dolor, las náuseas y la disfagia en los pacientes (23). Consiste en una línea recta de diez centímetros de longitud, donde un extremo representa la ausencia del síntoma y el otro su máxima intensidad. Los pacientes indican su autopercepción del síntoma marcando un punto en la línea, cuya distancia al extremo que denota la ausencia del síntoma representa la medida del rasgo. Según la intensidad, el síntoma puede clasificarse como leve-moderado (1-3), moderado-grave (4-6) y grave (> 6). La EVA ha

demostrado ser válida y confiable en pacientes posquirúrgicos, y ha sido utilizada previamente para medir diversas variables, incluyendo la disfagia. **(Anexo C)**

Definición y operacionalización de las variables de estudio

A continuación, se definen y operacionalizan las variables de estudio.

Variable	Dependencia	Definición conceptual	Definición operacional	Unidades de medición	Tipo de Variable
Edad	Variable confusora	Tiempo en años que ha transcurrido desde el nacimiento hasta la inclusión en el estudio	Tiempo de vida del paciente al inicio del estudio, registrado en el expediente.	Años	Cuantitativa discreta
Sexo	Variable confusora	Variable genética y biológica que divide a las personas en hombre y mujer	Clasificación del paciente en masculino o femenino. Se obtendrá del expediente.	1. Hombre 2. Mujer	Cualitativa nominal
Indicación de la cirugía	Variable confusora	Razón clínica para realizar la cirugía	Clasificación de la cirugía según la razón médica documentada en el expediente clínico.	1. Colelitiasis sintomática 2. Colecistitis 3. Discinesia biliar 4. Tumor o pólipos biliares	Cualitativa nominal

Modalidad de anestesia	Variable independiente	Tipo de anestesia utilizada durante la cirugía	Clasificación del tipo de anestesia usada registrada en el expediente.	1. Anestesia General Balanceada . 2. Anestesia General Balanceada con bloqueo epidural 3. Bloqueo mixto con sedación.	Cualitativa nominal
Satisfacción con la anestesia a las 4 hs	Variable dependiente	Grado de satisfacción del paciente con la anestesia proporcionada 4 horas después de la cirugía	Medición de la satisfacción mediante la escala ISAS.	Puntaje en escala ISAS	Cuantitativa continua
Satisfacción con la anestesia a las 12 hs	Variable dependiente	Grado de satisfacción del paciente con la anestesia proporcionada 12 horas después de la cirugía	Medición de la satisfacción mediante la escala ISAS.	Puntaje en escala ISAS	Cuantitativa continua
Satisfacción con la anestesia a las 24 hs	Variable dependiente	Grado de satisfacción del paciente con la anestesia proporcionada 24	Medición de la satisfacción mediante la escala ISAS.	Puntaje en escala ISAS	Cuantitativa continua

		horas después de la cirugía			
Puntuación de Escala Visual Análoga	Variable dependiente	Medición del dolor percibido por el paciente usando una escala visual análoga	Medición del dolor a través de una escala de 0 a 10, donde 0 significa sin dolor y 10 el peor dolor imaginable.	Puntos (0-10)	Cuantitativa continua
Complicaciones postquirúrgicas	Variable confusora	Eventos adversos que ocurren después de la cirugía y que afectan la recuperación del paciente	Registro de cualquier evento adverso postquirúrgico documentado en el expediente clínico.	1. Sangrado 2. Infección/Sepsis 3. Perforación 4. Muerte	Cualitativa nominal
Días de estancia hospitalaria	Variable confusora	Número de días que el paciente permanece hospitalizado después de la cirugía	Conteo de días desde la admisión hasta el alta hospitalaria, registrado en el expediente.	Días	Cuantitativa discreta

Consideraciones éticas

El presente estudio se fundamenta en la experiencia previa realizada a nivel mundial. Se contempla de acuerdo con los lineamientos éticos de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, octubre de 1975. 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre de 1983. 41ª Asamblea Médica Mundial Hong Kong, septiembre 1989, 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996 y la 52ª Asamblea General Edimburgo, Escocia, octubre 2000. Nota de Clarificación del Párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002. Nota de Clarificación del Párrafo 30, agregada por la Asamblea General de la AMM, Corea 2008 y a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en sus artículos 100 y 101.

Nivel de riesgo

De acuerdo con lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en su ARTÍCULO 17 donde se refiere que se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. El presente protocolo se clasifica como categoría I (sin riesgo), que son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Confidencialidad

En relación a la confidencialidad el presente protocolo se apega a la ley federal de protección de datos personales en posesión de los particulares; publicada el 5 de julio 2010 en el diario oficial de la federación, capítulo I, artículo 3 y sección VIII, en

sus disposiciones generales de la protección de datos para brindar la seguridad que no se identificara el sujeto, y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada a su privacidad siendo nosotros como investigadores nos comprometemos a resguardar a la información recabada y a que esta no será difundida sin consentimiento previo del paciente y/o tutor en caso necesario.

Una vez aprobada el proyecto de investigación por el comité local de investigación, se obtendrá la autorización para la inclusión de pacientes.

El estudio será realizado por profesionales de la salud, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad de los Médicos residentes, bajo la responsabilidad de la institución que cuenta con los recursos humanos y materiales necesarios para que garanticen su bienestar.

