



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES

CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1

**“SATISFACCIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO EN EL
SERVICIO DE ENDOSCOPIA BAJO SEDACIÓN EN EL
HGZ1 AGUASCALIENTES.”**

TESIS PRESENTADA POR
KIMBERLY MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
ANESTESIOLOGÍA

ASESOR:

DR. CARLOS ARMANDO SÁNCHEZ NAVARRO

AGUASCALIENTES, AGS. A 6 DE FEBRERO DE 2026

CARTA DE APROBACIÓN DE TESIS (ASESOR)



CARTA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TESIS

AGUASCALIENTES, AGS, A 22 DE SEPTIEMBRE DE 2025

COMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD 101
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.1, AGUASCALIENTES

DRA. JANNETTE PADILLA LÓPEZ
COORDINADORA AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que el (la) Residente de la Especialidad de Anestesiología del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

DRA. KIMBERLY MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**"SATISFACCIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO EN EL SERVICIO DE ENDOSCOPIA
BAJO SEDACIÓN EN EL HGZ1 AGUASCALIENTES."**

Número de Registro: R-2025-101-059 del Comité Local de Ética en Investigación No. 1018 y el comité de Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo con la opción de titulación: **TESIS**.

La Dra. Kimberly Martínez Rodríguez, asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que se proceda a la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámite correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquiera aclaración.

ATENTAMENTE:

**DR. CALOS JAVIER PÉREZ
CHAVIRA**

COORDINADOR CLÍNICO DE
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
EN SALUD

**DR. CARLOS ARMANDO
SÁNCHEZ NAVARRO**

PROFESOR TITULAR

**DR. CARLOS ARMANDO
SÁNCHEZ NAVARRO**

ASESOR O DIRECTOR DE TESIS

CARTA DE APROBACIÓN DELEGACIÓN



CARTA DE CONCLUSIÓN DE TRABAJO DE TESIS

AGUASCALIENTES, AGS, A 22 DE SEPTIEMBRE DE 2025

DR. SERGIO RAMIREZ GONZALEZ
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que el (la) Residente de la Especialidad de Anestesiología del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

DRA. KIMBERLY MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**"SATISFACCIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO EN EL SERVICIO DE ENDOSCOPIA
BAJO SEDACIÓN EN EL HGZ1 AGUASCALIENTES."**

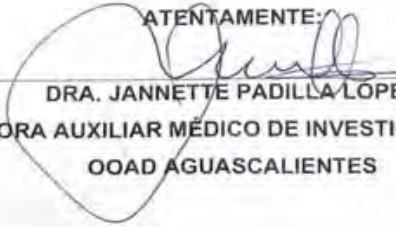
con Número de Registro R-2025-101-059 del Comité Local de Ética en Investigación No. 1018 y el comité de Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo con la opción de titulación: **TESIS**.

La **Dra. Kimberly Martinez Rodríguez**, asistió a las asesorías correspondientes con su director de tesis y realizó las actividades para la realización del protocolo de investigación, con apego al plan de trabajo, dando cumplimiento a la normatividad de investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención, enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE:


DRA. JANNETTE PADILLA LOPEZ

**COORDINADORA AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
OAO AGUASCALIENTES**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación e Investigación
Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Aprobado

Comité de Ética en Investigación **1018**.
H GRAL ZONA NUM 1

Registro COFEPRIS **17 CI 01 001 038**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 01 CEI 001 2018082**

FECHA **Martes, 04 de febrero de 2025**

Doctor (a) CARLOS ARMANDO SANCHEZ NAVARRO

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Satisfacción del paciente oncológico en el servicio de endoscopia bajo sedación en el HGZ1 Aguascalientes** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

Sin número de registro

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Doctor (a) AGUILAR MERCADO VIRGINIA VERONICA
Presidente del Comité de Ética en Investigación No. 1018

DICTAMEN DE APROBACIÓN COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

Comité Local de Investigación en Salud 101,
H. GRAL. ZONA NUM 1

Registro COFEPRIS 17 CI 01 001 038
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 01 CEI 001 2018082

FECHA Viernes, 25 de abril de 2025

Doctor (a) CARLOS ARMANDO SANCHEZ NAVARRO

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Satisfacción del paciente oncológico en el servicio de endoscopia bajo sedación en el HGZ1 Aguascalientes** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2025-101-059

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un Informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE



Doctor (a) CARLOS ARMANDO SANCHEZ NAVARRO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 101

DICTAMEN DE LIBERACIÓN ACADÉMICA



DICTAMEN DE LIBERACIÓN ACADÉMICA PARA INICIAR LOS TRÁMITES DEL EXAMEN DE GRADO - ESPECIALIDADES MÉDICAS

Fecha de dictaminación dd/mm/aa:

02/02/2026

NOMBRE:

MARTINEZ RODRIGUEZ KIMBERLY

ID

364058

ESPECIALIDAD:

ANESTESIOLOGIA

LGAC (del posgrado):

TECNICAS ANESTESICAS

TIPO DE TRABAJO:

(X) Tesis

() Trabajo práctico

SEDE HOSPITALARIA:

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TITULO:

SATISFACCION DEL PACIENTE ONCOLOGICO EN EL SERVICIO DE ENDOSCOPIA BAJO SEDACION EN EL HGZ1 AGUASCALIENTES

IMPACTO SOCIAL (señalar el impacto logrado):

GENERACION DE UN REFERENTE LOCAL PARA MONITOREAR Y MEJORAR LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE ONCOLOGICO EN ENDOSCOPIA BAJO SEDACION; ORIENTA INTERVENCIONES EN COMUNICACION, CONFORT, SEGURIDAD Y FLUJO DEL SERVICIO, CON POTENCIAL PARA ELEVAR LA CALIDAD PERCIBIDA Y LA ADHERENCIA AL SEGUIMIENTO

INDICAR SI - NO - NA (No aplica) SEGÚN CORRESPONDA:

<i>Elementos para la revisión académica del trabajo de tesis o trabajo práctico:</i>	
<u>SI</u>	El trabajo es congruente con las LGAC de la especialidad médica
<u>SI</u>	La problemática fue abordada desde un enfoque multidisciplinario
<u>SI</u>	Existe coherencia, continuidad y orden lógico del tema central con cada apartado
<u>SI</u>	Los resultados del trabajo dan respuesta a las preguntas de investigación o a la problemática que aborda
<u>SI</u>	Los resultados presentados en el trabajo son de gran relevancia científica, tecnológica o profesional según el área
<u>SI</u>	El trabajo demuestra más de una aportación original al conocimiento de su área
<u>SI</u>	Las aportaciones responden a los problemas prioritarios del país
<u>NO</u>	Generó transferencia del conocimiento o tecnológica
<u>SI</u>	Cumple con la ética para la investigación (reporte de la herramienta antiplagio)
<i>El egresado cumple con lo siguiente:</i>	
<u>SI</u>	Cumple con lo señalado por el Reglamento General de Posgrado
<u>SI</u>	Cumple con los requisitos señalados en el plan de estudios
<u>SI</u>	Cuenta con los votos aprobatorios del comité tutorial
<u>SI</u>	Cuenta con la aprobación del (la) Jefe de Enseñanza y/o Hospital
<u>SI</u>	Coincide con el título y objetivo registrado
<u>SI</u>	Tiene el CVU de la SECIHTI actualizado
<u>NA</u>	Tiene el artículo aceptado o publicado y cumple con los requisitos institucionales

Con base a estos criterios, se autoriza se continúen con los trámites de titulación y programación del examen de grado

Sí X
 No

FIRMAS

Revisó:

NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO:



MCB.E SILVIA PATRICIA GONZÁLEZ FLORES

Autorizó:

NOMBRE Y FIRMA DEL DECANO:



DR. EN FARM. SERGIO RAMÍREZ GONZÁLEZ

Nota: procede el trámite para el Depto. de Apoyo al Posgrado

En cumplimiento con el Art. 136 fracción II, inciso g) del Reglamento General de Posgrado que a la letra señala: autorización de la persona titular del Decanato del Centro de Ciencias de la Salud.

EVIDENCIA DE PUBLICACIÓN



CIRUGÍA
Y CIRUJANOS

Hospital General de Aguascalientes
 de la Secretaría de Salud



KIMBERLY ▾

AUTOR ▾

ARTÍCULOS

10▾

items/página

Buscar...

CÓDIGO	TÍTULO	ESTADO
CIRU/0441/25	SATISFACCIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO EN EL SERVICIO DE ENDOSCOPIA BAJO SEDACIÓN EN EL HGZ1 AGUASCALIENTES	Pendiente de verificación 

Mostrando registros del 1 al 1 de un total de 1 registros

Anterior

1

Siguiente

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

A Dios, por guiarme en cada paso y darme la fortaleza para perseverar.

A mi madre. Mami, tus palabras de aliento, tus consejos y tu ejemplo han sido el motor que me impulsa a dar cada paso en este proceso. Tu presencia ha sido un faro de luz en los momentos de incertidumbre y dudas. Gracias por creer en mí, por ser mi pilar inquebrantable y mi mayor motivación. Te amo y te agradezco infinitamente, porque lo que soy es producto de tu amor, apoyo y sacrificio.



ÍNDICE GENERAL

1.	ÍNDICE DE TABLAS	3
2.	ÍNDICE DE GRÁFICAS.....	3
3.	RESUMEN	4
4.	ABSTRACT	5
5.	INTRODUCCIÓN	6
6.	MARCO TEÓRICO.....	7
6.1.	ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	7
6.2.	MARCO TEÓRICO QUE FUNDAMENTAN LA INVESTIGACIÓN.....	15
6.3.	MARCO CONCEPTUAL	17
6.3.1.	Epidemiología de la población oncológica.....	17
6.3.2.	Temas prioritarios institucionales.	18
6.3.3.	Fármacos en la sedación endoscópica	18
6.3.4.	Instrumento para determinar la satisfacción de los pacientes en anestesia. 19	
7.	JUSTIFICACIÓN	22
7.1.	MAGNITUD.....	22
7.2.	FINALIDAD	22
7.3.	TRASCENDENCIA	23
7.4.	VIABILIDAD	23
7.5.	FACTIBILIDAD	23
7.6.	INFORMACIÓN QUE SE ESPERA OBTENER.....	24
8.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	26
8.1.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	27
9.	OBJETIVOS.....	28
10.	HIPÓTESIS	28
11.	METODOLOGÍA.....	29

11.1.	DISEÑO DE ESTUDIO	29
11.2.	POBLACIÓN DE ESTUDIO	29
11.3.	CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA	29
11.4.	SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	30
11.5.	Criterios de selección.....	30
11.5.1.	Criterios de inclusión	30
11.5.2.	Criterios de exclusión	30
11.5.3.	Criterios de eliminación	30
11.6.	DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES CONCEPTUAL Y OPERACIONAL	30
11.7.	REPRODUCIBILIDAD Y VALIDEZ DE LOS MÉTODOS Y/O INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.....	32
11.8.	DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO	32
11.9.	SISTEMATIZACIÓN DE LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS	34
11.10.	MÉTODOS PARA EL CONTROL Y CALIDAD DE LOS DATOS.....	34
11.11.	MÉTODOS PARA PROCESAR LOS DATOS (ANÁLISIS ESTADÍSTICO): ..	34
11.12.	ASPECTOS ÉTICOS	36
11.13.	RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	41
11.13.1.	Recursos humanos	41
11.13.2.	Recursos físicos	41
11.13.3.	Recursos materiales.....	41
11.13.4.	Recursos Financieros.....	41
11.13.5.	Presupuesto destinado a la investigación.....	42
11.14.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	43
12.	RESULTADO.....	44
13.	DISCUSIÓN.....	49
13.1.	Limitaciones y recomendaciones	51
14.	CONCLUSIÓN.....	52

15.	GLOSARIO.....	53
16.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55
17.	ANEXOS	63
ANEXO A.	CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	63
ANEXO B.	HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	66
ANEXO C.	ESCALA IOWA	67
ANEXO D.	MANUAL OPERACIONAL.....	68
ANEXO E.	INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL INSTRUMENTO	69
ANEXO F.	CARTA DE NO INCONVENIENCIA	71

1. ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Escala IOWA de satisfacción con la anestesia.....	20
Tabla 2.	Definición conceptual y operacional de variables en estudio.....	30
Tabla 3.	Características sociodemográficas de la población de estudio.....	45
Tabla 4.	Variables antropométricas y edad de la población de estudio	46
Tabla 5.	Comorbilidades de los pacientes oncológicos.....	46
Tabla 6.	Características clínicas de la población de estudio	47
Tabla 7.	Nivel de satisfacción reportado por los pacientes.....	48

2. ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1.	Sexo	44
Gráfica 2.	Escolaridad	44
Gráfica 3.	Ocupación.....	45
Gráfica 4.	Comorbilidades	46
Gráfica 5.	Nivel de satisfacción	48

3. RESUMEN

Antecedentes: La evaluación de la experiencia del paciente es un indicador clave de calidad en endoscopia bajo sedación. En población oncológica, la complejidad clínica podría influir en la percepción de la atención; sin embargo, la evidencia local es limitada.

Objetivo: Determinar la satisfacción del paciente oncológico sometido a endoscopia bajo sedación en el HGZ1 Aguascalientes e identificar características sociodemográficas y clínicas asociadas en la cohorte estudiada.

Material y métodos: Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal y unicéntrico. Se incluyeron pacientes oncológicos ≥ 18 años con cáncer de tubo digestivo, estado físico ASA III–IV, sometidos a endoscopia bajo sedación. El muestreo fue por cuotas. La satisfacción se midió con la Iowa Satisfaction with Anesthesia Scale (ISAS) y se dicotomizó (satisfecho ≥ 3 puntos). Se registraron variables sociodemográficas, antropométricas, comorbilidades y datos clínicos. El análisis se realizó con estadística descriptiva usando SPSS v25; los resultados se presentaron en tablas y figuras. **Resultados:** Se analizaron 137 pacientes; 69,3% fueron mujeres, con edad media de 62,5 años e IMC medio de 27,4 kg/m². El 35,8% presentó alguna comorbilidad; destacaron diabetes (43,1%) e hipertensión (32,1%). Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron dispepsia (61,3%) y sangrado (32,8%); toda la cohorte correspondió a ASA III. La proporción de satisfacción fue alta: 89,1% “satisfecho” frente a 10,9% “no satisfecho”. **Conclusiones:** En esta muestra oncológica de alto riesgo anestésico, la endoscopia bajo sedación se asoció con una elevada satisfacción reportada, lo que sugiere procesos asistenciales y anestésicos efectivos en el contexto local. Los hallazgos aportan un punto de referencia institucional para el monitoreo continuo de la experiencia del paciente y orientan mejoras focalizadas en comunicación, confort y flujo del servicio.

