



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

**Evaluación de la calidad en la recuperación postoperatoria mediante la Escala CDR:
Perspectiva del paciente del Hospital de Especialidades CMNSXXI.**

TESIS QUE PRESENTA:

DRA. SILVIA GARCÍA LANDEROS

Residente del tercer año de Anestesia del Hospital de Especialidades CMNSXXI

PARA OBTENER EL DIPLOMA
EN LA ESPECIALIDAD
DE **ANESTESIOLOGÍA**

DIRECTOR DE TESIS:

DRA. DULCE MARIA RASCON MARTINEZ

Médico adscrito al servicio de Anestesiología del Hospital de Especialidades CMNSXXI

CIUDAD MÉXICO, FEBRERO 2018



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.

**Evaluación de la calidad en la recuperación postoperatoria mediante la Escala CdR:
Perspectiva del paciente del Hospital de Especialidades CMNSXXI.**



DRA. DIANA GRACIELA MENEZ DÍAZ

Jefe de División de Educación en Salud del Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez" Centro Médico Nacional siglo XXI

DR. ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES

Profesor titular del curso de posgrado en Anestesiología del Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez" Centro Médico Nacional siglo XXI

DRA. DULCE MARÍA RASCÓN MARTÍNEZ

Médico Adscrito al servicio de Anestesiología y profesor adjunto al curso de posgrado en Anestesiología del Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez" Centro Médico Nacional siglo XX



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **3601** con número de registro **17 CI 09 015 034** ante COFEPRIS
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. BERNARDO SEPULVEDA GUTIERREZ, CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI, D.F. SUR

FECHA **29/05/2017**

DRA. DULCE MARÍA RASCÓN MARTÍNEZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

Evaluación de la calidad en la recuperación postoperatoria mediante la Escala CdR: Perspectiva del paciente del Hospital de Especialidades CMNSXXI.

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, 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 U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2017-3601-91

ATENTAMENTE

DR.(A) CARLOS FREDY CUEVAS GARCÍA
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3601

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DEDICATORIAS

A Dios por permitirme continuar hasta a donde me lleve el viento.

A mi madre *Silvia Landeros* que sin su enorme apoyo no lo habría logrado y a mi padre *Sergio García* por ser el mejor de los papas e impulsarme a ser la mejor.

A mis hermanos *Sergio y Erick* por ser mis ángeles guardianes ante todo.

A mi esposo *Miguel Ángel* por ser mi mejor amigo, mi consejero, el maravilloso y excepcional esposo que dios me regalo la dicha de tener, para caminar de la mano por siempre. Gracias por tu sacrificio, tu esfuerzo y por apoyarme siempre.

A mi hijo *Sebastián* por ser el motivo, el motor, mi vida entera, mi luz para caminar, mi Ángel mi motivación para así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

“La definición de la locura es hacer la misma cosa una y otra vez esperando obtener diferentes resultados”

INDICE

CONTENIDO	PAGINA
RESUMEN	6
HOJA DE DATOS	7
ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	8
JUSTIFICACIÓN	15
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
MATERIAL Y MÉTODOS	18
RESULTADOS	21
DISCUSIÓN	27
CONCLUSIONES	33
ANEXOS	34
BIBLIOGRAFIA	40

RESUMEN

Introducción: La calidad es un intangible. Para cambiar nuestra actitud hacia la calidad debemos definirla como algo tangible y no como un valor filosófico y abstracto, estamos creciendo en la idea de que la “calidad es costosa” por lo tanto, nunca será más económico tolerar errores que hacer las cosas bien desde la primera vez y no habrá un punto de equilibrio entre beneficios y costo de calidad. **Objetivo:** Evaluar la calidad en la recuperación anestésica desde la perspectiva del paciente mediante la Escala CdR durante el postoperatorio inmediato en el Hospital General de Especialidades CMN siglo XXI “BERNARDO SEPULVEDA”. **Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, observacional, transversal en 370 pacientes sometidos de forma electiva y urgente a procedimientos quirúrgicos aplicando la escala de **CdR** del 1 de marzo al 31 de mayo del 2017. **Análisis Estadístico:** Se utilizó inicialmente estadística descriptiva, las variables cualitativas se estimaron con frecuencias simples y porcentajes. Las variables numéricas, se presentan con medias y desviación estándar si cuentan con distribución normal, Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 21 para Windows 10 del cual también se obtuvieron tablas de distribución y comparación. **Resultados:** Total de muestra 370 pacientes, de los cuales el 44.6% (n=165) género masculino y el 55.4% (n= 205) al género femenino, Se evaluó la escala CdR: Pregunta 1; Respuesta Si 85.4% (n=316), No estoy seguro 7% (n=26), Definitivamente NO 7.6% (n=28), Pregunta 2 respuesta Si 84.5% (n=314), No estoy seguro 7.6%(n=28), Definitivamente no 7.6% (n=28), se evaluó la Escala Visual Análoga (EVA) 10/10 5.9%(n=22), 3/10 21.1% (n=78) de dolor **Conclusiones:** la calidad evaluada obtuvo hasta un 85.4 % de porcentajes, es decir que los estándares de calidad que el paciente experimenta durante su estancia son considerados como altos.

Palabras clave: *Calidad en la recuperación postanestésica, escala (CdR).*

HOJA DE DATOS

1. Datos del alumno (autor)	1. Datos del alumno
Apellido paterno: Apellido materno: Nombre: Teléfono: Universidad: Facultad o escuela: Carrera: Número de cuenta:	García Landeros Silvia 5566733854 Universidad Autónoma de Guerrero Unidad Académica de Medicina. Anestesiología
2. Datos del asesor:	2. Datos de asesor
Apellido paterno: Apellido materno: Nombre: Teléfono:	Rascón Martínez Dulce maría 5542410378
3. Datos de la tesis:	3. Datos de la tesis
Título: Número de páginas: Año: Número de registro:	Evaluación de la calidad en la recuperación postoperatoria mediante la Escala CdR: Perspectiva del paciente del Hospital de Especialidades CMNSXXI. 41 paginas 2018 R-2017-3601-61

Evaluación de la calidad en la recuperación postoperatoria mediante la Escala CdR: Perspectiva del paciente del Hospital de Especialidades CMNSXXI.

García L. S, Rascón M. D.

