



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA

EVALUACION DEL NIVEL DE SATISFACCION Y CALIDAD DE ATENCION EN LOS PADRES DE LOS PACIENTES PEDIATRICOS SOMETIDOS A PROCEDIMIENTO ANESTESICO EN EL AREA DE CIRUGIA PEDIATRICA DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO DR. EDUARDO LICEAGA

Tesis para obtener el grado de especialista en:
Anestesiología

Presenta:
Dra. Patsy Garduño Prevost

Asesores:
Dra. Yara Yrais Lara Flores.
Dr. Octavio Amancio Chassin.

Ciudad de México; 22 de marzo de 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Contenido

1. RESUMEN	3
1.1. Planteamiento	3
1.2. Objetivo	3
1.3. Hipótesis	3
1.4. Metodología	3
1.5. Análisis de resultados	3
1.6. Resultados	3
1.7. Conclusión	4
1.8. Palabras clave.....	4
2. ANTECEDENTES.....	4
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
4. JUSTIFICACION.....	11
5. HIPOTESIS	12
6. OBJETIVO.....	12
7. METODOLOGIA	12
7.1. Tipo y diseño de estudio	12
7.2. Población y tamaño de la muestra.....	13
7.2.1. Población.....	13
7.2.2. Muestra.....	13
7.3. Criterios de inclusión	13
7.4. Criterios de exclusión	14
7.5. Criterios de eliminación.....	14
8. DEFINICION DE LAS VARIABLES Y FORMA DE MEDIRLAS	14
9. PROCEDIMIENTO	15
10. RECURSOS DISPONIBLES.....	16
10.1. Recursos Humanos	16
10.2. Recursos Financieros	16
11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	16
12. ANALISIS ESTADISTICO	17
13. ASPECTOS ETICOS	17
14. RELEVANCIA Y ESPECTATIVAS.....	17
15. RESULTADOS Y ANALISIS.....	17
16. DISCUSION.....	22
17. CONCLUSION.....	25
18. INSTRUMENTO	26
19. REFERENCIAS.....	28

1. RESUMEN

1.1. Planteamiento

La presencia de la madre o del padre durante la inducción y recuperación anestésica se asocia con mejor calidad de la atención percibida por el paciente pediátrico y sus padres.

1.2. Objetivo

Conocer cómo perciben los padres la calidad de la atención que se brinda durante el procedimiento anestésico realizado a su hijo y saber si con esta experiencia los padres del paciente quedaron satisfechos con la atención brindada.

1.3. Hipótesis

La presencia de la madre o el padre durante la inducción y recuperación anestésica se asocia con mejor calidad de la atención percibida por el paciente pediátrico y sus padres.

1.4. Metodología

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal en los familiares de pacientes pediátricos de 6 a 18 años sometidos a cirugía en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” durante el periodo enero a diciembre de 2016. Se aplicó un cuestionario formulado con 16 preguntas a la mamá o papá del paciente sobre su experiencia y satisfacción mientras lo acompañó durante la inducción anestésica y el posoperatorio.

1.5. Análisis de resultados

La información se capturó en el programa Microsoft Excel 2011 para MAC, en donde se llevó a cabo el análisis de las variables del estudio. El análisis descriptivo consistió en media, moda, promedio y desviación estándar para variables cuantitativas, así como en frecuencias y porcentajes para variables cualitativas.

1.6. Resultados

Se evaluó a un total de 59 padres con un cuestionario de 16 preguntas; el procedimiento anestésico más utilizado fue la anestesia general en un 44.0%; se utilizó sedación en un 57.6% de los pacientes; ingresaron al quirófano 93.2% de los padres y de estos el 63.4% respondieron haberse sentido muy satisfechos con la atención recibida por parte del servicio de anestesiología.

1.7. Conclusión

El implementar la entrada de los padres con el paciente pediátrico podría mejorar la calidad en la atención anestésica y brindar una atención más agradable y permitir tanto a los padres como al paciente saber a lo que se enfrentan al ser sometidos a procedimientos dentro de quirófano y así disminuir la incertidumbre que se genera al entrar a quirófano, o bien al recibir cualquier procedimiento ya sea quirúrgico o anestésico.

1.8. Palabras clave

Anestesia; calidad de atención percibida; padres del paciente pediátrico.

2. ANTECEDENTES

El termino anestesiología fue propuesto por primera vez en la segunda década del siglo XX con objeto de recalcar las bases científicas de la especialidad. La práctica de la anestesia ha cambiado de modo espectacular en las últimas décadas, la función que juega el anestesiólogo oscila desde ser un consultante hasta un proveedor primario de cuidados. La importancia de su participación es indiscutible, debido a que el principal objetivo del anestesiólogo es: cuidar que el paciente enfrente en forma segura y cómoda la cirugía; no obstante, se encarga de todos los aspectos no quirúrgicos en el cuidado de los enfermos. ⁽⁴⁾

Es función del anestesiólogo, realizar valoraciones que le sirvan como herramienta diagnóstica, pronóstica y terapéutica durante las etapas pre, trans y post-anestésica, ya que todas las acciones de nuestra especialidad se realizan perioperatoriamente, es decir, antes, durante y después de los procedimientos anestésicos. ⁽⁴⁾

La historia de la seguridad en Anestesiología pudo haber comenzado con la descripción del fallecimiento de Hannah Greene en el año 1848 mientras recibía cloroformo para la amputación de un dedo del pie. Este informe de caso ilustra como desde épocas tempranas de la Anestesiología se realizaban análisis sobre las causas y los errores que conllevaban a originar eventos adversos. ⁽¹⁰⁾

El concepto de seguridad en el paciente comenzó a ganar fuerzas a inicios de la década de los 80 como respuesta a varios factores entre los que se señala la publicación, en 1978, del primer artículo en el que Cooper JB y colaboradores abordaban el problema del error humano en anestesia, que fue seguido por estudios más tardíos que incluían un corte más amplio y abordaban las causas que desencadenaban los errores y las posibles estrategias para prevenirlos. Las acciones para prevenir los eventos catastróficos en anestesia ganaron cada vez más fuerzas para lograr, de esta forma, una disminución sustancial en los incidentes críticos y el número de muertes anestésicas

relacionadas con estas. Entre las acciones emprendidas cabe destacar los programas educativos, el desarrollo y la creación de equipos y fármacos más seguros, los sistemas de vigilancia y monitorización de pacientes como son los oxímetros de pulso y los capnógrafos, así como las nuevas tecnologías para el manejo de la vía aérea difícil. Otro aspecto que juega un papel fundamental en la reducción de los eventos críticos es el establecimiento de las normas y pautas para la conducción y el cuidado de la anestesia. ⁽⁹⁾

En el año 2002 la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) exhorta a la creación de programas encaminados a garantizar la seguridad de los pacientes en el sistema sanitario, en el 2004 nace la Alianza Mundial para la Seguridad de los pacientes y, en enero de 2007, surge el programa “Safe Surgery Saves Lives”, que pretende mejorar la seguridad ligada a los procedimientos quirúrgicos para lo que diseñó y recomienda poner en práctica la lista de verificación para garantizar mayor seguridad en las intervenciones quirúrgicas a partir de las experiencias vividas en otras industrias, donde un error puede producir la muerte de muchas personas, como es el caso de la aeronáutica. ⁽⁹⁾

