



**Universidad Autónoma de Querétaro**  
Facultad de Medicina  
División de Estudios de Posgrado  
Curso de Especialización en Anestesiología

«EVALUACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN ANESTÉSICA  
EN PACIENTES SOMETIDOS A ANESTESIA GENERAL  
EN COLECISTECTOMÍAS ABIERTAS EN EL HGR 2 “EL MARQUÉS”»

## TESIS

Para obtener el título de Especialista en  
**ANESTESIOLOGÍA**

Presenta:  
Méd. Gral. Socorro Martínez León

Dirigido por:  
Méd. Espec. Verónica Vázquez Pérez

Co-Director  
Méd. Espec. Iván Manzo García

Centro Universitario.  
Querétaro, Qro. Septiembre 2025

**La presente obra está bajo la licencia:**  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



**CC BY-NC-ND 4.0 DEED**

**Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional**

**Usted es libre de:**

**Compartir** — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciatario no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

**Bajo los siguientes términos:**

 **Atribución** — Usted debe dar [crédito de manera adecuada](#), brindar un enlace a la licencia, e [indicar si se han realizado cambios](#). Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciatario.

 **NoComercial** — Usted no puede hacer uso del material con [propósitos comerciales](#).

 **SinDerivadas** — Si [remezcla, transforma o crea a partir](#) del material, no podrá distribuir el material modificado.

**No hay restricciones adicionales** — No puede aplicar términos legales ni [medidas tecnológicas](#) que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

**Avisos:**

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una [excepción o limitación](#) aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como [publicidad, privacidad, o derechos morales](#) pueden limitar la forma en que utilice el material.



**Universidad Autónoma de Querétaro**  
Facultad de Medicina  
División de Estudios de Posgrado  
Curso de Especialización en Anestesiología

«EVALUACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN ANESTÉSICA  
EN PACIENTES SOMETIDOS A ANESTESIA GENERAL  
EN COLECISTECTOMÍAS ABIERTAS EN EL HGR 2 “EL MARQUÉS”»

## TESIS

Para obtener el título de Especialista en  
**ANESTESIOLOGÍA**

Presenta:  
Méd. Gral. Socorro Martínez León

Dirigido por:  
Méd. Espec. Verónica Vázquez Pérez

Co-Director  
Méd. Espec. Iván Manzo García

Med. Esp. Verónica Vázquez Pérez  
Presidente  
Med. Esp. Iván Manzo García  
Secretario  
Med. Esp. Gerardo Enrique Bañuelos Díaz  
Vocal  
Med. Esp. Alejandra Córdova Vargas  
Suplente  
M.C.E. Martha Leticia Martínez Martínez  
Suplente

Centro Universitario.  
Querétaro, Qro. Septiembre 2025

## RESUMEN

**Introducción:** La ansiedad preoperatoria es un predictor relevante de insatisfacción y trastornos del estado de ánimo posquirúrgicos. Evaluar la percepción del usuario sobre la calidad de la atención y la satisfacción anestésica permite identificar oportunidades de mejora centradas en el paciente. **Objetivo:** Evaluar el grado de satisfacción anestésica, en pacientes sometidos a anestesia general en colecistectomía abierta en el HGR 2 El Marqués. **Material y métodos:** Estudio analítico, observacional, transversal y prospectivo realizado en 73 pacientes adultos seleccionados por muestreo consecutivo. Se aplicaron los cuestionarios validados IOWA (ISAS), SERVQHOS y APAIS. Las variables incluyeron datos sociodemográficos, comorbilidades, ansiedad preoperatoria, satisfacción anestésica y calidad percibida. Se empleó estadística descriptiva y medidas de tendencia central y dispersión. El protocolo siguió los lineamientos éticos institucionales. **Resultados:** Se incluyeron 73 pacientes (76.7% mujeres), con una edad media de  $37.9 \pm 10.8$  años. El 94.5% presentó ansiedad pre-anestésica significativa, ya que la mayor parte superó ampliamente el punto de corte clínico del cuestionario APAIS, evidenciando una alta prevalencia de ansiedad en este grupo y la necesidad de intervenciones de contención emocional. En cuanto a la satisfacción anestésica, la mayoría de los pacientes se ubicó en niveles "moderadamente satisfecho" (47.9%) o "moderadamente insatisfecho" (28.8%) según la escala ISAS, mientras que solo el 11% estuvo completamente satisfecho, reflejando áreas de oportunidad en la atención perioperatoria y el acompañamiento anestésico. Con relación a la calidad hospitalaria percibida (SERVQHOS), el 58.9% consideró alta la calidad subjetiva del servicio y el 50.7% valoró de igual forma la calidad objetiva, lo que apunta a una percepción positiva general, pero señala la necesidad de fortalecer los aspectos materiales y organizativos del hospital. **Conclusiones:** Se identificó una alta prevalencia de ansiedad pre-anestésica clínica entre los pacientes, una satisfacción anestésica predominantemente moderada y una percepción hospitalaria positiva, aunque no óptima. Estos hallazgos subrayan la importancia de implementar estrategias de apoyo emocional, mejorar la comunicación prequirúrgica y optimizar la infraestructura y procesos hospitalarios para elevar la experiencia del paciente quirúrgico.

**Palabras clave:** Ansiedad preoperatoria; satisfacción anestésica; calidad de la atención hospitalaria; cirugía; anestesiología.

## SUMMARY

**Introduction:** Preoperative anxiety is a relevant predictor of postoperative dissatisfaction and mood disorders. Assessing the user's perception of healthcare quality and anesthetic satisfaction allows the identification of patient-centered improvement opportunities. **Objective:** To evaluate the degree of anesthetic satisfaction in patients undergoing open cholecystectomy under general anesthesia at HGR 2 El Marqués. **Material and Methods:** An analytical, observational, cross-sectional, and prospective study was conducted in 73 consecutively selected adult patients. Validated questionnaires were applied: IOWA Satisfaction with Anesthesia Scale (ISAS), SERVQHOS, and APAIS. Variables included sociodemographic data, comorbidities, preoperative anxiety, anesthetic satisfaction, and perceived quality. Descriptive statistics and measures of central tendency and dispersion were used. The protocol followed institutional ethical guidelines. **Results:** A total of 73 patients were included (76.7% women), with a mean age of  $37.9 \pm 10.8$  years. Significant pre-anesthetic anxiety was observed in 94.5% of patients, as most had APAIS scores well above the clinical cut-off, evidencing a high prevalence of anxiety in this group and highlighting the need for emotional support interventions. Regarding anesthetic satisfaction, most patients were classified as "moderately satisfied" (47.9%) or "moderately dissatisfied" (28.8%) according to the ISAS scale, while only 11% were completely satisfied, reflecting areas for improvement in perioperative care and anesthetic support. In relation to perceived hospital quality (SERVQHOS), 58.9% considered subjective service quality to be high and 50.7% similarly rated objective quality, indicating an overall positive perception but underscoring the need to strengthen hospital infrastructure and organization. **Conclusions:** A high prevalence of clinical pre-anesthetic anxiety was identified among patients, anesthetic satisfaction was predominantly moderate, and hospital perception was generally positive but not optimal. These findings underline the importance of implementing emotional support strategies, improving preoperative communication, and optimizing hospital infrastructure and processes to enhance the surgical patient experience.

**Keywords:** Preoperative anxiety; anesthetic satisfaction; healthcare quality; surgery; anesthesiology.

### **Dedicatorias**

A mis padres, por enseñarme el valor del esfuerzo y la dedicación, y por creer en mí incluso cuando yo dudaba.

A aquellos seres queridos que ya no están físicamente, pero cuya memoria y enseñanzas viven en cada logro de mi vida.

Rosalie, gracias por estar siempre conmigo.

### **Agradecimientos**

Agradezco profundamente a mi familia, por su apoyo constante, su paciencia y el amor que me han brindado en cada etapa de mi formación.

A mis maestros y tutores, cuya orientación y conocimientos han sido fundamentales en mi crecimiento profesional y académico. Gracias por inspirar mi vocación y por sus valiosas enseñanzas.

A mis colegas y amigos, por su acompañamiento, sus palabras de aliento y su colaboración durante este proceso.

A los pacientes, quienes renovaron mi compromiso con la calidad y la humanidad en la atención de la salud.

Finalmente, agradezco a todas las personas que de una u otra manera contribuyeron a la realización de este trabajo. Sin su apoyo y confianza, este logro no habría sido posible.

## ÍNDICE

Contenido	Página
Resumen	I
Summary	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>II. ANTECEDENTES</b>	3
<b>III. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA</b>	5
Ansiedad Preoperatoria	5
Calidad percibida de la atención hospitalaria	11
Satisfacción anestésica	14
<b>IV. HIPÓTESIS</b>	22
<b>V. OBJETIVOS</b>	23
Objetivo general	
Objetivos específicos	
<b>VI. MATERIAL Y MÉTODOS</b>	24
Tipo de investigación	24
Población de análisis	24
Muestra	25
Métodos y técnicas	30
Procesamiento de datos	33
<b>VII. RESULTADOS</b>	34
<b>VIII. DISCUSIÓN</b>	42
<b>IX. CONCLUSIÓN</b>	44
<b>X. PROPUESTAS</b>	45
<b>XI. ANEXOS</b>	48
<b>XII. BIBLIOGRAFÍA</b>	52

## ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro	Página
VII.1. Distribución por género	35
VII. 2. Índice de Masa Corporal (IMC)	35
VII. 3. Nivel de escolaridad	36
VII. 4. Comorbilidades principales	37
VII. 5. Antecedentes generales	37
VII. 6. Nivel de ansiedad pre-anestésica según el cuestionario APAIS	38
VII. 7. Calidad percibida de los servicios hospitalarios según el cuestionario SERVQHOS	38
VII. 8. Puntaje del cuestionario ISAS según el nivel de satisfacción anestésica	38

## I. INTRODUCCIÓN

La colelitiasis continúa siendo una de las patologías más frecuentes del aparato digestivo, representando un problema de salud pública a nivel mundial y una de las principales causas de intervención quirúrgica en los servicios de cirugía general. La colecistectomía, ya sea por vía laparoscópica o abierta, constituye el tratamiento definitivo más aceptado para esta enfermedad. En los pacientes sometidos a colecistectomía abierta, el empleo de anestesia general sigue siendo una práctica estándar para garantizar condiciones quirúrgicas adecuadas y un control efectivo del dolor intraoperatorio. (1,2)

El acto anestésico no se limita únicamente a la inducción y mantenimiento de la inconsciencia y la analgesia, sino que también implica la seguridad del paciente, la prevención de complicaciones y el acompañamiento durante las fases perioperatorias. En este contexto, la satisfacción anestésica se ha consolidado como un parámetro fundamental para evaluar la calidad de la atención ofrecida a los pacientes. (3) Dicho concepto integra dimensiones que abarcan desde la ansiedad preoperatoria, la percepción de seguridad, la información recibida, el manejo del dolor posoperatorio y la atención del personal de salud. (4)

En las últimas décadas, la satisfacción del paciente se ha reconocido como un indicador clave en la evaluación de los servicios hospitalarios. (5,4) La literatura científica ha puesto de relieve que esta no solo refleja la percepción subjetiva de la atención recibida, sino que también se relaciona con el apego al tratamiento, la confianza en el equipo de salud y la calidad global percibida del servicio. Así, el grado de satisfacción constituye un elemento esencial dentro de los procesos de mejora continua y de gestión de la calidad sanitaria. (5, 7, 24)

En México, y en particular dentro de instituciones de referencia como el Hospital General Regional 2 “El Marqués”, la valoración del grado de satisfacción anestésica carece todavía de un instrumento estandarizado que permita obtener indicadores objetivos para retroalimentar la práctica clínica. (22) La ausencia de esta valoración limita la identificación de necesidades específicas y áreas de mejora tanto en el proceso anestésico como en la atención global del paciente

quirúrgico(23).

La presente investigación tuvo como propósito evaluar el grado de satisfacción anestésica en pacientes sometidos a colecistectomía abierta bajo anestesia general en el HGR 2 “El Marqués”. Asimismo, se buscó explorar la relación entre la ansiedad preoperatoria, la satisfacción anestésica propiamente dicha y la calidad percibida de la atención hospitalaria, integrando herramientas validadas como la escala Ámsterdam para ansiedad preanestésica (APAIS), la escala de satisfacción de Iowa y la escala SERVQHOS para calidad percibida. La generación de esta evidencia permitirá contar con una base científica que oriente estrategias de mejora en el manejo perioperatorio, fortaleciendo el enfoque centrado en el paciente y contribuyendo a elevar los estándares de calidad del servicio hospitalario.

## II. ANTECEDENTES

Diversos estudios han documentado la práctica de la colecistectomía abierta bajo anestesia general, particularmente en contextos donde la tecnología para la vía laparoscópica no está disponible o existen contraindicaciones clínicas. En México, investigaciones como la de Solís Oropeza (2024) han analizado los resultados hemodinámicos y la seguridad de técnicas anestésicas en pacientes sometidos a colecistectomía abierta, destacando que la anestesia general balanceada sigue siendo el método estándar en muchos centros hospitalarios y que la experiencia del paciente puede verse afectada según el tipo de anestesia y el manejo del dolor.