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

En una breve reseña histórica, el término calidad nace desde 1941 y en 1942 se publicaron los Estándares Z conocidos como los estándares de la guerra, que enfocaban el uso de los cuadros de control para el análisis de datos y su aplicación en la producción, fundamentalmente bélica, posteriormente en los EEUU, se reporta la importancia de la calidad y en el siglo XX se introduce el concepto de calidad en salud por Abraham Flexner.¹ Por otro lado, el término anestesiología fue propuesto por primera vez en la segunda década del siglo XX con objeto de recalcar las bases científicas de la especialidad y durante el paso del tiempo la importancia de la participación del anestesiólogo se ha tornado indiscutible, debido a que el principal objetivo de este es: «cuidar que el paciente enfrente en forma segura y cómoda durante la cirugía».² Dentro de este contexto, uno de los indicadores de calidad, es la evaluación de la satisfacción. En el área de la medicina, la satisfacción suele ser definida como los resultados entre la comparación de expectativas y percepciones del paciente así como el resultado recibido, ambos resultados son absolutamente personales, el paciente tiene expectativas que resultan de sus propias creencias y experiencias anteriores, las experiencias con la cirugía y la anestesia percibidas por el paciente pueden ser

independientemente de su medición objetiva. Un buen ejemplo de ello, es el dolor después de la cirugía.³

En México, datos de la Encuesta Intercensal señalan que en 2015 residen 119.5 millones de personas: 51.4% son mujeres y 48.6% son hombres.⁴ Por tanto, es importante que todos los profesionales de la sanidad colaboren para suministrar información a los pacientes a través de los medios disponibles y en todas las ocasiones, así como aportar información clara y oportuna sobre el procedimiento a realizar en cada uno de los pacientes.⁵ (Figura 1)

De acuerdo a un estudio realizado por la CONAMED en el 2003 sobre la incidencia de demandas en anesthesiólogos, lo cual concluyo que el grupo etario con más quejas fue de 25 a 44 años, del cual el 78% fue de predominio masculino, en la cual la falta de comprensión sobre los procedimientos anestésicos fue un factor común, así como el tipo de anestesia empleado.⁶ Existen bancos de datos publicados entre 1980 a 2000 que estudiaron la satisfacción en la atención medica de los pacientes, sin embargo pocas de estas publicaciones cubren la satisfacción de los servicio proporcionados por los anesthesiólogos. A pesar de las pocas publicaciones, varios autores consideran que la satisfacción de pacientes es un tributo de la calidad de la atención en anesthesiología.⁷ Es importante reconocer los componentes de riesgo relacionados con la calidad en la recuperación, ya que existen los relacionados con el paciente, como factores sociodemográficos, edad, sexo, grado de educación, estado civil, 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.⁸

En el 2016 se realizó un análisis en 206 pacientes en los cuales se aplicaba una encuesta a los pacientes que asistían a cirugía ambulatoria el cual concluyo que la falta de conocimiento de los pacientes sobre la anestesia y el papel del anestesista en sus cuidados puede contribuir a esos miedos y ansiedades. Investigaciones anteriores sobre anestesia han revelado que los pacientes sienten miedo de morir durante la anestesia (8-55%), de despertar durante la anestesia (5-54%) y de sentir dolor (5-65%) y náuseas (5-48%) en el período postoperatorio.⁹ De forma contraria a lo que sucede en otras especialidades, la relación anestesiólogo – paciente es importante, lo habitual es que el anestesiólogo visite al paciente un día antes, ya que esta entrevista en algunas situaciones da gran incertidumbre y ansiedad, pero ha demostrado que disminuye la ansiedad y el temor del paciente al explicar el procedimiento anestésico.¹⁰

En Estados Unidos, ha sido ampliamente estudiada la manera de desarrollar encuestas para valorar la satisfacción postanestésica, de igual manera se considera importante la participación de los pacientes en el desarrollo de este tipo de mediciones, por ejemplo en Europa se ha desarrollado la encuesta de Picker para medir la «experiencia del paciente», con excelentes resultados.¹¹

En el Instituto mexicano del seguro social (IMSS), desde 1996 en México es el tema de la evaluación y mejora continua de la calidad de la atención médica, con la aparición en el marco del sector salud, y la comisión nacional de arbitraje

médico (CONAMED), que se enfocan en la calidad de la atención médica, desde el punto de vista de las presuntas faltas de calidad, identificadas a partir de las quejas presentadas por los pacientes, como consecuencia de su insatisfacción con los servicios recibidos, por lo cual es importante el desarrollo de nuevas escalas que permitan mejorar la atención del paciente.¹²

Existen múltiples escalas algunas para valorar el grado de satisfacción como las siguientes: La Escala de Satisfacción con la Anestesia de Iowa (ISAS) es un cuestionario que mide la satisfacción del paciente con la atención anestésica controlada (MAC), la respuesta de las 11 preguntas solo toma de 4 a 5 minutos, de forma literal mide la satisfacción en anestesia con el periodo Perioperatorio, que son las opciones adecuadas en los pacientes que están inconscientes, durante todo o parte de lo que el pacientes considera que es el periodo anestésico, (es decir para los pacientes bajo cirugía general.¹³ PSACAT, es una encuesta de satisfacción del paciente con anestesia que se dividió en 2 secciones, la primera abordó la identificación y el diseño metodológico de cada instrumento, incluyendo el diseño de la encuesta, el modo de administración así como el formato de respuestas, la parte dos contenía una escala de Likert de 5 puntos y cada instrumento evaluado fue categorizado y basado en la libertad de los errores de medición.¹⁴

Una vez que el paciente cumplía con los criterios de salida de la unidad de cuidado postanestésico (tiempo de estadía en UCPA), se aplicaba la encuesta por parte de personal entrenado y se completaban los datos necesarios con base en la valoración preanestésica, el registro de anestesia y el registro de la unidad de cuidado postanestésico.¹⁵

En el 2003 la Dra. Karina Rando, realizó un estudio que evaluaba la calidad y el grado de satisfacción en la recuperación, en donde analizó el aspecto subjetivo de la recuperación anestésica mediante una escala visual análoga de satisfacción (EVA) que es un cuestionario dirigido a evaluar la calidad de la asistencia anestesiológica, aplicándose encuestas a las 24 horas del alta de la sala de recuperación, se entrevistaron a 166 pacientes, los aspectos que mostraron valores más altos de puntuación fueron el apoyo psicológico y el dolor; y los más bajos fueron la independencia física y el confort. Las emociones obtuvieron un valor intermedio.¹⁶ Capuzzo en el 2005, realizó un estudio aleatorizado en donde evaluaba por medio de la aplicación de cuestionarios la satisfacción anestésica con base a sus aspectos psicológicos en el postoperatorio y pudo concluir que el 47% de los pacientes se relacionó su estado mental y el apoyo social con el grado de satisfacción así como también asociaron factores como la edad, el sexo, el estado físico (ASA), y el bajo nivel educativo.¹⁷