La seguridad en Anestesiología resulta ser la ausencia de daño como consecuencia del proceso de atención médica, que esté libre de riesgos, eventos adversos y que resulte confiable. La Dra. López S. en el Congreso Cubano de Anestesiología (La Habana, mayo de 2011), hacía mención a que seguridad en Anestesia sería todo lo que se haga para que el acto anestésico y el quirófano estén libres de daño o riesgo, lo que es imposible de predecir al 100%, aunque no ocurra ningún incidente o accidente al que se le pueda atribuir que se produzca algún evento que pueda derivar en noxa para el paciente. ⁽⁸⁾

Existe evidencia que demuestra que los factores que más se relacionan con la falta de satisfacción de los pacientes son el despertar transoperatorio, el dolor intenso no controlado, la presencia de náusea y vómito, sed, frío, temblor y mareo, así como la presencia de cualquier complicación en la Unidad de Cuidados Postanestésicos. ⁽⁴⁾

En cuanto a lo que se refiere a calidad es fácil comprender el impacto de la palabra si se considera su origen del griego Kalos que significa lo bueno, lo hermoso, apto, favorable y del latín Qualitatem. ⁽⁸⁾

El concepto de calidad tiene su origen en los procesos industriales. Joseph Juran define la calidad como la idoneidad o aptitud para el uso de un determinado producto o servicio; es decir, un producto o servicio seá de calidad si sirve para lo que está previsto que sirva. ⁽⁵⁾

El concepto de calidad en los servicios de salud es difícil de determinar. Cada persona parece reconocer la calidad de los servicios cuando lo experimentan, y los puntos de vista suelen ser diferentes para cada uno. Una manera de definir la calidad desde el punto de vista del usuario es la discrepancia que existe entre las expectativas o deseos del usuario y sus percepciones. ⁽⁵⁾

La Organización Internacional para la Normalización (Norma ISO 9000: 2000) define la calidad como el grado en el que un conjunto de características inherentes (rango diferenciador) cumplen con los requisitos (necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria). ⁽⁸⁾

Otra definición de calidad de atención es la capacidad de los servicios de salud de dar respuestas aptas, adecuadas y que se correspondan con las necesidades y demandas de salud. La capacidad resolutoria y el adecuado desempeño de la calidad de la atención en el primer nivel, condiciona fuertemente la equidad del sistema de salud. ⁽¹⁾

En el caso de la rama pediátrica es innegable que a partir de la percepción de los padres o encargados del niño, se pueden obtener valiosas informaciones sobre diferentes aspectos del servicio, tanto de las estructuras y organización. ⁽¹⁾

Entre los aspectos que garantizan la calidad en la prestación de servicios médicos figuran: orientar correctamente al paciente, lograr que la calidad sea lo primero para cada trabajador en su quehacer diario, brindar respuestas rápidas y efectivas ante las insatisfacciones de pacientes y familiares. Al respecto, las herramientas y programas de gestión de la calidad son accesibles a los profesionales de atención primaria. Pueden ser ejecutados por una gran institución, un centro de salud, un servicio, o un profesional individual. No necesariamente generan más gastos, pues en múltiples ocasiones resulta más barato hacer las cosas correctamente. Además, cuando se decide realizar un trabajo de calidad no tiene mucho sentido hacer mediciones u otro tipo de valoraciones si no se está dispuesto a intervenir para mejorar. ⁽²⁾

Se considera que una atención médica es segura cuando no se ocasiona daño al paciente como consecuencia del proceso de atención, es decir, una atención libre de eventos adversos. ⁽³⁾

El paciente constituye nuestra única razón de ser, eso lo convierte en el sujeto principal del anesthesiólogo y este último está en la obligación de conocer el perfil del mismo, sus características y la forma de buscar su satisfacción. ⁽¹²⁾

Las expectativas que el paciente tendrá en relación a su acto operatorio y por ende anestésico pueden estar influenciadas o determinadas por diferentes factores:

1. Nivel socio-cultural del paciente.
2. Tipo de procedimiento quirúrgico que se le practicará.
3. Experiencias quirúrgicas anteriores.
4. Grado de relación médico paciente.
5. Información y conocimiento brindado sobre su enfermedad quirúrgica, tipo de Intervención, riesgos de la misma.
6. Experiencias transmitidas por otros pacientes o personas

Así, se puede decir que las expectativas en cada paciente se muestran diferentes en cuanto a la forma de presentación y la intensidad con que esta se muestra; sin embargo, no existe forma alguna de medir esta última pues es una experiencia personal para cada enfermo. Sin embargo, el tratamiento de las expectativas de cada paciente permitirá controlar la calidad de los servicios ofrecidos. ⁽¹²⁾

Para poder evaluar al paciente durante el proceso anestésico, es necesario considerar los tres momentos o etapas en las que se divide el procedimiento quirúrgico. Las cuales se mencionan a continuación:

1. Preoperatorio: Es el tiempo que transcurre entre momento en que el paciente es informado que requiere tratamiento quirúrgico hasta el momento en que este se inicia. Este puede ser: mediano e inmediato. En este periodo se generan las expectativas del paciente sobre el proceso quirúrgico-anestésico. Es importante en este tiempo el control de las mismas, ya que es el patrón sobre el cual nuestro enfermo evaluará la calidad de la atención médica percibida. Se hace necesario que el médico en esta etapa "piense como el paciente" y "no en el paciente" para lograr de esta manera una mejor comprensión de sus expectativas. ⁽¹²⁾
2. Transoperatorio: Es el tiempo que transcurre desde que iniciamos el acto anestésico hasta que concluye la intervención quirúrgica. Es importante señalar que durante este periodo, existe una relación de poder a favor del anesthesiologo, motivado porque el paciente se encuentra bajo los efectos de la anestesia general y/o sedación, en este caso el anesthesiologo, debe enfrentar situaciones en las que le corresponde tomar decisiones al actuar como guardián de los intereses del paciente teniendo como prioridad su seguridad. ⁽¹²⁾
Durante este periodo, la percepción por parte del paciente sobre el proceso anestésico es minimizada o no existe por las condiciones antes descritas en que el mismo se encuentra. Entonces surge una controversia en materia de la calidad de los servicios médicos asistenciales, la cual constituye una peculiaridad muy distintiva en la anestesiología, donde un paciente satisfecho no siempre significa que el proceso anestésico sea ejecutado con la calidad óptima. ⁽¹²⁾
3. Postoperatorio: Es considerado el tiempo que transcurre desde que culmina la intervención quirúrgica hasta que el paciente se recupera totalmente de su

proceso de invalidez de la intervención. Este se clasifica en:

a) Inmediato: se considera desde que el paciente concluye su intervención quirúrgica hasta las primeras 24 horas.

b) Mediato: es considerado como el tiempo que transcurre desde las primeras 24 horas de postoperatorio hasta la culminación de su periodo de invalidez. En este periodo las expectativas del paciente estarán dadas por:

- Recuperación rápida.
- No sufrir complicaciones.
- No padecer dolor
- No tener náuseas y vómito
- Incorporación rápida al hogar y a la sociedad.