Palabras clave: Satisfacción del paciente, Endoscopia bajo sedación, Paciente oncológico.

4. ABSTRACT

Background: Patient experience assessment is a key quality indicator in sedated endoscopy. In the oncology population, clinical complexity could influence the perception of care; however, local evidence is limited. **Objective:** To determine the satisfaction of oncology patients undergoing sedated endoscopy at the HGZ1 Aguascalientes and to identify associated sociodemographic and clinical characteristics in the cohort studied.

Materials and methods: A quantitative, observational, descriptive, cross-sectional, single-center study. Oncology patients ≥ 18 years of age with gastrointestinal cancer, ASA physical status III–IV, who underwent sedated endoscopy were included. Quota sampling was used. Satisfaction was measured with the Iowa Satisfaction with Anesthesia Scale (ISAS) and dichotomized (satisfied ≥ 3 points). Sociodemographic, anthropometric variables, comorbidities, and clinical data were recorded. Descriptive statistics were used for analysis using SPSS v25; The results were presented in tables and figures. **Results:** A total of 137 patients were analyzed; 69.3% were women, with a mean age of 62.5 years and a mean BMI of 27.4 kg/m². 35.8% presented some comorbidity, including diabetes (43.1%) and hypertension (32.1%). The most frequent clinical manifestations were dyspepsia (61.3%) and bleeding (32.8%); the entire cohort corresponded to ASA III. The satisfaction rate was high: 89.1% "satisfied" versus 10.9% "not satisfied." **Conclusions:** In this high-anesthesia-risk oncology sample, sedated endoscopy was associated with high reported satisfaction, suggesting effective care and anesthetic processes in the local context. The findings provide an institutional benchmark for continuous monitoring of the patient experience and guide targeted improvements in communication, comfort, and service flow.

Keywords: Patient satisfaction, Endoscopy under sedation, Oncology patient.

5. INTRODUCCIÓN

El incremento sostenido de los procedimientos endoscópicos en población oncológica y la centralidad de la sedación como estrategia para garantizar confort, seguridad y completitud diagnóstica hacen indispensable evaluar, con métricas válidas, cómo perciben los pacientes la atención que reciben (1). En México, las neoplasias del tubo digestivo representan una carga relevante de enfermedad y mortalidad, y el uso de la endoscopia como herramienta diagnóstica y terapéutica se ha expandido a la par de estándares crecientes de calidad centrados en la experiencia del paciente (2). Sin embargo, la evidencia local sobre satisfacción en contextos reales de práctica —y particularmente en pacientes oncológicos con mayor complejidad clínica— es escasa, fragmentaria y, con frecuencia, extrapolada de poblaciones no comparables (3). Aunque existen instrumentos robustos para medir satisfacción con la anestesia y con la atención endoscópica (4), su aplicación sistemática en escenarios públicos, con flujos asistenciales y perfiles sociodemográficos propios, sigue siendo limitada y deja sin respuesta preguntas clave sobre los determinantes del bienestar percibido durante y después del procedimiento. En el HGZ1 de Aguascalientes, donde el volumen de endoscopias es considerable y la sedación forma parte del estándar de atención, contar con un diagnóstico de situación basado en la voz del paciente permite identificar cuellos de botella operativos y clínicos, priorizar intervenciones de mejora —comunicación preprocedimiento, control de dolor y náusea, tiempos de espera, condiciones de recuperación— y orientar la capacitación del personal y la asignación de recursos con criterios de impacto (5). Este proyecto propone medir la satisfacción de pacientes oncológicos sometidos a endoscopia bajo sedación mediante un enfoque descriptivo y estandarizado, generando un punto de referencia institucional que posibilite la comparación longitudinal, la evaluación de cambios y la alineación con políticas de calidad centradas en el paciente. La utilidad de esta información trasciende el ámbito académico: ofrece insumos prácticos para fortalecer la seguridad, la eficiencia y la humanización del servicio, y contribuye a cerrar una brecha de conocimiento prioritaria en la atención oncológica del segundo nivel de cuidado.

6. MARCO TEÓRICO

6.1. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Se realizó una búsqueda sistemática de la información literaria en la base de datos Pubmed, Cochrane, Epistemonikos, BVS y búsqueda en bola de nieve utilizando los filtros de búsqueda, limitado a humanos, adultos, del 2019 a 2024, con los siguientes descriptores, palabras clave MESH;

Satisfacción del paciente/ patient satisfaction/ Satisfação do Paciente

Categorías:

- F01.100.150.750.625
- F01.145.488.887.625
- N04.452.822.700
- N05.300.150.800.625
- N05.715.360.600

Endoscopía del Sistema Digestivo / Endoscopy, Digestive System / Endoscopia do Sistema Digestório

- **Sinónimos:**
- Procedimientos Quirúrgicos Endoscópicos del Sistema Digestivo
- Procedimientos Endoscópicos Quirúrgicos del Sistema Digestivo
- Esofagogastroduodenoscopia
- **Categorías:**
- E01.370.372.250
- E01.370.388.250.250
- E04.210.240
- E04.502.250.250

Neoplasias / Neoplasms / Neoplasias

Sinónimos:

- Neoplasia
- Neoplasmas
- Tumor
- Tumores
- Neoplasma
- Cáncer
- Neoplasias Malignas
- Neoplasia Maligna
- Tumor Maligno
- Tumores Malignos
- Neoplasia Benigna

Categorías:

- C04

Anestesia / Anesthesia / Anestesia

Categorías:

- E03.155

Sintaxis de búsqueda Pubmed:

Search: ((patient satisfaction) AND (digestive system endoscopy)) AND (cancer screening)) AND (Neoplasms) AND (Anesthesia) Filters: from 2019 - 2024

((("patient satisfaction"[MeSH Terms] OR ("patient"[All Fields] AND "satisfaction"[All Fields]) OR "patient satisfaction"[All Fields]) AND ("endoscopy, digestive system"[MeSH Terms] OR ("endoscopy"[All Fields] AND "digestive"[All Fields] AND "system"[All Fields]) OR "digestive system endoscopy"[All Fields] OR ("digestive"[All Fields] AND "system"[All Fields] AND "endoscopy"[All Fields]))) AND ("early detection of cancer"[MeSH Terms] OR ("early"[All Fields] AND "detection"[All Fields] AND "cancer"[All Fields]) OR "early detection of cancer"[All Fields] OR ("cancer"[All Fields] AND "screening"[All Fields]) OR "cancer screening"[All Fields]) AND

("anaesthesia"[All Fields] OR "anesthesia"[MeSH Terms] OR "anesthesia"[All Fields] OR "anaesthesias"[All Fields] OR "anesthesias"[All Fields])) AND (2019:2023[pdat])

Sintaxis de búsqueda BVS:

Search: (patient satisfaction) AND (digestive system endoscopy) AND (cancer screening) AND (Neoplasms) AND (Anesthesia)

Sintaxis de búsqueda: Epistemonikos

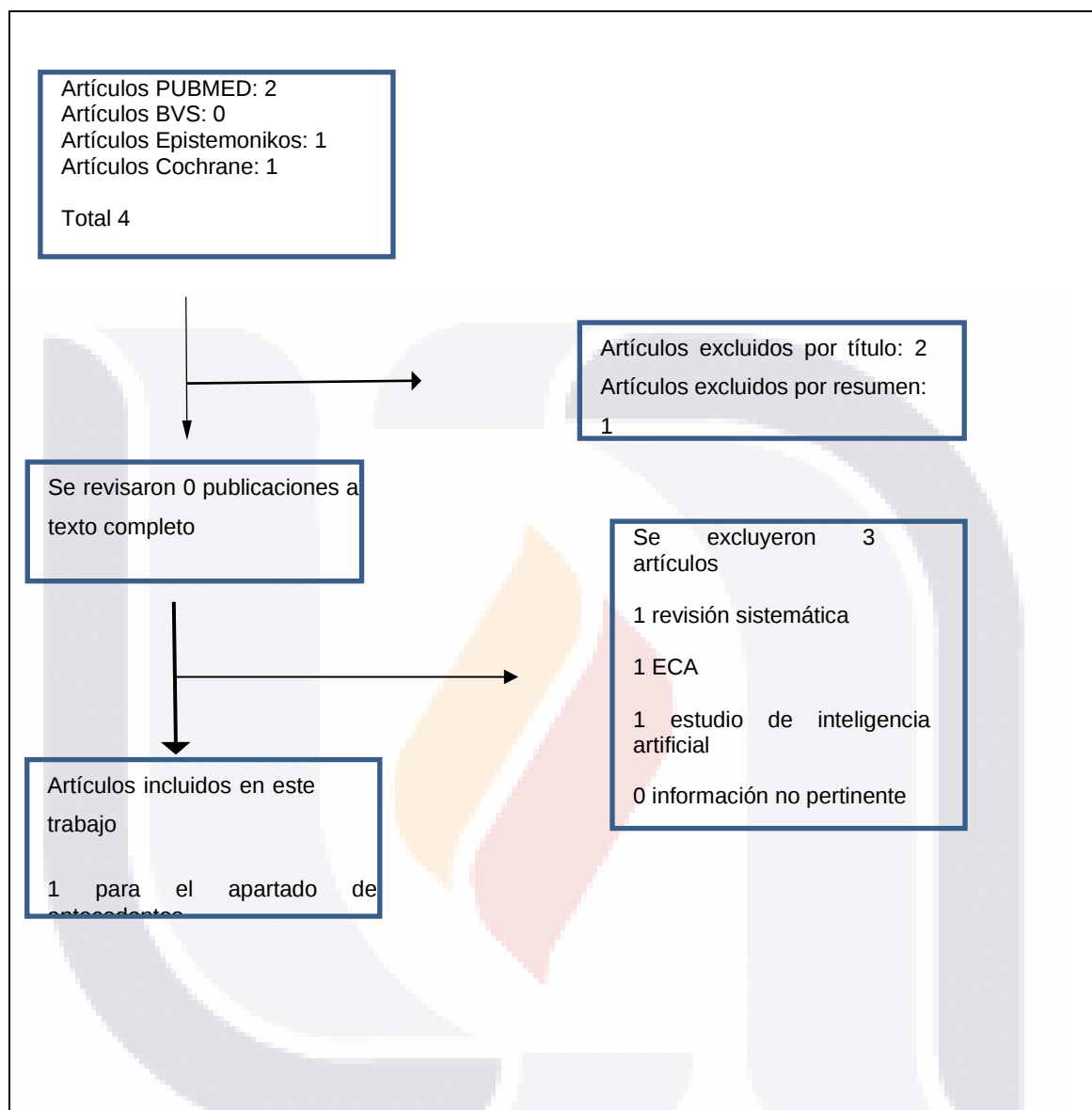
(title:(patient satisfaction) OR abstract:(patient satisfaction)) AND (title:(Anesthesia) OR abstract:(Anesthesia)) OR (title:(Anesthesia) OR abstract:(Anesthesia)) AND (title:(digestive system endoscopy) OR abstract:(digestive system endoscopy)) OR (title:(digestive system endoscopy) OR abstract:(digestive system endoscopy)) AND (title:(cancer screening) OR abstract:(cancer screening)) OR (title:(cancer screening) OR abstract:(cancer screening)) AND (title:(neoplasms) OR abstract:(neoplasms)) OR (title:(neoplasms) OR abstract:(neoplasms))

Sintaxis de búsqueda: Cochrane

Trial matching patient satisfaction questionnaire in Title Abstract Keyword AND anesthesia in Title Abstract Keyword AND digestive system endoscopy in Title Abstract Keyword AND cancer screening in Title Abstract Keyword AND neoplasms in Title Abstract Keyword - (Word variations have been searched)

Se realiza la búsqueda avanzada de la literatura siendo pertinentes 4 artículos, a continuación, se presenta el diagrama de Cochrane

Figura 1.- Diagrama de Cochrane



Para nuestros descriptores solo se encontró 1 artículo, por lo que se excluye la población de estudio de la búsqueda, buscando artículos que reporten la satisfacción de los pacientes en sedación encontrando 6 artículos, a continuación, se presenta el resumen.

Martínez et al (2023) realizó un estudio analítico, en procedimientos de anestesia fuera del quirófano (AFQ) con el objetivo de describir la satisfacción, características clínicas y sociodemográficas de los pacientes que fueron llevados a AFQ con la

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Escala Iowa de satisfacción con la anestesia (ISAS). Se incluyeron 145 pacientes mayores de 18 años quienes recibieron sedación, el 92% fueron de gastroenterología, mismos a quienes se les aplicó la escala ISAS. Se encontró un alfa de Cronbach de 0,76. Se hizo una evaluación del coeficiente de correlación de Pearson entre el resultado promedio de cada pregunta de la escala con la respuesta a la pregunta. El 95,17% se clasificó como "totalmente satisfecho" con la anestesia recibida, el medicamento más usado por los anestesiólogos fue el propofol en 93%. Con lo anterior los autores concluyeron que la escala ISAS en los pacientes AFQ se puede usar para medir satisfacción de la anestesia (3).

Tao et al (2023) realizó un estudio de validación de un instrumento de investigación con el objetivo de desarrollar una escala de satisfacción con la endoscopia gastrointestinal. Los sujetos fueron 320 pacientes que recibieron diagnóstico y tratamiento de endoscopia digestiva en un hospital terciario en la ciudad de Changsha, provincia de Hunan. Con base en los resultados de la búsqueda bibliográfica, se determinaron los ítems de la escala y se desarrolló el "cuestionario de consulta de expertos sobre satisfacción con el diagnóstico y tratamiento de la endoscopia gastrointestinal". El contenido del cuestionario incluye una breve descripción del propósito, contenido y métodos de consulta de este estudio, una tabla de puntuación para la racionalidad de cada ítem de la escala y una columna para recopilar sugerencias de expertos. Resultados: La escala formal tenía 2 dimensiones y 10 ítems, el alfa de Cronbach y la fiabilidad de división por la mitad fueron 0,889 y 0,823. Los autores concluyeron la Escala de Satisfacción con el Diagnóstico y Tratamiento de la Endoscopia Digestiva es confiable y válida, y puede utilizarse como una herramienta en la evaluación clínica del diagnóstico y satisfacción con el tratamiento en procedimientos de endoscopia digestiva en China (6).