Posteriormente, apareció la evaluación de la calidad de la recuperación postanestésica utilizando únicamente la perspectiva de los pacientes, programados para cirugía electiva o urgente. En la validación de esta escala al castellano, los pacientes fueron elegidos por conveniencia. Se les aplicó entrevista una semiestructurada con el fin de obtener las categorías, de lo que significaba la calidad de la recuperación postanestésica, en tres momentos de atención: en la valoración preanestésica; en el post-operatorio inmediato de cirugía ambulatoria (4 horas); y, en el post-operatorio tardío (8 días). Se incluyeron 283 pacientes, del postoperatorio inmediato. La evaluación de consistencia interna se hizo mediante el coeficiente alpha de Cronbach, realizando las siguientes

“preguntas de control”, que evaluaron de manera global la calidad de la recuperación de la anestesia: Pregunta 1: Si lo tuvieran que volver a operar le gustaría que le volvieran a hacer todo lo mismo, para tener esta recuperación: Si, No estoy seguro, Definitivamente No; Pregunta 2: Se siente como si no lo hubieran operado: Si, No estoy seguro, Definitivamente No; Pregunta 3: Califique qué tanto se sintió afectado por dolor en la herida cuando despertó, de 0 a 10, siendo 0 nada y 10 mucho. Las puntuaciones de las escalas fueron comparadas con las respuestas a estas preguntas.

En conclusión, la CdR (calidad de recuperación postanestésica desde la perspectiva de los pacientes) es una escala válida que mide la calidad de la recuperación postanestésica e involucra el proceso de atención, en unidades de bajo a mediano nivel de complejidad.¹⁸

En el año 2012, Hector Lacassie realizó un análisis interno de los pacientes operados en los pabellones de cirugía general, 342 pacientes mayores de 18 años, en su período post anestésico inmediato, de lo más destacado fue dolor, con 49% de incidencia en algún nivel de intensidad, siendo éste el síntoma que con mayor frecuencia fue relatado por los pacientes, le siguieron la "sed" (36%), el "frío" (26%) y los "vómitos" (9%).¹⁹

Entonces, deberíamos preguntarnos ¿Por qué es tan importante la calidad? Buscar la calidad en la atención de salud es un principio ético. Es nuestro deber el otorgar un grado de cuidado de excelencia y tratar a los pacientes como quisiéramos que nos trataran a nosotros mismos, además, la calidad ahorra dinero. Es costoso cometer errores, recibir reclamos que podrían haber sido

evitados y pagar por omisiones, ineficiencia y mal diseño de procesos. El cliente insatisfecho comenta su experiencia negativa con un promedio de nueve a 10 personas. Tan sólo un 6% de los insatisfechos se quejan al propio hospital. La calidad produce orgullo y aumenta la autoestima: médicos y profesionales de la salud deben realizar sus tareas con orgullo.²⁰

En el 2014 se llevó a cabo en Porto, Portugal, un estudio prospectivo observacional en pacientes adultos, el objetivo fue evaluar la incidencia de mala calidad de la recuperación de la unidad de cuidados postanestésica y comparar sus puntuaciones de la entrevista CdR y posteriormente 3 meses más tarde, demostraron que los pacientes con mala calidad de recuperación tuvieron menor calidad de vida, así como también sugirieron la importancia de utilizarse antes del procedimiento quirúrgico estrategias para detectar a los pacientes que desarrollarán una mala calidad de recuperación.²¹

En el 2013 British Journal of Anaesthesia validó la escala CdR para la calidad en la recuperación postanestésica mencionando que la calidad anestésica está directamente relacionada con la satisfacción del paciente, esto no sorprende, teniendo en cuenta la mayoría de los aspectos de una pobre recuperación de la calidad después de la cirugía dificultará el cuidado del paciente y es considerada una herramienta de medición del estado de salud por lo que debe ser considerado útil en la práctica Perioperatoria la cual es válida y confiable, sensible y fácil de usar.²²

JUSTIFICACIÓN

Se ha demostrado que la calidad en la atención además de ser considerado un principio ético, reduce tanto los costos como la incidencia de demandas médicas, así como también mejorar las condiciones del paciente, con base a la misión y visión del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que es ofrecer instalaciones y servicios certificados en su calidad, competitivos a nivel nacional e internacional, bajo un esquema operativo autofinanciable. Con este protocolo se pretendió implementar una encuesta con la capacidad de reflejar la calidad en la recuperación postanestésica, con la finalidad de realizar mejoras en el servicio de anestesiología así como también esta encuesta sea aplicada de forma posterior como parte de la visita postanestésica. La escala de recuperación postanestésica solo puede ser aplicada en el periodo postanestésico a las 24 horas, de esta manera se identificó y se atendió apropiadamente los problemas que afectan la calidad.

Es importante detectar los factores predictivos de fallas en la calidad y satisfacción de los pacientes desde su perspectiva, para de ese modo realizar sugerencias al servicio de anestesiología y así estemos al nivel de la misión y visión que ofrece la institución

OBJETIVO

- Evaluar la calidad en la recuperación pos-anestésica en pacientes en pacientes sometidos a cirugía mediante la encuesta CdR.
- Identificar los problemas que afectan la calidad en la recuperación pos-anestésica desde la perspectiva del paciente.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar los problemas que afectan la calidad en la recuperación pos-anestésica desde la perspectiva del paciente.
- Identificar que grupo etario se asocia a menor índice de calidad en la recuperación pos-anestésica.
- Describir de qué manera se encuentra asociada la calidad en la recuperación pos-anestésica con el tiempo de estancia en la recuperación
- Describir que estado físico (ASA) se asocia a disminución del índice de la calidad de recuperación pos-anestésica.
- Demostrar que tipo de anestesia mejora la calidad en la recuperación pos-anestésica.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el área de recuperación anestésica diversos estudios han resaltado su importancia en el entendido que constituye un reflejo de la calidad de asistencia anestesiológica y la satisfacción del paciente unida a marcadores objetivos de calidad se utiliza en la actualidad para valorar el proceso de atención.

