2015

BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA.

HOSPITAL GENERAL ZONA NORTE DE PUEBLA
"BICENTENARIO DE LA INDEPENDENCIA"

CALIDAD EN LA ATENCIÓN ANESTÉSICA, SEGÚN LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL GENERAL ZONA NORTE DE PUEBLA, DE MARZO 2014 A FEBRERO DE 2015.

TESIS DE ESPECIALIDAD

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:

ANESTESIOLOGÍA

DR. ERNESTO NICOLÁS MARTÍNEZ CRUZ

ASESORES DE TESIS

DR. LUIS OMAR BERNAL ZAMBRANO
DR. LUIS ALFREDO IGNACIO HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ
DRA. DENHI BEN MONTER VALERA

PUEBLA, MEXICO 2015

Carta Dictamen

Comité de Investigación y Ética
Hospital General Zona Norte "Bicentenario de la Independencia"

Nombre: Ernesto Nicolás Martínez Cruz
Especialidad: Anestesiología.
Titulo tesis: **Calidad en la atención anestésica, según la percepción del paciente en el Hospital General Zona Norte de Puebla Bicentenario de la Independencia, de marzo 2014 a febrero de 2015.**

ASESOR EXPERTO
DR. LUIS OMAR BERNAL ZAMBRRANO
Profesor adjunto de anestesiología
Hospital General Zona Norte "Bicentenario de la Independencia"

ASESOR METODOLOGICO
DR. LUIS ALFREDO IGNACIO HERNÁNDEZ ÁLVAREZ
Jefatura de Enseñanza e Investigación
Hospital General Zona Norte "Bicentenario de la Independencia"

DR. LUIS ALFREDO IGNACIO HERNÁNDEZ ÁLVAREZ
Jefatura de Enseñanza e Investigación
Hospital General Zona Norte "Bicentenario de la Independencia"

HACEMOS CONSTAR QUE ESTE TRABAJO CIENTIFICO HA SIDO REVISADO Y AUTRIZADO CON EL NUMERO PROPORCIONADO POR EL SISTEMA DE REGISTRO EN LINEA DE LA INVESTIGACION EN SALUD (SIRELSIS)

Se agradece por su contribución para el desarrollo de esta tesis a:

A mis maestros por todas sus enseñanzas, paciencia y confianza,

a dios por no abandonarme en los momentos más difíciles de mi vida,

a mi madre y padre por todo el apoyo, cariño durante mi vida y por impulsarme a lograr mis metas,

a mi hermana por su apoyo incondicional,

a mis sobrinos por ser el principal motor de motivación y esperanza en la familia.

INDICE

1. ANTECEDENTES
    1. GENERAL 5
    2. ESPECÍFICO.....8
2. JUSTIFICACIÓN.....12
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 13
4. OBJETIVO
    1. GENERAL 14
    2. ESPECÍFICO 14
5. MATERIAL Y MÉTODOS 15
6. DEFINICIONES.....19
7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 22
8. RESULTADOS.....24
9. CONCLUSIONES.....37
10. ANEXOS 39
11. REFERENCIA BIBLIOGRÀFICA 43

1. ANTECEDENTES

1. ANTECEDENTES GENERALES.

La palabra calidad proviene del griego *kalos*, que significa lo bueno, lo apto, lo favorable y lo hermoso, y también del vocablo latín *Qualitatem*, que significa propiedad. [1]

El concepto de calidad tiene su origen en los procesos industriales desde 1946 [2] y ha cambiado drásticamente los últimos 20 años, se puede definir desde múltiples puntos de vista una de las más completas es la siguiente: es la satisfacción de las necesidades y expectativas de los clientes, a través de la mejora continua de los procesos y sistemas, traduciendo estos requerimientos en características medibles, a un costo razonable. Los procesos son el conjunto de insumos tangibles e intangibles que se relacionan entre sí, y operan y se transforman para producir el resultado esperado u *output*". [3,4,5]

La última definición según la Organización Internacional para la Normalización (Norma ISO 9000: 2000) es la que se estableció actualmente a nivel internacional, la cual 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).[6]

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. [7,46]

La calidad en los servicios de salud es algo más complejo que los términos de calidad por sí mismos, depende de factores físicos, psíquicos, ambientales y la percepción de quien la recibe 8 ; según la definición de la OMS, a nivel general, es «*el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso*».[9]

Para asegurar la calidad en una institución de salud el plan de trabajo debe ir encaminado a favorecer las metas internacionales para la calidad y seguridad

del paciente, siendo una de estas la comunicación efectiva entre paciente y personal de salud que interactúa con este último. [10,43]

Existen distintos modelos conceptuales propuestos para los programas de garantía de calidad algunos se basan en tres elementos, para los cuales se seleccionan y organizan indicadores de calidad: la estructura, el proceso y los resultados, y otros en cinco: evaluación, monitoreo, diseño, desarrollo y cambio organizacional. [11,44]