Balance riesgo beneficio

La presente investigación al ser un estudio prospectivo, no implica riesgo para los pacientes, los beneficios indirectos serán que al conocer la satisfacción de los pacientes a los protocolos de anestesia en colecistectomía laparoscópica, podremos implementar protocolos terapéuticos específicos, así como la generación de nuevo conocimiento médico para ofrecer atención medica actualizada y sistematizada.

Prevaleciendo siempre el criterio de respeto a la dignidad, confidencialidad y protección de sus derechos y datos personales.

Declaración de conflicto de interés

Los investigadores declaramos no presentar conflicto de intereses.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis estadístico detallado de los datos recopilados. Se realizó un análisis estadístico descriptivo. Se aplicaron pruebas de normalidad para verificar la distribución de los datos. Para variables continuas, se utilizarán medidas de tendencia central (media, mediana) y de dispersión (desviación estándar, rango intercuartílico). Se establecerá una significancia estadística con valores de $p < 0.05$

Se utilizó el paquete estadístico SPSS v.26 y RStudio version 4.2.0 para el procesamiento de los datos.

Para la visualización y representación de los datos se utilizaron tablas y gráficos (de barras apiladas y esquivadas y sunburst).

Resultados

En este estudio participaron 50 pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica en el Hospital General del ISSSTE Pachuca “Dra. Columba Rivera Osorio”. La muestra estuvo compuesta en su mayoría por mujeres, con un total de 46 pacientes (92%), mientras que solo 4 pacientes fueron hombres (8%) (Tabla 1). La edad mediana de los participantes fue de 54 años, con un rango intercuartílico (IQR) de 23 años.

Tabla 1. Características de la muestra

Variable	N = 50
Sexo	
Hombre	4 / 50 (8.0%)
Mujer	46 / 50 (92%)
Edad	54 (23)

¹n / N (%); Median (IQR)

En cuanto a las indicaciones para la cirugía, el diagnóstico de colecistitis estuvo presente en 34 pacientes (68%), mientras que 16 pacientes (32%) fueron intervenidos por colelitiasis (Tabla 2). La mayoría de los pacientes (78%) recibieron anestesia general balanceada (AGB), 10% recibieron AGB más bloqueo, y el 12% restante fue sometido a bloqueo mixto con sedación (Tabla 2).

Tabla 2. Características quirúrgicas

Variable	N = 50
Indicación	
Colecistitis	34 / 50 (68%)
Colelitiasis	16 / 50 (32%)
Número de cirugías previas	1.00 (1.00)

Variable	N = 50
Tipo de anestesia	
AGB	39 / 50 (78%)
AGB mas Bloqueo	5 / 50 (10%)
Bloqueo mixto	6 / 50 (12%)

¹n / N (%); Median (IQR)

La satisfacción del paciente, medida a través de la escala ISAS a las 4, 12 y 24 horas postoperatorias, mostró valores consistentemente altos. La mediana del puntaje ISAS a las 4 horas fue de 2.82 (IQR: 0.27), incrementándose ligeramente a 3.00 (IQR: 0.09) a las 12 horas y manteniéndose en 3.00 (IQR: 0.00) a las 24 horas (Tabla 3). Estos resultados indican un nivel de satisfacción elevado en todos los puntos de tiempo evaluados, con una estabilidad en la percepción del paciente conforme avanzaba el tiempo postoperatorio. La comparación entre las diferentes modalidades anestésicas mostró que no hubo diferencias significativas entre las tres modalidades respecto a los puntajes de satisfacción, apoyando la hipótesis nula de que no existen diferencias entre las modalidades anestésicas en términos de satisfacción del paciente.

El dolor postoperatorio, evaluado mediante la Escala Visual Análoga (EVA), mostró una reducción progresiva en el tiempo. A las 4 horas, la mediana del dolor fue de 2.00 (IQR: 3.00), mientras que a las 12 horas se mantuvo en 2.00 (IQR: 2.75), y a las 24 horas disminuyó a 0.00 (IQR: 2.00) (Tabla 3). Esto sugiere un control efectivo del dolor en los pacientes, con una disminución marcada a partir de las primeras 12 horas postoperatorias.

Al explorar la correlación entre los puntajes de satisfacción (ISAS) y el dolor percibido (EVA), se identificaron correlaciones negativas moderadas, especialmente a las 4 horas ($r = -0.405$, $p < 0.05$) y 12 horas ($r = -0.318$, $p < 0.05$). Estas correlaciones indican que, a menor percepción de dolor, mayor es la satisfacción

del paciente con la anestesia, lo que subraya la importancia del control adecuado del dolor postoperatorio para optimizar la experiencia del paciente.