Ping Tong et al (2021) realizó un ensayo clínico aleatorizado con el objetivo de evaluar si las hojas de información sobre sedación endoscópica reducen el nivel de preocupación con respecto a la posible conciencia durante la sedación endoscópica en un hospital regional. Se incluyeron en el estudio 187 pacientes mayores de 18

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

años que se sometieron a una gastroscopia o colonoscopia electiva con fines de diagnóstico para descartar cáncer en el Hospital Base de Mackay de los cuales 82 fueron asignados al azar al grupo de intervención y 105 al grupo de control. Los pacientes recibieron las hojas de información de “Endoscopia gastrointestinal superior” o “Colonoscopia” de Queensland Health. Esta hoja de información proporciona detalles de la sedación y los posibles efectos secundarios. En los resultados encontraron que el 33,1% de todos los participantes estaban preocupados por estar conscientes durante el procedimiento, y el grupo de intervención estaba marginalmente menos preocupado por la posible conciencia (28,8% frente a 36,5%). Sin embargo, esto no fue estadísticamente significativo ($\chi^2 1,107 p = 0,33$). Se concluyó en el estudio que se permitió dilucidar el nivel de preocupación con respecto a la posible conciencia durante la sedación y la incidencia de la conciencia durante la sedación endoscópica, lo cual permitirá realizar trabajos futuros que investiguen el papel de los métodos de información sobre sedación endoscópica que incluyan material escrito y en video para ayudar al asesoramiento del paciente antes del procedimiento (7).

Kudaravalli et al (2020) realizó un estudio prospectivo con el objetivo de educar mejor a los pacientes y mejorar la comprensión de la sedación moderada. Se incluyeron en el estudio pacientes mayores de 18 años que pudieron dar su consentimiento y eran aptos para someterse a una esofagogastroduodenoscopia (EGD) ambulatoria así como a una colonoscopia bajo sedación moderada. Se incluyeron en el estudio un total de 637 pacientes. Cuatro proveedores de clínicas gastrointestinales (GI) ambulatorias entregaron el folleto escrito a los pacientes después de un extenso asesoramiento verbal. Otros diez proveedores de clínicas GI asesoraron al paciente solo verbalmente sobre la sedación moderada. Todos los pacientes recibieron un cuestionario que incluía dos preguntas el día del procedimiento endoscópico. La primera pregunta decía: "¿Su médico o enfermero le explicó sobre la sedación moderada, es decir, los medicamentos que vamos a utilizar para mantenerlo cómodo durante el procedimiento?". La segunda pregunta decía: "¿Entiende que es posible que no esté profundamente dormido durante el

procedimiento?". El grupo 1 incluyó pacientes que recibieron asesoramiento verbal complementado con información escrita y el grupo 2 incluyó pacientes que solo recibieron asesoramiento verbal. La edad media en el grupo 1 fue de 50,5 años y en el grupo 2, de 54,3 años. Los resultados no mostraron diferencias significativas entre los grupos en cuanto a que los pacientes recordaran la explicación del procedimiento de sedación: OR 1,003 (IC del 95 %; 0,992 - 1,014, valor $p = 0,63$) o expresaran comprensión del procedimiento de sedación: OR 1,008 (IC del 95 %; 0,997 - 1,019, valor $p = 0,15$). Con los resultados obtenidos, los autores concluyeron que los materiales educativos escritos, además del asesoramiento verbal sobre la sedación moderada, no ayudaron a mejorar la educación del paciente ni su satisfacción (8).

Burtea et al (2019) realizó un estudio prospectivo con el objetivo de evaluar la calidad de los procedimientos endoscópicos y la satisfacción del paciente mediante la aplicación de una versión modificada del Cuestionario de Satisfacción de Endoscopia Gastrointestinal (GESQ) en un centro ambulatorio, con o sin sedación profunda realizada bajo la supervisión de un anestesiólogo. Se incluyeron 552 pacientes que recibieron el cuestionario. El GESQ fue modificado para incluir diferentes secciones para: 1) habilidades de comunicación, 2) dolor, 3) modales del personal; 4) habilidades técnicas del médico; 5) organización de la instalación y 6) satisfacción general. Los resultados con respecto al nivel general de satisfacción reportaron que 476 (86,2%) estaban muy satisfechos o satisfechos, 69 (12,5%) insatisfechos y los 7 restantes (1,3%) indiferentemente. En el apartado de comunicación, 16 (3%) pacientes no estaban satisfechos con las explicaciones recibidas antes del procedimiento o con las respuestas a sus preguntas. El dolor y la incomodidad fueron mencionados por 29 (5,2%) de los pacientes, generalmente relacionados con las colonoscopias o los exámenes EUS; 13 (2,3%) de los pacientes consideraron que la comodidad o intimidad de la sala de recuperación era mala, y 11 (2%) pacientes no estaban satisfechos con el tiempo de espera antes del procedimiento. Los autores concluyeron que el cuestionario modificado mostró una buena satisfacción general de los pacientes en la unidad de endoscopia, al tiempo

que también sugirió algunas áreas que necesitan mejoras, como las habilidades de comunicación del personal, una mejor gestión del tiempo y la reorganización del área de recuperación; así mismo el estudio demuestra la importancia de dichos cuestionarios para proporcionar información de retroalimentación destinada a mejorar los estándares en endoscopia, incluidas las habilidades y la organización del personal (9).

Trujillo et al (2010) realizó un estudio prospectivo de tipo encuesta con el objetivo de determinar el nivel de satisfacción de los pacientes tras un procedimiento endoscópico y los factores asociados, en el servicio de endoscopia gastrointestinal del Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza. Se incluyeron en el estudio 200 pacientes quienes se realizaron una gastroscopia o colonoscopia. Se aplicó un cuestionario validado para evaluar la satisfacción de los pacientes tras un procedimiento endoscópico (mGHAA-9). Resultados: el porcentaje de respuesta fue de 89.5%, el grupo se conformó por una mayoría de mujeres (65.4%, edad promedio 51.3 años). El puntaje promedio fue de 30.9 (máximo posible 35). En la evaluación general los pacientes calificaron: excelente 60.9%, muy bueno 29.6%, bueno 8.9%, regular 0.6%. Los factores que más influyeron en la satisfacción fueron el tiempo de espera para la cita (OR 3.104), explicación y respuesta a preguntas (OR 2.961) y tiempo de espera para la realización del procedimiento (OR 2.408). Algunos factores no influyeron sobre la satisfacción fueron el género, la edad y la sedación empleada. Con lo anterior los autores concluyeron que el nivel de satisfacción de pacientes sometidos a una esófago-gastro-duodenoscopia o colonoscopia es bueno. Los factores que más influyen en la satisfacción de estos usuarios están relacionados con la comunicación entre médico y paciente, así como el tiempo de espera para el estudio (10).

6.2. MARCO TEÓRICO QUE FUNDAMENTAN LA INVESTIGACIÓN

A finales del S. XX (1999), la «Agencia para la Investigación y Excelencia de los Sistemas de Salud» de la Unión Americana (Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ) en el «Foro Nacional sobre Calidad» (National Quality Forum), destacó la necesidad de adoptar «indicadores de calidad» (IC) para evaluar los servicios proporcionados en centros hospitalarios (1). A principios del S. XXI (2001-2003) dicha agencia, AHRQ, publicó diversos documentos que hacían evidente la presencia de «huecos de información» y una «gran variabilidad» en las características y seguridad de la atención sanitaria, destacando que estos elementos favorecen innegablemente la ocurrencia de «errores médicos fatales» y promueven la «insatisfacción de los pacientes». Derivado de dichos reportes esta agencia se dio a la tarea de identificar «áreas de oportunidad» en la práctica médica y se desarrollaron «indicadores de calidad» (IC) para evaluar los servicios de salud (1). Estandarizando el conocimiento con una herramienta diseñada para proporcionar la misma información es posible evaluar el conocimiento del personal en salud antes y después de la intervención, al tiempo que puede ser analizado el impacto de dicha intervención en la satisfacción de los enfermos (1).

La satisfacción del paciente es un término que se introdujo en la 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 (11).

Hablar de satisfacción, es entrar en el ámbito de la subjetividad del paciente (12). Los trabajos sobre satisfacción de los profesionales de la salud comenzaron en 1935 en Estados Unidos (13). Medir la satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios es importante porque está aceptado que un paciente satisfecho se

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

muestra más predispuesto a seguir las recomendaciones médicas, terapéuticas para mejorar su salud (14).

En 1960 en un informe sobre las respuestas emocionales de los pacientes a la cirugía y la anestesia realizado por Sheffer y Greifenstein, concluyeron que los pacientes experimentan ansiedad ante la anestesia y que esto puede estar relacionado, en parte, con la mala relación entre el anestesiólogo y el paciente. Por lo anterior se comenzó a evaluar estas respuestas de los pacientes (15). En 1996 Zavara et al en un ensayo prospectivo aleatorizado evaluó si las visitas postoperatorias repetidas por el anestesiólogo mejoraban la capacidad del paciente para recordar el nombre del anestesiólogo así como la percepción y la satisfacción del paciente con los servicios de anestesia, concluyeron que aumentar el número de visitas posoperatorias del anestesiólogo no mejoró el reconocimiento del nombre del anestesiólogo ni aumentó la percepción y satisfacción de los pacientes con los servicios de anestesia en este estudio (16). Por otro lado Klock y Roizen en 1996 destacaron la necesidad de un instrumento confiable y válido que permita evaluar la satisfacción con la atención anestésica (17). Fue entonces en 1997 cuando Dexter et al diseñaron The IOWA Satisfaction with Anesthesia Scale (ISAS) (4).

La anestesia ya no está confinada a la sala de operaciones, ni tampoco se limita a que los pacientes sean insensibles al dolor; en la actualidad, se requiere que los anestesiólogos vigilen, seden y proporcionen anestesia general o regional fuera de la sala de operaciones (18).

6.3. MARCO CONCEPTUAL

Variable de interés: Satisfacción del Paciente

El grado por el cual el individuo considera el servicio o producto de salud o la manera por la cual este es ejecutado por el proveedor como siendo útil, efectivo o que trae beneficio (19).

Escala Iowa de satisfacción con la anestesia (EISA):

La escala Iowa de satisfacción con la anestesia, (EISA en español) permite evaluar la satisfacción del paciente en el cuidado anestésico monitorizado (CAM) (4).

Sedación:

La Definición de ASA al respecto de Sedación: «El estado de la consciencia que permite a los pacientes tolerar procedimientos poco placenteros mientras se mantiene una adecuada función cardiopulmonar y la habilidad de responder de forma adecuada a órdenes verbales y/o estímulos táctiles» (20).

6.3.1. Epidemiología de la población oncológica.

En el mundo, las neoplasias del tracto gastrointestinal más relevantes son las de colon y recto y las de estómago, mismas que se sitúan entre los 10 primeros lugares de mortalidad; en México se encuentran entre los seis primeros sitios (21). Asimismo, su relevancia recae en las proyecciones en las que se esperan incrementos considerables de cáncer de colon y recto (2). Los países con mayor incidencia son Japón, Eslovaquia y Hungría, con tasas mayores de 70/100 000 habitantes; México se ubica en la posición 144 con una tasa de 19.3/100 000 habitantes (22). La prevalencia es de 44.3/100 000 habitantes(21). En la región de América Latina y el Caribe, el cáncer gástrico ocupa el cuarto sitio en la lista de mortalidad, con una tasa de 6.4/100 000 habitantes y causó 53 000 muertes en el 2020. Sigue el patrón mundial, por lo que afecta más a los hombres que a las mujeres (11.0 vs 6.0, respectivamente) (23).

En México, entre el 2000 y el 2013, el número de muertes anuales promedio atribuidas al cáncer gástrico fue de 5 339 (2). En 2020 se registraron 6 735 muertes que colocaron al cáncer gástrico como la quinta neoplasia que más fallecimientos provoca en el país(21). Por otro lado, en México la tasa de incidencia estimada de cáncer de colon y recto en las personas de 45 años o más fue de 36.5/100 000 habitantes en 2020. De manera general, la tasa de mortalidad por cáncer de colon y recto se ha incrementado en las últimas 2 décadas y los estados que presentan las mayores tasas son Baja California Sur, Baja California y Chihuahua (24). Según los datos reportados por el INEGI, en el año 2022 la tasa de defunciones por tumores malignos en Aguascalientes fue de 59.62 (25).

6.3.2. Temas prioritarios institucionales.

Nuestro protocolo a nivel institucional aborda los temas prioritarios para el desarrollo de protocolos de investigación científica y desarrollo tecnológico en salud, ejercicio 2024, en el punto:

4. Cáncer/Neoplasias malignas.

6.3.3. Fármacos en la sedación endoscópica

La sedación habitual para realizar una endoscopia diagnóstica/terapéutica emplea fármacos hipnóticos (benzodiazepinas, propofol) solos o en combinación con analgésicos, habitualmente derivados mórficos. La adición de fármacos tiene un efecto sinérgico, frecuentemente beneficioso para el procedimiento. Algunos de los fármacos empleados en sedación endoscópica tienen disponible una medicación antagonista (flumazenil y naloxona) que puede ayudarnos a controlar situaciones de sobremedicación, para tener en cuenta en poblaciones de riesgo (5)(26). Entre los fármacos más utilizados para la sedación se encuentra el Propofol y el Fentanilo.

Propofol

El propofol es un agente hipnótico de duración ultracorta con propiedades sedantes, hipnóticas y amnésicas, con mínima acción analgésica. La acción sedante y amnésica es dependiente de la dosis y produce efectos hipnóticos sinérgicos cuando se combina con determinados opiáceos. El propofol consigue alcanzar el estado de sedación profunda con rapidez (27). El metabolismo principal del propofol es hepático, siendo la localización extrahepática más importante el riñón, que representa hasta el 30% de su aclaramiento. La eliminación es renal y el tiempo aproximado requerido para que la concentración plasmática de un fármaco se reduzca en 50% al suspender su infusión es de 25 minutos, siendo ideal para eventos anestésicos cortos como la sedación (28).

Fentanilo

La vida media del fentanilo es relativamente corta y se adapta bien a la duración de los procedimientos endoscópicos. A los 20-25 min de la administración la mayoría de los pacientes metabolizan el fármaco y se les puede dar el alta (29). Se metaboliza casi completamente en el hígado. Sin embargo, su eliminación no se altera apreciablemente en pacientes con cirrosis (30).

6.3.4. Instrumento para determinar la satisfacción de los pacientes en anestesia.

En 1997 Dexter y col, desarrollaron la escala Iowa de satisfacción con la anestesia (**Figura 2**) la cual consta de un cuestionario que mide la satisfacción del paciente con la atención de la anestesia monitorizada. La realización del cuestionario toma aproximadamente de 4 a 5 minutos. Dexter y col, desarrollaron esta escala en la universidad de Iowa en 1997, es de estimación directa porque permite extraer sin más datos cuantitativos, es unidimensional, de tipo discriminativo compuesto por un instructivo corto, se compone de 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

intercala su sentido positivo o negativo hasta finalizar las afirmaciones. Este ordenamiento evita el sesgo de la tendencia de los sujetos a estar siempre de acuerdo con las preguntas o afirmaciones de la escala sin importar su contenido. Para cada ítem hay un patrón de respuesta politómico de 6 posibilidades de tipo numérico con un puntaje de -3 a +3 (no categorías) que permite un análisis cuantitativo (4).