En cuanto a la satisfacción anestésica, la literatura refiere que la evaluación de este indicador sigue en desarrollo y que cada vez más centros mexicanos buscan medir de manera objetiva el grado de satisfacción del paciente tras procedimientos quirúrgicos como la colecistectomía. Por ejemplo, Gómez (2022) analizó distintas técnicas anestésicas para colecistectomía y su impacto en la recuperación y satisfacción, encontrando diferencias en dolor, complicaciones y experiencia del paciente según la modalidad empleada.

Respecto a la ansiedad preoperatoria, Carranza Dantés (2024) y otros autores han observado que la presencia de ansiedad se asocia con mayor requerimiento de analgésicos, variaciones hemodinámicas y percepción negativa de la calidad de atención. Estos estudios remarcán la necesidad de contar con herramientas psicométricas validadas para evaluar la ansiedad prequirúrgica y ajustar el manejo anestésico y las estrategias de comunicación del equipo hospitalario.

Finalmente, con relación a la calidad percibida de la atención hospitalaria, los estudios coinciden en que la evaluación sistemática de este aspecto permite identificar áreas de mejora y orientar intervenciones para incrementar la satisfacción de los pacientes sometidos a cirugía. El uso de instrumentos formalizados como la escala SERVQHOS para calidad y la ISAS para satisfacción anestésica ha sido reportado en contextos hospitalarios similares, aunque aún existe escasez de estudios dedicados exclusivamente a pacientes mexicanos que se someten a

colecistectomía abierta bajo anestesia general.

### III. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

La colecistectomía abierta (CA), la cual es un procedimiento quirúrgico que implica la extracción de la vesícula biliar, se mantiene como una opción efectiva y segura en el tratamiento de diversas enfermedades biliares (1). A pesar de los avances y las preferencias de las técnicas mínimamente invasivas sobre esta, como la colecistectomía laparoscópica (CL), la CA continúa siendo una elección relevante en ciertos escenarios clínicos. Asimismo, diversos estudios destacan las ventajas específicas asociadas con esta modalidad quirúrgica, como en los casos donde se identifica una inflamación extensa, adherencias, variaciones anatómicas, lesión de las vías biliares, cálculos retenidos en las vías biliares o una hemorragia incoercible, etc (2).

A pesar de lo anterior, la ansiedad preoperatoria (APO) es un fenómeno frecuentemente identificado en los pacientes sometidos a una evaluación preoperatoria, donde la CA no es la excepción (3).

Asimismo, la APO no solo afecta el bienestar psicológico del paciente, sino que también puede influir en la percepción de la calidad de la atención hospitalaria y en la satisfacción general del paciente con la atención anestésica (4).

#### **Definición de ansiedad preoperatoria**

La ansiedad es una condición emocional transitoria, consistente en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo, temor y elevación de la actividad del sistema nervioso autónomo. Puede ser una característica que forma parte de la personalidad del paciente (ansiedad-rasgo) o bien, ser causada por un evento importante como es el acto quirúrgico (ansiedad-estado) (5).

La ansiedad representa una condición emocional multifacética en respuesta a un conflicto intrapsíquico, que puede manifestarse como miedo o anticipación de un peligro inminente, y puede conducir a diversas manifestaciones que abarcan indicadores conductuales, emocionales, cognitivos, físicos o fisiológicos, como aumento de la frecuencia cardíaca, alteración de la respiración, temblores,

diaforesis o cambios vasomotores (6).

El período perioperatorio, con frecuencia, se considera una de las fases más inquietantes para los pacientes quirúrgicos, y la ansiedad se identifica como el aspecto más desalentador de la etapa preoperatoria.<sup>39</sup> La prevalencia de ansiedad preoperatoria es alta y conlleva consecuencias considerables sobre cómo se administra la anestesia y, en última instancia, sobre los resultados generales de los procedimientos quirúrgicos (7).

Asimismo, la cirugía, como la CA, es uno de los principales eventos traumáticos de la vida que desencadena altos niveles de ansiedad durante el período preoperatorio, y representa un desafío para la atención preoperatoria de los pacientes (8).

#### **Etiología y fisiopatología de la ansiedad preoperatoria**

La intensidad de la ansiedad preoperatoria (APO) varía según diversos factores, como los motivos y el tipo de intervención quirúrgica, el género del paciente, la interacción con el personal médico, la experiencia previa en procedimientos quirúrgicos y la sensibilidad ante situaciones estresantes. Factores como el temor a la cirugía y la anestesia, la edad, el nivel educativo, la aprensión hacia el dolor postoperatorio y el miedo a la muerte han sido identificados como indicadores significativos de la APO. No obstante, los resultados de la operación, la preocupación por el desarrollo y las posibles complicaciones posteriores a la cirugía sobresalen como las principales causas de la ansiedad preoperatoria (9). En términos de la fisiopatología, la ansiedad tiene su origen a nivel neurológico. En este sentido, los procesos metabólicos y endocrinos que ocurren durante una intervención quirúrgica pueden experimentar alteraciones debido a la presencia de ansiedad preoperatoria (10).

El comienzo de la respuesta al estrés durante la cirugía se caracteriza por la activación del sistema nervioso simpático y el incremento en la secreción de hormonas hipofisarias. Estas hormonas, a su vez, ejercen efectos sobre los órganos específicos al generar la producción de diversas hormonas secundarias que

resultan en un aumento del catabolismo, la movilización de sustratos para suministrar energía, y la retención de sal y agua para mantener el equilibrio de fluidos y la homeostasis. Estos procesos desencadenan la liberación de hormonas catabólicas, como las catecolaminas, mientras que se inhiben las hormonas anabólicas, como la insulina, conduciendo en general a un aumento en la tasa metabólica basal (11).

En cuanto a la activación del sistema nervioso simpático, esta desencadena la liberación de catecolaminas desde las células cromafines de la médula suprarrenal y de norepinefrina desde las terminales nerviosas presinápticas, como respuesta a la estimulación hipotalámica. Los impulsos generados en las terminaciones nerviosas aferentes en la zona de la lesión tisular desempeñan un papel en la mediación de la respuesta a la lesión. Los impulsos aferentes que alcanzan el tálamo facilitan la respuesta activando el sistema nervioso simpático, lo cual resulta en taquicardia e hipertensión, así como en la liberación de renina por parte de las células yuxtaglomerulares de los riñones. Esta liberación de renina conduce a la conversión de angiotensinógeno en angiotensina I y, posteriormente, en angiotensina II (12).

Durante la respuesta de estrés a una intervención quirúrgica, los factores liberadores hipotalámicos son secretados en el sistema portal hipotalámico-hipofisario, estimulando la liberación de hormonas hipofisarias anteriores. La hipófisis anterior, principalmente, libera la hormona adrenocorticotrófica (ACTH), la hormona del crecimiento (GH) y la prolactina. La ACTH estimula la secreción de cortisol por la corteza suprarrenal, generando una respuesta rápida, visibles minutos después del inicio de la intervención quirúrgica. El cortisol tiene efectos metabólicos complejos, incluida una mayor degradación de las proteínas musculares con un aumento en la disponibilidad de aminoácidos plasmáticos. Además, promueve la gluconeogénesis en el hígado e inhibe el uso de glucosa por parte de las células, resultando en un aumento de la concentración de glucosa en la sangre. También favorece la lipólisis, generando precursores gluconeogénicos a partir de la descomposición de los triglicéridos en glicerol y ácidos grasos libres (13).

### **Manifestaciones clínicas y diagnóstico de la ansiedad preoperatoria**

La APO provoca excitación nerviosa simpática, asimismo, conlleva consumo cardíaco de oxígeno y favorece la activación y agregación plaquetaria. Además, aumenta la aparición de acontecimientos adversos postoperatorios, como inestabilidad hemodinámica, uso de anestésicos, insomnio, dolor, náuseas y vómitos, disfunción neurocognitiva e incluso mortalidad a largo plazo (14,15). Pueden afectar el resultado de la cirugía y la recuperación postoperatoria y conllevar al incremento de la dosis de anestésicos y sedantes administrados el día de la intervención. Aunado a lo anterior, puede provocar problemas como náuseas, vómitos, alteraciones cardiovasculares como taquicardia e hipertensión, y aumenta el riesgo de infección (16).

A la fecha, el diagnóstico de la APO se basa escalas psicométricas, principalmente el inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI, por sus siglas en inglés), la Escala de Ansiedad e Información Preoperatoria de Ámsterdam (APAIS, por sus siglas en inglés), la Escala Visual Analógica de Ansiedad (VAS- A, por sus siglas en inglés), la Escala de Ansiedad Preoperatoria de Yale modificada (m-YAPS, por sus siglas en inglés), entre otras (14).

Sin embargo, no existe un método de referencia para evaluar la APO y deben tenerse en cuenta múltiples factores a la hora de elegir las escalas adecuadas, como su fiabilidad y exactitud, el objetivo de la evaluación, la edad y el estado clínico del paciente y el tipo de cirugía prevista. Asimismo, debido a las restricciones de tiempo durante la visita preoperatoria, la carga de trabajo del anestesiólogo o la subestimación de las preocupaciones del paciente, la APO no suele evaluarse sistemáticamente (14,17).

### **Instrumentos para evaluar la ansiedad preoperatoria**

Para estimar el grado de ansiedad se han propuesto diversos instrumentos como la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAS), la Escala Clínica de Ansiedad (CAS), el State-Trait Anxiety Inventory (STAI), el Beck Anxiety Inventory (BAI), la Escala de Goldberg, The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) y The

Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) (5,18). Los instrumentos más utilizados para la evaluación de la APO no fueron desarrollados para ese fin; sin embargo, son de utilidad para evaluar la ansiedad general y la APO. Con base en lo anterior, existen una variedad de herramientas para evaluar la APO (19).

A continuación, se describen algunas de las herramientas mayormente utilizadas:

1. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI): Este cuestionario autoinformado consta de dos escalas de valoración independientes, con 20 ítems, para medir la ansiedad rasgo y el estado actual de ansiedad. La ansiedad rasgo es una disposición de la personalidad relativamente estable, mientras que el estado de ansiedad es la situación relacionada con la ansiedad. Este último puede variar en función del estrés del momento concreto. Los pacientes tienen que valorar cada ítem, en escalas tipo Likert de cuatro puntos, considerando cómo se sienten en ese momento para la subescala de estado y la de rasgo (19).
2. Escala de ansiedad e información preoperatoria de Ámsterdam (APAIS): Fue diseñada específicamente para anestesia y evalúa el nivel de ansiedad e información en el estado preoperatorio y ha demostrado adecuada validez y confiabilidad (5,20). Este cuestionario consta de seis ítems. Es un instrumento que se utiliza para evaluar rápidamente la APO con buena relevancia clínica. Los ítems se valoran en una escala Likert de cinco puntos con los extremos «nada ansioso» (1) y «extremadamente ansioso» (5).52

Las dos primeras se relacionan con ansiedad por anestesia, la 4 y 5 con ansiedad por cirugía y la suma se considera como ansiedad preoperatoria que puede variar de 4 a 20 puntos, se consideran pacientes ansiosos quienes presentan puntajes iguales o mayores a 11. Los ítems 3 y 6 se refieren a la información de anestesia y cirugía respectivamente dando una puntuación total entre 2 y 10; los pacientes con puntajes iguales o mayores a 5 puntos requirieron información adicional. Las respuestas se evalúan con escala tipo Likert del 1 al 5; uno significa no en lo absoluto y 5 totalmente (5,20).

3. Escala Visual Análoga (VAS-A): Es una adaptación de la escala VAS para medir la ansiedad (VAS-A) y se compone de una línea horizontal de 100 mm de longitud con la indicación «sin ansiedad» a la izquierda y «peor ansiedad posible» a la derecha (21).
4. Escala de satisfacción con la anestesia de IOWA (ISAS, por sus siglas en inglés): Permite comprender mejor los resultados de la sedación desde la perspectiva de los pacientes y, por tanto, mejorar su satisfacción con la anestesia. Dexter, Aker y Wright desarrollaron esta escala en la Universidad de Iowa en 1997. Es una escala de estimación directa porque permite la extracción directa de datos cuantitativos; es unidimensional, discriminativa y con instrucciones breves. Consta de 11 ítems, todos con el mismo peso, los cuales son descritos como afirmaciones. Lo cual evita el riesgo de tendencia al encuestado a estar siempre de acuerdo con las preguntas o afirmaciones de una escala, independientemente de su contenido (22,23).