La satisfacción del paciente se emplea como índice de calidad en el sistema nacional de salud, sin embargo, las escalas de satisfacción de los pacientes no resultan lo suficientemente sensibles como para detectar cambios de calidad en la asistencia clínica que presta el equipo de anestesiólogos. Las simples y no estandarizadas escalas de satisfacción del paciente que se emplean en la mayor parte de las encuestas sobre anestesia son insuficientes para abordar la complejidad de este tipo de medida. ⁽¹²⁾

Como las expectativas en relación con el procedimiento quirúrgico y la anestesia pueden diferir de un paciente a otro, la satisfacción podría no ser una manera válida o fiable para detectar cambios en la calidad de la asistencia. Algunos pacientes relacionan la calidad con el resultado o desenlace final del proceso anestésico. Si se tiene en cuenta la relación de poderes que existe a favor del anestesiólogo durante el proceso anestésico, no expresión de confiabilidad medir la calidad a partir del resultado o desenlace final del proceso anestésico. ⁽¹⁵⁾

En este caso, los datos del proceso pueden resultar más sensibles como signos de calidad, pues no siempre que se comete un error en la prestación del servicio de anestesiología se llega a un mal desenlace. De forma parecida calidad y desenlace positivo no son idénticos. ⁽¹¹⁾

En la práctica diaria de la medicina, ya sea pública o privada es cada vez más importante el otorgar un servicio de calidad. La calidad de atención médica ha sido en los últimos años un tema de análisis y de discusión en todo el mundo y, a la vez, una preocupación que va desde su definición hasta su instrumentación en una medicina cada vez más globalizada; Organización Mundial de la Salud, la calidad en asistencia sanitaria consiste en asegurar que cada paciente reciba el conjunto de medios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para obtener una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y el conocimiento del paciente y del servicio médico, para lograr un mejor resultado. ⁽⁷⁾

La medición de la calidad asistencial presenta enormes dificultades, ya que supone en primer lugar definir los patrones de medida y en segundo lugar qué cosas se pueden medir como indicativas de calidad. Se asume que al hablar de calidad representa un deseo de mejora o de control de nuestra actividad. Para mejorar es imprescindible conocer el punto de partida, por tanto, identificar los problemas y los potenciales puntos de mejora. ⁽¹⁶⁾

Todo punto débil de asistencia es potencialmente mejorable, y esta es la verdadera razón de ser de la calidad: reconocer la existencia de problemas, identificar las causas, adoptar las medidas correctoras y evaluar nuevamente los resultados. ⁽⁷⁾

En los últimos años la calidad de la atención anestésica en adultos es evaluada mediante el estudio de la percepción de la atención recibida por el usuario, en cambio la calidad brindada a niños y adolescentes no tiene muchos estudios, esto se debe a la dificultad que representa entrevistar al niño y obtener respuestas apropiadas. Por lo que se utilizan métodos indirectos, como son las entrevistas o la aplicación de cuestionarios a sus familiares o responsables para obtener respuestas en cuanto a la satisfacción en la calidad de la atención en el servicio de anestesiología. ⁽¹⁴⁾

La expresión “satisfacción del paciente” fue introducida en la práctica clínica en los años noventa, conociéndose desde entonces la gran subjetividad que la acompaña 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. ⁽¹³⁾

Diversas teorías psicológicas sugieren que la satisfacción del paciente, es la combinación entre las expectativas de éste y la percepción del servicio recibido; es un concepto multidimensional que incluye componentes socio-demográficos, cognitivos y afectivos. Cada paciente comienza con una comparación estándar contra la cual va a juzgar su nueva experiencia; un cambio en la satisfacción ocurre cuando la diferencia entre la situación actual y la expectativa excede la capacidad de asimilar la diferencia por parte del paciente, por lo tanto, la satisfacción depende de la congruencia entre lo que espera el paciente y lo que ocurre realmente. ⁽¹³⁾

Entre estos componentes, encontramos los relacionados con el paciente, como factores sociodemográficos, edad, sexo, grado de educación, estado marital, ocupación, raza, etc.; los relacionados con el proveedor de salud, como interacciones verbales, no verbales y competencia profesional; y los relacionados con el proceso en sí, como accesibilidad, conveniencia, servicios auxiliares, factores burocráticos, costos, factores ambientales y organización de los servicios de salud. ⁽¹⁰⁾

No ha sido fácil encontrar la relación entre estos factores y la satisfacción del paciente desde el punto de vista estadístico y aun hoy en día no es claro cuáles de ellos son los más importantes a la hora de una medición objetiva. ⁽¹⁰⁾

En cuanto a la satisfacción de las expectativas de los pacientes y sus familiares: en relación con el proceso y resultados de la atención médica, incluye amabilidad en el trato, disponibilidad de equipos, material, insumos y medicamentos necesarios, personal suficiente y calificado, continuidad en el proceso de la atención, comodidad en las áreas de servicio y costos razonables. La insatisfacción en su prestación podría deteriorar la satisfacción alcanzada con resultados favorables en materia de salud. ⁽³⁾

La satisfacción presupone una evaluación subjetiva y pone en juego valores cognitivos en forma más acentuada; al mismo tiempo indagar sobre la satisfacción permite incorporar una variedad de dimensiones que abren ventanas reflexivas. ⁽⁶⁾

En cuanto a las variables que se asocian con la satisfacción de los pacientes en relación con la anestesia se encuentran: la anestesia regional por el mayor control del dolor postoperatorio, el adecuado trato del anesthesiólogo, la edad avanzada, el sexo masculino y el estado físico, según la clasificación de la Asociación Americana de Anesthesiólogos. (ASA). ⁽⁴⁾

Se piensa que es más probable que un paciente satisfecho cumpla con las recomendaciones médicas, busque activamente ayuda médica y a la comunicación con el paciente se considera como el factor decisivo para asegurar la satisfacción. Del mismo modo, la insatisfacción se relaciona con el costo de la atención sanitaria, la ineficacia del tratamiento, la ausencia de información comprensible, la falta de interés del profesional médico sobre el caso o la petición de un número excesivo de pruebas complementarias. ⁽⁷⁾

En un estudio realizado por Ryder y Spargo, se pidió a 141 padres completar un cuestionario sobre su experiencia al acompañar a sus hijos durante la inducción de la anestesia. De 139 encuestados, el 99% creyó que su presencia fue de beneficio para sus hijos, y el 95% que ayudaron al anestesista. El grado de ansiedad experimentada por los padres no afectó significativamente este punto de vista, ni el grado de ansiedad afectada por el método de inducción elegido por el anesthesiólogo. ⁽¹⁵⁾

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El paciente pediátrico es más susceptible a sufrir estrés y ansiedad por el hecho de ser sometido a un procedimiento tanto quirúrgico como anestésico.

Hay escasa información que demuestra si la presencia de la madre o el padre durante la inducción y recuperación anestésica mejoran su percepción sobre los procedimientos quirúrgico y anestésico y sobre todo si esto influye en la calidad de atención y satisfacción recibida en su hijo.

En caso de confirmarse que la presencia de los padres se asocia con mejor calidad de la atención, se podría justificar el acompañamiento rutinario del paciente pediátrico por un familiar cuando sea sometido a anestesia.

¿La presencia de la madre o del padre durante la inducción y recuperación anestésica se asocia con mejor calidad de la atención percibida por el paciente pediátrico y sus padres?