Este modelo, propuesto por Donabedian, emplea elementos de la teoría de sistemas y cubre todos los sectores de un hospital. Los indicadores de la estructura son variables objetivas y cuantificables, que miden componentes necesarios para la buena calidad, pero no suficientes por sí solos para garantizarla; por ejemplo, instalaciones, todo tipo de materiales, recursos humanos y financieros y la estructura de la organización. Los indicadores De proceso se vinculan con lo que se hace por los pacientes en relación con el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, la prevención, etcétera. Finalmente, Se pueden definir los resultados (productos, desenlaces e impacto) como la consecuencia de poner la estructura y el proceso a trabajar para atender a los pacientes, los Indicadores clásicos de los resultados son la morbilidad, la mortalidad y la discapacidad.[12]

Carr-Hill probo que la satisfacción con la atención medica está influenciada por el grado en que la actuación del médico se corresponde con la expectativa del paciente. El concepto de satisfacción se basa en la diferencia entre las expectativas del paciente y la percepción de los servicios que ha recibido, de esta manera las percepciones subjetivas acompañadas de las expectativas previas configuran la expresión de la calidad del servicio. Algunas investigaciones añaden que una mala atención influye en la insatisfacción del paciente más que tener experiencias buenas. La diversidad de teorías sobre expectativas como determinantes de la satisfacción unida a la dificultad o poco hábito por parte de las organizaciones sanitarias, en combinar los métodos cualitativos con los cuantitativos para identificar la mayoría de los factores relacionados con la satisfacción, representa una limitación añadida al conocimiento de esta.[13]

Igualmente, según Caminal (2001), la opinión expresada por los ciudadanos mediante diferentes vías, sea a través de las encuestas de satisfacción o en combinación con los métodos cualitativos, ofrece información esencial para conocer el funcionamiento de los servicios de salud desde el punto de vista de la población y como tal constituye un instrumento de participación de la misma en el mejoramiento de la calidad de la atención. Medir los niveles de

satisfacción de la atención de los clientes durante su hospitalización permite acortar la brecha entre el nivel de satisfacción creciente y el nivel de satisfacción mediano o pobre, el que redundará en mayor bienestar para el cliente y calidad de la atención. El análisis de la satisfacción, también, se está utilizando como instrumento para legitimar y fortalecer las diferentes reformas de salud. Sin embargo, se han realizado recientemente algunos trabajos encaminados a calificar la calidad de la atención médica percibidos directamente en usuarios del país como el llevado a cabo por Ramírez-Sánchez y colaboradores, quienes encontraron que el porcentaje más alto de percepción de buena calidad se presentó entre los usuarios que acudieron a las instalaciones privadas (90%), seguido de las personas que acudieron a la Secretaría de Salud (82%), a otras instituciones Públicas (81%), y por último los usuarios que recibieron atención en servicios de seguridad social (73.5%) obtuvieron la percepción más baja de calidad de la atención. [14, 45.]

En México se cuenta con el documento titulado: Lineamientos para evaluar la satisfacción del usuario del sistema de protección social en salud. Publicados en el diario oficial de la federación el 27 de septiembre de 2007 José Ángel Córdova Villalobos, Secretario de salud, con fundamento en los artículos 39 de la Ley orgánica de la administración pública federal; 77 bis 1, 77 bis 5 y 77 bis 37 de la ley general de salud; 54 y 57 del reglamento de la ley general de salud en materia de protección social en salud; y 6 y 7 fracción XVI del reglamento interior de la secretaría de salud, con el fin de evaluar la satisfacción del usuario. [15]

2. ANTECEDENTES ESPECIFICOS.

La monitorización de la calidad de los servicios de anestesiología usualmente se basa en el análisis de los incidentes y morbimortalidad, así como los recursos humanos y estructurales existentes, pero estos métodos carecen de sensibilidad y especificidad. [16]

En 1987 y 1993 la JCAHO (Joint Comission On Accreditation Of Health Care Organizations) Desarrolló 14 Indicadores relacionados con el monitoreo continuo de la calidad en los servicios de anestesiología en los hospitales de Estados Unidos, expertos en la materia concluyeron que los indicadores ya conocidos no resultaban específicos para determinar la calidad de los cuidados anestésicos. [17]

Existen muchas maneras de clasificar los indicadores, entre las cuales una manera más práctica puede ser en tres grandes grupos:

1. Indicador descriptivo: son los que proveen información descriptiva sobre una situación inusual en el cuidado del paciente, la cual proporciona defectos potenciales en la calidad.