Tabla 1. Escala IOWA de satisfacción con la anestesia

Orden	Afirmaciones	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 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 dolo durante la cirugía						
10	Me sentí bien						
11	Me sentí lastimado						

Instructivo
Cada afirmación o declaración que usted encontrará en este documento describe lo que usted pudo haber sentido durante su anestesia. Para cada afirmación por favor marque la opción que mejor describa cómo se sintió usted. Si la sensación expresada no describe cómo usted se sintió marque una opción de desacuerdo. Por el contrario, si la sensación expresada describe cómo usted se sintió, marque una opción de aceptación. No hay respuestas correctas o incorrectas. Marque solo una posibilidad para cada afirmación. Hágalo marcando una «X» al lado de la línea que mejor exprese lo que usted sintió. Nadie debe ayudarle a diligenciar la encuesta. Usted mismo debe leerla. Por favor tómese su tiempo, queremos que sus respuestas sean lo más precisas posibles.



7. JUSTIFICACIÓN

7.1. MAGNITUD

Debido a la naturaleza agresiva de la enfermedad y mortalidad, el INEGI en 2022 reportó que la tasa de defunciones por tumores malignos en Aguascalientes fue de 59.62 (25); En el HGZ No. 1 de Aguascalientes en el año 2024 se registraron un total de 854 procedimiento endoscópicos en los cuales están incluidos pacientes oncológicos, por lo que medir la satisfacción de esta población resulta considerable. En ocasiones, los resultados de estudios en otros países resultan no ser directamente aplicables a diferentes contextos debido a varias limitaciones relacionadas con las diferencias en la población. Tal es el caso de la validación al español de la escala iowa (31) que incluyó población con un ASA I-III, sometidos a procedimientos oftálmicos, mientras que la población oncológica no es tomada en cuenta como base. Esto significa que los resultados obtenidos deben ser ajustaos a otros grupos de personas que tienen características diferentes, lo que nos lleva a la necesidad de replicar estudios ajustados a las características sociodemográficas; en este caso población oncológica en el estado de Aguascalientes. En 2020 se registraron 6,735 muertes que colocaron al cáncer gástrico como la quinta neoplasia que más fallecimientos provoca en México (21). El beneficio de la enfermedad localizada es que abre una amplia gama de opciones de tratamiento, incluido el uso de terapia endoscópica.

7.2. FINALIDAD

La escala iowa de satisfacción con la anestesia, (EISA en español) nos permite evaluar la satisfacción del paciente en el cuidado anestésico monitorizado (4). Se espera contar con un panorama basal de la evaluación en la satisfacción de los casos de pacientes con cáncer, sometidos a endoscopia bajo sedación. Y definir las características sociodemográficas siendo el punto de partida para conocer el nivel de satisfacción en los pacientes.

7.3. TRASCENDENCIA

Aunque la endoscopia se limitó inicialmente al diagnóstico de CE, los avances recientes han permitido que la endoscopia desempeñe un papel cada vez mayor en el tratamiento del tumor, lo que posteriormente pudiera desarrollarse en investigación con un panorama basal como el que ofertara el presente. Los pacientes con alto riesgo de CCR se benefician de estrategias de detección y monitoreo diseñadas para reducir la probabilidad de desarrollar cáncer y aumentar las tasas de supervivencia. Hay situaciones en las que la evidencia científica respalda que el uso de técnicas de endoscopia avanzada puede ofrecer un manejo más efectivo de estos pacientes (32). En la actualidad, la percepción y experiencias de los pacientes se reconocen como una de las medidas críticas del desempeño del personal de salud, por lo que la medición del nivel de satisfacción de los pacientes es importante. Aunque la definición de “satisfacción del paciente” puede ser muy variable, de manera general se acepta que representa la evaluación cognitiva o emocional del paciente sobre el desempeño del personal de salud y se basa en aspectos relevantes de su experiencia en la atención médica (33).

7.4. VIABILIDAD

Nuestro protocolo a nivel institucional aborda los temas prioritarios para el desarrollo de protocolos de investigación científica y desarrollo tecnológico en salud, ejercicio 2024, en el punto: 4. Cáncer/Neoplasias malignas (34).

7.5. FACTIBILIDAD

Es factible realizar el presente estudio ya que se cuenta con los recursos humanos y materiales necesarios para su desarrollo, además es viable realizar dicha propuesta de investigación al contar con suficientes pacientes sometidos a endoscopía, ya que el HGZ1 Aguascalientes cuenta con el servicio de Endoscopias que da servicio a los derechohabientes de lunes a sábado, en turno matutino y vespertino. Se dispone de los recursos necesarios para brindar atención a los

pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos bajo sedación, tales como, sala de procedimientos endoscópicos, medicamentos anestésicos como propofol y fentanilo, equipo de monitoreo hemodinámico invasivo y no invasivo, así como personal médico capacitado. En el año 2024 se registraron un total de 854 procedimientos endoscópicos. Cabe resaltar que en otros estudios como el que realizó Tao et al (2023) en un hospital en la ciudad de Changsha, provincia de Hunan, se asume la disponibilidad de una infraestructura adecuada y de diferentes recursos para llevar a cabo las intervenciones o tratamientos evaluados (6). Sin embargo, en muchas regiones o países, las condiciones de infraestructura y los recursos pueden ser muy diferentes, lo que dificulta la implementación de las soluciones propuestas. La falta de equipamiento médico, la escasez de personal especializado o la limitada capacidad de los sistemas de salud pueden hacer que las soluciones recomendadas en los estudios no sean viables en la práctica. De igual forma la tecnología utilizada en los estudios puede no estar disponible en ciertos contextos, especialmente en países en vías de desarrollo; Además, las políticas de salud y las prioridades del sistema sanitario pueden diferir. Por lo que es crucial considerar las diferencias en la población, la infraestructura, la tecnología y las limitaciones del sistema de salud antes de aplicar los resultados a contextos diferentes. Por lo tanto, es necesario adaptar las intervenciones a las realidades locales y evaluar continuamente su viabilidad en cada contexto específico.

7.6. INFORMACIÓN QUE SE ESPERA OBTENER

Entre la información que se podría esperar obtener se encuentran los siguientes aspectos: edad de las pacientes, índice de masa corporal, datos sociodemográficos, condiciones clínicas y satisfacción hacia el procedimiento. El conocimiento científico para los sujetos de investigación será obtener información respecto a la satisfacción, con este conocimiento podremos conocer a nivel local el grado de satisfacción que tienen los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos, permitiendo así saber el estado actual de la atención que se brinda a nuestros derechohabientes. Siendo una base a nivel institucional (IMSS) para el desarrollo de futuros protocolos.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Los resultados del presente estudio serán utilizados para la tesis de la Dra. Kimberly Martínez Rodríguez, se presentarán en el congreso internacional de la investigación en posgrado de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, se difundirán en el repositorio de la Universidad Autónoma de Aguascalientes de acceso abierto.



8. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es importante destacar que, en términos de comportamiento biológico y epidemiología, los cánceres gástricos constituyen un grupo altamente heterogéneo de tumores, un hecho que probablemente cause dificultad para la predicción del desenlace del paciente utilizando clasificaciones. Quizás la clasificación más conocida para el cáncer gástrico es el sistema de Lauren, que distingue dos grupos de tumores: intestinal y difuso (35). En 1995, el Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) se asoció con la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica (AHRQ) desarrollando la encuesta de Evaluación del Consumidor de Proveedores y Sistemas de Salud (CAHPS). En su primer informe en 2008 el 63% calificó la atención con 9 sobre 10, el 26% 7 y 8 y solo el 11% dio una calificación inferior a 6. Desde ese año se ha medido la satisfacción de la atención (36).

El cáncer es la principal causa de muerte mundial, y su frecuencia varía según factores geográficos, étnicos, genéticos y ambientales (37). En América Latina y el Caribe, el cáncer gástrico es la cuarta causa de mortalidad, especialmente entre los hombres (23). En México, las neoplasias del tracto digestivo son la principal causa de muerte por cáncer en mayores de 20 años, afectando principalmente al colon, recto, estómago y hígado (38).

En 2009 se publicó una guía oficial de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del adenocarcinoma gástrico en pacientes adultos (39). El uso de la sedación para procedimientos está destinado principalmente a reducir la ansiedad y la incomodidad del paciente, mejorando así la tolerabilidad y la satisfacción del procedimiento. La sedación proporciona al endoscopista un ambiente ideal para un examen completo que permite mejores resultados. La importancia de los procedimientos de alta calidad y la creciente conciencia y expectativa de los pacientes de un examen sin dolor resaltan la necesidad de una sedación eficaz para el procedimiento.

En la revisión de la literatura se detectaron discrepancias en el tipo de escala utilizada para medir la satisfacción, e instrumentos sin ninguna clase de validación, solo Martínez et al utilizaron la escala de IOWA (3), otros 2 autores utilizaron escalas validadas GESQ (9)m y GHAA-9 (10), el resto usó hoja de información (Queensland Health) (7), folleto escrito más un asesoramiento verbal vs solo asesoramiento verbal (8). Además, se encontraron diferencias en la satisfacción medida, en el estudio de Martínez el 95,17% se reportó totalmente satisfecho (3), vs lo evaluado por Trujillo et al con calificación de excelente en 60.9%, muy bueno 29.6%, bueno 8.9%, regular 0.6%, a pesar de utilizar instrumentos validados (10), otro estudio encontró resultados sin diferencias significativas entre los grupos (OR 1,003) (8). Por lo anterior resulta importante medir la satisfacción de los pacientes oncológicos con la anestesia cuando son sometidos a endoscopia, y formulamos la siguiente pregunta de investigación.

8.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la satisfacción del paciente oncológico con cáncer de tubo digestivo sometido a procedimiento endoscópico bajo sedación en el HGZ1, Aguascalientes?

9. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la satisfacción del paciente oncológico con cáncer de tubo digestivo en el servicio de endoscopia bajo sedación en el HGZ1 Aguascalientes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las características sociodemográficas del paciente oncológico con cáncer de tubo digestivo sometido a procedimiento endoscópico con buena satisfacción.
2. Describir las comorbilidades, de pacientes oncológicos con cáncer de tubo digestivo sometidos a procedimiento endoscópico con buena satisfacción.
3. Conocer la satisfacción del paciente oncológico con cáncer de tubo digestivo sometido a procedimiento endoscópico con buena satisfacción.

10. HIPÓTESIS

No requiere hipótesis al ser un estudio descriptivo, que no compara ni contrasta.

11. METODOLOGÍA

11.1. DISEÑO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo, transversal y unicéntrico prospectivo.

11.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Participaron derechohabientes oncológicos mayores de 18 años, de ambos sexos, sometidos a procedimiento endoscopio de cáncer de tubo digestivo bajo sedación, clasificados con estado físico de ASA III-IV.

11.3. CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

El cálculo del tamaño muestral se realizó a partir de la fórmula de proporciones para poblaciones finitas, considerando que durante el año 2024 se registraron 854 endoscopias en HGZ1 Aguascalientes de acuerdo con los datos obtenidos en el servicio de archivo de la unidad hospitalaria. Ya que se desconoce la prevalencia de buena satisfacción de los pacientes, se consideró un 50% de probabilidad del evento

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

Donde:

N = tamaño de la población finita (en 2024 se realizaron 854 endoscopias)

Z = Nivel de confianza del 80% (Z α es 0.2 y el valor crítico es 1.28)

e = error de estimación máximo aceptado de 5%

p = probabilidad de que ocurra el evento estudiado (50%)

q = (1 – p) = probabilidad de que no ocurra el evento estudiado (50%)

n = tamaño de muestra 138

11.4. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

El tipo de muestreo se realizó por cuotas, incluyendo a todos las pacientes que cumplan los criterios de inclusión del presente estudio.

11.5. Criterios de selección

11.5.1. Criterios de inclusión

- Pacientes con edad de 18 años o mayor
- Pacientes programados a procedimiento endoscópico
- Pacientes con diagnóstico de cáncer de tubo digestivo
- Anestesia bajo sedación
- Estado físico ASA III-IV
- Firma de consentimiento

11.5.2. Criterios de exclusión

- Consumo de medicamentos por alteraciones neuropsiquiátricas

11.5.3. Criterios de eliminación

- Expediente clínico incompleto, que no deseen participar en el estudio

11.6. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES CONCEPTUAL Y OPERACIONAL

Tabla 2. Definición conceptual y operacional de variables en estudio

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Categoría
Puntaje de satisfacción del Paciente	El grado por el cual el individuo considera el servicio o producto de salud o la manera por la cual este es ejecutado por el proveedor como siendo útil, efectivo o que trae beneficio (40).	Pacientes con un promedio del puntaje total en escala de satisfacción anestésica de Iowa de +2.	Cualitativa nominal dicotómica	1: No satisfecho (< 3 puntos) 2: Satisfecho (3 puntos)

Edad	Lapso que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia (41).	Número de años cronológicos determinados en el expediente clínico al momento de captura	Cuantitativa, Discreta	Años
Sexo	Diferencias y características biológicas, anatómicas, fisiológicas y cromosómicas de los seres humanos que los definen como hombres o mujeres (42).	Sexo consignado en el expediente clínico del paciente	Cualitativa Nominal Dicotómica	1: Masculino 2: Femenino
IMC	Un indicador de la densidad corporal, tal como se determina por la relación del peso corporal con la estatura. (kg/altura al cuadrado (m2) (43).	Razón analítica entre el peso y la talla calculados en base a las variables descritas en el expediente clínico del paciente	Cuantitativa, Continua	kg/mt2
Comorbilidades	Presencia de enfermedades coexistentes o adicionales con relación al diagnóstico inicial o con respecto a la condición señalizadora sujeto del estudio (44).	Conjunto de enfermedades que acompañan al paciente	Nominal Politémica	1: Ninguna 2: Diabetes 3: Hipertensión 4: Alteración reumatológica 5: Hepatopatía 6: Cardiopatías
Nivel educativo	Período medido en años escolares que una persona ha permanecido en el sistema educativo formal (45).	Se refiere a los años escolares y niveles de estudio que el paciente ha alcanzado	Nominal Politémica Ordinal	1: Analfabeta 2: Primaria 3: Secundaria 4: Bachillerato 5: Licenciatura 6: Otro
Ocupación	Cualquier actividad de producción de bienes o prestación de servicios a cambio de una remuneración o un beneficio (46).	Actividad Laboral ejercida por el paciente	Cualitativa Nominal	1: Ama de casa 2: Obrero(a) 3: Empleado(a) 4: Estudiante 5: Otros
Dosis de opioide fentanilo	Fármaco utilizado para la analgesia en los pacientes sometidos a procedimientos en sedoanalgesia para endoscopia (47).	Fármaco utilizado para la analgesia en los pacientes sometidos a procedimientos en sedoanalgesia para endoscopia	Cuantitativa Continua	Mcg
Dosis de inductor propofol	Fármaco utilizado para la inducción en los pacientes sometidos a procedimientos en sedoanalgesia para endoscopia (48).	Fármaco utilizado para la inducción en los pacientes sometidos a procedimientos en sedoanalgesia para endoscopia	Cuantitativa Continua	Mg