Para cada ítem se puede elegir entre seis opciones numéricas, con una puntuación de -3 a +3 (sin categorías): totalmente en desacuerdo; moderadamente en desacuerdo; levemente en desacuerdo; levemente de acuerdo; moderadamente de acuerdo y; totalmente de acuerdo. A la fecha, no se ha identificado información sobre algún estudio de validación de la escala en México; sin embargo, se cuenta con versiones validadas en español, revisados en contextos de anestesia en España y Colombia. De acuerdo con los resultados de la validación de Jiménez y Capera, en cirugías de oftalmología, reportaron una validez criterio concurrente 0.85 [intervalo de confianza (IC) del 95 % (0.79-0.89)  $r^2 = 0.72$ ], un coeficiente de correlación intraclass de 0.82 [IC del 95% (0.77-0.88)]. Asimismo, obtuvo una consistencia interna aceptable, con un alfa de Cronbach de 0.71.18

#### **Impacto de la ansiedad preoperatoria en la anestesia general**

Una de las consecuencias más importantes de la ansiedad primaria es el dolor: de hecho, el dolor, que es multifactorial y multidimensional, influye en la ansiedad. Una respuesta fuertemente negativa al dolor real o anticipado se ha

asociado con el dolor postoperatorio grave. Se ha reportado que, cuanto mayor es la APO, mayores son las necesidades de analgesia postoperatoria (19). Asimismo, se ha asociado a una mayor dosificación de anestésicos intravenosos, en la inducción y durante el mantenimiento. Además, la APO puede provocar malestar psicológico y tendencia a somatizar el dolor en el postoperatorio. La somatización está relacionada con resultados menos favorables posterior a la cirugía (19).

#### **Definición de calidad percibida de la atención hospitalaria**

La calidad de los servicios de salud se define como aquellos servicios prestados al usuario de forma accesible y equitativa, en las mejores condiciones científicas, profesionales e institucionales para satisfacer y promover la adherencia del usuario (24).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Instituto de Medicina (IOM, por sus siglas en inglés), la calidad de la atención en salud la definen como el grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de obtener los resultados de salud deseados y que son coherentes con la evidencia científica actual (24).

En ese contexto, una atención de calidad es definida como «la prestación a los pacientes de servicios adecuados, técnicamente competente, con buena comunicación, toma de decisiones compartida y sensibilidad cultural» (25). Debido a que la calidad de los servicios de salud resulta compleja, la calidad percibida de los servicios se ha estructurado en cinco dimensiones para su evaluación: práctica y conducta del personal de salud, adecuación de los recursos y servicios, prestación de la asistencia en salud, accesibilidad y costo de la atención en salud (25).

El concepto de calidad se incorporó a los servicios de salud desde la primera década del siglo pasado, no así su aplicación en anestesiología que surgió varios años después (26).

La gestión de la calidad busca mejorar la eficacia de los tratamientos y aumentar la satisfacción del paciente con los servicios médicos. Con el aumento de

los costos de atención de la salud, la administración de la calidad en la atención de la salud ha estado cobrando más interés. Actualmente es fundamental aplicar el concepto de mejora continua de la calidad en anestesiología (27).

#### **Instrumentos para evaluar la calidad percibida de la atención hospitalaria**

Las unidades de atención a la salud, como los hospitales han comenzado a enfocarse en las percepciones del cliente sobre la calidad del servicio debido a que les ayuda a desarrollar estrategias que conducen a la satisfacción del cliente. El modelo utilizado con mayor frecuencia es el SERVQUAL desarrollado por Parasuraman, Zeithaml y Berry, aunque se enfoca en la satisfacción del cliente, la calidad del servicio y los factores que influyen en los comportamientos de los usuarios, el modelo SERVQUAL no ilustra brechas de servicio (28,29).

El instrumento original SERVQUAL propuso 10 dimensiones para medir la calidad del servicio, que luego se redujeron a 5. En todos los sectores de servicios, la confiabilidad se consideraba el aspecto más crítico y la tangibilidad el menos importante. SERVQUAL, que es una escala confiable y válida, ha servido de base para muchos estudios sobre calidad del servicio (30).

A pesar de la popularidad de SERVQUAL, algunos autores han desarrollado su propia herramienta para medir la calidad de los servicios, adaptada a sus objetivos de investigación (31).

Como es el caso de Brown y Swartz (1989) realizaron una evaluación de los servicios médicos desde la perspectiva tanto de los proveedores de atención médica como de los pacientes utilizando un puntaje de brechas, y encontraron que la interacción entre médico y paciente era el factor más crucial para satisfacer a los pacientes (32). Asimismo, Tucker y Adams, en su estudio sobre la calidad de los servicios hospitalarios en Estados Unidos, emplearon cuatro dimensiones - cuidado, empatía, confiabilidad y capacidad de respuesta (33). Actualmente, se observa un creciente interés en definir el concepto de calidad percibida, especialmente en el ámbito de la atención de salud, donde la opinión de los usuarios adquiere una relevancia cada vez mayor. El modelo SERVQHOS es una adaptación de la

encuesta SERVQUAL diseñada para evaluar la calidad percibida de la atención hospitalaria. Se utiliza como una herramienta para identificar la satisfacción del paciente de manera integral y para establecer planes de mejora en instituciones prestadoras de servicios de salud. A nivel internacional, el modelo SERVQHOS se ha aplicado en diversos servicios hospitalarios, especialmente en España, donde se han realizado estudios en áreas como servicios de hemodiálisis, oncología, cirugía bariátrica, anestesia en obstetricia, fisioterapia y unidades de cuidado intensivo.

El cuestionario SERVQHOS posee confiabilidad de Cronbach de 0.96, estos valores reflejan una confiabilidad aceptable de la escala y su aplicabilidad a cualquier tipo de estudio. Las 19 preguntas, se agrupan en dos bloques: 10 preguntas valoran la calidad subjetiva ( cortesía, empatía, capacidad de respuesta y competencia profesional), y 9 preguntas valoran la calidad objetiva (estado de las habitaciones la fiabilidad de los horarios). El paciente da una puntuación en una escala de Likert, que va de 1 (mucho peor de lo que esperaba) a 5 (mucho mejor de lo que esperaba) (34).

#### **Relevancia de la calidad percibida sobre los servicios de Anestesiología**

Desde el punto de vista del paciente, la calidad de la recuperación describe el proceso que experimentan para alcanzar el objetivo de volver a un estado preoperatorio, y la satisfacción (o insatisfacción) del paciente es la congruencia entre esta experiencia de recuperación y las expectativas preestablecidas, las cuales están fuertemente influenciadas por factores culturales, demográficos, afectivos y cognitivos (35).

La calidad percibida sobre los servicios de anestesiología es relevante ya que está directamente relacionada con el bienestar del paciente y su seguridad durante y después del procedimiento. Asimismo, una experiencia positiva puede reducir la ansiedad y estrés del paciente contribuyendo a una rápida recuperación (36).

La OMS, define calidad en salud como “La atención que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población de una forma total y precisa

y destina los recursos necesarios a estas necesidades, de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite". Esta definición, que considera los aspectos técnicos junto con aspectos financieros, olvida un aspecto básico: la satisfacción del usuario, que constituye la clave o el pilar fundamental de un programa de calidad total exitoso (27).

#### **Definición de satisfacción anestésica**

La satisfacción del paciente es un término que se introdujo en medicina en los años noventa, conociéndose desde entonces su carácter subjetivo y lo difícil de su medición. Hoy por hoy es un gran indicador de la atención y calidad de la asistencia médica, que contribuye a la evaluación de la estructura, el proceso y el resultado de los servicios de salud (37).

La satisfacción se presenta como un indicador de calidad en la atención médica, incluida la anestesia, correlacionado con el comportamiento del paciente, particularmente en relación con la adherencia al tratamiento. En la definición clásica, la satisfacción se determina en función del grado de congruencia entre las expectativas del paciente y lo que se logra (6). Por otra parte, la satisfacción del paciente, definida por Pascoe (1983), es la reacción del paciente que consiste en una respuesta emocional y una evaluación cognitiva a la atención que recibe (4,38). La satisfacción del paciente ha sido definida como el criterio básico que indica el nivel en el que se cumplen las expectativas del paciente y que indica la calidad de la atención médica. La satisfacción del paciente es una medida subjetiva importante de la calidad en anestesiología, que contribuye a la evaluación de la estructura, el proceso y el resultado de los servicios (38).

La satisfacción es un parámetro útil para evaluar las consultas y los modelos de comunicación, por ejemplo, el éxito de informar o involucrar a los pacientes en la toma de decisiones sobre el tipo de atención. La satisfacción es un fenómeno determinado por los hábitos culturales de los diferentes grupos sociales, por lo que varía según el contexto social. La recopilación sistemática de este parámetro en los servicios de salud permite mejorar la organización de los servicios otorgados. La

calidad en salud es algo que desde siempre preocupa, no sólo a los gerentes o administradores, sino a todos los profesionales de la salud en mayor o menor medida (37).

Este interés se ha venido determinando y aceptando a medida que se han desarrollado herramientas que permiten cuantificar el nivel de calidad. Una vez evaluado, se avanza hacia el control de calidad, intentando mantenerlo y garantizarlo.

Así, también es posible recabar información sobre aquellas características que facilitan o interfieren con la accesibilidad del paciente a los servicios de salud.<sup>8</sup>

#### **Factores asociados con la satisfacción anestésica**

Debido a que la atención anestésica ocurre en el contexto del cuidado perioperatorio, las asociaciones entre la gestión anestésica y la satisfacción del paciente pueden ser difíciles de separar de factores quirúrgicos, hospitalarios y otros que afectan la experiencia perioperatoria. Los factores asociados con una mayor satisfacción del paciente han incluido la calidad de la recuperación, el trato amable de los cuidadores, el control del dolor postoperatorio y la información proporcionada a los pacientes sobre el proceso de facturación, mientras que las cirugías tardías en el día se han asociado con la insatisfacción del paciente (36). Además, la satisfacción del paciente también se ha visto afectada por la estructura institucional, las relaciones interpersonales y las expectativas del paciente, también factores sociodemográficos como la edad, el género, el seguro social, el estatus educativo y social (39).

La satisfacción de los pacientes tras un acto anestésico es una medida de calidad de la asistencia que contribuye a la evaluación final del centro sanitario (40). Se debe considerar algunos aspectos relacionados a calidad:

1. Calidad no es sinónimo de lujo o de complejidad, sino que, por el contrario, debe ser la misma en todos los niveles de atención.
2. No constituye un término absoluto, sino que es un proceso de mejoramiento continuo.

3. Es una cualidad objetiva y mensurable.
4. Por último, no depende de un grupo de personas, sino que involucra a toda la organización (41).

#### **Instrumentos para evaluar la satisfacción anestésica**

La satisfacción de los pacientes se ha identificado como un objetivo principal para muchos estudios, se requiere su medición para validar y medir la mejora de la atención médica en general. Sin embargo, la experiencia clínica actual nos dice que todas las herramientas utilizadas para la evaluación no son altamente confiables o están diseñadas con precisión (42).

Desde tiempos inmemorables el uso de los formularios de quejas y reclamos fue el instrumento más utilizado para medir el grado de insatisfacción de los pacientes, sin embargo, los datos nunca fueron concluyentes (43).

El esfuerzo de evaluar la calidad de la atención ha sido denominado por Arnold Relman, editor de la revista médica New England Journal of Medicine, como una tercera revolución en la atención médica. En parte la evaluación de la calidad de la atención se relaciona con los crecientes costos que se derivan de proporcionar dichos servicios, los cuales, a su vez, no necesariamente impactan en una mejoría clara en el estado de salud de la población (41).

En la actualidad, es fundamental aplicar los conceptos de mejora continua de la calidad en anestesiología, conocer y aplicar indicadores de calidad a nuestra práctica diaria y evaluar en forma continua la calidad para brindar una mejor y más segura atención a nuestros pacientes (44).

Actualmente existen estándares recomendados para los profesionales de la anestesia en todo el mundo. Su objetivo es brindar orientación y asistencia a los anestesiólogos, a sus sociedades, a los administradores de hospitales y establecimientos y a los gobiernos para mejorar y mantener la calidad y la seguridad de los cuidados de anestesia (45).

Para evaluar la calidad en anestesiología y desarrollar programas de gestión

de calidad en nuestros centros hospitalarios. Debemos organizar comités en los distintos servicios, que pueden actuar coordinadamente, desarrollando e instrumentando indicadores y estándares para evaluar la calidad y reconociendo los problemas; luego generando los programas de gestión de calidad y por último evaluando los resultados de dichos programas (46).

Para la medición de la satisfacción del paciente, se han utilizado instrumentos unidimensionales (escala numérica, escala visual análoga y escalas categóricas tipo Likert) que brindan información global acerca de todo el cuidado en salud recibida, así como encuestas multidimensionales de compleja construcción psicométrica que pueden dar información más específica y confiable por la gran cantidad de variables que evalúan (47).