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO:

Previa autorización del comité local de investigación se evaluaron a pacientes del Hospital de especialidades Centro Médico Nacional siglo XXI “Dr. Bernardo Sepúlveda”, postoperados de cirugía gastrointestinal, urológica, cirugía de angiología, neurocirugía, cirugía maxilofacial, cirugía de otorrinolaringología, cirugía de cabeza y cuello, cirugía oftálmica, a los cuales se les aplicó el cuestionario de Calidad de recuperación postanestésica desde la perspectiva de los pacientes (CdR). En el periodo desde el 1 de marzo a 31 de mayo del 2017, se verificó que los pacientes cumplían con los criterios de inclusión para el protocolo: Pacientes programados de manera electiva o urgente para cirugía de tipo Gastrointestinal, Maxilofacial. Urológica, cabeza y cuello, Otorrinolaringología, Neurocirugía, Angiología, cirugía oftálmica, cirugía plástica y reconstructiva, cirugía Maxilofacial y cirugía de colon y recto. Pacientes con edad entre 18 y 76 años. Género masculino / femenino. Estado físico ASA I- III.

Se excluyeron a aquellos pacientes: Paciente con incapacidad intelectual para responder la encuesta. Pacientes con estado físico- ASA IV – VI. Paciente con incapacidad intelectual para responder la encuesta. Pacientes que en el postoperatorio ingresan a UCI (Unidad de cuidados Intensivos). Pacientes que no puedan contestar el instrumento de medición. Pacientes con apoyo mecánico ventilatorio con imposibilidad para realizar el cuestionario. Pacientes con deterioro neurológico o alteraciones cognitivas.

DISEÑO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio de tipo descriptivo prospectivo, observacional, trasversal.

Terminando el procedimiento quirúrgico en las 24 horas de recuperación postanestésica se realizó una visita al paciente con la finalidad de aplicar la encuesta; se aplicó la escala de calidad de recuperación postanestésica desde la perspectiva de los pacientes (CdR). Las variables cualitativas se estimaron con frecuencias simples; realizo análisis a través de pruebas de Chi Cuadrada para variables nominales y T-student para las numéricas. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 21 para Windows 10.

La encuesta consta de 3 preguntas: Pregunta 1: Si lo tuvieran que volver a operar le gustaría que le volvieran a hacer todo lo mismo, para tener esta recuperación: Si, No estoy seguro, Definitivamente No; Pregunta 2: Se siente como si no lo hubieran operado: Si, No estoy seguro, Definitivamente No; Pregunta 3: Califique qué tanto se sintió afectado por dolor en la herida cuando despertó, de 0 a 10, siendo 0 nada y 10 mucho.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El cálculo del tamaño de la muestra se hizo con base a la siguiente fórmula para estimar el total de encuestados de acuerdo al total de cirugías por año en nuestro hospital. Cirugías realizadas por año: Fuente. Memorias epidemiológicas del IMSS 2015. UMAE CMNSXXI Hospital de Especialidades: 9,756

En donde se tomó en cuenta: el total de cirugías llevadas a cabo en un año, así como la proporción de individuos que poseen en la población la característica del estudio. Este dato es generalmente desconocido y se suele suponer que $p=q=0.5$ que es la opción más segura. El número resultante total fue de 370 pacientes.

Para el análisis estadístico se utilizaron las características demográficas de la muestra analizada en términos de promedios (\pm desviación estándar) y porcentajes. Se relaciones pruebas de asociación para relacionar el ASA y la calidad en la recuperación. Para el análisis de los datos se utilizará el paquete estadístico SPSS versión 21 para Windows 10.

RESULTADOS

Se incluyó un total de 370 pacientes, que cumplían los criterios de selección los cuales fueron encuestados a las 24 horas en el postoperatorio.

En la tabla 1 se muestra la distribución de la población por especialidad que se estudió.

TABLA 1. DISTRIBUCION DE ESPECIALIDADES

	(n)
Angiología	40 (10.8%)
Cirugía de cabeza y cuello	42 (11.4%)
Cirugía Maxilofacial	30 (8.1%)
Cirugía Plástica	9 (2.4%)
Colon y recto	38(10.3%)
Gastrocirugía	46 (12.4%)
Neurocirugía	45 (12.2%)
Oftalmología	37 (10.0%)
Otorrinolaringología	41 (11.1%)
Urología	42 (11.4%)
Total	370 (100%)

La distribución por género, sexo, IMC y escolaridad se analiza en la tabla 2. De la muestra analizada, el 44.6% (n=165) de los pacientes correspondieron al género masculino y el 55.4% (n= 205) al género femenino.

También podemos observar las comorbilidades asociadas dentro de la población estudiada, dentro de estas comorbilidades la Hipertensión Arterial Sistémica fue de mayor prevalencia dentro de la población 36.8% (n= 238 pacientes).

**TABLA 2. DISTRIBUCION DE VARIABLES
SOCIODEMOGRAFICAS**

	(n)
EDAD (años)	59.5 ± 10.2
Índice de masa corporal (IMC)	26.40 ± 3.0
GENERO No. (%)	
- Femenino	205 (44.6%)
- Masculino	10 (33.3%)
ESCOLARIDAD No. (%)	
- Primaria	117 (31.6%)
- Secundaria	105 (28.5%)
- Nivel medio superior	81 (21.9%)
- Profesionista	67 (18.1%)
COMORBILIDADES No. (%)	
- Hipertensión Arterial Sistémica	136 (36.8%)
- Diabetes mellitus	110 (29.7%)
- Insuficiencia Renal Crónica	27 (7.3%)
- Insuficiencia Cardíaca Congestiva	15 (4.1%)

En la tabla 3. Se Desglosa la distribución de variables de acuerdo al ASA y al riesgo quirúrgico otorgado a cada paciente en base al tipo de cirugía y estado físico actual.

TABLA 3. DISTRIBUCION DE VARIABLES DEL RIESGO QUIRURGICO Y ASA

	(n)
ASA	
- ASA I	14 (3.8%)
- ASA II	146 (39.5%)
- ASA III	210 (56.8%)
Riesgo quirúrgico No. (%)	
- E1A	8 (2.2%)
- E2A	70 (18.9%)
- E3A	70 (18.9%)
- E1B	3 (0.8%)
- E2B	49 (13.2%)
- E3B	56 (15.1%)
- U1A	2 (0.5%)
- U2A	21 (5.7%)
- U3A	50 (13.5%)
- U2B	9 (2.4%)
- U3B	32 8.6%)

*E=Electivo, U= Urgencia, A: Cirugías que no implican exploración de cavidad abdominal. B= Cirugías que implican exploración de cavidad abdominal. ASA = American Society of Anesthesiologists.

En la tabla 4 podemos mencionar que de acuerdo al tipo de estancia de los pacientes en el Hospital de Especialidades CMN siglo XXI, el tipo de anestesia más utilizada fue la anestesia General y en cuanto a la estancia Hospitalaria fue de mayor puntaje; más de 1 día de estancia 214 pacientes, porcentaje de 57.8%.