Estado físico del paciente	Condición física con la que ingresa el paciente a la cirugía evaluado a través de la escala de la ASA (49).	Condición física con la que ingresa el paciente a la cirugía evaluado a través de la escala de la ASA	Númerica Discreta	1: ASA III 2: ASA IV
Datos clínicos	Datos relacionados con la salud creados, registrados o reunidos por pacientes, familiares o cuidadores para ayudar a resolver un problema de salud (50).	Datos clínicos identificados en el expediente del caso	Cualitativa nominal	1: Dispepsia 2: Reflujo 3: Gastritis crónica 4: Sangrado 5: Otro
Tiempo	La dimensión del universo físico que, en un determinado lugar, ordena la secuencia de los acontecimientos (51).	Tiempo que transcurre del inicio de un procedimiento a al término de la anestesia	Cuantitativa, Discreta	Minutos

11.7. REPRODUCIBILIDAD Y VALIDEZ DE LOS MÉTODOS Y/O INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Se utilizó una hoja de recolección de datos diseñada exprofeso para este estudio; la revisión de los expedientes y la obtención de la información fueron realizadas por un solo observador. Los datos recolectados fueron codificados en la misma hoja y posteriormente vaciados en una hoja de cálculo. Para medir la satisfacción se utilizó el instrumento de IOWA. El Instrumento de Satisfacción Anestésica de Iowa en español utilizado presentó una validez de criterio concurrente anestesiólogo-paciente de 0.85 (IC95%: 0.79–0.89), un coeficiente de correlación intraclase de 0.82 (IC95%: 0.77–0.88) y una consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.71, además de buena confiabilidad test-retest; por tanto, se consideró un instrumento válido y confiable para medir objetivamente la satisfacción del paciente sometido a anestesia(31). El tiempo en promedio de los participantes para responder el cuestionario fue de 3,51 minutos (52).

11.8. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio transversal, no experimental, observacional, analítico, abierto y unicéntrico:

1. Una vez aprobado el protocolo se inició el entrenamiento de los investigadores que aplicaron el instrumento. Esta capacitación se llevó a cabo mediante la explicación detallada del instrumento a evaluar.
2. Una vez identificados los pacientes que cumplían los criterios referidos previamente en el estudio, el investigador dio a conocer la finalidad del estudio y los beneficios de participar, solicitando su aceptación mediante el consentimiento informado (Anexo A).
3. Se informó a los participantes que su participación consistió en:
 - a. La proporción de datos demográficos: edad, peso, talla, índice de masa corporal (calculado por el investigador mediante la talla y el peso proporcionados por la paciente), nivel educativo y ocupación; así como datos clínicos y comorbilidades.
 - b. La recolección de datos del evento anestésico, como medicamentos, dosis y tiempo utilizado para la realización del estudio endoscópico.
 - c. La aplicación de un cuestionario de satisfacción anestésica, el cual fue explicado detalladamente de manera verbal por el investigador.
4. Una vez aceptada la participación en el estudio, el investigador procedió a la recolección de datos.
5. Posteriormente, la paciente pasó al área de endoscopia, donde se realizó el evento diagnóstico/terapéutico descrito.
6. Una vez terminado el evento anestésico, el investigador anotó en la hoja de recolección (Anexo B) los medicamentos y las dosis utilizadas.
7. Una vez que el paciente se encontró dado de alta por el anestesiólogo, se entregó la escala de satisfacción (IOWA) impresa en papel, así como una pluma para su llenado; una vez completada la encuesta, se dio por terminada su participación y se agradeció su colaboración.
8. No se tomaron en cuenta aquellas hojas de recolección de datos que se encontraron incompletas o en las que la paciente rechazó continuar participando en el estudio

11.9. SISTEMATIZACIÓN DE LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

Se utilizó una hoja de recolección de datos ex profeso, diseñada específicamente para recabar las variables de interés del estudio. Al tratarse de una investigación descriptiva con una escala validada que especifica todos los datos a recabar, el investigador tesista siguió estos lineamientos para evitar el sesgo interobservador, además de aplicar un manual operacional que estandarizó los procedimientos de registro y control de calidad de la información.

11.10. MÉTODOS PARA EL CONTROL Y CALIDAD DE LOS DATOS

Para garantizar la calidad de los datos y minimizar el sesgo en este estudio, se implementaron los siguientes métodos de control de calidad y medidas preventivas:

Sesgo de información: Para prevenirlo, se aplicó un manual operacional que estandarizó el proceso de recopilación de datos y el llenado del instrumento utilizado en este estudio. El manual aseguró la uniformidad y consistencia de la recopilación, proporcionando instrucciones claras y detalladas sobre cómo obtener y registrar la información. Asimismo, se empleó la estrategia de captura-recaptura de la información para minimizar sesgos al momento de recabar los datos en la base del programa Excel.

Sesgo de selección: Para evitarlo, se utilizaron criterios de inclusión y exclusión claros y precisos. Para disminuir el sesgo de selección se trabajó con una población bien delimitada (criterios de inclusión), evitando el sesgo de autoselección; por cuestiones de tiempo para el tesista no fue posible un muestreo probabilístico. Por tratarse de un estudio transversal no se presentaron pérdidas de seguimiento. Para mitigar sesgos en el procesamiento, se codificó una base de datos.

11.11. MÉTODOS PARA PROCESAR LOS DATOS (ANÁLISIS ESTADÍSTICO):

Las variables se operacionalizaron y codificaron (Tabla 2. Definición conceptual y operacional de variables en estudio) y, para llevar a cabo la tabulación de la recolección de los datos, se generó una matriz en el programa Microsoft Office

Excel. Las variables sociodemográficas y clínicas fueron analizadas mediante estadística descriptiva, de manera global y grupal, reportándose en forma de media y desviación estándar (variables continuas) y porcentajes (variables categóricas). Se obtuvieron las frecuencias simples y porcentajes para las variables cualitativas y las medias con sus desviaciones estándar para las cuantitativas. El programa estadístico de apoyo que se utilizó para realizar el análisis fue SPSS v25. La presentación de resultados se realizó por medio de tablas según los datos registrados.



11.12. ASPECTOS ÉTICOS

El proyecto de investigación se sometió a evaluación por el Comité Local de Investigación en Salud para su valoración y aceptación.

Este estudio se realizó en seres humanos y prevaleció el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos considerando la última actualización de la Ley General de Salud (publicada en el DOF el 15-01-2014) (53), que en el Título Segundo “De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos” establece las siguientes disposiciones y artículos:

ARTÍCULO 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar (53).

ARTÍCULO 14. La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases (53):

- I. Debe adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;
- II. Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos;
- III. Se deberá realizar solo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo;
- IV. Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficios esperados sobre los riesgos predecibles;
- V. Contará con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizó la investigación, o de su representante legal, en caso de incapacidad legal de aquél, en términos de lo dispuesto por este Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables;

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

VI. Fue realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actuó bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que contó con los recursos humanos y materiales necesarios, que garantizaron el bienestar del sujeto de investigación;

VII. Contó con el dictamen favorable de los Comités de Investigación, de Ética en Investigación y de Bioseguridad, en los casos que correspondía a cada uno de ellos, de conformidad con lo dispuesto en el presente Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables;

VIII. Se llevó a cabo cuando se tuvo la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73 y 88 de este Reglamento;

IX. La investigación fue suspendida de inmediato por el investigador principal en caso de sobrevenir riesgo de lesiones graves, discapacidad o muerte del sujeto en quien se realizó la investigación, así como cuando este lo solicitó; y

X. Fue responsabilidad de la institución de atención a la salud en la que se realizó la investigación proporcionar atención médica al sujeto de investigación que sufrió algún daño, si estuvo relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente correspondiera.

ARTÍCULO 16. En las investigaciones en seres humanos se protegió la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requirieron y este lo autorizó.

ARTÍCULO 17. Se consideró como riesgo de la investigación la probabilidad de que el sujeto de investigación sufriera algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este estudio aplicó una:

I. Investigación sin riesgo: por emplear técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de

los individuos que participaron en el estudio, entre los que se consideraron: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se identificó al participante ni se trataron aspectos sensitivos de su conducta.

ARTÍCULO 20. Se entendió por consentimiento informado el acuerdo por escrito mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autorizó su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se sometió, con capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

ARTÍCULO 21. Para que el consentimiento informado se considerara existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal recibió una explicación clara y completa, de tal forma que pudo comprenderla, sobre: la justificación y los objetivos de la investigación; los procedimientos a utilizar y su propósito, incluyendo la identificación de procedimientos experimentales; las molestias o riesgos esperados; los beneficios potenciales; los procedimientos alternativos; la garantía de respuesta a sus preguntas; la libertad de retirar su consentimiento y dejar de participar sin perjuicio de su atención; la confidencialidad y anonimato de la información; el compromiso de proporcionar información actualizada obtenida durante el estudio; la disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho en caso de daños relacionados con la investigación; y la absorción de gastos adicionales por el presupuesto de la investigación.

ARTÍCULO 22. El consentimiento informado se formuló por escrito y reunió los siguientes requisitos:

- I. Fue elaborado por el investigador principal, señalando la información a que se refiere el artículo anterior y atendiendo a las disposiciones jurídicas aplicables;
- II. Fue revisado y, en su caso, aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución de atención a la salud;
- III. Indicó los nombres y direcciones de dos testigos y la relación de estos con el sujeto de investigación;

- IV. Fue firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, según correspondiera. Si el sujeto no supo firmar, imprimió su huella digital y a su nombre firmó otra persona que él designó; y
- V. Se extendió por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

Este proyecto también se apegó a los siguientes documentos y declaraciones: la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (incluida su última enmienda de octubre de 2013) (54) y la Declaración de Taipéi sobre consideraciones éticas de bases de datos de salud y biobancos (55); la Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial (56), que vincula al médico con la necesidad de “velar solícitamente y ante todo por la salud del paciente”; y el Código de Núremberg (57), cuya primera disposición señala que “es absolutamente esencial el consentimiento informado o voluntario del sujeto humano”. En concordancia, se obtuvo el consentimiento informado de los sujetos de estudio, quienes aceptaron participar de forma libre, sin presiones, y pudieron retirarse cuando así lo decidieron.

No se expuso a riesgos ni daños innecesarios a los participantes y se requirió la firma de la carta de consentimiento informado para su inclusión. Para obtener el consentimiento, se explicó al paciente en qué consistió el estudio, los riesgos y beneficios de participar, así como el objetivo y la justificación; de la misma manera, se le indicó que no habría repercusión negativa alguna en caso de no querer participar.

Se respetaron plenamente los principios bioéticos de Beauchamp y Childress: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. La autonomía se garantizó al respetar la autodecisión, la autodeterminación, la privacidad y la confidencialidad de los datos; dado que el estudio fue retrospectivo, aplicaron los aspectos correspondientes. La beneficencia se observó al buscar prevenir y minimizar el daño y promover el bienestar; la no maleficencia se cumplió al evitar daño intencionado,

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

dolor o sufrimiento y al no afectar los intereses de los participantes; y la justicia se aseguró al brindar trato equitativo e imparcial, con igual probabilidad de inclusión para todos los pacientes a partir de expedientes.

Se hizo uso correcto de los datos y se mantuvo absoluta confidencialidad de estos, de acuerdo con la Ley Federal de Protección de Datos Personales y la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico (apartados 5.4, 5.5 y 5.7) (58).

En caso de resultados inesperados, se dio aviso mediante oficio dirigido al presidente del Comité de Ética por parte del investigador principal.

El periodo de resguardo de los datos, hojas de recolección, consentimientos informados y cualquier dato obtenido del estudio se garantizó por 10 años con el investigador principal y en el área de Enseñanza.

Valor científico poblacional: Con este estudio se midió la satisfacción del paciente sometido a procedimiento endoscópico por cáncer de tubo digestivo bajo sedación, aportando valor científico en la población local al generar información que permite escalar a estudios relacionales o explicativos y ofertar una atención de calidad al derechohabiente.

11.13. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

11.13.1. Recursos humanos

- Director de Tesis: Dr. Carlos Armando Sánchez Navarro, Médico anesthesiólogo.
- Investigador principal: Dra. Kimberly Martínez Rodríguez, Médico residente.

11.13.2. Recursos físicos

El Hospital General de Zona No. 1 del IMSS Aguascalientes contó con el servicio de endoscopia, con disponibilidad para la realización de procedimientos endoscópicos de manera urgente y programada; se tuvo acceso a los recursos electrónicos de información en salud (CONRICyT) y se dispuso de biblioteca y aula para su uso. La infraestructura hospitalaria de segundo nivel, con más de 50 años de apertura, resultó adecuada para el desarrollo del estudio.

11.13.3. Recursos materiales

Se requirió el uso de insumos, equipo y medicamentos para realizar la encuesta; estos se encontraban disponibles en el hospital por tratarse de procedimientos habituales, por lo que no generaron gasto extra al Hospital General de Zona No. 1.

11.13.4. Recursos Financieros

Se proporcionaron los gastos de papelería por parte del investigador principal; no se requirió financiamiento adicional y se emplearon los recursos con los que se otorgan habitualmente los procedimientos anestésicos.