Entre ellos, a gran escala se ha utilizado cuestionarios como el QoR (por sus siglas en inglés Quality of Recovery Score) y la versión expandida QoR-40 en países como Australia. Múltiples cuestionarios sobre satisfacción encuentran que no sólo los pacientes se encuentran satisfechos con el acto anestésico, también con el resultado del procedimiento quirúrgico, la relación y la competencia de los profesionales de la salud y la evaluación final de la propia unidad hospitalaria (48). La herramienta “The IOWA satisfaction with anesthesia scale (ISAS)” (Tabla 1), fue desarrollada rigurosamente y ha demostrado ser válida y confiable para evaluar la satisfacción del paciente con el cuidado anestésico monitorizado (CAM) en múltiples escenarios. Fue desarrollada en la Universidad de Iowa por Dexter et al. en 1972 y es de estimación directa, unidimensional y de tipo discriminativo compuesto por un instructivo corto, tiene 11 ítems todos con el mismo peso o importancia. Los ítems están escritos como afirmaciones donde la primera expresa una sensación negativa, la segunda una sensación positiva y así sucesivamente (22).

Este ordenamiento evita el sesgo de aquiescencia, definida como la tendencia de los sujetos a estar siempre de acuerdo con las preguntas o afirmaciones de la escala sin importar su contenido (49). La escala ISAS contiene 11 ítems con cinco posibles respuestas basadas en la escala Likert, sin embargo, enfatiza mucho en los efectos secundarios de la anestesia sin abarcar más dominios

de la relación médico- paciente (50).

Para cada ítem existe una respuesta de carácter polítómico de 6 posibilidades de tipo numérico con un puntaje de -3 a +3 que permite un análisis cuantitativo.

Para las afirmaciones que están escritas con sentido positivo como, por ejemplo: Me sentí bien (I felt good) si se responde con una de las opciones «de acuerdo» implicaría satisfacción con la anestesia y para las afirmaciones escritas con sentido negativo si se responde con una opción «desacuerdo» se estaría expresando insatisfacción con la anestesia; al final de la encuesta las preguntas negativas son revertidas y se realiza un promedio de las 11 preguntas, el puntaje medio determina: si el valor es menor al puntaje medio, el paciente se encuentra insatisfecho y si el valor se encuentra por encima de la media, el paciente está satisfecho con el cuidado anestésico. El tiempo promedio de completar la escala toma entre 4 a 5 minutos (22,49). A la fecha, no se ha identificado información sobre algún estudio de validación de la escala en México; sin embargo, se cuenta con versiones validadas en español, revisados en contextos de anestesia en España y Colombia. De acuerdo con los resultados de la validación de Jiménez y Capera, en cirugías (22).

Jiménez García y Capera aplicaron como instrumento definitivo la escala de satisfacción de Iowa (ISAS original) en 117 sujetos mayores de 18 años, ASA I- III, en dos instituciones de salud en Villavicencio (Departamento del Meta, Colombia) para medir la validez de criterio concurrente entre los pacientes y su anestesiólogo. Se estableció la consistencia interna de la escala en su primera aplicación a los sujetos y se aplicó por segunda y tercera vez para verificar confiabilidad. Concluyeron que la escala ISAS, es un instrumento válido y confiable (valor del alfa de Cronbach de 0,71 para un intervalo de confianza del 95%) para medir objetivamente la satisfacción del paciente en cirugía oftalmológica bajo cuidados anestésicos monitorizados e incluso otro tipo de anestesia (51).

El cuestionario SERVQHOS, desarrollado en España, es una herramienta

en el sector hospitalario, que permite conocer la calidad percibida por el paciente. Este cuestionario es una adaptación de la escala SERVQUAL y ha demostrado ser una opción adecuada para evaluar satisfacción hospitalaria (52). Permite identificar oportunidades de mejora y, por tanto, capacita para la toma de decisiones a la dirección y a los propios profesionales sanitarios que intervengan en el proceso del paciente (53).

Está organizado en cuatro partes:

1. Objetivos e importancia de la información solicitada al usuario. Establece aspectos éticos (consentimiento para su aplicación); determina que la información será manejada de forma anónima y confidencial,
2. 19 ítems que se evalúan mediante una escala de Likert.
3. Encuesta adicional que indaga sobre la satisfacción global y aspectos relacionados con la misma.
4. Datos sociodemográficos de los usuarios que diligencian el cuestionario, como sexo, edad, estado civil, nivel de estudios y ocupación.

Existe un espacio en blanco adicional en el cual el usuario puede escribir las sugerencias que tenga para el mejoramiento de la calidad de la atención hospitalaria (53).

El cuestionario SERVQHOS posee confiabilidad alfa de Cronbach de 0.96, estos valores reflejan una confiabilidad aceptable de la escala y su aplicabilidad a cualquier tipo de estudio. Las 19 preguntas, se agrupan en dos bloques: 10 preguntas valoran la calidad subjetiva ( cortesía, empatía, capacidad de respuesta y competencia profesional), y 9 preguntas valoran la calidad objetiva (estado de las habitaciones la fiabilidad de los horarios). El paciente da una puntuación en una escala de Likert, que va de 1 (mucho peor de lo que esperaba) a 5 (mucho mejor de lo que esperaba). (Tabla 2) Para valorar los resultados de la encuesta, se calcula la media aritmética de cada uno de los bloques de preguntas y a su vez, la media entre los dos bloques. Se ha seleccionado como punto de corte una puntuación final de 2.99, de esta manera serán considerados pacientes satisfechos aquellos cuya

puntuación final sea superior a 2.99 y pacientes insatisfechos aquellos cuya puntuación final sea inferior a 2.99 (53).

#### **Relación entre la ansiedad preoperatoria, la calidad percibida de la atención hospitalaria y la satisfacción anestésica**

La aparición de ansiedad preoperatoria es una respuesta frecuente en pacientes que enfrentan una cirugía. Se manifiesta en forma de inquietud, nerviosismo o temor frente al proceso quirúrgico, al entorno hospitalario y a los resultados de la intervención. Esta ansiedad preoperatoria puede afectar diferentes aspectos de la atención médica, incluyendo la percepción de la calidad de la atención hospitalaria y la satisfacción con el procedimiento anestésico (54).

La presencia de ansiedad preoperatoria es una observación frecuente en pacientes programados para procedimientos quirúrgicos. Se estima que entre el 25 y el 80 % de los pacientes que son ingresados para cirugía experimentan este tipo de ansiedad. La intensidad de la ansiedad varía considerablemente entre los pacientes y suele estar vinculada a diversos factores, que abarcan aspectos sociodemográficos como el género, la edad y el nivel educativo, así como elementos psicosociales que incluyen: niveles preexistentes de ansiedad, comorbilidades psiquiátricas, rasgos de personalidad, apoyo social y estrategias de afrontamiento. También se relaciona con factores específicos de la enfermedad de base que requiere la cirugía, posibles complicaciones del procedimiento, el método anestésico y la información preoperatoria proporcionada. La cirugía y la anestesia general siguen siendo consideradas dos de los eventos más estresantes en la vida del paciente, caracterizados por tres aspectos negativos distintos: el temor a lo desconocido, la percepción de estar enfermo y la contemplación de la posibilidad de poner fin a la vida (55).

La evidencia emergente muestra cómo la ansiedad preoperatoria comienza tan pronto como se planea el procedimiento y alcanza su punto máximo el día de la cirugía; esto se confirma además por los cambios físicos asociados, como el aumento de hormonas y la liberación de proteínas de fase aguda, episodios de

taquicardia, hipertensión, aumento de la temperatura corporal, desequilibrios de líquidos y electrolitos, respuestas inmunitarias disminuidas y una curación de heridas más lenta, que pueden afectar el resultado quirúrgico y la recuperación postoperatoria, y llevar al aumento de la dosis de anestésicos y sedantes administrados el día de la cirugía, con un consecuente mayor riesgo de eventos adversos e interacciones. Asimismo, los pacientes con ansiedad tienden a tener una estadía hospitalaria más larga, una disminución de la satisfacción postoperatoria y a ser menos conformes con la rehabilitación y la terapia ocupacional (54,55).

#### **IV. HIPÓTESIS DE TRABAJO**

Más del 85% de los pacientes sometidos a colecistectomía abierta bajo anestesia general presentan un alto grado de satisfacción anestésica.

Más del 85% de los pacientes presentan un alto grado de satisfacción anestésica en relación con la calidad percibida de los servicios de atención hospitalaria.

Menos del 90% de los pacientes tiene un alto grado de ansiedad pre-anestésica.

## **V. OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Evaluar el grado de satisfacción anestésica en pacientes sometidos a anestesia general en colecistectomía abierta en el HGR 2 El Marqués.

### **Objetivos específicos**

- Conocer el nivel de ansiedad pre-anestésico con la escala Ámsterdam (APAIS).
- Determinar el nivel de satisfacción anestésica mediante la escala de IOWA.
- Identificar el nivel de satisfacción anestésico que perciben los pacientes con relación a la calidad percibida de los servicios de atención hospitalaria con la escala SERVQHOS.

## VI. MATERIAL Y MÉTODO

### **Tipo de la investigación**

Observacional, descriptivo, longitudinal y prospectivo.

### **Población de análisis**

Pacientes derechohabientes del IMSS y adscritos al Hospital General Regional 2 «El Marqués», entre 18 y 60 años, y ambos sexos, sometidos a colecistectomía abierta bajo anestesia general balanceada, independientemente de la indicación y comorbilidades, en un periodo de 6 meses

### **Lugar de la investigación**

El presente estudio se llevó a cabo por el Servicio de Anestesiología del Hospital General Regional número 2 «El Marqués», perteneciente a la Delegación Regional Querétaro del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). El nosocomio se ubica en Circuito Universidades Segunda Etapa kilómetro 1, fraccionamiento La Pradera, código postal 76269, El Marqués, Querétaro, México.

### **Criterios de selección**

### **Criterios de inclusión**

1. Individuos entre 18 y 60 años.
2. Ambos sexos.
3. Derechohabientes del IMSS y usuarios del Servicio de Anestesiología del Hospital General Regional número 2 «El Marqués».
4. Con clasificación de la Sociedad Estadounidense de Anestesiólogos (ASA) ≤ III.
5. Sometidos a colecistectomía abierta electiva bajo anestesia general balanceada, independientemente de la indicación y comorbilidades, en un periodo de 6 meses.
6. Que acepten su participación en el estudio mediante firma de consentimiento

informado.

#### **Criterios de exclusión**

1. Colecistectomías de urgencias o ambulatorias.
2. Cirugías laparoscópicas.
3. Pacientes embarazadas, puerperio o en periodo de lactancia.
4. Pacientes con déficit neurológico o alteraciones del estado de conciencia.
5. Pacientes con diagnóstico de enfermedades neuropsiquiátricas graves (v. gr. trastornos psicoafectivos, neuróticos, psicóticos, disociativos, de la personalidad, etc.).
6. Individuos con antecedentes de abuso de sustancias psicoactivas o alcohol.
7. Pacientes con alteración en la comunicación verbal o escrita.

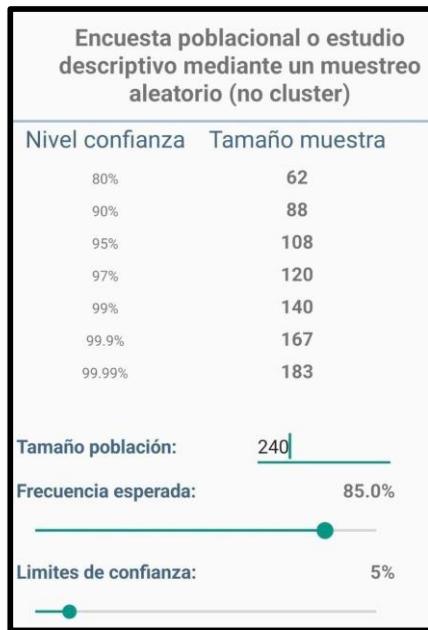
#### **Criterios de eliminación**

1. Pacientes que no acepten participar.
2. Pacientes que decidan su salida del estudio por voluntad propia.
3. Hojas de recolección incompletas o que no se cuente con el consentimiento informado correspondiente.
4. Pacientes que no concluyan las evaluaciones o egresen antes de las 24 horas del posoperatorio.
5. Participantes que fallezcan en el transcurso del procedimiento quirúrgico o en el periodo de evaluaciones, requieran soporte ventilatorio o hemodinámico, o sean ingresados a la UCI.
6. Pacientes que desarrollen graves complicaciones perioperatorias relacionadas con la intervención quirúrgica o con la anestesia general balanceada, como hemorragias masivas o que hayan requerido transfusión, etc.
7. Pacientes sometidos a una nueva cirugía en el posoperatorio inmediato.

#### **Tamaño de la muestra**

Pacientes sometidos a colecistectomía abierta bajo anestesia general en un

periodo de 6 meses.



El tamaño de la muestra es de 108 pacientes. Se realizó el cálculo del tamaño de la muestra utilizando Epiinfo, con una población total de 240 pacientes, una prevalencia del 85%, intervalo de confianza al 95% y un error alfa del 5%.