**TABLA 4. DISTRIBUCION DE VARIABLES
TECNICA ANESTESICA Y ESTANCIA.**

	(n)
Tipo de anestesia. No. (%)	
- REGIONAL	60 (16.2%)
- COMBINADA	6 (1.6%)
- GENERAL	304 (82.2%)
Estancia Hospitalaria No. (%)	
- AMBULATORIA	35 (9.5 %)
- CORTA ESTANCIA	121 (32,7 %)
- MAS DE 1 DIA DE ESTANCIA	214 (57.8 %)

En la tabla 5 se desglosan las 3 preguntas propuestas por la escala de calidad en la recuperación postanestésica: CdR.

TABLA 5. DISTRIBUCION DE VARIABLES DEACUERDO A LA ESCALA CdR.

Pregunta 1 No. (%)	(n)
¿Si lo tuvieran que volver a operar le gustaría que le volvieran a hacer todo lo mismo, para tener esta recuperación?	
- SI	314 (84.9%)
- NO ESTOY SEGURO	28 (7.6%)
- DEFINITIVAMENTE NO	28 (7.6%)
Pregunta 2 No. (%)	
¿Se siente como si no lo hubieran operado?	
- SI	316 (9.5 %)
- NO ESTOY SEGURO	26 (7.0%)
- DEFINITIVAMENTE NO	28 (7.6 %)
Pregunta 3. No. (%)	
Califique qué tanto se sintió afectado por dolor en la herida cuando despertó, de 0 a 10, siendo 0 nada y 10 mucho	
- 0	25 (6.8%)
- 1	61 (16.5%)
- 2	76 (20.5%)
- 3	78 (21.1%)
- 4	36 (9.7%)
- 5	27 (7.3%)
- 6	16 (4.6%)
- 7	18 (4.9%)
- 8	6 (1.16%)
- 9	4 (1.1%)
- 10	22 (6.8%)

En la tabla 6 se observa que la especialidad de Neurocirugía obtuvo mayor puntaje en la Escala Visual Análoga de dolor (EVA) 10/10.

Tabla 6. Distribución de Especialidad y Escala de Dolor													
		Escala de Dolor (EVA)											Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	
Especialidad	Angiología	3	3	21	1	5	2	1	0	1	1	2	40
	Cirugía de cabeza y cuello	2	13	10	5	7	0	3	0	0	2	0	42
	Cirugía Maxilofacial	2	7	5	4	2	5	3	0	0	2	0	30
	Cirugía Plástica	2	6	0	0	0	0	0	0	0	1	0	9
	Colon y recto	1	5	6	6	2	1	5	2	0	3	7	38
	Gastrocirugía	3	6	10	5	4	3	2	4	2	3	0	46
	Neurocirugía	3	6	10	11	4	5	3	0	0	7	0	45
	Oftalmología	12	8	5	2	2	0	1	0	0	0	7	37
	Otorrinolaringología	17	11	8	1	1	0	0	0	0	1	2	41
	Urología	16	11	3	1	0	1	0	0	1	2	7	42
Total		61	76	78	36	27	17	18	6	4	22	25	370

EVA 10/10 en neurocirugía quien obtuvo 10/10 en el postoperatorio de los pacientes, mayor puntaje de mala calidad en la recuperación asociado a dolor.

DISCUSIÓN

Buscar la calidad en la atención de salud es un principio ético. Es nuestro deber el otorgar un grado de cuidado en la salud de excelencia y tratar a los pacientes como quisiéramos que nos trataran a nosotros mismos, además, la calidad nos ahorra dinero. Es costoso cometer errores, recibir reclamos que podrían haber sido evitados y pagar por omisiones, ineficiencia y mal diseño de procesos. El cliente insatisfecho comenta su experiencia negativa con un promedio de 9 a 10 personas. Tan sólo un 6% de los insatisfechos se quejan al propio hospital y el resto en medios jurídicos. La calidad produce orgullo y aumenta la autoestima: médicos y profesionales de la salud deben realizar sus tareas con orgullo.

Un estudio transversal y descriptivo realizado por Asmaa Abdel Rahman y cols. En donde se estudió una muestra de 100 pacientes, en el que se analizó un promedio de edad de $51,39 \pm 15,65$ y su edad osciló entre 18-80 años y dos tercios de ellos eran Varones y un tercio eran Mujeres, en nuestro análisis donde la edad promedio fue de 59.5 ± 10.2 años con una población de características similares a las estudiadas en nuestro estudio.²³

Según Kate Leslie y cols en el 2003 realizaron un estudio prospectivo, en el servicio de neurocirugía mediante la escala CdR, a los 90 días del postoperatorio en el que se concluyó que los predictores de mala calidad en la recuperación se asociaban al tipo de cirugía realizada, destacando la neurocirugía y de estas la cirugía craneal fue en la que los pacientes habrían experimentado dolor de moderado a intenso con escala de EVA por arriba de 6, a diferencia de los

pacientes sometidos a cirugía espinal, mencionaron que el dolor postoperatorio y el déficit neurológico fueron predictores de mala calidad, en nuestro estudio el 60% de los pacientes neuroquirúrgicos de cirugía craneal se relacionaron a mala calidad en la recuperación por lo que concuerda con nuestro estudio ya que la población estudiada tiene similitudes .²⁴

Maurizia Capuzzo y cols en el 2007 realizó un estudio multicentrico, de tipo prospectivo, en el que se recolecto una muestra similar a nuestro estudio con característica similares en la cual incluyeron 1,200 pacientes postoperados, sin embargo la toma de muestra se realizó durante 6 meses, el objetivo principal de dicho estudio fue identificar los factores predictivos de satisfacción postanestésica, en el que pudieron concluir que el desgaste del personal médico, así como la mala relación médico- paciente, el estado físico del hospital y el grado educativo de los pacientes tiene un impacto negativo en la satisfacciones anestésica. Lo cual concuerda con nuestro estudio ya que la escolaridad fue un factor importante para obtener un bajo puntaje en la calidad en la recuperación postanestésica.²⁵

En marzo del 2017 Edmond I. y cols. Concluyo que en cuanto al tiempo de estancia hospitalaria de forma específica el tipo de cirugía Ambulatoria mejora la calidad en la recuperación y reduce costos a nivel institucional disminuyendo los días de estancia, así como también se asoció a que los pacientes tienen más actitudes de gratitud hacia el personal médico, en nuestro estudio la estancia ambulatoria no fue tan importante por el tipo de paciente que se ingresa al hospital y la gravedad de sus casos lo cual nos indica que por el tipo de riesgo físico otorgado al paciente quirúrgico en el Hospital de Especialidades, permanece más

de 1 día de estancia hospitalaria 57.8% ya que de esta manera se contribuye a aumentar los costos hospitalarios.²⁶

La mayoría de las cirugías que se analizaron en este estudio son realizadas en paciente geriátricos, así como también es importante resaltar que son paciente que normalmente prolongan su estancia hospitalaria más de 1 día, aunado a esto podemos asegurar que los resultados obtenidos por dicho estudio benefician de manera importante al servicio de anestesiología ya que podemos detectar que fallas existen y cambiar conceptos e ideas sobre calidad en la recuperación postanestésica y reducir costos.