4. JUSTIFICACION

Se conoce que el procedimiento quirúrgico y anestésico ocasiona estrés y ansiedad en los pacientes; para controlar esta situación clínica el anestesiólogo utiliza medicamentos durante el preoperatorio como midazolam (benzodiazepina), dexmedetomidina (alfa 2 agonista) o fentanil (opioide), que generalmente controlan esta situación antes de ingresar al paciente a quirófano.

En los pacientes pediátricos se recomienda disminuir el empleo de fármacos durante el procedimiento quirúrgico por tal motivo se buscan otras alternativas que permitan disminuir el estrés y la ansiedad durante el acto quirúrgico.

Diversos estudios demuestran que la presencia de los padres durante la inducción y recuperación anestésica disminuye el estrés y a ansiedad en el paciente pediátrico; por tal motivo se decide evaluar en la población pediátrica del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga si la presencia de la madre o el padre pueden reducir la ansiedad y el estrés; reflejada en una menor percepción de dolor posoperatorio y la calidad de la atención en la evaluación de los padres a través de la aplicación de un cuestionario.

El conocer la percepción de los pacientes con respecto a la atención recibida y el grado de satisfacción de la atención brindada por parte del servicio de anestesiología, permitiría un control y aplicación de medidas encaminadas a la optimización de calidad

de los procedimientos anestésicos con un adecuado nivel de atención y servicio con respecto a los componentes éticos y humanistas de la especialidad de anestesiología.

Como beneficio para el hospital, se elevaría la calidad de la atención y satisfacción del usuario, y se estarían aportando soluciones innovadoras para mejorar la calidad de la atención del paciente pediátrico que se podrían implementar en otras unidades hospitalarias.

5. HIPOTESIS

La presencia de la madre o el padre durante la inducción y recuperación anestésica se asocia con mejor calidad de la atención percibida por el paciente pediátrico y sus padres.

6. OBJETIVO

Conocer cómo perciben los padres la calidad de la atención que se brinda durante el procedimiento anestésico realizado a su hijo.

Identificar si la presencia de la madre o el padre disminuye la percepción del dolor en el paciente.

Conocer si la presencia de los padres ayuda a disminuir el uso de medicamentos durante el preoperatorio y transoperatorio.

Saber si con esta experiencia los padres del paciente quedaron satisfechos con la atención brindada.

7. METODOLOGIA

7.1. Tipo y diseño de estudio

Observacional, descriptivo, prospectivo y transversal: es observacional porque no se realizará alguna intervención, solo se medirá la satisfacción del familiar del paciente pediátrico con la atención anestésica. Es descriptivo porque se enfocará en describir características de los pacientes y familiares, y la satisfacción percibida por el familiar con el manejo anestésico. Es prospectivo porque la información se obtiene directamente del paciente pediátrico y sus padres, transversal porque solo se hace una evaluación.

7.2. Población y tamaño de la muestra

7.2.1. Población

Padres de pacientes pediátricos con indicación de realizar procedimiento quirúrgico debido a su padecimiento de base que aceptaron responder el cuestionario.

7.2.2. Muestra

El cálculo del tamaño de muestra se realizó considerando un intervalo de confianza de 95%, un poder de 80%, una frecuencia esperada de satisfacción con la anestesia en el grupo acompañado de familiar de 90% y de 10% en el grupo no acompañado, utilizando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

Dónde:

Z²= Certeza. Generalmente se busca un 95% cuyo valor sería **Z= 1.96**

p= Porcentaje de la población en la que se presenta satisfacción de los padres durante el procedimiento anestésico

q= Porcentaje de la población en la que no se presenta satisfacción de los padres durante el procedimiento anestésico

d²= Precisión cuyo intervalo representa el grado en el que se sacrifica la exactitud del valor que se obtendrá en la muestra en relación a la población.

n= 59 Pacientes por grupo; **n total**= 136

7.3. Criterios de inclusión

- Pacientes con edades comprendidas entre 6 y 18 años.
- Género femenino y masculino
- Con indicación para realizar procedimiento quirúrgico que requiera de anestesia general o regional.
- Pacientes ASA I y II
- Pacientes con estudios preoperatorios completos
- Padres que acepten ingresar a quirófano
- Padres que acepten contestar el cuestionario

7.4. Criterios de exclusión

- Padres que no sepan leer o escribir.
- Padres que tengan temor a estar con el paciente antes y después de la anestesia.
- Otros familiares
- Pacientes ASA III, IV, V y VI
- Pacientes con estudios preoperatorios incompletos
- Padres que no acepten ingresar a quirófano
- Padres que no acepten contestar el cuestionario

7.5. Criterios de eliminación

- Pacientes con datos incompletos.
- Padres que no hayan contestado al menos el 90% del cuestionario.

8. DEFINICION DE LAS VARIABLES Y FORMA DE MEDIRLAS

<i>Nombre</i>	<i>Categoría o escala</i>	<i>Definición operacional</i>	<i>Unidad de medición</i>
Satisfacción del familiar.	Cuantitativa discreta.	Conformidad del familiar con la atención recibida por el paciente durante la anestesia. En escala de 1-10.	Puntos.
Edad.	Cuantitativa discreta.	Tiempo de vida de un paciente al momento de su evaluación clínica.	Años.
Género.	Cualitativa nominal.	Condición orgánica, masculina o femenina del paciente.	Femenino. Masculino.
Escolaridad.	Cualitativa ordinal.	Nivel máximo de estudios en un centro educativo de los padres.	Primaria. Secundaria. Preparatoria. Licenciatura.

Tipo de anestesia.	Cualitativa nominal.	Clase de anestesia planeada.	Bloqueo peridural. Anestesia general balanceada. Anestesia general inhalada. Anestesia total intravenosa. Bloqueo subaracnideo. Sedación.
Dolor post-operatorio.	Cuantitativa discreta.	Intensidad del dolor 10 minutos posteriores al término de cirugía (en sala de recuperación), en escala de 0-10.	Puntos de intensidad.

9. PROCEDIMIENTO

Se invitará a participar en el estudio a los padres de los pacientes pediátricos de 6-18 años de edad. Quienes cumplan criterios de inclusión y se les pedirá contestar un cuestionario formado por 16 preguntas conformadas por preguntas positivas de 1 (peor) a 5 (mejor) y para las preguntas negativas de forma inversa, de 1 (mejor) a 5 (peor).

Las preguntas a los padres están relacionadas a su experiencia mientras acompañan a su hijo y a la satisfacción con la atención que reciba durante todo el procedimiento quirúrgico y anestésico.

Además, se obtendrá la siguiente información del paciente: edad, sexo, tipo de anestesia, utilización de sedoanalgesia y dolor post-quirúrgico.

Debido a que el protocolo está encaminado a evaluar dos tipos de población: pacientes pediátricos y padres el procedimiento se divide en 2.

Una vez que los pacientes pediátricos cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión se les explico la importancia de que sus padres estuvieran presentes durante la inducción anestésica y durante la recuperación anestésica; a los pacientes que aceptaron el ingreso de sus padres a quirófano se les evaluaron las siguientes variables edad, genero, tipo de procedimiento anestésico, intensidad de dolor posoperatorio con escala visual análoga.