#### Muestreo

Muestreo aleatorio sistemático con un intervalo de 2, usando como marco muestral el número de pacientes que son sometidos a anestesia general en colecistectomías abierta.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE Y ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Ansiedad preoperatoria	Se define como la preocupación, nerviosismo o temor experimentado por una persona antes de someterse a una intervención quirúrgica. Está relacionada con la incertidumbre, el miedo al dolor, a complicaciones o al proceso quirúrgico en sí, y puede afectar tanto aspectos emocionales como físicos de la persona.	Será evaluada con la escala APAIS, dividida en sus dos factores: hacia la anestesia (AP AIS 1-3) y hacia la cirugía (AP AIS 4-6). En la dicotomización, un puntaje $\geq 14$ se considerará como APO presente.	Cuantitativa discreta o de razón. Cualitativa nominal dicotómica.	APO hacia la anestesia: 3-15. APO hacia la cirugía: 3-15. 0.Ausente. 1.Presente.
Calidad percibida de la atención hospitalaria	Se refiere a la valoración subjetiva que los pacientes hacen sobre la excelencia y conformidad con los servicios médicos recibidos durante su estancia en un hospital. Incluye aspectos como la comunicación con el personal médico, la efectividad de los tratamientos, la comodidad de las	Se calificará con el instrumento SERVQHOS, de acuerdo con las dimensiones identificadas por Mira <i>et al.</i> <sup>53</sup> : calidad subjetiva (10 ítems) y calidad objetiva (9 ítems). Las frecuencias de los puntajes obtenidos se	Cuantitativa discreta o de razón. Cualitativa ordinal.	Calidad subjetiva: 10-50. Calidad objetiva: 9-45. 1=calidad percibida baja. 2=calidad percibida media. 3=calidad percibida alta.
	instalaciones y la atención personalizada.	dividirán en terciles, para obtener las categorías: baja, media y alta.		

Satisfacción anestésica	Se refiere al grado en que un paciente experimenta confort y conformidad con el manejo anestésico durante un procedimiento médico o quirúrgico. Involucra factores como la efectividad del control del dolor, la tolerancia a la anestesia, la ausencia de efectos secundarios no deseados y la percepción general del paciente sobre su experiencia	Se obtendrá el promedio de los 11 <i>items</i> de la escala ISAS, y se calificará como un patrón de respuesta polítómico de 6 posibilidades de tipo numérico con un puntaje de -3 a +3. Un puntaje de 3 se calificará como «completamente satisfecho», 2 y 2.9 como «moderadamente satisfecho», entre 1 y 1.9 como «moderadamente insatisfecho» y 1 como «completamente insatisfecho»	Cuantitativa continua o de intervalo.  Cualitativa ordinal.	Satisfacción anestésica: 1 a 3.  1=satisfacción completa. 2=satisfacción moderada. 3=insatisfacción moderada. 4=insatisfacción completa.
Edad	Se conceptualiza como un proceso continuo y natural de cambio y desarrollo experimentado por un individuo a lo largo del tiempo. Este fenómeno no solo implica el simple transcurso de los años, sino que también encapsula las transformaciones biológicas, psicológicas y sociales que ocurren en las diferentes	Se calculará a partir de la fecha de nacimiento del participante hasta la fecha de inclusión en el estudio.	Cuantitativa discreta o de razón.	18-60 años.
	etapas de la vida.			

Sexo	Característica biológica y fisiológica fundamental que distingue entre individuos basándose en sus características sexuales primarias y secundarias	Los participantes serán categorizados como hombres o mujeres según la información biológica recopilada.	Cualitativa nominal dicotómica.	1.Mujer. 2.Hombre.
Escolaridad	Nivel de educación formal alcanzado por un individuo, reflejando su grado de instrucción académica y su nivel de conocimientos adquiridos.	Se medirá mediante el nivel educativo alcanzado y completo, categorizado en términos de grados o niveles educativos específicos mexicanos, o su equivalente en caso de que el participante tenga una educación extranjera.	Cualitativa ordinal.	0.Ninguna. 1.Primaria. 2.Secundaria. 3.Media superior. 4.Educación técnica. 5.Superior. 6.Posgrado.
Riesgo anestésico	Medida que evalúa la condición médica general de un paciente antes de someterse a procedimientos quirúrgicos o intervenciones médicas que requieren anestesia.	Se evaluará utilizando la clasificación de la <i>American Society of Anesthesiologists</i> (ASA), que asigna a los pacientes a categorías que van de ASA I (paciente normal y saludable) a ASA VI (paciente con enfermedad sistémica grave que pone en peligro la vida).	Cualitativa ordinal.	ASA I-III.

Índice de masa corporal	Parámetro que analiza la relación entre el peso y la altura de un individuo, proporcionando una estimación de la composición corporal y la distribución de la grasa.	se calculará utilizando la fórmula estándar: $IMC = \text{Peso (kg)} / (\text{Altura (m)}^2)$ . Asimismo, se clasificará de acuerdo con los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS)-	Cuantitativa discreta o de razón. Cualitativa ordinal.	Kg/m <sup>2</sup> . 1.bajo peso. 2.Normopeso. 3.Sobrepeso. 4. Obesidad I. 5. Obesidad II. Obesidad III.
Comorbilidades	Se conceptualiza como la presencia de condiciones médicas adicionales a la enfermedad o condición principal de interés en un individuo.	Se identificarán y registrarán las condiciones médicas adicionales presentes en los participantes, además de la enfermedad o condición principal bajo investigación.	Cualitativa nominal polítómica.	1. Diabetes mellitus. 2. Hipertensión arterial. 3. Dislipidemias. 4. Tabaquismo. 5. Alcoholismo. 6. Cardiopatías. 7. Neumopatías. 8. Trastornos digestivos y hepáticos. 9. Neoplasias malignas. 10. Trastornos reumáticos.

#### **Selección de las fuentes, métodos, técnicas y procedimientos de recolección de la información**

Posterior a la aprobación del protocolo por parte del Comité Local de Investigación y Ética en Salud correspondiente y durante los 6 meses posteriores a este, se obtuvieron los datos de pacientes sometidos a colecistectomía abierta electiva bajo anestesia general balanceada, como se describió en la sección Técnica muestral. A cada participante seleccionado se le proporcionó la hoja de consentimiento informado, y aquellos que aceptaron participar fueron incluidos en la investigación. En caso de rechazo, el paciente fue excluido del proceso. Los participantes que accedieron a formar parte del estudio fueron entrevistados para completar la hoja de recolección de datos, durante la valoración preoperatoria,

incluyendo la obtención de medidas de peso y talla, así como el cálculo del índice de masa corporal para cada individuo.

Con lo anterior, se le aplicó la Escala de Ansiedad Preoperatoria y de Información Ámsterdam (APAIS, por sus siglas en inglés). La escala APAIS consta de seis reactivos con formato de respuesta de escala Likert de cinco puntos (1 - 5) en la que uno significa «Nada» y cinco «Muchísimo».

De acuerdo con Méndez-Meneses et al. los seis ítems de la APAIS demostraron una distribución adecuada de las respuestas entre las opciones disponibles por parte de las participantes, evidenciando una capacidad para discriminar entre grupos extremos y contribuyendo a la coherencia interna del instrumento. El análisis factorial de máxima verosimilitud con rotación varimax reveló una estructura que explicó el 58.58 % de la varianza, identificando dos factores: APO hacia la anestesia (APAIS 1-3) y hacia la cirugía (APAIS 4-6), cuya validez fue confirmada mediante un análisis factorial confirmatorio. La consistencia interna de la escala total fue de un  $\alpha$  de Cronbach = 0.816. Asimismo, esta escala exhibió una sensibilidad y especificidad adecuadas con un punto de corte establecido en 14 puntos para el diagnóstico de APO (23).

Posteriormente, durante la recuperación postanestésica, se aplicaron y recabaron los resultados de los instrumentos: de calidad percibida de la atención hospitalaria (SERVQHOS, por sus siglas en inglés) y la escala Iowa de satisfacción con la anestesia (ISAS, por sus siglas en inglés).

El cuestionario SERVQHOS consta de 19 reactivos con formato de respuesta de escala Likert de cinco puntos (1 - 5), en la que uno significa «mucho peor de lo que esperaba» y cinco «mucho mejor de lo que esperaba». De acuerdo con Mira et al., las características métricas del cuestionario SERVQHOS fueron una buena consistencia (obteniendo un coeficiente  $\alpha$  de Cronbach de 0.92), validez de construcción (identificándose 2 factores: calidad subjetiva [reactivos: 4, 9, 11-17 y 19] y objetiva [reactivos: 1-3, 5-8, 10 y 18] que explicaban el 65.3 % de la variabilidad en las respuestas), capacidad discriminante (con tasas de evaluados) y su

capacidad predictiva en relación con una medida global de satisfacción del paciente (con un coeficiente de correlación de  $R = 0.70$ , mediante regresión lineal) (21).

Finalmente, la SA se evaluó con el cuestionario ISAS. Este instrumento evalúa la satisfacción mediante el registro de valores numéricos asignados a cada respuesta. Después de obtener valores en un rango de -3 a +3, se realizará una conversión de los valores negativos a positivos. A continuación, se sumarán los puntajes del cuestionario y se dividirá el total entre 11, que representa la cantidad de preguntas en el cuestionario.

El puntaje máximo posible en este cuestionario es 3, indicando una satisfacción del 100 %, mientras que el puntaje mínimo es 1, reflejando insatisfacción.

Este instrumento fue validado al español por Jiménez-García et al.: la coherencia interna fue evaluada mediante un coeficiente  $\alpha$  de Cronbach de 0.71, un valor considerado aceptable. En cuanto a la confiabilidad test-retest, se obtuvo un coeficiente de correlación de Pearson de 0.95, con un intervalo de confianza (IC) del 95 % entre 0.93 y 0.96 en un período de 40 a 65 minutos, y para el intervalo de 12 a 36 horas, se registraron valores de Pearson de 0.65 (IC 95 %: 0.52-0.75) e intraclase de 0.64 (IC 95 %: 0.53-0.76). Estos resultados indican una confiabilidad alta del instrumento (51).

Ambos instrumentos fueron aplicados durante las primeras 48 horas del posoperatorio. En la medida de lo posible, se procuró disponer de un espacio cerrado, bien ventilado, con buena iluminación y tranquilidad para facilitar a los participantes la cumplimentación de los instrumentos. Aunque no se impuso un límite de tiempo a los seleccionados, se espera que puedan completar la totalidad de los reactivos en un plazo no superior a 60 minutos. Aquellos participantes que manifiesten el deseo de recibir los resultados de su evaluación deberán conservar el número de folio para su identificación y podrán contactar a la doctora Socorro Martínez León en una fecha posterior para obtenerlos.

Las variables clínicas y sociodemográficas recolectadas serán codificadas como se describe en la sección operacionalización de las variables. Estas se recolectaron en hojas de recolección de datos y se vaciaron en una base de datos en el programa Microsoft® Excel 2016® para Windows®.

#### **Procesamiento de datos y análisis estadístico**

Todos los datos fueron analizados utilizando los softwares Prism® (GraphPad®, Estados Unidos), versión 8, para Windows® y SPSS® (IBM®, Estados Unidos), versión 25, para Windows®. Se utilizó estadística descriptiva para las frecuencias de las dimensiones del instrumento y las características clínicas y sociodemográficas recabadas. Las variables cuantitativas se reportarán en media y desviación estándar ( $\pm$ ). Se calcularon frecuencias relativas y absolutas para las variables cualitativas. Se realizó una prueba de análisis de varianza (ANDEVA) y una prueba post hoc de Tukey. Todos los valores de  $p$  informados de estos análisis serán de dos colas con un nivel de significación ( $p$ ) menor de 0.05.

## VII. RESULTADOS

Se trabajó con un total de 73 pacientes. A pesar de que el cálculo del tamaño muestral mostró que se requerían 108 pacientes para lograr una representatividad estadística del 95% de confianza, en la práctica clínica, solo se realizaron un total de 198 colecistectomías bajo anestesia general durante el plazo del estudio. De estos, solo 85 pacientes se ajustaron a los criterios de inclusión, mientras que 73 de estos completaron eficazmente las encuestas. Por lo tanto, la base de datos recopilada se analizó solo con 73 pacientes, aceptando la limitación del tamaño muestral, pero asegurando que todos los pacientes que participaron cumplieron con los criterios de selección establecidos.

La edad promedio de las pacientes que participaron en el presente estudio fue de  $37.95 \pm 10.77$  años, el mínimo fue de 20 años, mientras que el máximo fue de 60 años. Respecto al sexo, el 76.7% (56) de los pacientes fueron del sexo femenino, mientras que el restante, es decir, 23.3% (17) fueron pacientes del sexo masculino (Figura y Cuadro VII.1).

En cuanto al índice de masa corporal, el 1.37% (1) de los pacientes fue clasificado como bajo peso, el 16.44% (12) presentó normopeso, mientras que el 32.88% (24) tenía sobrepeso. Además, el 30.14% (22) se ubicó en la categoría de Obesidad grado I, el 13.70% (10) correspondió a Obesidad grado II y, por último, solo el 5.48% (4) de los pacientes fueron diagnosticados con Obesidad grado III (Cuadro VII.2).