En el 2015 fue publicado un artículo en la revista brasileña de anestesiología, un estudio observacional y prospectivo, en el cual se estudió a 207 pacientes por medio de la escala CdR en el periodo postoperatorio y concluyo que la importancia de la encuesta CdR y que esta fuera aplicada en el postoperatorio así como la importancia de contar con escalas validadas en México para obtener mayor información de la calidad de recuperación postoperatoria nos daría más herramientas para evaluar la calidad anestésica, así como también satisfacción anestésica.²⁷

El objetivo de este estudio fue valorar la calidad en la recuperación postanestésica desde la perspectiva del paciente, resolviendo una encuesta que evaluó la calidad así como la satisfacción del paciente con el procedimiento anestésico, evaluó la Escala Visual Análoga (EVA), la cual es considerada como una herramienta para valorar la satisfacción de los pacientes en el dolor experimentado posterior

procedimiento quirúrgico, Frances Chung y cols, realizaron un estudio descriptivo a las 24 horas en el postoperatorio sobre el dolor, la asociación con el sexo y el ASA y la asociación del dolor con estas dos variables, en el que concluyó que los pacientes varones describían dolor de tipo severo en comparación con la mujeres que referían dolor de tipo leve, independiente del tipo de cirugía realizado, así como también relacionaba ASA 1 con dolor intenso, a diferencia del ASA III referido con dolor leve. En nuestro estudio observamos que el dolor de tipo intenso EVA (10/10) se asoció a pacientes ASA I y en rangos de edades entre 18-25 años, sin embargo los pacientes ASA III refirieron dolor EVA (3 – 5/10) en rangos de edad 60 a 70 años, los pacientes jóvenes posiblemente tienen mayores expectativas respecto a la recuperación de su salud y por tanto son más exigentes; recuérdese que la satisfacción depende de la congruencia entre lo que espera el paciente y lo que ocurre realmente, en cambio los pacientes adultos expresan mayor satisfacción anestésica.²⁸

Se observó que el nivel académico influye de forma importante el 31.6% de los pacientes cuenta con primaria incompleta lo cual se asocia a falta de entendimiento del tipo de anestesia administrada, así como poca atención a las instrucciones que emite el personal de salud, lo cual se sigue asociándose a baja calidad y una mala interacción en la relación médico – paciente.

Lee y cols, utilizaron el instrumento QoR-40 (CdR), recientemente encontraron que las mujeres sometidas a cirugía tiroidea percibieron una mejor calidad de recuperación cuando se utilizó TIVA en comparación con anestesia por inhalación con desflurano. En nuestro estudio no se valoraron variables de este tipo, sin

embargo se observó que el mayor porcentaje de procedimientos eran realizados bajo anestesia general esto secundario al tipo de comorbilidades que acompañan a cada paciente que acude a esta unidad médica de atención, ya que la escala CdR demuestra tienen buena aceptación por esta técnica anestésica, aunque se observó que pacientes en los cuales se utilizó anestésica regional la calidad en la recuperación fue mayor debido al nulo o escaso dolor postoperatorio de acuerdo a la escala EVA obtenido debido al adecuado manejo analgésico otorgado por el servicio de anestesiología.²⁹

Se analizó la calidad en la recuperación postanestésica con las preguntas que incluía la encuesta. Pregunta 1. ¿Si lo tuvieran que volver a operar le gustaría que le volvieran a hacer lo mismo, para tener la misma recuperación? En donde se observó un puntaje de calidad alto (85.4%) de los pacientes respondió Si, demostrando la satisfacción y aceptación ante el tipo de técnica anestésica empleada.

En la Pregunta 2. ¿Siente como si no lo hubieran operado? Se observó que el 85% de la población estudiada, aseguro que su recuperación postanestésica fue agradable a pesar del tipo de cirugía que se realizó, se observó que el 9% de los pacientes que mostraron puntajes bajos en la calidad de su recuperación postanestésica el factor común fue EVA de 10 puntos, analizando que el manejo analgésico de los pacientes normalmente paciente neuroquirurgicos no fue adecuado.

Andrea Bowyer y cols. En el 2016 realizaron un estudio con variables multidimensionales dicotómicas, en el concluían en la enorme importancia de la calidad postoperatoria de la recuperación, en el que a nivel institucional la calidad de la recuperación suele ser sustituido por el termino “calidad de la atención”, que es medido por indicadores de rendimiento, lo cuales concluyen que la calidad de Recuperación tiene consecuencias pronosticas y económicas como ya se ha mencionado en nuestro estudio, a nivel institucional contar con puntajes altos de calidad, disminuiría costos y días de estancia hospitalaria.³⁰

CONCLUSIONES

En nuestro estudio podemos concluir que la evaluación de la calidad en la recuperación postanestésica desde la perspectiva del paciente del Hospital de especialidades siglo XXI, la calidad evaluada obtuvo hasta un 85.4% de porcentajes, es decir que los estándares de calidad que el paciente experimenta durante su estancia son considerados como altos.

Es importante contar con escalas de valoración de calidad y satisfacción postanestésica validadas, ya que actualmente contamos con pocas escalas, para seguir evaluando los estándares de calidad.

ANEXO 1. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Coordinación de Investigación en Salud
Comisión Nacional de Investigación Científica
Servicio Anestesiología, Hospital Especialidades
Centro Médico Nacional Siglo XXI

Carta de Consentimiento Informado

Evaluación de la calidad en la recuperación postoperatoria mediante la Escala CdR: Perspectiva del paciente del Hospital de Especialidades CMNSXXI.

Investigadora principal: Dra. García Landeros Silvia Residente de tercer año de Anestesiología del Hospital de Especialidades CMNSXXI.

Asesora de Tesis: Dra. Dulce Rascón Martínez. Médico adscrito al servicio de Anestesiología del Hospital de Especialidades CMNSXXI.