Tabla 3. Satisfacción y Percepción del dolor a las 4, 12 y 24 hs

Variable	N = 50
ISAS 4 hs	2.82 (0.27)
ISAS 12 hs	3.00 (0.09)
ISAS 24 hs	3.00 (0.00)
Dolor 4hs	2.00 (3.00)
Dolor 12hs	2.00 (2.75)
Dolor 24hs	0.00 (2.00)

¹n / N (%); Median (IQR)

Mapa de calor de la correlación de Spearman entre las puntuaciones de ISAS y EVA

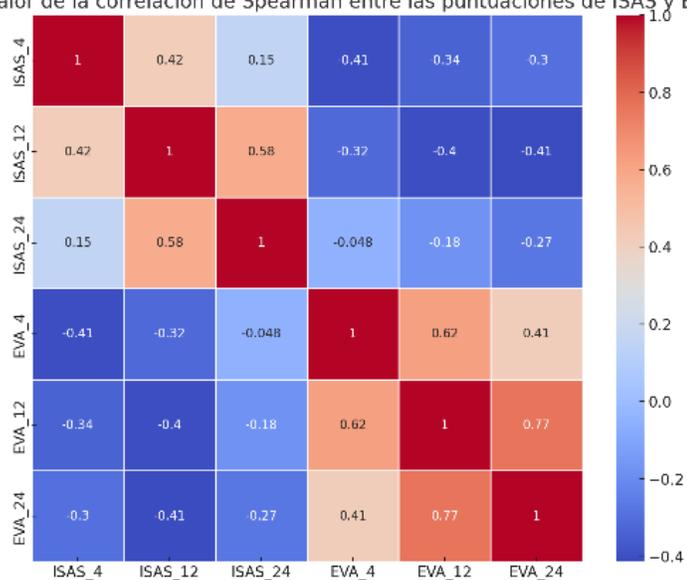


Figura 1. Mapa de calor de la correlación entre puntuaciones de ISAS y EVA en las diferentes marcas temporales.

Abreviaturas: ISAS: Iowa Satisfaction with Anesthesia Scale; EVA: Escala Visual Análoga de Dolor; _4: evaluación a las 4 hs; _12: evaluación a las 12 hs; _24: evaluación a las 24 hs.

En cuanto a las complicaciones postoperatorias, ninguno de los pacientes reportó complicaciones dentro del periodo de observación (Tabla 4). Esta ausencia de complicaciones sugiere que los procedimientos anestésicos utilizados, independientemente de la modalidad, fueron seguros y efectivos. Asimismo, la estancia hospitalaria fue uniforme para todos los pacientes, con una mediana de 1 día (IQR: 0), lo que coincide con las recomendaciones para este tipo de procedimientos mínimamente invasivos, en los cuales se espera una recuperación rápida.

Tabla 4. Características postirúrgicas

Variable	N = 50
Complicaciones	
Ninguna	50 / 50 (100%)
Días de hospitalización	1.0000 (0.0000)

¹n / N (%); Median (IQR)

Al comparar los diferentes tipos de anestesia, no se encontraron diferencias significativas en los puntajes de satisfacción a las 4, 12 o 24 horas entre los grupos de anestesia general balanceada, anestesia general balanceada con bloqueo epidural, y bloqueo mixto con sedación. Todos los grupos reportaron niveles altos de satisfacción con medianas de 3.00 a las 12 y 24 horas. De igual forma, no se observaron diferencias relevantes en la percepción del dolor ni en las complicaciones postoperatorias o la estancia hospitalaria entre los grupos.

Estos hallazgos sugieren que las tres modalidades anestésicas ofrecen un control del dolor y una satisfacción comparables, respaldando la hipótesis nula de que no existen diferencias en la satisfacción del paciente en relación con la modalidad anestésica utilizada.

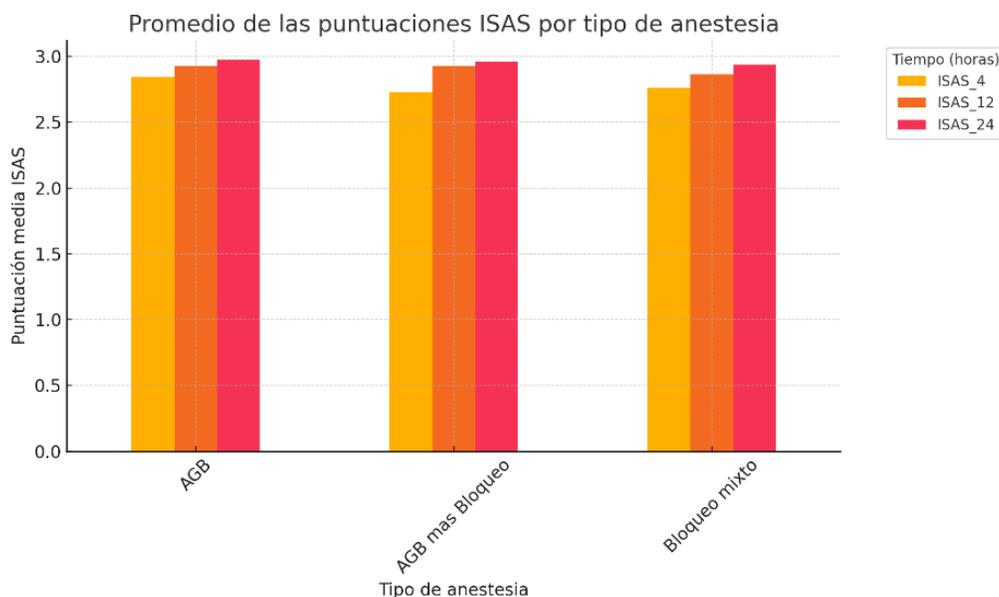


Figura 2. Gráfico de barras de la puntuación media de ISAS en las 3 marcas temporales según el tipo de anestesia.
Abreviaturas: ISAS: Iowa Satisfaction with Anesthesia Scale; _4: evaluación a las 4 hs; _12: evaluación a las 12 hs; _24: evaluación a las 24 hs.

Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar la satisfacción del paciente con la anestesia utilizada durante la colecistectomía laparoscópica en el Hospital General del ISSSTE Pachuca "Dra. Columba Rivera Osorio", tomando en cuenta diversas modalidades anestésicas y su impacto en la experiencia del paciente. Se evaluaron diversas modalidades anestésicas para determinar su impacto en la experiencia postoperatoria de los pacientes, considerando factores como la percepción de dolor y la seguridad del procedimiento. Los resultados permiten hacer una comparación entre las diferentes técnicas anestésicas empleadas, evaluando su efectividad en términos de satisfacción, control del dolor y complicaciones postoperatorias.

En cuanto a las características clínicas y demográficas de la muestra, los 50 pacientes incluidos en el estudio reflejan una predominancia de mujeres (92%) con una mediana de edad de 54 años. Esta distribución es consistente con lo reportado en la literatura sobre los factores de riesgo de enfermedades biliares en mujeres que son más comunes en este grupo debido a factores hormonales y de envejecimiento (24). Estos resultados también reafirman la importancia de considerar las características demográficas en el diseño de intervenciones

quirúrgicas y anestésicas, dado que permiten planificar estrategias adaptadas a la población que más frecuentemente requiere este tipo de procedimientos.

Respecto a la percepción de dolor postoperatorio y la satisfacción después de la cirugía a las 4, 12 y 24 horas, los puntajes en la Escala Visual Análoga (EVA) mostraron una disminución progresiva del dolor, con una mediana de 2.00 a las 4 y 12 horas, y de 0.00 a las 24 horas. Este control efectivo del dolor se reflejó también en los puntajes elevados de satisfacción en la escala ISAS, que se mantuvieron en niveles altos (medianas de 2.82 a 4 horas y 3.00 a las 12 y 24 horas). Los resultados destacan una correlación negativa moderada entre la satisfacción y el dolor percibido a las 4 y 12 horas ($r = -0.405$ y $r = -0.318$, respectivamente), lo que subraya la importancia de un manejo adecuado del dolor para optimizar la experiencia del paciente.

Estos resultados pueden deberse a varios factores como que la colecistectomía laparoscópica, al ser una técnica quirúrgica mínimamente invasiva, provoca menos traumatismo tisular en comparación con la cirugía abierta tradicional. Las incisiones pequeñas (generalmente entre 5 y 10 mm) utilizadas para introducir los instrumentos quirúrgicos y el laparoscopio generan menos daño en los tejidos, lo que se traduce en menos inflamación y, por ende, menor dolor postoperatorio. Además, la preservación de la integridad de la musculatura abdominal, una de las principales causas de dolor en cirugías abiertas, contribuye a una recuperación más rápida y menos dolorosa. Esto explica por qué los puntajes de dolor son relativamente bajos desde las primeras 4 horas postoperatorias y siguen disminuyendo hasta desaparecer a las 24 horas. (25)

El uso de estrategias anestésicas multimodales, como la anestesia general balanceada con o sin bloqueo epidural, o el bloqueo mixto con sedación, es crucial para controlar el dolor en los pacientes sometidos a cirugía laparoscópica. Estas técnicas permiten un control adecuado del dolor durante y después de la cirugía, evitando picos de dolor postoperatorio temprano, que suelen ser los más intensos. Los medicamentos utilizados en estas técnicas, como los opioides, los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y los anestésicos locales en los bloqueos,

permiten un alivio continuo del dolor al bloquear las vías nerviosas responsables de la transmisión del dolor desde la zona quirúrgica. Esto contribuye a los bajos niveles de dolor observados en las primeras horas postoperatorias y su progresiva desaparición a las 24 horas. (26)

La correlación negativa moderada entre la satisfacción y el dolor percibido indica que cuanto menor es el dolor percibido, mayor es la satisfacción del paciente con la anestesia y la cirugía. Esto subraya la importancia de un manejo eficaz del dolor para optimizar la experiencia postoperatoria del paciente. La satisfacción del paciente se asocia directamente con la percepción de haber recibido un tratamiento que les permitió minimizar el malestar. En este sentido, los bajos niveles de dolor no solo mejoran la recuperación física, sino que también influyen en el bienestar psicológico del paciente, aumentando la percepción positiva de la cirugía y de la atención médica en general. A medida que el dolor disminuye y los pacientes logran recuperar su movilidad y funcionalidad, su experiencia global mejora. La colecistectomía laparoscópica permite una recuperación más rápida en comparación con otros procedimientos quirúrgicos. Este factor, junto con un adecuado manejo del dolor, favorece que los pacientes experimenten un alivio significativo del malestar y, por tanto, reporten altos niveles de satisfacción. El control efectivo del dolor también reduce la necesidad de analgésicos adicionales, lo que minimiza el riesgo de efectos secundarios asociados con el uso prolongado de opioides u otros fármacos, favoreciendo una recuperación libre de complicaciones adicionales.

En relación con las diferentes modalidades anestésicas, el estudio no mostró diferencias significativas en los niveles de satisfacción entre los pacientes que recibieron anestesia general balanceada (AGB), anestesia general balanceada con bloqueo epidural, o bloqueo mixto con sedación. La satisfacción mantuvo valores elevados y estables a lo largo de las 24 horas postoperatorias, indicando que los pacientes en general tuvieron una experiencia satisfactoria independientemente de la modalidad anestésica empleada.