Por otro lado cuando el niño acepto la participación de los padres a estos se les dio una explicación acerca del tipo de procedimiento anestésico que sería realizado; una vez concluido el procedimiento quirúrgico se les pidió que contestaran un cuestionario formulado con 16 preguntas para poder establecer el grado de satisfacción y calidad en la atención anestésica percibida por ellos.

10. RECURSOS DISPONIBLES

10.1. Recursos Humanos

Se cuenta con los siguientes recursos humanos disponibles en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” para llevar a cabo el presente estudio:

1. Dra. Yara Yrais Lara Flores.
2. Dr. Octavio Amancio Chassin.
3. Dra. Garduño Prevost Patsy

10.2. Recursos Financieros

Los recursos financieros que se requieren son para la adquisición de los recursos materiales (impresora, hojas, copias, lápices, borradores y carpetas), los cuales serán proporcionados por los investigadores.

No se requiere por parte de la institución inversión adicional a la ya destinada para el pago de los investigadores y para la atención de los pacientes.

11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

A continuación se presenta el cronograma de actividades.

Meses del 2016

Actividad	1º y 2º	3º y 4º	5º	6º	7º y 8º	9º y 10º	11º y 12º
1.- Elección del tema y búsqueda de bibliografía							
2.- Elaboración del protocolo							
3.- Autorización del protocolo							
4.- Desarrollo del protocolo							
5.- Captura de datos							
6.- Análisis de datos e interpretación de resultados							
7.- Presentación del trabajo final							

12. ANALISIS ESTADISTICO

Los datos serán capturados en el programa Microsoft Excel 2011 para MAC. A partir de los cuales se llevará a cabo el análisis descriptivo de las variables estudiadas.

Las variables cualitativas se obtuvieron con frecuencias y porcentajes. Mientras que las variables cuantitativas se realizaron con media y desviación estándar.

Se utilizarán tablas y gráficos para presentar la información.

13. ASPECTOS ETICOS

Este trabajo de investigación se llevará al cabo de acuerdo al marco jurídico de la Ley General en Salud, Artículo 17, Apartado I, que clasifica la investigación como con riesgo menor al mínimo.

También, el estudio se apegará a los principios éticos para investigaciones médicas en seres humanos establecidos por la Asamblea Médica Mundial en la declaración de Helsinki (1964) y ratificados en Río de Janeiro (2014).

El protocolo será sometido para su evaluación y aprobación al Comité Local de Bioética e Investigación.

Se hará uso correcto de los datos y se mantendrá absoluta confidencialidad de los mismos. Todos los pacientes darán su consentimiento verbal para participar, y sus padres o el familiar responsable firmarán la carta de consentimiento informado para aceptar su participación y la del niño.

14. RELEVANCIA Y ESPECTATIVAS

Implementar y promover que los padres puedan ingresar a todos los procedimientos quirúrgicos y anestésicos que se realicen dentro del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.

15. RESULTADOS Y ANALISIS

Se aplicó el instrumento tipo cuestionario con una duración de menos de 10 minutos a un total de 59 padres de pacientes pediátricos que recibieron manejo por parte del

servicio de anestesiología pediátrica del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Se evaluaron por medio de 16 preguntas los aspectos relevantes de la atención anestésica durante la inducción anestésica y el periodo posoperatorio del paciente pediátrico.

La figura 1 muestra la distribución por género de los pacientes pediátricos; la mayor parte de los pacientes pediátricos fue del género masculino con un total de 35 (59.3%) pacientes, mientras que del género femenino fueron 24 (40.7%) pacientes en total, la edad de los pacientes estuvo en un rango de 6 años a 18 años con una media de 12.8 ± 3.3 .

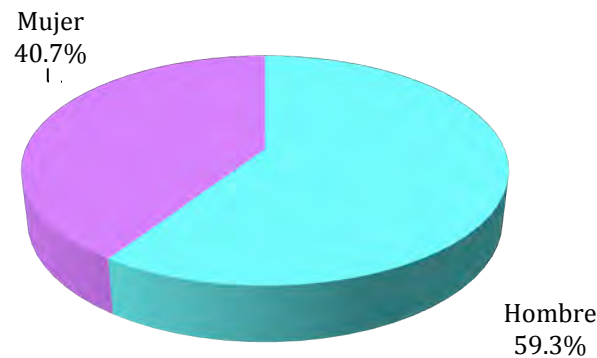


Figura 1. Distribución por género de los pacientes pediátricos

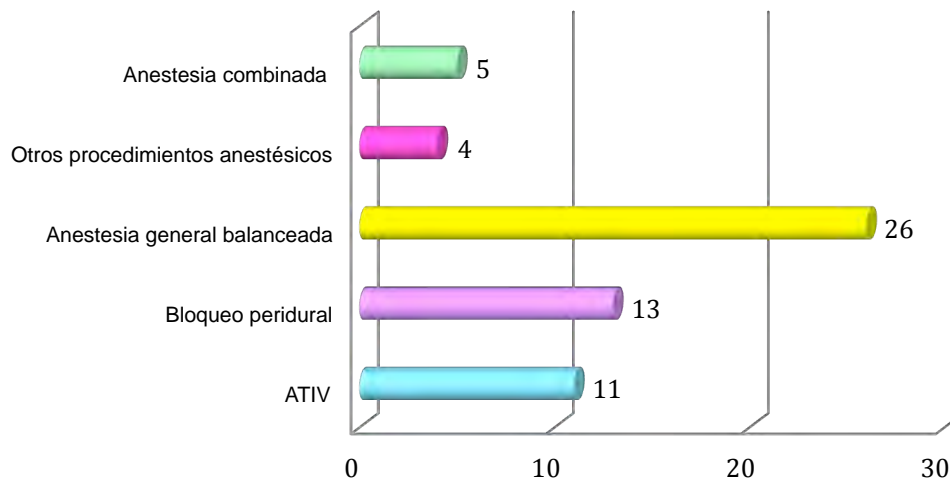


Figura 2. Procedimientos anestésicos realizados en los pacientes pediátricos

En este estudio el procedimiento anestésico más utilizado fue el de anestesia general balanceada realizándose a 26 (44.0%) pacientes, seguido de bloqueo peridural y anestesia total intravenosa (TIVA) realizadas a 14 (23.7%) y 12 (20.3%) pacientes respectivamente. Mientras que la anestesia combinada solo fue realizada en 5 pacientes (8.4%). En lo que se refiere a otros procedimientos estos abarcan anestesia general inhalatoria en 3 (5.1%) y anestesia local más anestesia general inhalatoria en 1 (1.6%) paciente (figura 2).

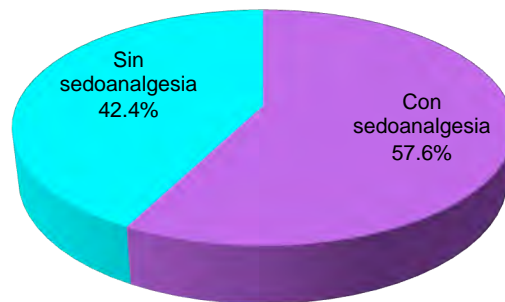


Figura 3. Utilización de sedoanalgesia

En este estudio se utilizó sedación en 34 (57.6%) pacientes, el criterio para utilizar sedación fue que presentaron ansiedad antes de su ingreso al quirófano, mientras que en 25 (42.4%) pacientes este recurso no se utilizó. (Figura 3).