Nombre del paciente: _____

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica.

Antes de decidir participar o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este formato se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Un vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta hoja de consentimiento, de la cual se le entregara una copia firmada y fechada.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

Es importante para mí como investigador hacer de su conocimiento que investigaciones anteriores sobre anestesia han revelado que los pacientes sienten miedo de morir durante la anestesia (8-55%), de despertar durante la anestesia (5-54%) y de sentir dolor (5-65%) y náuseas (5-48%) en el período postoperatorio. De forma contraria a lo que sucede en otras especialidades, la relación anestesiólogo – paciente es sumamente importante, lo habitual es que el anestesiólogo visite al paciente un día antes, ya que esta entrevista en algunas situaciones da gran incertidumbre y

ansiedad, pero ha demostrado que disminuye la ansiedad y el temor del paciente al explicar el procedimiento anestésico.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

A usted se le está invitando a participar en un estudio donde se pretende mejorar los estándares de calidad en la calidad de recuperación postanestésica, así como también identificar cuáles son los factores predictivos de un índice de menor calidad para la recuperación postanestésica, para de esta manera realizar mejoras en el servicio de Anestesiología del hospital de especialidades Centro médico Siglo XXI.

BENEFICIOS DEL ESTUDIO

Este estudio ayudara a detectar todos esos factores que no permiten q nuestro Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), alcance los estándares de calidad adecuados para un tercer nivel de atención médica, y de esta manera usted contribuirá a estas mejoras.

PROCEDIMIENTO PARA EL ESTUDIO

Usted reúne las condiciones para participar en este protocolo y de aceptar participar se le realizarán las siguientes pruebas:

- 1.- Se deberá presentar en el día y en las condiciones que su servicio tratante índice.
- 2.-. Cuando ingrese a sala de quirófano se realizara un monitoreo médico, que no general molestias.
- 3.- Posterior al evento quirúrgico usted pasara al servicio de Unidad de Cuidados Postanestésicos donde será atendido por un médico anestesiólogo que le brindara las atenciones y el cuidado que usted requiera y cuando considere necesario lo egresara a piso, y a la cama asignada en el piso de su servicio tratante
- 4.- A las 24 horas de su salida de quirófano la Dra. Silvia García Landeros, realizara una visita postanestésica a la cama que le hayan asignado en la admisión continua con la finalidad de aplicarle una encuesta de calidad en la recuperación postanestésica que consta de 8 preguntas generales sobre la anestesia que se le brindo en quirófano, así como 3 preguntas asociadas a la experiencia que usted vivió con la anestesia aplicada.

ACLARACIONES

Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted en caso no de aceptar la invitación.

Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informa o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.

No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

No recibirá pago por su participación.

La información obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.

Si tiene preguntas o quiere hablar con alguien sobre este estudio de investigación de 8:00 a 14:00 hrs, de lunes a viernes con la Dra. Dulce María Rascón Martínez, o bien con la Dra. García Landeros Silvia investigadoras responsables del estudio, a los teléfonos: cel. 5542410378, 5566733854 o bien, acudir a la jefatura del Servicio de Anestesiología con el Dr. Antonio Castellanos marcando al teléfono 56276900 de lunes a viernes de 7:30 a 15:00 hrs.

Personal de contacto para dudas sobre sus derechos como participante en un estudio de investigación

Si usted tiene dudas o preguntas sobre sus derechos al participar en un estudio de investigación, puede comunicarse con los responsables de la Comisión de Ética en Investigación del IMSS, a los Tel. 56276900-21216, de 9 a 16:00 hrs.; o si así lo prefiere al correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx La Comisión de Ética se encuentra ubicada en el Edificio del Bloque B, Unidad de Congresos piso 4, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Av. Cuauhtémoc 330 Colonia Doctores, C.P. 06725, México D.F.

Declaración de consentimiento informado

Se me ha explicado con claridad en qué consiste este estudio, además he leído (o alguien me ha leído) el contenido de este formato de consentimiento. Se me han dado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. Se me ha dado una copia de este formato.

Al firmar este formato estoy de acuerdo en participar en la investigación que aquí se describe.

Firma del Participante

Fecha

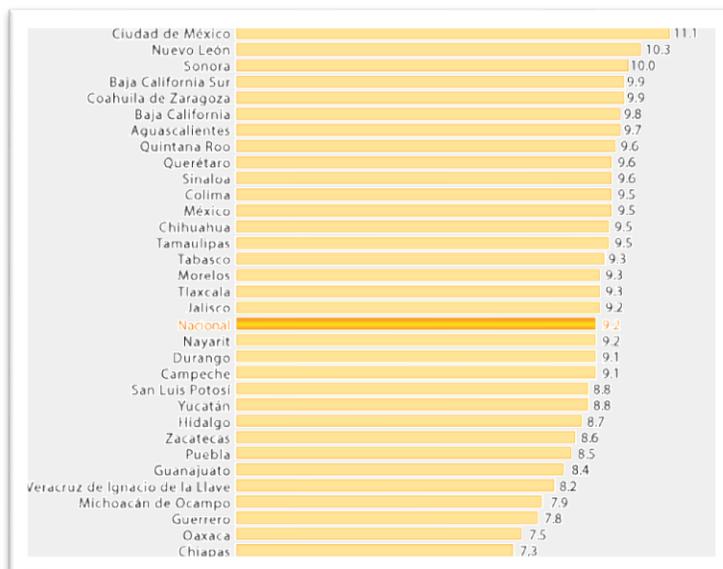
Mi firma como testigo certifica que el/la participante firmó este formato de consentimiento informado

Anexo 3.- Hoja de recolección de datos.

		HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.			
FECHA :					
NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL:					
DM		HAS		IRC	
				ICC	
				NYHA	
SEXO:			ESCOLARIDAD:		
EDAD:			IMC		
TIPO DE CIRUGIA:		Ambulatoria	Corta estancia	Más de un día de estancia	
TIPO DE ANESTESIA:		Regional	Combinada	General	
ASA:					
RIESGO QUIRURGICO:					
TIPO DE VIA AEREA:		Cánula nasal	Mascarilla facial	Mascarilla laríngea	Intubación endotraqueal
PREGUNTAS			RESPUESTAS		
1.- Si lo tuvieran que volver a operar le gustaría que le volvieran a hacer todo lo mismo, para tener esta recuperación			Si	No estoy seguro	Definitivamente no
2.- Se siente como si no lo hubieran operado			Si	No estoy seguro	Definitivamente no
3.- Califique qué tanto se sintió afectado por dolor en la herida cuando despertó, de 0 a 10, siendo 0 nada y 10 mucho.					