Estos hallazgos apoyan la hipótesis nula, ya que no se observaron diferencias en la satisfacción del paciente con base en el tipo de anestesia utilizada. Este resultado es relevante porque permite inferir que cualquiera de estas modalidades puede ser utilizada sin afectar negativamente la experiencia del paciente, lo que proporciona flexibilidad en la elección del protocolo anestésico de acuerdo con las condiciones específicas del paciente y las preferencias del equipo quirúrgico. Las tres modalidades anestésicas (AGB, AGB con bloqueo epidural y bloqueo mixto con sedación) mostraron una eficacia comparable en el control del dolor, proporcionando un alivio adecuado tanto intra como postoperatorio, lo que facilitó una experiencia positiva para los pacientes sin diferencias significativas en satisfacción. Además, la naturaleza mínimamente invasiva de la colecistectomía laparoscópica, que provoca menor traumatismo tisular, reduce el dolor y acelera la recuperación, lo que minimiza el impacto de la modalidad anestésica en la satisfacción. Los protocolos de atención postoperatoria estandarizados, como la analgesia complementaria y el manejo adecuado del dolor, también contribuyeron a que no hubiera diferencias notables entre las modalidades anestésicas. La satisfacción de los pacientes está influenciada por múltiples factores, como la calidad de la atención recibida y la relación con el personal médico, diluyendo el papel de la modalidad anestésica en su evaluación. Además, las preferencias y expectativas de los pacientes suelen estar enfocadas en resultados básicos, como la ausencia de dolor severo, lo que los lleva a percibir las diferentes modalidades anestésicas como equivalentes (27). La percepción de seguridad y eficiencia de estas técnicas ya que se sabe que la ansiedad se relacione con una menor satisfacción con la anestesia (28), junto con un posible sesgo de respuesta, debido a la experiencia homogénea en el hospital, pudo haber influido en las respuestas positivas y similares de los pacientes.

En cuanto a las complicaciones postoperatorias y los días de estancia hospitalaria, no se reportaron complicaciones en ninguno de los pacientes, y la estancia hospitalaria fue uniforme, con una mediana de 1 día para todos los casos. Estos hallazgos confirman que las técnicas anestésicas empleadas no solo fueron eficaces en términos de satisfacción y control del dolor, sino también seguras,

permitiendo una rápida recuperación y minimizando el tiempo de hospitalización, en línea con las recomendaciones actuales para este tipo de procedimientos mínimamente invasivos.

Este estudio demuestra que la satisfacción del paciente con las diferentes modalidades anestésicas utilizadas durante la colecistectomía laparoscópica es alta y comparable, lo que apoya la hipótesis nula planteada. No hubo diferencias significativas en satisfacción entre los pacientes que recibieron anestesia general balanceada (AGB), AGB con bloqueo epidural o bloqueo mixto con sedación, lo que proporciona flexibilidad en la elección del protocolo anestésico según las necesidades del paciente. El control del dolor eficaz durante y después de la cirugía, junto con la naturaleza mínimamente invasiva del procedimiento, permitió una recuperación rápida y un malestar postoperatorio reducido. Los protocolos de atención estandarizados con estrategias de analgesia multimodal también contribuyeron a la satisfacción del paciente, mejorando tanto la recuperación física como el bienestar psicológico, y reduciendo la necesidad de analgésicos adicionales y el riesgo de efectos secundarios. Esto favoreció una experiencia global positiva y una percepción de seguridad y eficiencia del tratamiento.

Este trabajo presenta varias limitaciones que deben ser consideradas al interpretar los resultados. En primer lugar, el tamaño de la muestra es relativamente pequeño, lo que podría limitar la generalización de los hallazgos y la detección de diferencias sutiles entre las modalidades anestésicas. Además, el diseño observacional y descriptivo del estudio impide establecer relaciones causales entre la anestesia y la satisfacción del paciente. La ausencia de un grupo control también limita las comparaciones directas, y la subjetividad en la medición de la satisfacción puede estar influenciada por factores externos no controlados, como las interacciones con el equipo médico o las expectativas previas de los pacientes. Otro aspecto relevante es que el estudio evaluó la satisfacción solo en las primeras 24 horas postoperatorias, dejando fuera el seguimiento a largo plazo que podría ofrecer una visión más completa de la recuperación. Finalmente, el sesgo de deseabilidad social puede haber influido en las respuestas de los pacientes, quienes podrían haber

reportado niveles de satisfacción más altos de lo real por el deseo de complacer al equipo médico.

Como conclusión, el estudio confirma que el tipo de anestesia utilizada tiene un impacto limitado en la satisfacción del paciente, lo que permite al equipo médico adaptar las opciones anestésicas según las características individuales del paciente sin comprometer la calidad de la experiencia quirúrgica. La ausencia de complicaciones postoperatorias y la corta estancia hospitalaria refuerzan la seguridad y eficacia de las modalidades anestésicas evaluadas en este contexto clínico. Esto refuerza la validez de los protocolos anestésicos utilizados en el Hospital General del ISSSTE Pachuca y subraya la importancia de mantener un control adecuado del dolor postoperatorio como un componente clave para mejorar la satisfacción del paciente.