11.13.5. Presupuesto destinado a la investigación

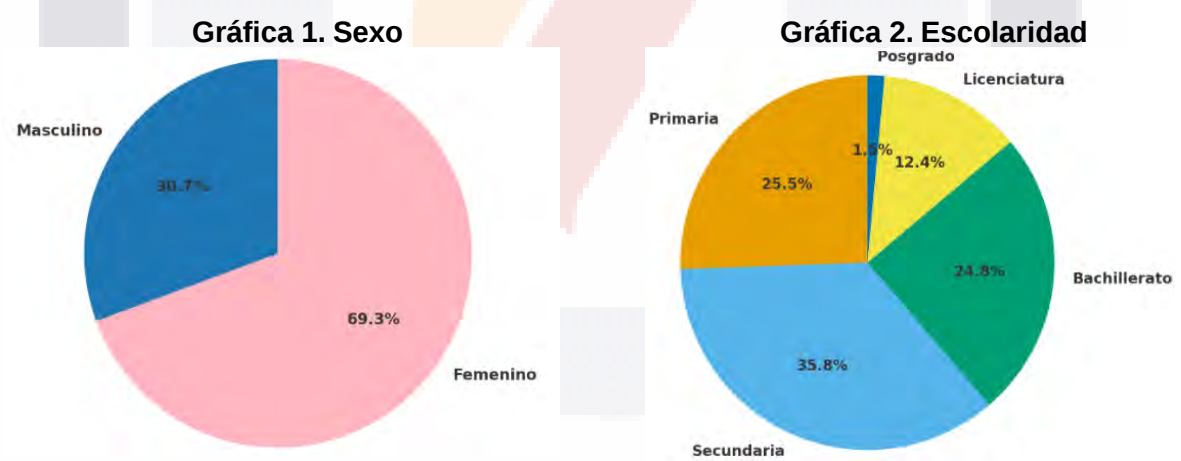
Presupuesto por tipo de gasto	M/N
Gasto de inversión	
Equipo de laboratorio	00.00
Equipo de cómputo	00.00
Herramientas y accesorios	00.00
Obra civil	00.00
Creación de nuevas áreas de investigación	00.00
A los que haya lugar de acuerdo con los convenios específicos de financiamiento	00.00
Subtotal gasto de inversión	00.00
Gasto corriente	
Artículos, materiales y útiles diversos	300.00
Gastos de trabajo de campo	00.00
Difusión de los resultados de investigación	00.00
Pago por servicios externos	00.00
Honorarios por servicios profesionales	00.00
Viáticos, pasajes y gastos de transportación	1,000.00
Gastos de atención a profesores visitantes, técnicos o expertos visitantes	00.00
Compra de libros y suscripción a revistas	00.00
Documentos y servicios de información	00.00
Registro de patentes y propiedad intelectual	00.00
Validación de concepto tecnológico	00.00
Animales para el desarrollo de protocolos de investigación	00.00
A los que haya lugar de acuerdo con los convenios específicos de financiamiento	00.00
Subtotal gasto corriente	1,300.00
Total	1,300.00

11.14. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Título	Satisfacción del paciente oncológico en el servicio de endoscopia bajo sedación en el HGZ1 Aguascalientes														
Actividad	Descripción de la actividad	2024										2025			
		Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar A Jun	Jun A Sep
A	FASE DE PLANEACIÓN														
1	Búsqueda de Bibliografía	R	R	R	R										
		R	R	R	R										
2	Redacción del Proyecto		R	R	R	R									
			R	R	R	R									
3	Revisión del Proyecto						P	P	P	P	P				
							R	R	R	R	R				
4	Presentación al comité local de investigación											P	P		
												R	R		
5	Evaluación del comité local de investigación											P	P		
												R	R		
6	Evaluación del comité local de ética											P	P		
												R	R		
B	FASE DE EJECUCIÓN														
1	Recolección de datos													P	P
														R	R
2	Organización y tabulación													P	P
														R	R
3	Análisis e interpretación													P	P
														R	R
C	FASE DE COMUNICACIÓN														
1	Redacción e informe final														P
															R
2	Aprobación del informe final														P
															R
3	Impresión del informe final														P
															R
		P	Planeado				R	Realizado							

12. RESULTADO

En la **Tabla 3** se observa que del total de 137 participantes, 95 fueron mujeres (69,3%) y 42 hombres (30,7%), lo cual se representa claramente en la **Gráfica 1**, donde se evidencia la predominancia femenina en la muestra. En cuanto al nivel educativo, la mayor proporción correspondió a secundaria con 49 pacientes (35,8%), seguida de primaria con 35 (25,5%) y bachillerato con 34 (24,8%), mientras que solo 17 (12,4%) alcanzaron licenciatura y únicamente 2 (1,5%) posgrado, distribución que se refleja de manera proporcional en la **Gráfica 2**. Respecto a la ocupación, 54 personas (39,4%) se dedicaban al hogar, 43 (31,4%) eran empleados, 39 (28,5%) obreros y únicamente 1 (0,7%) jubilado, lo que queda representado visualmente en la **Gráfica 3**, donde se aprecia la mayor carga en actividades domésticas frente a las laborales y la mínima representación de jubilados.



Gráfica 3. Ocupación

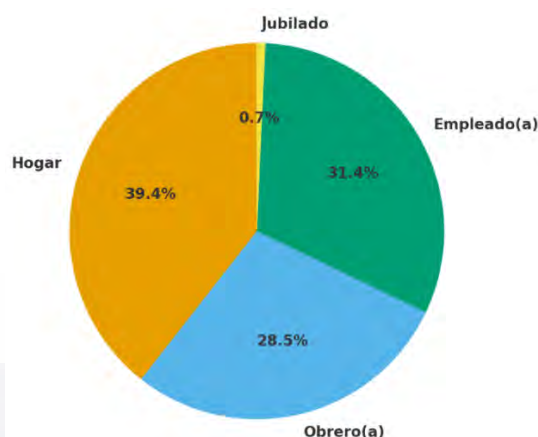


Tabla 3. Características sociodemográficas de la población de estudio

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sexo	Masculino	42	30,7
	Femenino	95	69,3
Nivel educativo	Primaria	35	25,5
	Secundaria	49	35,8
	Bachillerato	34	24,8
	Licenciatura	17	12,4
	Posgrado	2	1,5
Ocupación	Hogar	54	39,4
	Obrero(a)	39	28,5
	Empleado(a)	43	31,4
	Jubilado	1	0,7

Fuente: Instrumento aplicado

En la **Tabla 4** se muestra que la edad de los pacientes presentó una media de 62,5 años con un rango entre 36 y 82, mientras que el peso alcanzó un promedio de 70,9 kg con valores mínimos y máximos de 49 y 100 respectivamente. La talla promedio fue de 1,62 m con una desviación estándar de 0,06 y un rango entre 1,48 y 1,70, en tanto que el índice de masa corporal registró una media de 27,4 con variaciones entre 19,1 y 39,0.

Tabla 4. Variables antropométricas y edad de la población de estudio

Variable	Media	DE	Mínimo	Máximo
Edad (años)	62,5	10,6	36	82
Peso (kg)	70,9	8,8	49	100
Talla (m)	1,62	0,06	1,48	1,70
IMC	27,4	2,8	19,1	39,0

Fuente: Instrumento aplicado

En la **Tabla 5** se reporta que 49 pacientes (35,8%) presentaron alguna comorbilidad, mientras que 88 (64,2%) no tenían antecedentes asociados, proporción que se aprecia de forma visual en la **Gráfica 4**. Dentro de las condiciones específicas, la diabetes se identificó en 59 casos (43,1%), la hipertensión en 44 (32,1%) y la hepatopatía en 6 (4,4%), siendo más frecuente la ausencia de estas enfermedades en la mayoría de los pacientes.

Gráfica 4. Comorbilidades

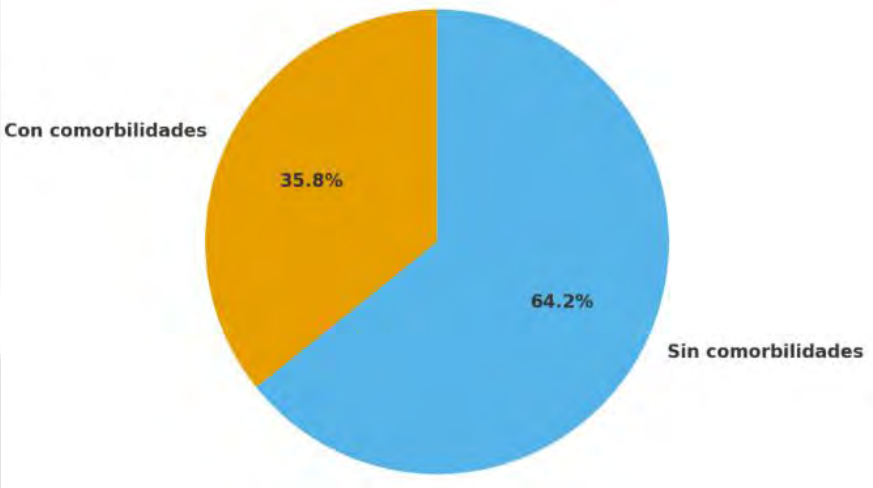


Tabla 5. Comorbilidades de los pacientes oncológicos

Comorbilidad	Categoría	Frecuencia	Porcentaje (%)
Presencia de comorbilidades	Sí	49	35,8
	No	88	64,2
Diabetes	Sí	59	43,1
	No	78	56,9
Hipertensión	Sí	44	32,1
	No	93	67,9
Hepatopatía	Sí	6	4,4
	No	131	95,6

Fuente: Instrumento aplicado

En la **Tabla 6** se muestra que la dispepsia estuvo presente en 84 pacientes (61,3%), mientras que 53 (38,7%) no la presentaron. El reflujo se identificó en 14 casos (10,2%) frente a 123 (89,8%) sin este diagnóstico, y la gastritis crónica se documentó únicamente en 5 pacientes (3,6%), en contraste con 132 (96,4%) sin esta condición. El sangrado se reportó en 45 individuos (32,8%), mientras que 92 (67,2%) no lo presentaron, y otras manifestaciones clínicas se observaron en 7 pacientes (5,1%) frente a 130 (94,9%) sin ellas. Finalmente, todos los casos correspondieron a la clasificación ASA III con 137 pacientes (100%).

Tabla 6. Características clínicas de la población de estudio			
Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje (%)
Dispepsia	Sí	84	61,3
	No	53	38,7
Reflujo	Sí	14	10,2
	No	123	89,8
Gastritis crónica	Sí	5	3,6
	No	132	96,4
Sangrado	Sí	45	32,8
	No	92	67,2
Otro	Sí	7	5,1
	No	130	94,9
Clasificación ASA	ASA III	137	100,0

Fuente: Instrumento aplicado

En la **Tabla 7** se reporta que 122 pacientes (89,1%) manifestaron estar satisfechos con la atención recibida, mientras que 15 (10,9%) se ubicaron en el grupo no satisfecho, proporción que se refleja de manera visual en la **Gráfica 5**, donde se evidencia una clara mayoría de pacientes con percepción positiva.

Gráfica 5. Nivel de satisfacción
No satisfecho (<3)

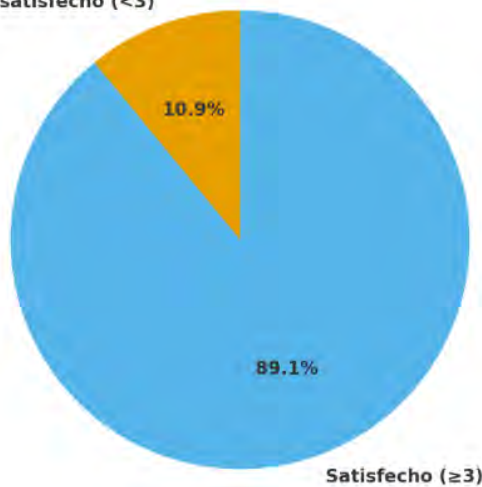


Tabla 7. Nivel de satisfacción reportado por los pacientes

	Frecuencia	Porcentaje (%)
No satisfecho (<3 puntos)	15	10,9
Satisfecho (≥3 puntos)	122	89,1
Total	137	100,0

Fuente: Instrumento aplicado

13. DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran un perfil poblacional predominantemente femenino, de edad avanzada y con sobrepeso promedio, acompañado de una carga relevante de comorbilidades metabólicas y cardiovasculares, sin que ello haya impedido alcanzar una alta proporción de satisfacción reportada tras la endoscopia bajo sedación. La congruencia entre un contexto clínico potencialmente más complejo —dada la edad, el IMC y la frecuencia de diabetes e hipertensión— y una experiencia percibida como favorable sugiere que la organización del servicio, la conducción anestésica y la comunicación clínica fueron suficientes para sostener expectativas y confort durante el procedimiento, aun cuando toda la muestra se ubicó en un estrato de riesgo anestésico elevado (ASA III). Este hallazgo se alinea con lo descrito por Martínez et al., quienes utilizando ISAS en escenarios de anestesia fuera de quirófano reportaron niveles de satisfacción muy altos (95,17%) y un uso predominante de propofol, fármaco asociado a rápida recuperación y buena tolerancia, elementos que pueden facilitar percepciones positivas aun en pacientes con comorbilidades (3). En la misma línea, la evidencia metodológica de Tao et al. respalda que la satisfacción en endoscopia digestiva es un constructo medible de forma confiable con instrumentos específicos y de buena consistencia interna (6); si bien aquí se empleó ISAS, concebida para cuidado anestésico monitorizado, la robustez psicométrica mostrada por escalas orientadas a endoscopia sugiere la utilidad de complementar o triangular la medición con dominios más sensibles a la experiencia propia del servicio digestivo (comunicación, dolor, organización).

La comparación con estudios que han explorado la información preprocedimiento y la ansiedad asociada a la sedación matiza la interpretación de los hallazgos. En el ensayo de Ping Tong et al., el suministro de hojas informativas no redujo de manera significativa la preocupación por la conciencia durante la sedación (7), y Kudaravalli et al. tampoco observaron que materiales escritos añadidos al consejo verbal mejoraran la comprensión o la satisfacción (8). Estas observaciones, junto con los resultados de este estudio, permiten inferir que la percepción final del paciente probablemente depende menos del soporte informativo aislado y más de la experiencia global del proceso asistencial —trato del personal, control del dolor y la incomodidad, fluidez del circuito— y de la ejecución técnica de la sedación. En ese sentido, los hallazgos de Burtea et al. son ilustrativos: aun con una satisfacción global elevada (86,2%), las áreas de mejora detectadas se concentraron en comunicación, manejo del dolor y aspectos organizativos (9), dimensiones que estudios

locales como el de Trujillo et al. han vinculado a la satisfacción en México, subrayando el impacto de los tiempos de espera y de la explicación clara de procedimientos y dudas (10). Que en nuestra cohorte —oncología, edad mayor, ASA III— se mantenga una proporción alta de satisfacción pese a la carga clínica sugiere que el servicio evaluado logró mitigar estos posibles puntos de fricción; sin embargo, también señala una oportunidad para medir de forma sistemática variables operativas (tiempos de espera, eventos adversos, manejo antiemético y analgésico, profundidad de la sedación) y conectarlas con resultados reportados por pacientes, a fin de identificar con mayor precisión los determinantes de la experiencia.