Respecto a la escolaridad, la mayoría de los pacientes cuentan con estudios de educación superior, representando el 49.32% (36) de la población evaluada en este estudio. Seguida del nivel de educación media superior con el 27.40% (20) de los pacientes y la educación técnica con el 15.07% (11). Un porcentaje menor refirió poseer estudios de posgrado, con un 5.48% (4). Finalmente, el 2.74% (2) de los participantes tienen la secundaria completa como máximo nivel educativo (Cuadro VII.3).

Se identificaron las comorbilidades presentes en los pacientes del estudio, encontrando que la diabetes mellitus, la hipertensión arterial sistémica y la ausencia de enfermedades crónicas presentaron la misma prevalencia (Cuadro VII.4). En total, el 80.8% (59) de los participantes no tenía ninguna de estas condiciones, mientras que el 19.2% (14) sí las padecía.

En cuanto al tabaquismo, el 82.2% (60) de los pacientes no fuma, mientras que el 17.8% (13) sí tiene este hábito. En contraste, el consumo de alcohol es más frecuente, con el 38.4% (28) de los pacientes que lo refieren, mientras que el 61.6% (45) no lo consumen (Cuadro VII.5).

La dislipidemia es padecida por el 27.4% (20) de los pacientes, mientras que el 72.6% (53) no la padece. El hipotiroidismo afecta solo al 2.7% (2) de los pacientes, mientras que el 97.3% (71) no lo padece. Por otro lado, el 19.2% (14) de los pacientes informaron no tener ninguna de las condiciones mencionadas, y la artritis reumatoide es la comorbilidad con menos frecuencia, en donde solo el 1.4% (1) de los pacientes está diagnosticado con este padecimiento (Cuadro VII.4).

La evaluación de la ansiedad preoperatoria determinada mediante el cuestionario APAIS, mostró que casi la totalidad de los pacientes, el 94.5% (69), presentaron ansiedad antes del procedimiento quirúrgico. En contraste, solo el 5.5% (4) no mostró ansiedad preoperatoria según esta herramienta de evaluación (Figura VII.2). El valor promedio del resultado del cuestionario APAIS fue de  $19.37 \pm 3.33$ , el valor mínimo fue de 11, en cambio el valor máximo fue de 30 puntos. (Cuadro VII.6)

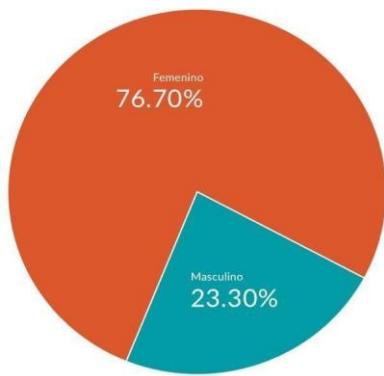
La evaluación de la ansiedad preoperatoria evaluada mediante el puntaje APO hacia la cirugía alcanzó un valor promedio de  $10.89 \pm 2.13$ , con un valor mínimo de 5 y un máximo de 15. En cuanto al puntaje APO hacia la anestesia, los valores mostraron una media de  $9.1 \pm 6.09$ , el valor mínimo fue de 5 y el máximo de 58.

La evaluación de la percepción de la calidad del servicio hospitalario mediante el puntaje del cuestionario SERVQHOS alcanzó un valor promedio de  $3.48 \pm 0.61$  con un valor mínimo de 2.37 y un máximo de 4.95. El 58.9% (43) de los pacientes se clasificó en la categoría de calidad subjetiva alta, mientras que el 41.1% (30) se ubicó en la categoría media. Por otro lado, la calidad objetiva, el 50.7% (37) se clasificó en la categoría alta y el 49.3% (36) en la categoría media. (Cuadro VII.7.)

El puntaje promedio del cuestionario ISAS, que evalúa el apoyo social interpersonal fue de  $22.81 \pm 8.27$ , con un valor mínimo de 5 y un máximo de 33. Los pacientes que clasificaron como completamente insatisfechos obtuvieron el puntaje más bajo ( $9.11 \pm 3.82$ ). Los pacientes clasificados como moderadamente insatisfechos un puntaje mayor ( $16.75 \pm 4.53$ ). Por otro lado, los moderadamente satisfechos obtuvieron un puntaje de ( $27.51 \pm 3.76$ ). Finalmente, los pacientes que se clasificaron como completamente satisfechos alcanzaron el puntaje más alto ( $31.88 \pm 2.10$ ) (Cuadro VII.8).

Con respecto a la proporción de pacientes en la clasificación de los pacientes según la escala ISAS, la mayoría, es decir, el 47.9% se manifestó como moderadamente satisfecha con el servicio. Por otro lado, un 28.8% expresó estar moderadamente insatisfecho. Solo el 11% de los usuarios reportó estar completamente satisfecho. En cambio, un 12.3% se manifestó completamente insatisfecho.

Figura 1. Distribución del sexo de los pacientes que participaron en el presente



**Fuente:** Pacientes sometidos a colecistectomía adscritos al Hospital General Regional 2 “El Marqués”.

**Cuadro VII. 1. Distribución por sexo.**

Género	n	%
Femenino	56	76.7
Masculino	17	23.3
Total	73	100

**Fuente:** Pacientes sometidos a colecistectomía adscritos al Hospital General Regional 2 “El Marqués” (Marzo-septiembre 2022)

Cuadro VII. 2. Índice de masa corporal (IM)

Categoría	n	%
Bajo peso	1	1.37
Normopeso	12	16.44
Sobrepeso	24	32.88
Obesidad grado I	22	30.14
Obesidad grado II	10	13.70
Obesidad Grado III	4	5.48
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Pacientes sometidos a colecistectomía adscritos al Hospital General Regional 2 “El Marqués” (Marzo-septiembre 2022).

Cuadro VII. 3. Nivel de escolaridad

Nivel educativo	n	%
<b>Secundaria</b>	2	2.74
<b>Educación técnica</b>	11	15.07
<b>Media superior</b>	20	27.40
<b>Superior</b>	36	49.32
<b>Posgrado</b>	4	5.48
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Pacientes sometidos a colecistectomía adscritos al Hospital General Regional 2 “El Marqués” (Marzo-septiembre 2022).

Cuadro VII. 4. Comorbilidades principales.

Comorbilidad	n	%
Ninguna	59	80.8
Diabetes mellitus	14	19.2
Hipertensión arterial	14	19.2
Dislipidemia	20	27.4
Hipotiroidismo	2	2.7
Artritis reumatoide	1	1.4

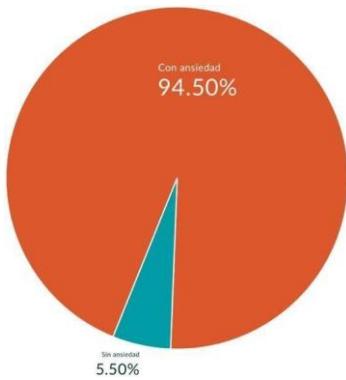
Fuente: Pacientes sometidos a colecistectomía adscritos al Hospital General Regional 2 “El Marqués” (Marzo-septiembre 2022).

Cuadro VII. 5. Antecedentes generales

Antecedente	n	%
Tabaquismo sí	13	17.8
Tabaquismo no	60	82.2
Alcohol sí	28	38.4
Alcohol no	45	61.6

Fuente: Pacientes sometidos a colecistectomía adscritos al Hospital General Regional 2 “El Marqués” (Marzo-septiembre 2022).

Figura 2. Distribución de pacientes con y sin ansiedad preoperatoria evaluada mediante el cuestionario APAIS.



Fuente: Pacientes sometidos a colecistectomía adscritos al Hospital General Regional 2 “El Marqués” (Marzo-septiembre 2022).

Cuadro VII. 6. Nivel de ansiedad preanestésica según el cuestionario APAIS

Interpretación según APAIS	n	%	Media $\pm$ DE	Mínimo	Máximo
Con ansiedad preanestésica ( $\geq 11$ )	69	94.5	19.3 $\pm$ 3.33	11	30
Sin ansiedad preanestésica ( $< 11$ )	4	5.5	---	---	---

AP AIS: Escala de ansiedad e información preoperatoria de Ámsterdam

Nota: El valor promedio de puntaje APAIS fue de  $19.37 \pm 3.33$  puntos.

Fuente: Pacientes sometidos a colecistectomía adscritos al Hospital General Regional 2 “El Marqués” (Marzo-septiembre 2022).

Comentado [MM1]: PON EL SIGNIFICADO DE LA  
ABREVIATURA

Cuadro VII. 7. Calidad percibida de los servicios hospitalarios según el cuestionario SERVQHOS

Categoría	Calidad subjetiva (n, %)	Calidad objetiva (n, %)	Puntaje SERVQHOS Media $\pm$ DE	Mínimo - Máximo
Alta	42 (58.9%)	37 (50.7%)	3.48 $\pm$ 0.61	2.37 – 4.95
Media	30 (41.1%)	36 (49.3%)	---	---

**SERVQHOS:** Encuesta de Opinión sobre la Calidad de la Atención Hospitalaria

Notas: La media SERVQHOS global fue  $3.48 \pm 0.61$  puntos.

**Comentado [MM2]:** PON EL SIGNIFICADO DE LA ABREVIATURA

No se identificaron pacientes en la categoría de calidad percibida baja según la clasificación de SERVQHOS.

Fuente: Pacientes sometidos a colecistectomía adscritos al Hospital General Regional 2 “El Marqués” (Marzo-septiembre 2022).

**Cuadro VII. 8. Puntaje del cuestionario ISAS según el nivel de satisfacción anestésica**

**Comentado [MM3]:** ES POSIBLE AGREGAR EN QUÉ PORCENTAJE ESTUVO COMPLETAMENTE INSATISFECHO, COMPLETAMENTE SATISFECHO, ETC.

Interpretación según el cuestionario ISAS	n	%	Media desviación estándar
Completamente insatisfecho	9	12.3	$9.11 \pm 3.82^a$
Completamente satisfecho	8	11	$31.88 \pm 2.10^b$
Moderadamente insatisfecho	21	28.8	$16.75 \pm 4.53^c$
Moderadamente satisfecho	35	47.9	$27.51 \pm 3.76^d$
<b>Total</b>	73	100	

**ISAS:** Escala de Satisfacción con la Anestesia de Iowa (Iowa Satisfaction with Anesthesia Scale)

Nota: El puntaje total ISAS fue  $22.81 \pm 8.27$  puntos.

**Comentado [MM4]:** PON EL SIGNIFICADO DE LA ABREVIATURA

Fuente: Pacientes sometidos a colecistectomía adscritos al Hospital General Regional 2 “El Marqués” (Marzo-septiembre 2022).

### **VIII. DISCUSIÓN**

La evaluación de la ansiedad preoperatoria, la calidad percibida de la atención hospitalaria y la satisfacción anestésica de manera conjunta es clave para obtener una visión integral de la experiencia del paciente en el entorno quirúrgico. La ansiedad preoperatoria puede afectar la recuperación del paciente y además puede aumentar la necesidad de analgésicos postoperatorios (5). Por otro lado, la calidad percibida de la atención hospitalaria influye en la satisfacción general del paciente y en su confianza en el sistema de salud (63). En cambio, la evaluación de la satisfacción anestésica es crucial para el bienestar del paciente y para su percepción global de la experiencia quirúrgica, nos permite identificar áreas de mejora en la práctica anestésica (64). La evaluación conjunta de la ansiedad preoperatoria, la calidad percibida de la atención hospitalaria y la satisfacción anestésica es esencial para brindar atención al paciente y promover su recuperación. La información recuperada de estas evaluaciones permite diseñar de manera efectiva estrategias que permitan mejorar la calidad del servicio que se ofrece y la experiencia del paciente.

En el presente, tras la evaluación de la ansiedad preoperatoria mediante el cuestionario APAIS se comprobó que el 94.5% de los pacientes presentaron ansiedad preoperatoria. Se encontró una ansiedad preoperatoria considerablemente más alta que lo reportado en la literatura, ya que a nivel global se ha informado que entre el 11% y el 80% de los pacientes experimentan ansiedad antes de la cirugía (65). Esta alta prevalencia de ansiedad preoperatoria puede estar influenciada por factores tales como la falta de información sobre el procedimiento, experiencias previas negativas, o incluso la percepción individual del riesgo quirúrgico. En este sentido, acciones tales como mejoras en la comunicación médico-paciente, y el uso de técnicas de reducción de ansiedad pueden contribuir a mitigar la ansiedad preoperatoria en el paciente y mejorar así la experiencia quirúrgica (66).