Conclusiones

En conclusión, la satisfacción del paciente con la anestesia utilizada durante la colecistectomía laparoscópica fue alta y estable en todos los puntos de evaluación postoperatorios. El control del dolor fue efectivo, con una reducción significativa del dolor a las 24 horas. No se presentaron complicaciones postoperatorias y la estancia hospitalaria fue breve. No se encontraron diferencias significativas entre las modalidades anestésicas en cuanto a la satisfacción del paciente, el control del dolor o las complicaciones postoperatorias, lo que sugiere que las diferentes técnicas anestésicas empleadas son igualmente seguras y satisfactorias para los pacientes.

Referencias

1. Litynski GS. Erich Muhe and the rejection of laparoscopic cholecystectomy (1985): a surgeon ahead of his time. *JLS*. 1998;2(4):341-6.
2. Kapoor T, Wrenn SM, Callas PW, Abu-Jaish W. Cost Analysis and Supply Utilization of Laparoscopic Cholecystectomy. *Minim Invasive Surg*. 2018;2018:7838103.
3. Kim SS, Donahue TR. Laparoscopic Cholecystectomy. *JAMA*. 2018;319(17):1834.
4. Gadacz TR, Talamini MA. Traditional versus laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg*. 1991;161(3):336-8.
5. Macintyre IM, Wilson RG. Laparoscopic cholecystectomy. *Br J Surg*. 1993;80(5):552-9.
6. Schreuder AM, Busch OR, Besselink MG, Ignatavicius P, Gulbinas A, Barauskas G, et al. Long-Term Impact of Iatrogenic Bile Duct Injury. *Dig Surg*. 2020;37(1):10-21.
7. Chinnery GE, Krige JE, Bornman PC, Bernon MM, Al-Harethi S, Hofmeyr S, et al. Endoscopic management of bile leaks after laparoscopic cholecystectomy. *S Afr J Surg*. 2013;51(4):116-21.
8. Strasberg SM. Tokyo Guidelines for the Diagnosis of Acute Cholecystitis. *J Am Coll Surg*. 2018;227(6):624.
9. Robinson DH, Toledo AH. Historical development of modern anesthesia. *J Invest Surg*. 2012;25(3):141-9.
10. Chandra R, Misra G, Datta G. Thoracic Spinal Anesthesia for Laparoscopic Cholecystectomy: An Observational Feasibility Study. *Cureus*. 2023;15(3):e36617.
11. Naunheim MR, Woo P. Topical anesthetic techniques in office-based laryngeal surgery: A comparison of patient preferences. *Laryngoscope*. 2020;130(1):166-70.
12. Le May S, Hardy JF, Taillefer MC, Dupuis G. Patient satisfaction with anesthesia services. *Can J Anaesth*. 2001;48(2):153-61.
13. Fung D, Cohen MM. Measuring patient satisfaction with anesthesia care: a review of current methodology. *Anesth Analg*. 1998;87(5):1089-98.
14. Falco D, Rutledge DN, Elisha S. Patient Satisfaction With Anesthesia Care: What Do We Know? *AANA J*. 2017;85(4):286-92.
15. Capuzzo M, Alvisi R. Is it possible to measure and improve patient satisfaction with anesthesia? *Anesthesiol Clin*. 2008;26(4):613-26, v.
16. Moritz NMP, Moritz JE, Parma GOC, Dexter F, Traebert J. Cross-cultural adaptation and validation of the Iowa Satisfaction with Anesthesia Scale for use in Brazil: a cross-sectional study. *Braz J Anesthesiol*. 2023.
17. Orkin FK, Cohen MM, Duncan PG. The quest for meaningful outcomes. *Anesthesiology*. 1993;78(3):417-22.
18. Barnett SF, Alagar RK, Grocott MP, Giannaris S, Dick JR, Moonesinghe SR. Patient-satisfaction measures in anesthesia: qualitative systematic review. *Anesthesiology*. 2013;119(2):452-78.
19. Dexter F, Aker J, Wright WA. Development of a measure of patient satisfaction with monitored anesthesia care: the Iowa Satisfaction with Anesthesia Scale. *Anesthesiology*. 1997;87(4):865-73.

20. Jiménez García LF, Capera ADR. Validation to Spanish of the Iowa Satisfaction with Anesthesia Scale (ISAS) for monitored anesthesia care in ophthalmic surgery. *Colombian Journal of Anesthesiology*. 2014;42(4):272-80.
21. Rocher-Hernández DJ, Luna-Rivera EM. Percepción del paciente ante el acto anestésico: desarrollo de una encuesta breve en español para medir satisfacción. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 2021;44(4):263-71.
22. Sobot Novakovic S, Cuk S, Svraka D, Milosevic D. Patient Satisfaction With General Anesthesia Compared to Spinal Anesthesia for Cesarean Section: A Multicenter Observational Study. *Cureus*. 2023;15(7):e42666.
23. Huskisson EC. Measurement of pain. *Lancet*. 1974;2(7889):1127-31.
24. Hung SC, Liao KF, Lai SW, Li CI, Chen WC. Risk factors associated with symptomatic cholelithiasis in Taiwan: a population-based study. *BMC Gastroenterol*. 2011;11:111.
25. Jiang B, Ye S. Pharmacotherapeutic pain management in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy: A review. *Adv Clin Exp Med*. 2022;31(11):1275-88.
26. White PF, Kehlet H. Improving postoperative pain management: what are the unresolved issues? *Anesthesiology*. 2010;112(1):220-5.
27. Willingham MD, Vila MR, Ben Abdallah A, Avidan MS, Haroutounian S. Factors Contributing to Lingering Pain after Surgery: The Role of Patient Expectations. *Anesthesiology*. 2021;134(6):915-24.
28. Giusti EM, Lacerenza M, Manzoni GM, Castelnuovo G. Psychological and psychosocial predictors of chronic postsurgical pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain*. 2021;162(1):10-30.