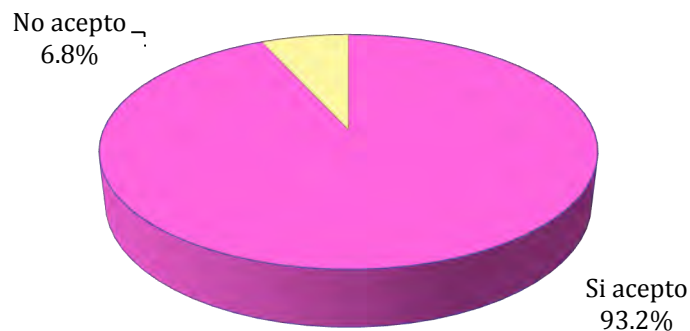


Figura 4. Ingreso de familiar al quirófano

En referencia al ingreso de los padres al quirófano con los pacientes pediátricos; ingresaron 55 (93.2%) padres como acompañantes; mientras que 4 padres (6.8%) no lo hicieron, debido a que su hijo no aceptó que estuvieran presentes durante el procedimiento (figura 4).

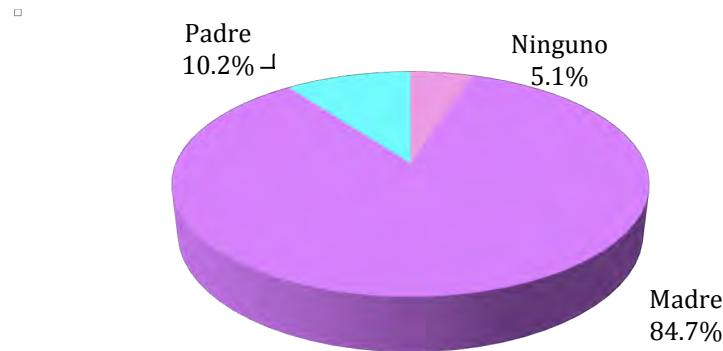


Figura 5. Relación con el paciente

El familiar que con mayor frecuencia acompañó al paciente pediátrico fue la mamá en un 84.7%, el papá en un 10.2%. Mientras que 3 (5.1%) de los padres de los pacientes pediátricos no ingresaron al procedimiento debido a la negativa del paciente. (Figura 5).

En cuanto a la escolaridad 28 (47.4%) de los padres resultaron tener secundaria terminada seguido de estudios superiores con 22 (37.2%).

El 100% de los padres fueron informados sobre el procedimiento anestésico, la técnica anestésica, los medicamentos empleados así como posibles complicaciones y reacciones adversas.

En cuanto a la pregunta de si su presencia durante el procedimiento anestésico, ya sea inducción o recuperación anestésica o ambas facilitaba el procedimiento las respuestas fueron las siguientes 48 (81.3%) padres contestaron que su presencia había facilitado mucho el procedimiento, 3 (5.0%) contestó que lo había facilitado algo, 4 (6.7%) se sintió indiferente y solo un padre respondió que lo había dificultado.

Con respecto a la pregunta de qué tanta satisfacción les generó el estar presentes durante el procedimiento anestésico, de los 59 pacientes 51 (86.4%) refirieron haberse sentido muy satisfechos; 2 (3.3%) refirieron sentirse algo satisfechos, mientras que 2 (3.3%) padres se sintieron descontentos; 4 padres no respondieron la pregunta.

Al interrogar si anteriormente tuvieron la oportunidad de estar presentes en el procedimiento anestésico de algún familiar la respuesta de 52 (88.1%) padres fue no, mientras 3 (5.0%) padres si, el resto de los padres no respondió. La siguiente pregunta fue si creían que se debe de dar a los padres la opción de estar presentes durante el procedimiento a lo que el 100% respondió afirmativamente al igual que si repetirían la experiencia.

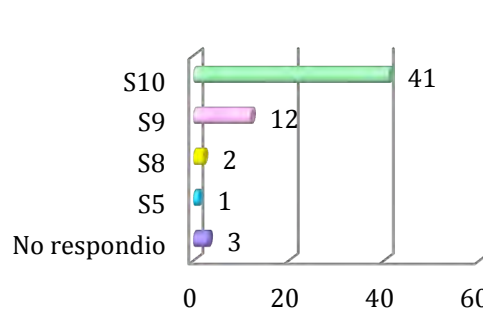


Figura 7. Grado de satisfacción de los padres de los pacientes pediátricos que ingresaron a quirófano

Sobre el grado de satisfacción que les había dejado esta experiencia 41 (69.4%) papas respondieron haberse sentido muy satisfechos con la experiencia. El promedio \pm ds del grado de satisfacción de los papas fue 9.7 ± 0.9 , la mediana y moda fue de 10. (Figura 7)

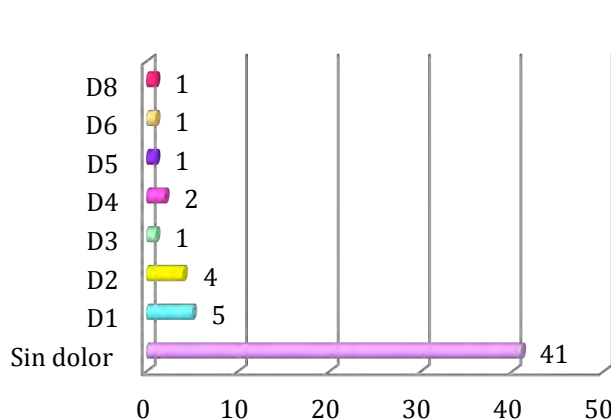


Figura 6. Dolor posoperatorio que presentaron los pacientes pediátricos en el periodo posoperatorio medido con escala visual análoga

Sobre la intensidad del dolor durante el periodo posoperatorio 56 (93.2%) pacientes

pediátricos contestaron esta pregunta, 41 (69.4%) no presentaron dolor después del procedimiento quirúrgico; mientras que solo un paciente refirió haber presentado dolor intenso después de la cirugía, 10 (16.9%) pacientes refirieron dolor leve; 4(6.7%) refirieron dolor moderado el promedio \pm ds fue de 3.4 ± 3.1 la mediana fue de 2 y la moda de 1 (figura 6).

16. DISCUSION

La investigación se enfocó en evaluar el nivel de satisfacción y calidad en la atención de los padres de los pacientes pediátricos sometidos a procedimiento anestésico en el servicio de Anestesiología pediátrica del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.

El conocimiento de las características de la anestesia que se administra diariamente, a qué pacientes y las circunstancias de su realización, es una información muy valiosa para proyectar futuras necesidades, planificar y organizar recursos en cantidad y calidad de la atención.

Además al explicar el procedimiento anestésico debemos enfatizar sobre las probables reacciones adversas de los medicamentos a utilizar porque al brindar información sobre las reacciones adversas ya sea del medicamento empleado o del tipo de procedimiento a realizar el paciente o los pacientes se sienten más satisfechos con la atención brindada, por lo que podríamos asegurar que al tener un mejor conocimiento sobre la técnica anestésica, complicaciones y posibles reacciones adversas, el paciente tendrá mayor confianza con el anesthesiólogo y percibirá una atención anestésica de calidad y satisfacción con el servicio.