El valor práctico de la información generada es doble. En primer término, ofrece un punto de partida local y específico para población oncológica en un entorno del segundo nivel de atención, útil para la comparación longitudinal y para la planeación de mejoras basadas en indicadores de experiencia del paciente. En segundo término, orienta la priorización de intervenciones factibles en el corto plazo: estandarización de la consejería preprocedimiento centrada en expectativas realistas, fortalecimiento de protocolos de confort (profilaxis de náusea, estrategia analgésica y control térmico), y monitoreo continuo de indicadores de flujo (espera, tiempos puerta-a-puerta) que la literatura ha asociado consistentemente con la satisfacción (9,10). Complementariamente, la adopción o adaptación de instrumentos con dominios específicos de endoscopia —como los validados por Tao et al.— permitiría captar matices no abordados por una escala genérica de anestesia y enriquecer el análisis de subgrupos (6). Finalmente, el carácter oncológico de la muestra agrega relevancia clínica: en pacientes con mayor vulnerabilidad biológica, sostener altas tasas de satisfacción no sólo es un indicador de calidad percibida, sino también un factor que puede favorecer adherencia a seguimientos y terapias, con potencial impacto en la continuidad de cuidados.

13.1. Limitaciones y recomendaciones

La interpretación de los resultados de este estudio debe considerar su diseño descriptivo, transversal y unicéntrico, el muestreo por cuotas y un nivel de confianza del 80%, que limitan la inferencia causal y la generalización; la evaluación inmediata postprocedimiento puede introducir deseabilidad social, y no se analizaron asociaciones ajustadas entre sedación, variables operativas y satisfacción. Se recomienda, por tanto, estudios multicéntricos con muestreo probabilístico y nivel de confianza del 95%, análisis del puntaje de satisfacción como continuo con ajuste multivariable, incorporación de dominios específicos de endoscopia y métricas de proceso (tiempos, eventos adversos, dolor, náusea), y una medición de seguimiento a 24–72 horas para capturar efectos tardíos; estas mejoras permitirán identificar predictores independientes y orientar intervenciones focalizadas que consoliden y escalen la calidad percibida observada en esta cohorte (8–10).

14. CONCLUSIÓN

La población analizada mostró una clara predominancia femenina y un perfil etario que corresponde principalmente a adultos mayores, lo que refleja la tendencia epidemiológica de los padecimientos digestivos oncológicos en grupos de edad avanzada. En términos de escolaridad, la mayoría contaba con niveles básicos, lo que sugiere un contexto sociocultural que puede influir en la forma en que los pacientes enfrentan la enfermedad y en sus expectativas hacia la atención médica. En cuanto a la ocupación, destacó el predominio de personas dedicadas al hogar, seguido de empleados y obreros, lo cual coincide con la composición demográfica y socioeconómica de la población atendida en este centro.

Las características clínicas y comorbilidades revelaron que una proporción importante de pacientes presentaba condiciones crónicas como diabetes e hipertensión, lo que resulta consistente con la literatura respecto a la carga de enfermedades asociadas en este tipo de pacientes y con la necesidad de un abordaje integral. No obstante, la mayoría no refirió comorbilidades, lo que también pone de manifiesto la heterogeneidad del grupo estudiado. Las manifestaciones digestivas más frecuentes fueron la dispepsia y el sangrado, mientras que el reflujo y la gastritis crónica aparecieron con menor frecuencia, lo que orienta a considerar estas condiciones como parte del cuadro clínico más común en la atención endoscópica bajo sedación.

Un hallazgo relevante es que, pese a las características clínicas y la carga de comorbilidades, la totalidad de los pacientes se ubicaron en la clasificación ASA III, lo que indica un nivel de riesgo anestésico homogéneo en la muestra. Finalmente, la percepción de la atención fue altamente positiva, con una mayoría contundente de pacientes satisfechos frente a una proporción menor que manifestó insatisfacción. Esto evidencia no solo la efectividad del procedimiento desde la perspectiva técnica, sino también la calidad de la atención brindada y la experiencia global del paciente, que se constituye en un indicador clave para valorar y mejorar la práctica clínica en este contexto.

15. GLOSARIO

Satisfacción del paciente: Evaluación cognitivo-emocional que realiza el paciente sobre la atención recibida y su experiencia durante el proceso asistencial.

ISAS (Iowa Satisfaction with Anesthesia Scale): Escala unidimensional validada para medir satisfacción con el cuidado anestésico monitorizado; consta de 11 ítems con respuestas de tipo Likert (-3 a +3) y se utiliza para obtener un puntaje global.

Cuidado anestésico monitorizado (CAM): Modalidad en la que el anestesiólogo administra/supervisa sedación y analgesia, manteniendo la respuesta del paciente a estímulos y funciones cardiorrespiratorias adecuadas.

Sedación: Estado inducido farmacológicamente que reduce ansiedad, molestias y recuerdo del procedimiento, preservando reflejos protectores y ventilación espontánea (según nivel).

Sedoanalgesia: Combinación de sedantes e inductores con analgésicos para confort y control del dolor durante procedimientos.

Endoscopia digestiva: Procedimientos diagnósticos o terapéuticos del tubo digestivo (p. ej., esofagogastroduodenoscopia y colonoscopia) realizados con endoscopio.

Esofagogastroduodenoscopia (EGD): Endoscopia del esófago, estómago y duodeno para diagnóstico/tratamiento.

Colonoscopia: Endoscopia del colon (y, con frecuencia, íleon terminal) para detección/tratamiento de patología colorrectal.

ASA (American Society of Anesthesiologists) clasificación: Escala de estado físico preoperatorio; ASA III–IV indican comorbilidad significativa y mayor riesgo anestésico.

Comorbilidades: Enfermedades crónicas coexistentes con el diagnóstico principal (p. ej., diabetes, hipertensión, hepatopatía).

IMC (Índice de masa corporal): Medida antropométrica de corpulencia (peso/estatura²), expresada en kg/m².

Dispepsia: Conjunto de síntomas gastroduodenales (dolor/ardor epigástrico, plenitud, saciedad precoz).

Reflujo gastroesofágico: Paso retrógrado de contenido gástrico al esófago con pirosis/regurgitación.

Gastritis crónica: Inflamación persistente de la mucosa gástrica con cambios histológicos y síntomas variables.

Sangrado digestivo: Pérdida de sangre dentro del tubo digestivo; puede manifestarse como hematemesis, melena o hematoquecia.

Propofol: Hipnótico de acción ultracorta usado para inducción y mantenimiento de sedación; recuperación rápida.

Fentanilo: Opioide de acción corta empleado para analgesia intra-procedimiento.

16. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González PM, Anaya HM, Meléndez HJ, García G LA, Ortega C C. Satisfaction of patients in anesthesia outside the operating room. ISAS Scale Application. Revista Chilena de Anestesia. 2023;52(5):511–8.
2. Liu T, Deng H, Yu X, Long X, Gong P, Tian L. Compilation and evaluation of gastrointestinal endoscopy satisfaction scale. Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban [Internet]. 2023 [cited 2024 Oct 7];48(6):859–67. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37587071/>
3. Tong ZP, Lim LG, Pighills A, Hiskens M, Bartlett D. The Impact of Endoscopy Sedation Information Sheets on the Level of Concern Regarding Possible Awareness in Patients Undergoing Endoscopy Sedation. Healthcare [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2024 Nov 11];10(1):34. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8775052/>
4. Kudaravalli P, Riaz S, Saleem SA, Pendela VS, Austin PN, Farenga DA, et al. Patient Satisfaction and Understanding of Moderate Sedation During Endoscopy. Cureus [Internet]. 2020 Apr 16 [cited 2024 Nov 13];12(4). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32431972/>
5. D B, A D, A M, I C, A S. Assessment of the Quality of Outpatient Endoscopic Procedures by Using a Patient Satisfaction Questionnaire. Curr Health Sci J [Internet]. 2019 [cited 2024 Nov 13];45(1):52–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31297263/>
6. [Level of satisfaction from patients who undergone an endoscopic procedure and related factors] - PubMed [Internet]. [cited 2024 Nov 13]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21169103/>
7. Covarrubias-Gómez A. Indicadores de calidad en la práctica de la anestesiología. Revista Mexicana de Anestesiología. 2018;41(2):79–82.

8. Caljouw MAA, Van Beuzekom M, Boer F. Patient's satisfaction with perioperative care: development, validation, and application of a questionnaire. Br J Anaesth [Internet]. 2008 [cited 2024 Nov 13];100(5):637–44. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18337271/>
9. Calidad de atención y satisfacción del usuario con cita previa en medicina familiar de Guadalajara [Internet]. [cited 2024 Nov 13]. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21433312>
10. López-García A, Valdez-Martínez E, Goycochea-Robles MV, Bedolla M. A Snapshot of Medical Care Quality: Health Professional and Patient Satisfaction. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2009 [cited 2024 Nov 13];47(6):603–10. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745517005>
11. Serrano-del Rosal R, Loriente-Arín N. The anatomy of patient satisfaction. Salud Publica Mex [Internet]. 2008 [cited 2024 Nov 13];50(2):162–72. Available from: https://www.researchgate.net/publication/250049518_La_anatomia_de_la_satisfaccion_del_paciente
12. SHEFFER MB, GREIFENSTEIN FE. The emotional responses of patients of surgery and anesthesia. Anesthesiology [Internet]. 1960 [cited 2024 Nov 13];21:502–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14445735/>
13. Zvara DA, Nelson JM, Brooker RF, Mathes DD, Petrozza PH, Anderson MT, et al. The importance of the postoperative anesthetic visit: do repeated visits improve patient satisfaction or physician recognition? Anesth Analg [Internet]. 1996 [cited 2024 Nov 17];83(4):793–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8831323/>
14. Klock PA, Roizen MF. More or better--educating the patient about the anesthesiologist's role as perioperative physician. Anesth Analg [Internet].

- 1996 [cited 2024 Nov 17];83(4):671–2. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8831300/>
15. Dexter F, Aker J, Wright WA. Development of a measure of patient satisfaction with monitored anesthesia care: the Iowa Satisfaction with Anesthesia Scale. *Anesthesiology* [Internet]. 1997 Oct [cited 2024 Nov 17];87(4):865–73. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9357889/>
 16. Castellanos Antonio. Satisfacción anestésica como indicador de calidad de la atención médica en el paciente geriátrico [Internet]. [cited 2024 Nov 17]. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2013/cmas131be.pdf>
 17. Búsqueda | Portal Regional de la BVS [Internet]. [cited 2024 Nov 17]. Available from: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/decs-locator/?lang=es&mode=&tree_id=F01.100.150.750.625
 18. Practice guidelines for sedation and analgesia by non-anesthesiologists. *Anesthesiology* [Internet]. 2002 [cited 2024 Nov 17];96(4):1004–17. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11964611/>
 19. Joko-Fru WY, Bardot A, Bukirwa P, Amidou S, N'da G, Woldetsadik E, et al. Cancer survival in sub-Saharan Africa (SURVCAN-3): a population-based study. *Lancet Glob Health* [Internet]. 2024 Jun 1 [cited 2024 Nov 17];12(6):e947–59. Available from: <https://gco.iarc.fr/>
 20. Mohar-Betancourt A, Reynoso-Noverón N, Armas-Texta D, Gutiérrez-Delgado C, Torres-Domínguez JA. Cancer trends in Mexico: Essential data for the creation and follow-up of public policies. *J Glob Oncol* [Internet]. 2017 Dec 1 [cited 2024 Nov 17];3(6):740–8. Available from: <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JGO.2016.007476>
 21. Jesus Kazuo Yamamoto Furusho. Cancer de tubo digestivo, vías biliares y pancreas . Vol. 9.

22. Statistics at a glance, 2022 Top 5 most frequent cancers Number of new cases.
23. Espinosa-Tamez P, Suazo-Zepeda E, Sánchez-Blas H, Meneses-Medina M, Huitzil-Meléndez FD, Loon K Van, et al. National and state-level colorectal cancer mortality trends in Mexico, 1998-2018. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2021 [cited 2024 Nov 17];64(1):5–13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35438913/>
24. EAP_CANCER24.
25. Sedación endoscópica en la cirrosis hepática | RAPD Online | SAPD [Internet]. [cited 2024 Nov 17]. Available from: <https://www.sapd.es/rapd/2016/39/2/02>
26. Switzer-Taylor V, Schlup M, Lübcke R, Livingstone V, Schultz M. Barrett's esophagus: a retrospective analysis of 13 years surveillance. *J Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2008 [cited 2024 Nov 17];23(9):1362–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18205769/>
27. Horn E, Nesbit SA. Pharmacology and pharmacokinetics of sedatives and analgesics. *Gastrointest Endosc Clin N Am* [Internet]. 2004 Apr [cited 2024 Nov 17];14(2):247–68. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15121142/>
28. Takizawa D, Hiraoka H, Nakamura K, Yamamoto K, Horiuchi R. Propofol concentrations during the anhepatic phase of living-related donor liver transplantation. *Clin Pharmacol Ther* [Internet]. 2004 Dec [cited 2024 Nov 17];76(6):648–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15592336/>
29. Haberer JP, Schoeffler P, Couderc E, Duvaldestin P. Fentanyl pharmacokinetics in anaesthetized patients with cirrhosis. *Br J Anaesth* [Internet]. 1982 [cited 2024 Nov 17];54(12):1267–70. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7171414/>

30. Tegeder I, Lötsch J, Geisslinger G. Pharmacokinetics of opioids in liver disease. Clin Pharmacokinet [Internet]. 1999 [cited 2024 Nov 17];37(1):17–40. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10451781/>
31. Validación al español de la escala «The Iowa satisfaction with anesthesia scale (ISAS)» para cuidado anestésico monitorizado en cirugía de oftalmología [Internet]. [cited 2024 Nov 18]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-anestesiologia-341-pdf-S0120334714001051>
32. Revisión técnica sobre endoscopia avanzada diagnóstica en pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal [Internet]. [cited 2024 Nov 17]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-pdf-S0210570511004250>
33. Yacavone RF, Richard Locke G, Gostout CJ, Rockwood TH, Thieling S, Zinsmeister AR. Factors influencing patient satisfaction with GI endoscopy. Gastrointest Endosc [Internet]. 2001 [cited 2024 Nov 17];53(7):703–10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11375575/>
34. temas_prioritarios_2024.
35. Epidemiología de cáncer gástrico en el tercer nivel de atención en salud en Chiapas [Internet]. [cited 2024 Nov 17]. Available from: <https://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-pdf-S0375090618301411>
36. Metodológico D. Proyecciones de la población de México Proyecciones de la población de México 2010-2050 [Internet]. 2010. Available from: <http://www.conapo.gob.mx>
37. Roesch-Dietlen F, Ortuño-García KJ, González-Santés M, Grube-Pagola P, Remes-Troche JM, Díaz-Roesch F, et al. Cancer of the digestive system in Veracruz. The magnitude of the problem by 2025. Revista de Gastroenterología de México (English Edition). 2020 Apr 1;85(2):145–50.