2. Indicador prescriptivo: estos son indicadores representados por recomendaciones o puntos blancos.

3. Indicador proscriptivo: se trata de los indicadores que son definidos como medidas de acciones que no se deben realizar. [18]

La calidad en los servicios de Anestesiología usualmente es monitorizada por el análisis de los incidentes y de la morbimortalidad operatoria. Estos métodos carecen de la sensibilidad y especificidad requerida.[19]

En 1987, la JCAHO (Joint Commission on the Accreditation of Health Care Organizations) estableció la Agenda del Cambio y publicó el Manual General de la Acreditación para Hospitales. La JCAHO desarrolló un sistema de medida del rendimiento basado en indicadores, para que se implantara gradualmente como parte de la acreditación. La JCAHO se fijó especialmente en la aparición de sucesos infrecuentes como son:

1. Muerte
2. Ictus
3. Infarto del miocardio
4. Parálisis Nerviosa
5. Parada cardiaca
6. Parada respiratoria no planificada

Entre 1987 y 1993 la JCAHO desarrolló 14 indicadores relacionados con el monitoreo continuo de la calidad en los servicios de Anestesiología en hospitales de Estados Unidos; sin embargo, más tarde los expertos concluyeron que los indicadores establecidos no resultaban específicos para valorar la calidad de los cuidados anestésicos. [20]

Con respecto al paciente, constituye nuestra única razón de ser, eso lo convierte en el cliente principal del anestesiólogo y este último está en la obligación de conocer el perfil del mismo, sus características y la forma de buscar su satisfacción para asegurar la calidad al mismo tiempo. [21]

Las expectativas que el paciente tendrá en relación con 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.

Por lo anterior es de vital importancia conocer las expectativas de nuestro paciente, 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 le ha considerado como el factor decisivo para asegurar la satisfacción. [22]

La insatisfacción se ha relacionado 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.[23]

La calidad de recuperación está directamente relacionada con la satisfacción del paciente, teniendo en cuenta la mayoría de los aspectos de la recuperación después de la cirugía por la calidad perjudicará satisfacción con la atención. Los esfuerzos para evitar el malestar postoperatorio y complicaciones, optimizar la alimentación temprana y la deambulación, y facilitar el alta hospitalaria temprana deben mejorar la calidad de la recuperación y mejorar la satisfacción del paciente, estos son los objetivos centrales de todo el buen cuidado perioperatorio. También hay una relación entre la calidad de la recuperación en los días y semanas después de la cirugía, con la calidad de

vida de hasta 3 años después de la cirugía cardíaca. Para una herramienta de medición del estado de salud como el CdR-40. [24]

La satisfacción con la anestesia se utiliza como una medida de resultado en los ensayos clínicos y la satisfacción del paciente se considera que es una parte integral de la calidad del servicio. [25]

Pascoe definió la satisfacción del paciente como la reacción del paciente que consiste en una "evaluación cognitiva" y "respuesta emocional" a la atención que reciben; por lo tanto, parece prudente para asegurar que los pacientes están involucrados en el desarrollo de herramientas de satisfacción, sobre todo, ya que también está sujeto a las influencias sociodemográficas, culturales, y la cognición de los pacientes. [26]

Para anestesia se recomienda evaluar la calidad en estudios previamente validados para mejorar la exactitud del estudio, existen muy pocas encuesta para valorar la calidad anestésica, y si los hay, son incompletos y el campo de estudio es cada vez más importante tanto para la sociedad como para las instituciones que buscan día a día la calidad en todos los servicios. [27]

Para el desarrollo de una herramienta para medir la satisfacción del paciente se requiere de un proceso escalonado, parámetros psicométricos, y validación posterior en la práctica debido a la compleja y multidimensional naturaleza de la satisfacción, los cuestionario deben utilizar múltiples puntos de vista para evaluar eventos específicos; en el campo de la satisfacción no hay norma definitiva se requiere un minucioso análisis para comparar la validez de los cuestionarios, los resultados deben ser correlacionados con otros factores sospechosos relacionados con el tema conocido como validez de construcción, la medición de consistencia interna de la encuestas también puede mejorar la validez, los productos dentro de una dimensión debe correlacionarse con las dimensiones individuales y debe cumplir un α de Cronbach mayores al resultado global. [28,29]

Con el desarrollo de la humanidad y la alta demanda de servicios en salud ha sido prioridad para las instituciones públicas y privadas desarrollar un plan de calidad con el fin de asegurar la satisfacción del paciente. [30]

Se han desarrollado algunas encuestas y escalas para evaluar la calidad desde el punto de vista de la satisfacción del paciente por ejemplo a nivel nacional tenemos a Ugalde M. et al. con la validación de su instrumento de satisfacción anestésica pre anestésica en el hospital 1º de octubre del ISSSTE en el año 2012 donde se concluyó existir calidad deficiente, debido al poco espectro de puntos clave en la evaluación de la calidad, y los ya conocidos gracias a la secretaria de salud y el programa SICALIDAD en donde INDICAS es la

encuesta de evaluación de la calidad aunque no es especifica cabe importa mencionarlo por el poco trabajo realizado en esta área a nivel nacional. [31,32,33]