Las diferentes técnicas empleadas se enfocan en las necesidades del paciente y del procedimiento que se efectuara en cuanto a la anestesia regional esta se puede utilizar en todos los grupos de edad pediátrica incluyendo neonatos y bebés prematuros. Los bloqueos de nervios periféricos y centrales suelen ser seguros si son realizados con conocimiento y experiencia y tomando en cuenta medidas de seguridad, se deben tener en cuenta las diferencias anatómicas y fisiológicas de los pacientes recién nacidos a término y prematuros, de los lactantes y de los niños, debemos considerar las diferencias en estos grupos de edad en relación a la farmacocinética y farmacodinamia de los medicamentos. Se debe contar con el monitoreo y equipo adecuados, también debe utilizarse el anestésico local que esté disponible con menos toxicidad y con las dosis recomendadas. ⁽²³⁾

Dentro de las características de la anestesia general se encuentran el control de la respiración con la asistencia respiratoria mecánica, inconciencia e inmovilidad del paciente durante la cirugía. ⁽¹⁹⁾

La anestesia general es el estado de inconciencia producido por medicamentos. Dicho estado permite la realización de cirugía y otros tratamientos que, de otra forma, serían demasiado dolorosos o difíciles de tolerar. Un efecto secundario frecuente de la anestesia general son las náuseas y los vómitos después de la cirugía, algunas personas también pueden padecer dolor de garganta y, muy ocasionalmente, lesiones en los dientes, labios, encías o cuerdas vocales a raíz de la introducción de sondas respiratorias y dispositivos en las vías respiratorias. ⁽¹⁷⁾

Para decidir el tipo de manejo anestésico que se realizara se toma en cuenta la edad del paciente, peso, alergias conocidas, antecedentes quirúrgicos, duración de procedimiento quirúrgico, entre otras; así como también se toma en cuenta el estado hemodinámico del paciente para la toma de decisiones en cuanto a que medicamentos utilizar, en nuestro medio es frecuente el uso de anestesia general ya sea intravenosa o general balanceada o bien anestesia combinada para disminuir el dolor posoperatorio en niños menores de 8 años debido a que ellos presentan más angustia al estar despiertos durante los procedimientos, también la sedación con anestesia local es muy recurrida en situaciones donde los procedimientos quirúrgicos sean ambulatorios. ⁽²²⁾

La sedación pre anestésica es fundamental para el buen desarrollo del acto quirúrgico. Esta incluye: alivio de la ansiedad, sedación, analgesia, amnesia, disminución de la respuesta del sistema nervioso simpático y disminución de los requerimientos anestésicos. ⁽²¹⁾

Se han desarrollado y utilizado técnicas farmacológicas y no farmacológicas en el preoperatorio para disminuir la ansiedad y mejorar la cooperación de los pacientes en edad pediátrica antes de la cirugía.

Existen fármacos que pueden mejorar la calidad preoperatoria y operatoria de los niños, y preadolescentes. Algunas de las técnicas incluyen premedicación sedante y presencia parental durante la inducción. Esas técnicas pueden usarse solas o en combinación para obtener el efecto deseado. Entre las drogas utilizadas se encuentran las benzodiazepinas, las más usadas en niños antes de proseguir los procedimientos anestésicos. Su uso se basa en la fácil administración, el efecto predecible y la historia de larga data de seguridad. Entre ellas, se citan al diazepam y al midazolam.

El midazolam por vía oral ha sido usado desde 1992, y se plantea que tiene ventajas, como su comienzo y confiable instauración, ansiolisis y mínimos efectos adversos, y mínima demora para la recuperación después de la anestesia. Otras ventajas planteadas incluyen reducción en la incidencia de delirium inducido por sevoflurane y reducción en la hipotermia perioperatoria. ⁽²¹⁾

Otros fármacos que se pueden utilizar son paracetamol, ketamina, opiodes por vía intravenosa y dexmedetomidina por vía intranasal estos han mostrado ser efectivos, tener una rápida sedación y seguridad en su utilización en pacientes pediátricos.

Por otra parte las benzodiazepinas son las de uso más común por la baja incidencia de depresión respiratoria.

La utilización de la escalera analgésica sugerida por la OMS propone una correlación entre la escala visual análoga (EVA, usando una regla de 10 centímetros) y la escala verbal análoga (EVERA, categorizando al dolor en leve, moderado, y severo). En el contexto específico del dolor postoperatorio a una EVA, de 1 a 4 le corresponde la categoría de dolor leve, de 5 a 7 una de dolor moderado, y de 8 a 10 una de dolor severo. ⁽¹⁸⁾

El dolor leve puede ser tratado con analgésicos no opiodes; El moderado (EVA 5 a 7), puede ser tratado con analgésicos opiodes con efecto techo (ya sea en bolo o en infusión continua), solos o en combinación, con analgésicos no opiodes y/o fármacos adyuvantes. El severo (EVA 8 a 10), con opiodes potentes (ya sea en infusión continua, con técnicas de PCA, y/o con técnicas de anestesia regional), solos o en combinación, con analgésicos no opiodes y/o fármacos adyuvantes. ⁽¹⁸⁾

La efectividad de los AINES en el alivio del dolor y en la reducción del consumo de opiodes del periodo perioperatorio ha sido bien documentada. En una revisión sistematizada, se ha sugerido que la eficacia de los AINE administrados como monoterapia para el manejo del dolor perioperatorio posiblemente sea dependiente del tipo de la extensión y el tipo de la cirugía realizada. Se sugiere que su empleo en combinación con paracetamol disminuye la intensidad del dolor y del consumo de opiodes.

Respecto a la analgesia perioperatoria con opiodes debemos considerar que la terapéutica requiere individualización. Se ha sugerido que la dosis analgésica óptima es aquella con la que se obtiene analgesia.

Dado que los agonistas MOR carecen de techo farmacológico, se ha propuesto que las dosis puedan ajustarse a la alza en caso de ser necesario. Dosis excesivas o

mayores a las requeridas para el alivio del dolor o administradas en la ausencia de dolor favorecen la aparición de efectos adversos.

Su empleo por vía epidural para el control del dolor perioperatorio, presenta mayor eficacia y menores efectos adversos en comparación con la vía endovenosa. Se ha propuesto que su administración epidural en combinación con anestésicos locales es más efectiva.⁽¹⁸⁾

17. CONCLUSIÓN

1. El 69.4% de los papas de los niños a los que se les realizó el procedimiento quirúrgico refirieron haber sentido satisfacción al haber acompañado a su hijo.
2. El 100% de los papas consideraron que el hecho de ingresar al procedimiento anestésico permite conocer las ventajas y desventajas de la técnica, los medicamentos, y las complicaciones que se puedan presentar; este hecho permite mejorar la calidad de atención médica y mayor tranquilidad de los padres durante el transoperatorio.
3. De manera preliminar se puede observar que la presencia de la mamá o papa disminuye la percepción de dolor en sus hijos; desafortunadamente no podemos ser concluyentes debido a que faltó un grupo de niños con los cuales comparar los resultados.
4. El implementar la entrada de los padres con el paciente pediátrico podría mejorar la calidad en la atención anestésica y brindar una atención más agradable y permitir tanto a los padres como al paciente saber a lo que se enfrentan al ser sometidos a procedimientos dentro de quirófano y así disminuir la incertidumbre que se genera al entrar a quirófano, o bien al recibir cualquier procedimiento ya sea quirúrgico o anestésico.