Mediante el cuestionario SERVQHOS se evaluó la calidad percibida de la atención hospitalaria y se demostró una puntuación promedio de  $3.48 \pm 0.61$ , con valores que oscilan entre 2.37 y 4.95, se observa una tendencia positiva en la percepción de la calidad del servicio hospitalario. Este cuestionario evalúa dos aspectos, la calidad subjetiva que recupera información relacionada con la percepción personal del paciente sobre el trato recibido (67). En el presente estudio, el 58.9% de los pacientes se clasificó en la categoría de calidad subjetiva alta, mientras que el 41.1% se ubicó en la categoría media. Lo que comprueba que la mayoría de los pacientes perciben positivamente aspectos como el trato recibido, la amabilidad y el interés del personal. El otro componente evaluado por el cuestionario SERVQHOS es la calidad objetiva, esta se enfoca en la evaluación de aspectos tangibles y verificables de la atención hospitalaria (67). En el presente estudio se demostró que el 50.7% de los pacientes se clasificó en esta evaluación objetiva en la categoría alta y el 49.3% en la categoría media. La distribución equitativa entre las categorías alta y media en este rubro demuestra que aún hay áreas de oportunidad de mejora en la infraestructura y los recursos materiales del hospital (52).

Por otro lado, la evaluación de la satisfacción anestésica mediante el cuestionario ISAS reveló un puntaje promedio de  $22.81 \pm 8.27$  en la dimensión de apoyo emocional y valoración interpersonal, con un mínimo de 5 y un máximo de 33. La satisfacción con la anestesia es un componente clave de la experiencia quirúrgica, y se ha encontrado que factores como la información preoperatoria y el manejo adecuado del dolor postoperatorio son determinantes en la percepción del paciente (68,69). En un estudio previo el 68.1% de los pacientes se mostraron muy satisfechos con su anestesia, resaltando la importancia de la comunicación entre el equipo anestésico y el paciente (70).

## IX. CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos, menos del 85% de los pacientes sometidos a colecistectomía abierta bajo anestesia general presentaron un alto grado de satisfacción anestésica, por lo que no se confirmó la hipótesis de trabajo correspondiente. Asimismo, el porcentaje de pacientes que reportaron un alto grado de satisfacción anestésica en relación con la calidad percibida de los servicios de atención hospitalaria también fue menor al 85%, lo que evidencia áreas de oportunidad en la atención hospitalaria y no confirma esta hipótesis. Por otro lado, la frecuencia de pacientes con alto grado de ansiedad pre-anestésica superó el 90%, de manera que la hipótesis planteada (“menos del 90%...”) no se cumple y se pone en evidencia una prevalencia elevada de ansiedad en la población estudiada.

La alta frecuencia de ansiedad preoperatoria encontrada en este estudio resalta la necesidad de intervenciones dirigidas a su manejo, como proporcionar información adecuada y apoyo emocional al paciente.

Además, la percepción de la calidad del servicio hospitalario y la satisfacción con la anestesia son factores determinantes para la experiencia del paciente en el ámbito quirúrgico. Por lo que la implementación de estrategias que mejoren estos aspectos son clave para mejorar los resultados quirúrgicos de los pacientes y la satisfacción general del mismo, lo que destaca la importancia de realizar evaluaciones de forma rutinaria con herramientas validadas tales como los cuestionarios utilizados en el presente: APAIS, el SERVQHOS y el ISAS.

Cabe destacar que, aunque los resultados obtenidos proveen evidencia valiosa sobre la experiencia perioperatoria en este hospital, el tamaño muestral limitado y la naturaleza transversal del estudio restringen la generalización de los hallazgos. Futuros estudios multicéntricos con muestras mayores y análisis comparativos permitirán confirmar y profundizar en los factores asociados a la satisfacción anestésica y la ansiedad preoperatoria.

## **X. PROPUESTAS**

### **1. Para la ansiedad pre-anestésica**

Implementar protocolos de información preoperatoria estructurada y personalizada, enfocados en explicar el procedimiento quirúrgico y anestésico, así como en resolver dudas específicas del paciente. Asegurar que la información sea culturalmente adecuada y de fácil comprensión. Complementar esta estrategia con la aplicación rutinaria del cuestionario APAIS para detectar niveles elevados de ansiedad y ofrecer intervenciones de apoyo emocional, incluyendo técnicas breves de relajación o, de ser necesario, derivación a soporte psicológico especializado.

### **2. Para la satisfacción anestésica**

Fortalecer la comunicación médico-paciente, especialmente durante la valoración preanestésica, capacitándose en habilidades de empatía y manejo de expectativas. Además, mantener la evaluación periódica de la satisfacción anestésica con instrumentos validados como ISAS; analizar los resultados en sesiones de mejora continua e implementar cambios orientados a las áreas de insatisfacción (por ejemplo, manejo del dolor, información brindada y acompañamiento intra y posoperatorio).

### **3. Para la calidad percibida de los servicios hospitalarios**

Realizar evaluaciones periódicas de la calidad percibida por los pacientes utilizando herramientas como SERVQHOS, diferenciando entre dimensiones subjetivas (trato, empatía) y objetivas (infraestructura, procesos). Usar estos resultados para planificar acciones concretas en infraestructura, recursos materiales y tiempos de atención, así como en el diseño de talleres o intervenciones para mejorar el trato y la atención integral.

## XI. ANEXOS

### Hoja de recolección de datos

Edad: \_\_\_\_\_ años. Sexo: femenino masculino.  
Peso: \_\_\_\_\_ kg. Talla: \_\_\_\_\_ m. IMC: \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>.  
Categoría:  bajo peso.  normopeso.  sobrepeso.  Obesidad I.  II.  III.  
Escolaridad: ninguna.  primaria.  secundaria. media superior.  superior.  
Posgrado.  
Riesgo anestésico:  ASA I.  ASA II.  ASA III.

Indicación de la colecistectomía:

Comorbilidades:  
 Diabetes mellitus.  Hipertensión arterial.  Tabaquismo.  Alcoholismo.  
 Dislipidemias.  Cardiopatías.  Hepatopatías.  Trastornos digestivos crónicos.  
 Neumopatías.  Cáncer, específico:  
 Trastornos musculoesqueléticos.  Enfermedades reumáticas.  Otras, indique:

Puntaje cuestionario APAIS: \_\_\_\_\_. Ansiedad preoperatoria:  no.  sí.  
Puntaje APO hacia la cirugía: \_\_\_\_\_. Puntaje APO hacia la anestesia: \_\_\_\_\_

Puntaje cuestionario SERVQHOS: \_\_\_\_\_. C. subjetiva: \_\_\_\_\_. C.  
objetiva: \_\_\_\_\_. Calidad subjetiva:  baja.  media.  alta.  
Calidad objetiva:  baja.  media.  alta.

Puntaje cuestionario ISAS: \_\_\_\_\_ / 11: \_\_\_\_\_.  
Satisfacción:  completa.  moderada. Insatisfacción:  moderada.  completa.

Observaciones:

---

---

---

Recabó: \_\_\_\_\_ Fecha y hora: \_\_\_\_\_

## **ESCALA APAIS**

Instrucciones:

- a) No hay respuestas correctas o incorrectas.
- b) Cada enunciado describe una sensación que usted puede sentir en este momento, marque con la que mejor se identifique.
- c) Marque sólo una respuesta por cada pregunta. Hágalo marcando con una «X».

1.- Estoy inquieto con respecto a la anestesia.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

2.- Pienso continuamente en la anestesia.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

3.- Me gustaría recibir información lo más completa posible con respecto a la anestesia

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

4.- Estoy inquieto con respecto a la cirugía.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

5.- Pienso continuamente en la cirugía.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

6.- Me gustaría recibir información, lo más completa posible, con respecto a la cirugía.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

### ESCALA SERVQHOS

Instrucciones: el siguiente cuestionario contiene una serie de afirmaciones relativas a lo que usted ESPERA sobre el Hospital. Por favor, marque con una «X» la calificación que considere según la escala:

1	2	3	4	5
Mucho peor de lo que pensé	Peor de lo que pensé	Como lo pensé	Mejor de lo que pensé	Mucho mejor de lo que pensé
1	La tecnología de los equipos para los diagnósticos y tratamientos es...	1	2 3 4 5	
2	La apariencia (limpieza y uniforme) del personal es...	1	2 3 4 5	
3	Las indicaciones (señalizaciones) para orientarse y saber a dónde ir son...	1	2 3 4 5	
4	El interés del personal por cumplir lo que promete es...	1	2 3 4 5	
5	El estado de las habitaciones del hospital (apariencia, comodidad) es...	1	2 3 4 5	
6	La información que los médicos proporcionan es...	1	2 3 4 5	
7	El tiempo de espera para ser atendido por un médico es...	1	2 3 4 5	
8	La facilidad para llegar al hospital es...	1	2 3 4 5	
9	El interés del personal por solucionar los problemas de los pacientes es...	1	2 3 4 5	
10	La puntualidad de las consultas médicas es...	1	2 3 4 5	
11	La rapidez con que se consigue lo que se necesita cuando lo necesita es...	1	2 3 4 5	
12	La disposición del personal para ayudarle cuando lo necesita es...	1	2 3 4 5	
13	La confianza (seguridad) que el personal transmite a los pacientes son...	1	2 3 4 5	
14	La amabilidad ( cortesía) del personal en su trato con la gente es...	1	2 3 4 5	
15	La preparación del personal (capacitación) para realizar su trabajo es...	1	2 3 4 5	
16	El trato personalizado que se da a los pacientes es...	1	2 3 4 5	
17	La capacidad del personal para comprender las necesidades de los pacientes es...	1	2 3 4 5	
18	La información que los médicos dan a los familiares es...	1	2 3 4 5	
19	El interés del personal por los pacientes es...	1	2 3 4 5	

## ESCALA ISAS

Instrucciones: cada declaración en la encuesta describe una sensación que usted pudo haber tenido durante su anestesia. Para cada pregunta, por favor, marque la respuesta que mejor describa cómo se sintió usted. Si la sensación expresada no describe cómo usted se sintió, marque una respuesta de desacuerdo. Por el contrario, si la sensación expresada describe cómo usted se sintió, marque una respuesta de aceptación. No hay respuestas correctas o incorrectas.

Marque solo una respuesta para cada pregunta. Hágalo marcando una «X» al lado de la línea que mejor exprese su opinión acerca de la pregunta en cuestión. Nadie debe ayudarle a diligenciar la encuesta. Usted mismo debe leerla y marcar las respuestas que mejor se ajusten. Por favor tómeselo su tiempo. Queremos que sus respuestas sean lo más precisas posibles.

		En total desacuerdo	En moderado desacuerdo	En leve desacuerdo	En leve acuerdo	En moderado acuerdo	En total acuerdo
1	Vomité o tuve ganas de vomitar.						
2	Me gustaría recibir la misma anestesia otra vez.						
3	Sentí comezón, rasquiña o piquiña.						
4	Me sentí relajado, tranquilo.						
5	Sentí dolor.						
6	Me sentí seguro, confiado.						
7	Tuve mucho frío o calor.						
8	Quedé satisfecho, contento con mi cuidado Anestésico.						
9	Sentí dolor durante la cirugía.						
10	Me sentí bien.						
11	Me sentí lastimado.						

## XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chin X, Mallika Arachchige S, Orbell-Smith J, Wysocki AP. Preoperative and Intraoperative Risk Factors for Conversion of Laparoscopic Cholecystectomy to Open Cholecystectomy: A Systematic Review of 30 Studies. *Cureus*. 2023 Oct;15(10):e47774.
2. Mannam R, Sankara Narayanan R, Bansal A, Yanamaladoddi VR, Sarvepalli SS, Vemula SL, et al. Laparoscopic Cholecystectomy Versus Open Cholecystectomy in Acute Cholecystitis: A Literature Review. *Cureus*. 2023 Sep;15(9):e45704.
3. Ali A, Altun D, Oguz BH, Ilhan M, Demircan F, Koltka K. The effect of preoperative anxiety on postoperative analgesia and anesthesia recovery in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. *J Anesth*. 2014;28(2):222–7.
4. Baagil H, Baagil H, Gerbershagen MU. Preoperative Anxiety Impact on Anesthetic and Analgesic Use. *Medicina (Kaunas)*. 2023 Nov 23;59(12).
5. Hernández Hernández AI, López Bascope JA, Guzmán Sánchez AJ. Nivel de ansiedad e información preoperatoria en pacientes programados para cirugía. Un estudio transversal descriptivo. *Acta médica Grupo Ángeles* [Internet]. 2016;14(1):6–11. Available from: [www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx)
6. Dean E. Anxiety. *Nursing Standard*. 2016 Jul 13;30(46):15–15.
7. Shewangzaw Engda A, Belay Yigzaw H, Alemnew Engdaw N, Admasu Basha E, Adem A, Dargie Wubetu A, et al. Magnitude of Preoperative Anxiety and Associated Factors Among Adult Surgical Patients in Debre Berhan Comprehensive Specialized Hospital. *Int J Gen Med*. 2022;15:5999–6007.
8. Bedaso A, Ayalew M. Preoperative anxiety among adult patients undergoing elective surgery: a prospective survey at a general hospital in Ethiopia. *Patient Saf Surg*. 2019;13:18.
9. Bedaso A, Mekonnen N, Duko B. Prevalence and factors associated with preoperative anxiety among patients undergoing surgery in low-income and

middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. Vol. 12, BMJ Open. BMJ Publishing Group; 2022.