38. Sampieri CL, Mora M. Gastric cancer research in Mexico: A public health priority. *World J Gastroenterol*. 2014 Apr 28;20(16):4491–502.
39. LAUREN P. THE TWO HISTOLOGICAL MAIN TYPES OF GASTRIC CARCINOMA: DIFFUSE AND SO-CALLED INTESTINAL-TYPE CARCINOMA. AN ATTEMPT AT A HISTO-CLINICAL CLASSIFICATION. *Acta Pathol Microbiol Scand* [Internet]. 1965 [cited 2024 Nov 17];64:31–49. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14320675/>
40. Mann RK, Siddiqui Z, Kurbanova N, Qayyum R. Effect of HCAHPS reporting on patient satisfaction with physician communication. *J Hosp Med* [Internet]. 2016 Feb 1 [cited 2024 Nov 17];11(2):105–10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26404621/>
41. Trinh LN, Fortier MA, Kain ZN. Primer on adult patient satisfaction in perioperative settings. *Perioperative Medicine*. 2019 Dec;8(1).
42. Satisfacción del paciente (Término temático) › Authority search › SIBE catalog [Internet]. [cited 2024 Nov 18]. Available from: <https://biblioteca.ecosur.mx/cgi-bin/koha/opac-authoritiesdetail.pl?authid=13485>
43. Búsqueda | Portal Regional de la BVS [Internet]. [cited 2024 Nov 18]. Available from: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/decs-locator/?lang=es&mode=&tree_id=F01.100.150.750.625
44. Edad. Diccionario médico. Clínica Universidad de Navarra. [Internet]. [cited 2024 Nov 18]. Available from: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/edad>
45. Sexo vs género: ¿Por qué es importante conocer las diferencias? | Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres | Gobierno | gob.mx [Internet]. [cited 2024 Nov 18]. Available from: <https://www.gob.mx/conavim/articulos/sexo-vs-genero-por-que-es-importante-conocer-las-diferencias?idiom=es>

46. Búsqueda | Portal Regional de la BVS [Internet]. [cited 2024 Nov 18]. Available from: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/decs-locator/?lang=es&mode=&tree_id=E01.370.600.115.100.125
47. Búsqueda | Portal Regional de la BVS [Internet]. [cited 2024 Nov 21]. Available from: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/decs-locator/?lang=es&mode=&tree_id=N05.715.350.225
48. Dakduk S, González A, Montilla V. Relación de variables sociodemográficas, psicológicas y la condición laboral con el significado del trabajo. Interamerican Journal of Psychology [Internet]. 2008 [cited 2024 Nov 18];42(2):390–401. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-96902008000200020&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
49. Trabajo y la ocupación no son sinónimos - ILOSTAT [Internet]. [cited 2024 Nov 18]. Available from: <https://ilostat.ilo.org/es/blog/work-and-employment-are-not-synonyms/>
50. Igea F, Casellas JA, González-Huix F, Gómez-Oliva C, Baudet JS, Cacho G, et al. Sedación en endoscopia digestiva: guía de práctica clínica de la Sociedad Española de Endoscopia Digestiva. Revista Española de Enfermedades Digestivas [Internet]. 2014 [cited 2024 Nov 18];106(3):195–211. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082014000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
51. Ketamina-Propofol vs Propofol para sedación en endoscopia digestiva superior [Internet]. [cited 2024 Nov 18]. Available from: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-87712016000300013

52. Yevenes S, Epulef V, Rocco C, Geisse F, Vial M. Local examples of the American Society of anesthesiologists classification. Revista Chilena de Anestesia. 2022;51(3):251–60.
53. Búsqueda | Portal Regional de la BVS [Internet]. [cited 2024 Nov 18]. Available from: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/decs-locator/?lang=es&mode=&tree_id=E05.318.308.940.968.249.625
54. Búsqueda | Portal Regional de la BVS [Internet]. [cited 2024 Nov 18]. Available from: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/decs-locator/?lang=es&mode=&tree_id=G01.910
55. González PM, Anaya HM, Meléndez HJ, García G LA, Ortega C C. Satisfaction of patients in anesthesia outside the operating room. ISAS Scale Application. Revista Chilena de Anestesia. 2023;52(5):511–8.

17. ANEXOS

ANEXO A. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Carta de consentimiento informado para participación en
protocolos de investigación en salud
(adultos)**

Fecha: _____

Lugar: Hospital General de Zona No. 1

No. de registro institucional: En tramite

Título del protocolo: Satisfacción del paciente oncológico en el servicio de endoscopia bajo sedación en el HGZ1 Aguascalientes

Justificación y objetivo de la investigación: La sedación durante los procedimientos endoscópicos se ha convertido en algo inseparable de los mismos, por lo que medir la satisfacción del paciente oncológico en el servicio de endoscopia bajo sedación es algo crucial. Objetivo: Determinar la satisfacción del paciente oncológico en el servicio de endoscopia bajo sedación en el HGZ1 Aguascalientes

Procedimientos y duración de la investigación: Se invitará amablemente a los pacientes que ingresen al servicio de endoscopia del HGZ1 a participar en la aplicación de la Escala Iowa de satisfacción con la anestesia (EISA). Se informará que es un estudio el cual consiste en el llenado de un cuestionario para conocer la satisfacción que ellos tengan con la endoscopia. Se explicará sobre el llenado de la escala y se resolverán las dudas que surjan. Si decide participar se leerá el consentimiento informado y deberá firmarlo si desea participar. Al término del llenado de la escala habrá finalizado su participación. El tiempo en promedio de los participantes para responder el cuestionario es de menos de 5 minutos

Riesgos y molestias: La incomodidad que pueda generar el utilizar su tiempo para el llenado del cuestionario. Investigación sin riesgo: Porque son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta

Beneficios que recibirá al participar en la investigación: Su valiosa participación ayudará al curso de esta investigación para la identificación de la satisfacción del paciente oncológico en el servicio de endoscopia bajo sedación en el HGZ1 Aguascalientes

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Al final del estudio si el paciente lo desea le informaremos los resultados obtenidos verbalmente

Participación o retiro: Entiendo que conservo el derecho de negarme a participar en el estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte mi relación con el servicio otorgado

Privacidad y confidencialidad: El investigador responsable me ha asegurado que no se me identificará en las presentaciones y/o publicaciones que deriven de este estudio. Se hará uso correcto de los datos y se mantendrá absoluta confidencialidad de estos. Esto de acuerdo con la Ley Federal de Protección de Datos Personales, a la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico (apartados 5.4, 5.5 y 5.7). El periodo de resguardo de los datos, las hojas de recolección del estudio, consentimiento informado y cualquier dato obtenido del estudio se garantiza se resguardarán por 10 años con el investigador principal y en enseñanza

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con la investigación podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable: Dr. Carlos Armando Sánchez Navarro; Matricula: 98365829; Adscripción: Servicio de Anestesiología, Hospital General de Zona No.1, IMSS, Aguascalientes; Lugar de trabajo: Av. José María Chávez 1202, Col. Lindavista, Aguascalientes, C.P. 20270; Correo electrónico: anesthesiacarlosarmando@gmail.com

Investigadora o Investigador Colaborador: Dra. Kimberly Martínez Rodríguez; Matricula: 98013519; Adscripción: Residente de Anestesiología, Hospital General de Zona No.1, IMSS, Aguascalientes; Lugar de trabajo: Av. José María Chávez 1202, Col. Lindavista, Aguascalientes, C.P. 20270; Correo electrónico: kimberlymtzr58@gmail.com

Teléfono y horario: Tel: 449 243 7797; De lunes a viernes de 8:00 am-7:00 pm

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso

Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Declaración de consentimiento:

☐	Acepto participar y que se tomen los datos o muestras sólo para este estudio
☐	Acepto participar y que se tomen los datos o muestras para este estudio y/o estudios futuros

Se conservarán los datos o muestras hasta por 10 años tras lo cual se destruirán.

Dr. Carlos Armando Sánchez Navarro

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre y firma del testigo 1

Nombre y firma del testigo 2

ANEXO B. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Instituto Mexicano Del Seguro Social

Hospital General De Zona No. 1

Protocolo De Investigación

SATISFACCIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO EN EL SERVICIO DE ENDOSCOPIA BAJO SEDACIÓN EN EL HGZ1 AGUASCALIENTES

Edad: ____ años. Peso: ____ kg. Talla: ____ mts. IMC: ____ kg/m² Sexo: Masculino () Femenino ()

Tiempo de duración del estudio: ____ min. Dosis opioide: ____ mcg. Dosis inductor: ____ mg.

Nivel educativo: ()	1: Analfabeta 2: Primaria 3: Secundaria 4: Bachillerato 5: Licenciatura 6: Otro
Ocupación: ()	1: Ama de casa 2: Obrero(a) 3: Empleado(a) 4: Estudiante 5: Otro
Comorbilidades: ()	1: Ninguna 2: Diabetes 3: Hipertensión 4: Alteración reumatológica 5: Hepatopatía 6: Cardiopatías
Datos clínicos: ()	1: Dispepsia 2: Reflujo 3: Gastritis crónica 4: Sangrado 5: Otro
Estado físico del paciente: ()	1: ASA III 2: ASA IV
Puntaje de satisfacción del Paciente: ()	1: No satisfecho (< 3 puntos) 2: Satisfecho (3 puntos)

ANEXO C. ESCALA IOWA

Orden	Afirmaciones	En total desacuerdo	En moderado desacuerdo	En leve desacuerdo	En leve acuerdo	En moderado acuerdo	En total acuerdo
1	Vomitó o tuvo ganas de vomitar						
2	Me gustaría recibir la misma anestesia otra vez						
3	Sentí 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 dolo durante la cirugía						
10	Me sentí bien						
11	Me sentí lastimado						

ANEXO D. MANUAL OPERACIONAL
Instituto Mexicano Del Seguro Social

Hospital General De Zona No. 1

Protocolo De Investigación

SATISFACCIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO EN EL SERVICIO DE
ENDOSCOPIA BAJO SEDACIÓN EN EL HGZ1 AGUASCALIENTES

Edad: 1 años. Peso: 2 kg. Talla: 3 mts. IMC: 4 kg/m² Sexo: 1: Masculino () 2: Femenino () 5
 Tiempo de duración del estudio: 6 min. Dosis opioide: 7 mcg. Dosis inductor: 8 mg.

Nivel educativo: () <u>9</u>	1: Analfabeta 2: Primaria 3: Secundaria 4: Bachillerato 5: Licenciatura 6: Otro
Ocupación: () <u>10</u>	1: Ama de casa 2: Obrero(a) 3: Empleado(a) 4: Estudiante 5: Otro
Comorbilidades: () <u>1</u>	1: Ninguna 2: Diabetes 3: Hipertensión 4: Alteración reumatológica 5: Hepatopatía 6: Cardiopatías
Datos clínicos: () <u>1</u>	1: Dispepsia 2: Reflujo 3: Gastritis crónica 4: Sangrado 5: Otro
Estado físico del paciente: () <u>1</u>	1: ASA III 2: ASA IV
Puntaje de satisfacción del Paciente: () <u>1</u>	1: No satisfecho (< 3 puntos) 2: Satisfecho (3 puntos)

ANEXO E. INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL INSTRUMENTO

No.	DATO	ANOTAR
1	Edad	Se obtenido del expediente clínico, se registrará el número de años cumplidos al momento del estudio.
2	Peso	Se obtendrá del expediente clínico, se registrará en kilogramos (kg).
3	Talla	Se obtendrá del expediente clínico, se registrará en metros (mts).
4	IMC	Se obtendrá del expediente clínico, se registrará el número.
5	Sexo	Se obtendrá del expediente clínico, se registrará el sexo.
6	Tiempo de duración del estudio	Se realizará la valoración en el expediente clínico por el médico residente de anestesiología tesista, se anotará el dato obtenido en minutos (min).
7	Dosis de opioide fentanilo	Se realizará la valoración en el expediente clínico por el médico residente de anestesiología tesista, se anotará el dato obtenido en microgramos (mcg).
8	Dosis de inductor Propofol	Se realizará la valoración en el expediente clínico por el médico residente de anestesiología tesista, se anotará el dato obtenido en miligramos (mg).
9	Nivel educativo	Se realizará la valoración en el expediente clínico por el médico residente de anestesiología tesista, se anotará el dato obtenido.
10	Ocupación	Se realizará la valoración en el expediente clínico por el médico residente de anestesiología tesista, se anotará el dato obtenido.

11	Comorbilidades	Se realizará la valoración en el expediente clínico por el médico residente de anestesiología tesista, se anotará el dato obtenido.
10	Estado físico del paciente	Se realizará la valoración en el expediente clínico por el médico residente de anestesiología tesista, se anotará el dato obtenido.
12	Datos clínicos	Se realizará la valoración en el expediente clínico por el médico residente de anestesiología tesista, se anotará el dato obtenido.
13	Estado físico del paciente	Se realizará la valoración en el expediente clínico por el médico residente de anestesiología tesista, se anotará el dato obtenido.
14	Puntaje de satisfacción anestésica	Se realizará la valoración en la encuesta IOWA.

ANEXO F. CARTA DE NO INCONVENIENCIA



Gobierno de México



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



Órgano de Operación Desconcentrada en Aguascalientes
Coordinación de Investigación en Salud
Hospital General de Zona 1

Aguascalientes, Aguascalientes, a 20 de enero del 2025
ASUNTO: CARTA DE NO INCONVENIENTE

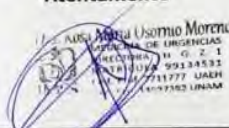
DR. CARLOS ARMANDO SANCHEZ NAVARRO
PRESIDENTE DEL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACION EN SALUD 101
DELEGACIÓN AGUASCALIENTES
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 1

PRESENTE

Por este conducto manifiesto que no tengo inconveniente para que la doctora, médico residente de segundo año de la especialidad en Anestesiología Dra. **Kimberly Martínez Rodríguez**, matrícula 98013519, adscrito al Hospital General de Zona No. 1 del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Aguascalientes participe como investigador asociado en el proyecto **"Satisfacción del paciente oncológico en el servicio de endoscopia bajo sedación en el HGZ1 Aguascalientes"** cuyo investigador principal es el Dr. **Carlos Armando Sánchez Navarro**, médico no familiar con matrícula 98365820, con lugar de adscripción y trabajo en el mismo hospital.

En espera del valioso apoyo que usted siempre brinda, le reitero la seguridad de mi atenta consideración.

Atentamente



DRA. ROSA MARÍA OSORNIO MORENO
Director del Hospital General de Zona No. 1 OOAD Aguascalientes.

Av. José María Chávez 1202, CP 20270 Fracc. Lindavista, Aguascalientes. Tel (449) 9139050. Hospital General de Zona 1