Elaboro: Dra. Silvia García Landeros R3A

Figura 1.- Promedio de escolaridad de la población de 15 años y más por entidad federativa.



FUENTE: INEGI. Encuesta Intercensal 2015.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Dr. Jorge Borel, Dra. María Sivanto. Gestión de Calidad en Anestesiología. Hospital universitario CEMIC. Artículo especial.
- ² Dr. Antonio Castellanos. Satisfacción anestésica como indicador de calidad de la atención médica en el paciente geriátrico. Revista mexicana de anestesiología. 2013;16 (1) 250- 255
- ³ M. Capuzzo. Is it Possible to Measure and Improve Patient Satisfaction with Anesthesia?. Anesthesiology and Intensive Care Medicine. 2008;26 () 613 -626
- ⁴ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Base de datos 2015.
- ⁵ Jaime Ortiza, Suwei Wangb, MacArthur A. Elaydaby Daniel A. Tolpin. Información preoperatoria al paciente: ¿podemos mejorar la satisfacción y reducir la ansiedad?. Revista brasileña de anestesiología. 2015;(65) 7 – 13.
- ⁶ Jiménez Corona , Victoria Ochoa, Rivera Cisneros, Manuel Lee Recommendations for good practice of medicine in Anesthesiology. CONAMED 2003 ; 1(8) 1- 235
- ⁷ M. Capuzzo. Emotional and interpersonal factors are most important for patient satisfaction with anaesthesia. Acta Anaesthesiology Scandinava 2005; 49: 735 – 742
- ⁸ Sylvie Le May RN MSc. Patient satisfaction with anesthesia services. Department of Anesthesiology. 2000 (22).153-161.
- ⁹ Thomas Heidegger. Patient satisfaction with anaesthesia care: What is patient satisfaction, how should it be measured, and what is the evidence for assuring high patient satisfaction?. 2006 ; 2 (20): 331- 346
- ¹⁰ Dr. Fernando Alfaro Victoria. El consentimiento informado en la práctica anestésica. Revista mexicana de anestesiología. 2006; (29) 106 – 108
- ¹¹ Jiménez Corona, Victoria Ochoa, Rivera Cisneros, Manuel Lee. Recomendaciones para la buena práctica de la medicina en Anestesiología. 2003; (8) 1, 5- 41
- ¹² Martha Alicia Alcántara Balderas. La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones. Secretaria de salud. 2012; 1- 239.
- ¹³ Franklin Dexter. Multicenter Assessment of the Iowa Satisfaction with Anesthesia Scale, an Instrument that Measures Patient Satisfaction with Monitored Anesthesia Care. Anesthesia-analgésia. 2011 • (113);3:364-368.
- ¹⁴ David S. Warner, M.D.-. Patient-Satisfaction Measures in Anesthesia. Qualitative Systematic Review. Anesthesiology 2013; 119:245 - 247.
- ¹⁵ Donald M. Bell. An evaluation of anesthesia patient satisfaction instruments. AANA Journal/June 2004; 72,(3):211 – 217.
- ¹⁶ Dra. Karina Rando, Dr. Gonzalo Solla. Evaluación de la calidad y la satisfacción de la recuperación postanestésica de los pacientes operados en el Hospital de Clínicas. Anestesia Analgesia Reanimación. 2003. (18) 2: 208
- ¹⁷ M. Capuzzo, F. Landi, A. Bassani, L. Grassi, C. A. Volta. Emotional and interpersonal factors are most important for patient satisfaction with anaesthesia. Acta Anaesthesiol Scand 2005; 49: 735—742.
- ¹⁸ Javier Eslava-Schmalbach, Hernando Gaitán-Duarte y Carlos Gómez-Restrepo. Escala para medir la Calidad de la Recuperación Postanestésica desde la Perspectiva del Usuario. Rev. Salud pública. 2006 8 (1): 52-62.
- ¹⁹ Hector J. Lacassie. Post-anesthesia recovery. A perspective of patients. Revista médica Chile 2011; 8 (139) 1-3.
- ²⁰ Dr. Ramón M De Lille-y Fuentes. Calidad en anestesia. Revista mexicana de anestesiología. 2013; (36): 69-74.
- ²¹ Luís Guimarães-Pereira, Maria Costab, Gabriela Sousaa, Fernando Abelhaa. Quality of recovery after anaesthesia measured with QoR-40: a prospective observational. Revista brasileña de anestesiología. 2012 (11): 1-8
- ²² B. F. Gornall, P. S. Myles, C. L. Smith. Measurement of quality of recovery using the QoR-40: a quantitative systematic review. British Journal of Anaesthesia 2013; 111 (2): 161–9.

²³ Asmaa Abdel Rahman Abdel Rahman , Naglaa Elsayed Mahdy , Ayman Mokhtar Kamaly. Predictive Factors Affecting Postoperative Quality of Recovery for Patients Undergoing Surgery. *Journal of Nursing and Health Science*. 2017 (6): 50-60

²⁴ Kate Leslie, M.D., M.Epi., F.A.N.Z.C.A. Quality of Recovery from Anesthesia in Neurosurgical Patients. *Anesthesiology* 2003; (99):1158–65.

²⁵ Maurizia Capuzzo y cols. Factors Predictive of Patient Satisfaction with Anesthesia. *Department of Surgical, Anesthetic and Radiological Sciences*. 2007 105: (2): 435- 442.

²⁶ *Edmond I. Eger, Paul F. White and Martin S. Bogetz*. Clinical and Economic Factors Important to Anaesthetic Choice for Day-Case Surgery *Department of Anesthesia and Perioperative Care*. 2017 (3):235- 245.

²⁷ Luís Guimarães-Pereira y cols. Quality of recovery after anaesthesia measured with QoR-40: a prospective observational study. *Anaesthesiology Department*. 2014 (11): 1-7

²⁸ Frances Chung, FRCPC, Ewan Ritchie, and Jun Su. Postoperative Pain in Ambulatory Surgery. *Department of Anaesthesia*. 1997;(85):808-16.

²⁹ Lee WK, Kim MS, Kang SW, Kim S, Lee JR. Type of anaesthesia and patient quality of recovery: a randomized trial comparing propofolremifentanil total I.V. Anaesthesia with desflurane anaesthesia. *Br J Anaesth* 2015;4:663-8

³⁰ Andrea Bowyer. Colin Royse, MBBS. The importance of postoperative quality of recovery: influences, assessment, and clinical and prognostic implications. *Department of Anaesthesia and Pain Management*. 2016 (63):176–183