18. INSTRUMENTO

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DE ANESTESIA EN EL FAMILIAR DEL PASIENTE PEDRIATRICO

DATOS GENERLES DEL PACIENTE

1. Edad

2. Sexo

Masculino

Femenino

DATOS DEL PROCEDIMIENTO

3. Procedimiento Realizado:

Bloqueo Subaracnoideo

Bloqueo Mixto

TIVA

Bloqueo Peridural

Anestesia General Balanceada

Anestesia General Inhalatoria

4. Utilización de sedoanalgesia:

Si

¿Cuál? _____

No

5. Si el niño puede opinar, preguntar si quiere que sus padres estén presentes:

Si

No

6. Dolor valorado por el paciente (10 minutos tras el procedimiento):

Escala Visual Análoga

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. Relación con el paciente

Madre

Padre

Otro

Especificar:

8. Nivel de Estudios

Sin Estudios

Primaria

Secundaria

Estudios Superiores

9. Previo a la realización se le ha explicado en que consiste el procedimiento:

Sí No

10. Cree que su presencia ha facilitado / dificultado el procedimiento:

Facilita Mucho Facilita Algo Indiferente Dificulta Algo Dificulta
Muc...

11. Cuál es su satisfacción con su presencia en el procedimiento:

Muy Satisfecho Algo Satisfecho Indiferente Descontento Muy
Des...nto

12. Cree que su presencia ha sido beneficiosa para el niño:

Muy Beneficiosa Algo Beneficiosa Indiferente Algo Perjudicial Muy
Perj...cial

13. Había estado presente en algún procedimiento previamente:

Sí No Especificar:

14. Cree que debe darse la opción a los padres de estar presente en los procedimientos:

Sí No

15. Repetiría la experiencia de estar presente en cualquier procedimiento a realizar en un familiar:

Sí No

16. Grado de satisfacción general con la atención recibida (1 – 10):

19. REFERENCIAS

1. Mesquita M, Pavlicich V, Benitez S. Percepción de la calidad de atención y accesibilidad de los consultorios pediátricos públicos en Asunción y Gran Asunción; Vol. 35; N° 1; 2008
2. Banegas Cardero Juan Enrique. Nivel de satisfacción de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencia del Centro de Diagnóstico Integral Los Arales; MEDISAN 2014; 18(7):942
3. Aguirre Gas Héctor Gerardo, Zavala Villavicencio Antonio, Hernández Torres Francisco, Fajardo Dolci German. Calidad de la atención médica y seguridad del paciente quirúrgico. Error médico, mala práctica y responsabilidad profesional; Cir Cir 2010; 78:456-462.
4. Castellanos Olivares Antonio, Cervantes Evangelina, Márquez Vázquez Petra. Satisfacción anestésica como indicador de calidad de la atención médica en el paciente geriátrico; Vol. 36. Supl. 1 Abril-Junio 2013 pp S250-S255.
5. Espinoza Castillo Miguel. Evaluación de la calidad de atención del médico anestesiólogo en el Hospital Nacional Ramiro Prialé 2013; Anesthesiol. 2013;21(2):62-8.
6. Hamui Sutton Liz, Aguirre Hernández Rebeca, Ramírez de la Roche Fernando. Un estudio de satisfacción con la atención médica; 25 de febrero de 2013.
7. Gutiérrez Martínez Rene, Pardo Morales Rosa. Calidad de atención en un servicio de anestesiología en un hospital de segundo nivel; Vol. V, No. 1 enero abril 2013 pp.11-15.
8. González Pérez Elvis, Fernández Clua Margarita, Jiménez Serrano Derby. Calidad en los servicios médicos en anestesiología: algunas consideraciones actuales; Revista Cubana Anestesiología y Reanimación; 10(1)2-11.
9. Ruelas Barajas E, Zurita Garza B. Nuevos horizontes de la calidad de la atención a la salud. Salud Pública Méx 1993; 35(3):235-237.
10. Fritz E. Gempeler, María Victoria Avellaneda S. Evaluación de la satisfacción y tiempo en recuperación con diferentes técnicas anestésicas en el Hospital Universitario de San Ignacio; Rev. Col. Anest. Mayo - julio 2010. Vol. 38 - No. 2: 178-202.
11. Whitty PM, Shaw IH, Goodwin DR. Patient satisfaction with general anaesthesia. Too difficult to measure? Anaesthesia. 1996; 51(4):327-32.
12. Varughese AM, Rampersad SE, Whitney GM, Flick RP, Anton B, Heitmiller ES. Quality and safety in pediatric anesthesia. Anesth Analg. 2013; 117(6):1408-18.
13. Haller G, Stoelwinder J, Myles PS, McNeil J. Quality and Safety Indicators in Anesthesia: A Systematic Review. Anesthesiology. 2009;110(5):1158-75.
14. Ryder IG, Spargo PM. Parents in the anaesthetic room. A questionnaire survey of parents' reactions. Anaesthesia. 1991; 46(11):977-9.

15. Ruelas Barajas E, Zurita Garza B. Nuevos horizontes de la calidad de la atención a la salud. *Salud Pública Méx* 1993; 35(3):235-237.
16. Heidegger T. Saal, D Nuebling M. Patient satisfaction with anaesthesia care: What is patient satisfaction, how should it be measured, and what is the evidence for assuring high patient satisfaction? *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. 2006; 20(2):331–346.
17. Anestesia General. American Medical Association. *JAMA*, 9 de marzo de 2011— Vol. 305, núm. 10.
18. Chaverri, Fernández, José Miguel. Comparación de las estrategias analgésicas más utilizadas en el manejo del dolor postoperatorio en el Hospital Clínica Bíblica; *Revista Médica de la Universidad de Costa Rica*, vol. 9, 2015.
19. Echeto Cerrato María Alejandra, Sánchez Hernández Eloy, Sergio Adrián Trujillo. Anestesia total intravenosa multimodal para interposición coloesofágica en paciente pediátrico: Reporte de caso; Vol. 38. No. 2 Abril-Junio 2015pp 108-114.
20. Marcos Antonio Portilla Kirby, Nadia Rosalia Peñafiel Martínez, Jenny Morochz Coronel. Ensayo Clínico Aleatorizado: Efectos Cardiovasculares de Remifentanil vs. Fentanil en la Inducción a la Anestesia General Balanceada. *Revista Médica HJCA* Vol. 7 Num.3. Noviembre 2015.
21. Oriolo Estrada Rosa, Sanabria Negrín Guillermo, Leonardo Oriolo Pérez. Eficacia del midazolam contra la ansiedad en niños de 1-3 años sometidos a cirugía. *Rev. Ciencias Médicas*. Mayo-junio, 2014; 18 (3): 388-400.
22. D. Martin Lynn. Principios básicos de la anestesia en el neonato; *Rev. Colomb. Anesthesiolog*; 2017; 45(1): 54-61.
23. Villaroel Cruz Alejandro, Guitron Ocaranza Mónica. Anestesia regional en neonatos y lactantes; Vol. 36. Supl. 1 Abril-junio 2013 pp s220-222.