Anexo A. Formato de consentimiento informado (FCI)

Formato de Consentimiento Informado para Participar en la Investigación

1. Datos Generales:

Investigador principal:

Teléfono:

Correo electrónico:

Título del proyecto: **EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON LA ANESTESIA UTILIZADA DURANTE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE PACHUCA "DRA. COLUMBA RIVERA OSORIO"**.

2. Naturaleza y Finalidad del Estudio:

Este estudio tiene como objetivo evaluar la satisfacción de los pacientes con la anestesia general durante la colecistectomía laparoscópica en el Hospital General del ISSSTE Pachuca. La información recopilada se utilizará para mejorar la calidad de la atención médica y el manejo del dolor en futuros procedimientos quirúrgicos.

3. Procedimiento del Estudio:

Consistirá en completar una serie de cuestionario sobre la experiencia con la anestesia a las 4, 12 y 24 horas después de terminada la cirugía. No se requerirá ninguna acción adicional por parte del participante más allá de proporcionar respuestas honestas y precisas.

4. Posibles Beneficios:

Los resultados de este estudio pueden contribuir a mejorar la atención médica y la experiencia del paciente durante la cirugía, así como a identificar áreas de mejora en el manejo del dolor y la anestesia.

5. Posibles Riesgos e Incomodidades:

No se anticipan riesgos significativos para los participantes en este estudio, ya que simplemente se les pedirá que compartan su experiencia y opinión sobre la anestesia resolviendo una serie de preguntas.

6. Confidencialidad de Datos:

Toda la información recopilada en este estudio se mantendrá confidencial y solo se utilizará con fines de investigación. Los datos se almacenarán de forma segura y solo se compartirán de manera anónima en informes y publicaciones científicas.

7. Compensación:

No se proporcionará compensación financiera por participar en este estudio.

8. Terminación del Estudio:

El participante tiene el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento y sin penalización alguna. La decisión de retirarse no afectará de ninguna manera su atención médica futura.

9. Contacto para Información Adicional:

Para obtener más información sobre este estudio, puede comunicarse con la DRA. IDANELY ANABEL MERA SANCHEZ en el número: 773 171 4428

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, he leído la información que se me ha dado para decidir participar en este estudio y declaro lo siguiente:

- I. He recibido información clara y por escrito y entiendo el propósito del presente estudio con los potenciales riesgos y beneficios que conlleva participar en él.
- II. Este documento describe el propósito y naturaleza de la investigación en la que se me ha invitado a participar.
- III. Tuve tiempo suficiente para revisar esta información.
- IV. Si decido retirarme del estudio no perderé ninguno de mis derechos legales.
- V. Mi participación en este estudio es completamente voluntaria.
- VI. Se me ha entregado una copia de este formato de consentimiento.

Al firmar este consentimiento, voluntariamente consiento y me ofrezco para participar en este estudio. Doy mi permiso para usar mi información para los fines que este documento describe.

Nombre del participante	Firma del participante	Fecha completa (dd-mmm-aaaa)
Nombre del Representante Legalmente Autorizado y/o Familiar Responsable del Participante (si aplica)	Firma del Representante Legalmente Autorizado (si aplica)	Fecha completa (dd-mmm-aaaa)

Al firmar a continuación, confirmo que he revisado la información de este formato junto con el participante.

Nombre de la Persona que Condujo el Proceso de Consentimiento	Firma de la Persona que Condujo el Proceso de Consentimiento	Fecha completa (dd-mmm-aaaa)
--	---	-------------------------------------

Nombre del Testigo #1	Firma del Testigo #1	Fecha completa (dd-mmm-aaaa)
------------------------------	-----------------------------	-------------------------------------

Dirección	Relación con el participante
------------------	-------------------------------------

Nombre del Testigo #2	Firma del Testigo #2	Fecha completa (dd-mmm-aaaa)
------------------------------	-----------------------------	-------------------------------------

Dirección	Relación con el participante
------------------	-------------------------------------

Anexo B: Escala Iowa de Satisfacción con la Anestesia (ISAS)

Escala Iowa de Satisfacción con la Anestesia (ISAS)						
	En total desacuerdo	En moderado desacuerdo	En leve desacuerdo	En leve acuerdo	En moderado acuerdo	En total acuerdo
Vomitó o tuvo ganas de vomitar						
Me gustaría recibir la misma anestesia otra vez						
Sentí comezón						
Me sentí relajado/tranquilo						
Sentí dolor						
Me sentí seguro o confiado						
Tuve mucho frío o calor						
Quedé contento con mi cuidado anestésico						
Sentí dolor durante la cirugía						
Me sentí bien						
Me sentí lastimado						

Instrucciones:

Cada afirmación o declaración que usted encontrara en este documento describe lo que usted pudo haber sentido durante su anestesia. Para cada afirmación por favor marque la opción que mejor describa como se sintió usted. Si la sensación expresada no describe como usted se sintió marque una opción de desacuerdo. Por el contrario, si la sensación expresada describe como usted se sintió, marque una

opción de aceptación. No hay respuestas correctas o incorrectas. Marque solo una posibilidad para cada afirmación. Hágalo marcando una “X” al lado de la línea que mejor exprese lo que usted sintió. Nadie debe ayudarle a llenar la encuesta. Usted mismo debe leerla. Por favor tómese su tiempo queremos que sus respuestas sean lo más precisas posibles.