10. Spielberg JM, Schwarz JM, Matyi MA. Anxiety in transition: Neuroendocrine mechanisms supporting the development of anxiety pathology in adolescence and young adulthood. *Front Neuroendocrinol*. 2019 Oct;55:100791.
11. Godbole P, Koyle M, Wilcox D, editors. *Pediatric Urology*. Wiley; 2015.
12. Manou-Stathopoulou V, Korbonits M, Ackland GL. Redefining the perioperative stress response: a narrative review. *Br J Anaesth*. 2019 Nov;123(5):570–83.
13. Prete A, Yan Q, Al-Tarrah K, Akturk HK, Prokop LJ, Alahdab F, et al. The cortisol stress response induced by surgery: A systematic review and meta-analysis. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2018 Nov;89(5):554–67.
14. Ni K, Zhu J, Ma Z. Preoperative anxiety and postoperative adverse events: a narrative overview. *Anesthesiology and Perioperative Science*. 2023 Jul 17;1(3):23.
15. Mulugeta H, Ayana M, Sintayehu M, Dessie G, Zewdu T. Preoperative anxiety and associated factors among adult surgical patients in Debre Markos and Felege Hiwot referral hospitals, Northwest Ethiopia. *BMC Anesthesiol*. 2018 Oct 30;18(1).
16. Wang R, Huang X, Wang Y, Akbari M. Non-pharmacologic Approaches in Preoperative Anxiety, a Comprehensive Review. Vol. 10, *Frontiers in Public Health*. Frontiers Media S.A.; 2022.
17. Acharya S, Gurung R, Parajuli B. Preoperative Anxiety Assessment in Adult Patients Undergoing Elective Surgeries: A Cross-Sectional Observational Study. *Journal of Institute of Medicine Nepal*. 2020;42(3).
18. Valenzuela-Millán J, Barrera-Serrano JR, Ornelas-Aguirre JM. Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos. *Cir Cir*. 2010;78:151–6.
19. Stamenkovic DM, Rancic NK, Latas MB, Neskovic V, Rondovic GM, Wu JD, et al. Preoperative anxiety and implications on postoperative recovery: what can we do to change our history. *Minerva Anestesiol*. 2018 Nov;84(11).

20. Moerman N, van Dam FS, Muller MJ, Oosting H. The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Anesth Analg*. 1996 Mar;82(3):445–51.
21. MacLaren JE, Thompson C, Weinberg M, Fortier MA, Morrison DE, Perret D, et al. Prediction of preoperative anxiety in children: who is most accurate? *Anesth Analg*. 2009 Jun;108(6):1777–82.
22. 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 Oct;42(4):272–80.
23. 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*. 2024;74(3):744471.
24. Allen-Duck A, Robinson JC, Stewart MW. Healthcare Quality: A Concept Analysis. *Nurs Forum (Auckl)*. 2017 Oct;52(4):377–86.
25. Nuri NN, Sarker M, Ahmed HU, Hossain MD, Beiersmann C, Jahn A. Experience and perceived quality of care of patients and their attendants in a specialized mental hospital in Bangladesh. *Int J Ment Health Syst*. 2019 Dec 22;13(1):46.
26. Del Castillo AS, Sardi N. Las normas ISO y el concepto de calidad aplicado a los servicios médicos en anestesiología. *Rev Colomb Anestesiol*. 2012;40(1):14–6.
27. Borel J, Sivanto M. Gestión de calidad en anestesiología. *Anestesia Argentina*. 2008;66(1).
28. Parasuraman A, Berry LL, Zeithaml VA. SERVQUAL A Multiple-item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *J Retail*. 1988;64(1):12–40.
29. Akdere M, Top M, Tekingündüz S. Examining patient perceptions of service quality in Turkish hospitals: The SERVPERF model. *Total Quality Management & Business Excellence*. 2020 Feb 17;31(3–4):342–52.

30. Singh D, Dixit K. Measuring Perceived Service Quality in Healthcare Setting in Developing Countries: A Review for Enhancing Managerial Decision-making. *J Health Manag.* 2020 Sep 30;22(3):472–89.
31. Endeshaw B. Healthcare service quality-measurement models: a review. *J Health Res.* 2020 Apr 7;35(2):106–17.
32. Brown SW, Swartz TA. A Gap Analysis of Professional Service Quality. *J Mark.* 1989 Apr;53(2):92.
33. Tucker JL, Adams SR. Incorporating patients' assessments of satisfaction and quality: an integrative model of patients' evaluations of their care. *Managing Service Quality: An International Journal.* 2001 Aug 1;11(4):272–87.
34. Numpaque-Pacabaque A, Buitrago-Orjuela L, Pardo-Santamaría D. Calidad de la atención en el servicio de cirugía ambulatoria desde la percepción del usuario. *Rev la Fac Med.* 2019;67(2):235–9.
35. Borrell-Vega J, Humeidan ML, Bergese SD. Defining quality of recovery - What is important to patients? *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2018;32(3–4):259–68.
36. Pozdnyakova A, Tung A, Dutton R, Wazir A, Glick DB. Factors Affecting Patient Satisfaction With Their Anesthesiologist: An Analysis of 51,676 Surveys From a Large Multihospital Practice. *Anesth Analg.* 2019 Oct;129(4):951–9.
37. De Lille-y Fuentes RM. Calidad en anestesia. *Revista Mexicana en Anestesiología.* 2013;36(1):S69–74.
38. Ali A, Altun D, Oguz BH, Ilhan M, Demircan F, Koltka K. The effect of preoperative anxiety on postoperative analgesia and anesthesia recovery in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. *J Anesth.* 2014 Apr;28(2):222–7.
39. Tosuner Akpinar V. Evaluation of Factors Associated with Patient Satisfaction and Mood-State in Regional Anesthesia. *İğri - The Journal of The Turkish Society of Algology.* 2018;
40. Shevde K, Panagopoulos G. A Survey of 800 Patients?? Knowledge, Attitudes, and Concerns Regarding Anesthesia. *Anesth Analg.* 1991 Aug;73(2):190??198.

41. Forrellat Barrios M. Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. *Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter.* 2014;30(2):179–83.
42. Alsaif A, Alqahtani S, Alanazi F, Alrashed F, Almutairi A. Patient satisfaction and experience with anesthesia: A multicenter survey in Saudi population. *Saudi J Anaesth.* 2018;12(2):304–10.
43. Ilioudi S, Tsironi M, Lazakidou A. Importance of Patient Satisfaction Measurement and Electronic Surveys: Methodology and Potential Benefits. *International Journal of Health Research and Innovation.* 2013;1(1):67–87.
44. Castellanos-Olivares A, Evangelina-Cervantes H, Vásquez-Márquez PI. Satisfacción anestésica como indicador de calidad de la atención médica en el paciente geriátrico. *Revista Mexicana de Anestesiología* [Internet]. 2013;36(1):S250–5. Available from: [www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx)
45. Merry AF, Cooper JB, Soyannwo O, Wilson IH, Eichhorn JH. An iterative process of global quality improvement: the International Standards for a Safe Practice of Anesthesia 2010. *Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie.* 2010 Nov 21;57(11):1021–6.
46. González Pérez E, Fernández Clúa M, Jiménez Serrano D. Calidad en los servicios médicos en anestesiología: algunas consideraciones actuales. *Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación.* 2011;10(1).
47. Fung D, Cohen MM. Measuring patient satisfaction with anesthesia care: a review of current methodology. *Anesth Analg.* 1998 Nov;87(5):1089–98.
48. Myles PS, Hunt JO, Nightingale CE, Fletcher H, Beh T, Tanil D, et al. Development and Psychometric Testing of a Quality of Recovery Score After General Anesthesia and Surgery in Adults. *Anesth Analg.* 1999 Jan;88(1):83–90.
49. Dexter F, Candiotti KA. Multicenter Assessment of the Iowa Satisfaction with Anesthesia Scale, an Instrument that Measures Patient Satisfaction with Monitored Anesthesia Care. *Anesth Analg.* 2011 Aug;113(2):364–8.
50. Poveda Díaz OD. Satisfacción del paciente sometido a cirugía ambulatoria bajo anestesia regional subaracnoidea evaluación de la escala de IOWA. Universidad Autónoma de Bucaramanga - UNAB; 2018.

51. De los Ríos-Arellano J, Cordero-Escobar I, Pérez-Martínez G, Mora-Díaz I. Satisfacción de la recuperación anestésica postoperatoria, según escala en pacientes con anestesia general y neuroaxial . Rev Mex Anest. 2017;40(4).
52. Mira J, Aranaz J, Rodríguez-Marín J, Buil J, Castell M, Vitaller J. SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la atención hospitalaria. Medicina Preventiva. 1998;IV:12–8.
53. Numpaque-Pacabaque A, Rocha-Buelvas A. Modelos SERVQUAL y SERVQHOS para la evaluación de calidad de los servicios de salud. Revista de la Facultad de Medicina. 2016 Oct 1;64(4):715.
54. Baroudi DN, Nofal WH, Ahmad NA. Patient satisfaction in anesthesia: A modified Iowa Satisfaction in Anesthesia Scale. Anesth Essays Res. 2010;4(2):85–90.
55. López Rodríguez MÁ. Satisfacción del paciente con la anestesia mediante la implementación de la Escala de Iowa de satisfacción con la anestesia. estudio prospectivo, observacional y transversal. Instituto Tecnológico de Monterrey; 2015.
56. Myles PS, Williams DL, Hendrata M, Anderson H, Weeks AM. Patient satisfaction after anaesthesia and surgery: results of a prospective survey of 10,811 patients. Br J Anaesth. 2000 Jan;84(1):6–10.
57. Herrera FJ, Wong J, Chung F. A systematic review of postoperative recovery outcomes measurements after ambulatory surgery. Anesth Analg. 2007 Jul;105(1):63–9.
58. Deressa D, Gebreyohannis T, Boka A, Geneti Y. Satisfaction with preoperative education and surgical services among adults elective surgical patients at selected public hospitals in Addis Ababa, Ethiopia. SAGE Open Med. 2022;10:20503121221143220.
59. Peng F, Peng T, Yang Q, Liu M, Chen G, Wang M. Preoperative communication with anesthetists via anesthesia service platform (ASP) helps alleviate patients' preoperative anxiety. Sci Rep. 2020 Oct 30;10(1):18708.

60. Ji W, Sang C, Zhang X, Zhu K, Bo L. Personality, Preoperative Anxiety, and Postoperative Outcomes: A Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Sep 26;19(19).
61. Koster KL, Björklund C, Fenner S, Flierer WJ, Laupheimer M, Burri K, et al. Patient satisfaction with divided anesthesia care. *Die Anaesthesiologie.* 2023 Feb;72(2):97–105.
62. Le May S, Hardy JF, Taillefer MC, Dupuis G. Patient satisfaction with anesthesia services. *Can J Anaesth.* 2001 Feb;48(2):153–61.
63. Torres-González CA, Valera-Rodríguez Y, Segura-María EP. Calidad de la atención en el servicio de anestesiología. Percepción del usuario. *Acta médica Grupo Ángeles.* 2017;15(2).
64. Naula Ichina SE, Pico Chica GS. Valoración de satisfacción anestésica y factores relacionados, en pacientes adultos sometidos a cirugía oftalmológica del hospital Eugenio Espejo de la Ciudad de Quito desde enero a abril de 2019. [Quito]: Pontificia Universidad Católica del Ecuador ; 2019.
65. Nuri A, Abute L, Tesfaye Elilo L, Dejene Y, Ali S, Mezgebu T, et al. Assessment of Preoperative Anxiety Levels Among Patients Admitted for Surgery in Public Hospitals, Southern Ethiopia. *SAGE Open Nurs.* 2024 Jan 23;10.
66. Gaona Rentería DC, Contento Fierro BE. Ansiedad pre operatoria en pacientes quirúrgicos en el área de cirugía del Hospital Isidro Ayora. *Enfermería Investiga: Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión.* 2018 Mar 29;3(1, Mar):38–43.
67. Monteagudo O, Navarro C, Alonso P, Casas R, Rodríguez L, Gracia J, et al. Aplicación hospitalaria del SERVQHOS: factores asociados a la satisfacción e insatisfacción. *Rev Calidad Asistencial.* 2003;18(5):263–71.
68. Niemi-Murola L, Pöyhönen R, Onkinen K, Rhen B, Mäkelä A, Niemi TT. Patient Satisfaction with Postoperative Pain Management—Effect of Preoperative Factors. *Pain Management Nursing.* 2007 Sep;8(3):122–9.
69. Belay Bizuneh Y, Fitiwi Lema G, Yilkal Fentie D, Woldegerima Berhe Y, Enyew Ashagrie H. Assessment of Patient's Satisfaction and Associated Factors regarding Postoperative Pain Management at the University of Gondar

Compressive Specialized Hospital, Northwest Ethiopia. *Pain Res Manag.* 2020 Nov 12;2020:1–7.

70. Gempeler FE, Avellaneda S MV. Evaluación de la satisfacción y tiempo en recuperación con diferentes técnicas anestésicas en el Hospital Universitario de San Ignacio. *Rev Col Anest.* 2010;38(2):178–202.