Anexo C: Escala Visual Análoga (EVA) de Dolor

Escala Visual Análoga (EVA)

A continuación, se presenta una línea horizontal en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas del dolor. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Marque en la línea, con una **X**, el punto que indique la intensidad del dolor que siente.



Anexo D: Hoja de recolección de datos

Investigador Principal:			
Tesista:			
Número de aprobación del protocolo:			
ID del paciente asignado para el protocolo		Fecha de llenado:	__/__/__
Variable	Clave de llenado	Valor	Observaciones
Sexo	1.Femenino 2.Masculino		
Edad	Años cumplidos		
Indicación de la cirugía	1.Colelitiasis sintomática 2.Colecistitis 3.Discinesia biliar 4.Tumor o pólipos biliares		
No. de Cirugías Previas	Cantidad numérica de cirugías previas		
Modalidad de anestesia	1.Anestesia General Balanceada. 2.Anestesia General Balanceada con bloqueo epidural 3.Bloqueo mixto con sedación.		
Satisfacción con la anestesia a las 4 hs	Puntaje en escala ISAS		
Satisfacción con la anestesia a las 12 hs	Puntaje en escala ISAS		
Satisfacción con la anestesia a las 24 hs	Puntaje en escala ISAS		
Puntuación de Escala Visual Análoga	Puntos (0-10)		

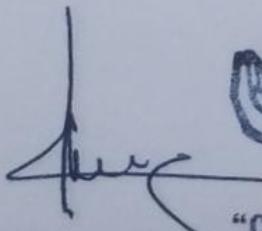
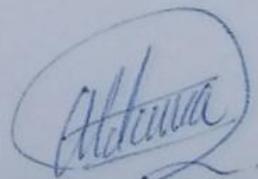
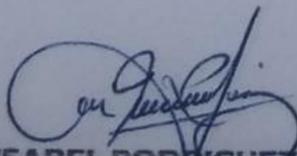
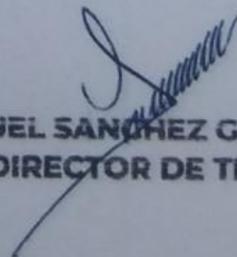
Complicaciones postquirúrgicas	1.Sangrado 2.Infección/Sepsis 3.Perforación 4.Muerte		
Días de estancia hospitalaria	Días		

OFICIO No. HGCRO/CEI/01170/2024

Pachuca, Hidalgo a 23 de Octubre 2024

Asunto: AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE PROYECTO**DRA. IDANELY ANABEL MERA SANCHEZ
PRESENTE**

Por medio de la presente, me permito informarle que, tras la revisión del proyecto de investigación titulado "EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON LA ANESTESIA UTILIZADA DURANTE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE PACHUCA" DRA. COLUMBA RIVERA OSORIO", correspondiente a su trabajo terminal del programa de la especialidad en Anestesiología de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, se ha verificado que el mismo cumple con los requisitos establecidos por el Comité de Investigación. En virtud de lo anterior, se autoriza la impresión del proyecto.

**ISSSTE**INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO**HOSPITAL GENERAL
"COLUMBA RIVERA OSORIO"****COORDINACIÓN DE
ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN****M.C. ESP. Y SUB. JOSÉ ROBERTO HERNÁNDEZ
MÉDICO ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
DIRECTOR DEL HOSPITAL****M.C. ESP. ROSALBA ALDANA OCAMPO
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN
ANESTESIOLOGÍA****M.C. ESP. MA ISABEL RODRIGUEZ GONZALEZ
DIRECTOR DE TESIS****DR. MANUEL SANCHEZ GUTIERREZ
CODIRECTOR DE TESIS**



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



**NUEVO
ISSSTE**
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES
DEL ESTADO
HOSPITAL GENERAL "DRA. COLUMBA RIVERA OSORIO"
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN**

DICTAMEN DE APROBACIÓN

Pachuca, Hidalgo a 17 de Octubre 2024.

**C. MERA SANCHEZ IDANELY ANABEL
PRESENTE**

Por medio del presente se notifica que el protocolo de investigación titulado:

**"EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON LA ANESTESIA
UTILIZADA DURANTE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL
HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE PACHUCA" DRA. COLUMBA RIVERA
OSORIO"**

Se sometió a consideración para evaluación de este comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la metodología científica y los requerimientos de ética y de investigación.

Por lo que se establece el dictamen de **APROBADO**.

NUMERO DE REGISTRO INSTITUCIONAL: **CI-011-24**

Sin más por el momento.

ATENTAMENTE

**DR. OCIEL RODRÍGUEZ JUÁREZ
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN**



ISSSTE

INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

**HOSPITAL GENERAL
"DRA. COLUMBA RIVERA OSORIO"
COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACIÓN
COMITE DE INVESTIGACIÓN**



2024
**Felipe Carrillo
PUERTO**
GOBIERNO DEL ESTADO DE PUEBLA
DESARROLLO Y PROGRESO