A nivel internacional tenemos por ejemplo en anestesia obstétrica a Morgan et al. de Canada, Sindh-vananda et al. de Thailandia y Nikkola et al de Finlandia, Montenegro et al de Francia; en estados unidos Dexter et al, Tait et al, Kain et al, Hering et al; Chan et al de China; Lacobucci de Italia; Khour de Canada; Schiff et al, Snider-Ramos et al de Alemania, Wui Chiu de Taiwan, solo por mencionar algunos, uno de los más utilizados es la escala de Iowa (ISAS) de Dexter et al, el cuestionario de Snyder- Ramos, Capuzzo et al, Bauer et al y Shiff et al. [34-38]

Según algunos meta-análisis sobre satisfacción del paciente en el ámbito de anestesia, no importa la escala que se utilice siempre y cuando se verifique la fiabilidad de los ítems a evaluar, y ninguno es totalmente exacto, nos falta mucho trabajo en esta ámbito para diseñar un instrumento estandarizado. [39,40]

Sower et al. en el año de 2001 desarrollo una herramienta llamada KQCAH Scale para evaluar la calidad de los servicio médicos la cual fue validada en 663 pacientes en tres hospitales diferentes, el estudio refleja la tendencia actual para incluir la perspectiva de la atención de la salud del cliente en la definición de la calidad. [41]

Este cuestionario no es específico sobre el área de anestesia pero engloba aspectos integrales en la evaluación de calidad en salud, como son los siguientes: Respeto y cuidado, Conveniencia, Información, Primera impresión, Efectividad continuidad, Satisfacción General, ha sido utilizado en múltiples hospitales en diferentes países mostrando ser muy eficaz para evaluar la calidad en los servicios de salud por los ítems que evalua.[42]

3. JUSTIFICACION.

La satisfacción anestésica es una herramienta de vital importancia, para evaluar la calidad de la atención anestésica prestada.

El servicio de anestesiología como un pilar fundamental en la atención medica en el área quirúrgica, es importante conocer las deficiencias presentes en la calidad de atención, y a cualquier atención deficiente de la misma, puede tener consecuencias serias a largo plazo.

Es fundamental para cualquier ser humano el poder recibir servicios médicos de calidad. Es por esto que asegurarla es importante a nivel no sólo para el paciente sino también para el proveedor del servicio de salud.
Se plantea el realizar esta tesis a fin de poder ubicar, y poder en un futuro próximo mejorar y reforzar aquellas áreas desde el punto de vista del paciente que requieren un mayor grado de satisfacción.

Con esta perspectiva, este estudio será enfocado en dos áreas específicas:

1. Satisfacción del paciente con la atención otorgada por parte de Anestesiología.
2. Determinar causas de mala calidad en la atención anestésica.

Se aspira a que el servicio de los hospitales sea lo suficientemente bueno, que sus médicos, enfermeras y personal administrativo, sean los mejores a nivel técnico y humano.

La importancia de continuar estudiando la satisfacción del paciente con la atención peri anestésica es continuar la mejora de la atención estableciendo precedentes que impulsen a mejorar la atención otorgada.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La atención anestésica otorgada hoy en día supera en muchos aspectos la atención prestada hace apenas algunos años con el surgimiento de técnicas y medicamentos cada vez más seguras las cuales han disminuido de manera considerable la morbimortalidad del paciente.

Sin embargo si bien lo anterior es una parte importante de la atención prestada hoy en día no podemos olvidar la crisis que puede presentar la relación médico-paciente en los ambientes hospitalarios, en donde se hace a un lado la calidad de atención prestada; por el número cada vez mayor de pacientes, y es inevitable los errores en el acto médico, instalaciones y organización.

Sabiendo de antemano como es imposible separar el binomio satisfacción y calidad y la dificultad para evaluar la calidad dado sus múltiples enfoques y puntos de vista de lo que significa calidad para cada autor, sin embargo la mayoría concuerda que la satisfacción del paciente reflejara la calidad con que se brinda el acto médico, las condiciones de las instalación y la organización de un servicio que concuerda con los aspectos más significativos de la calidad.

De ahí surge el planteamiento de conocer ¿Cuál es la calidad de la atención anestésica, basada en la satisfacción del paciente en el Hospital General Zona Norte de Puebla Bicentenario de la Independencia?

2. OBJETIVOS.

2.1. General

Determinar la calidad en la atención anestésica, según la percepción del paciente en el Hospital General Zona Norte de Puebla Bicentenario de la Independencia (HGZNBI).

2.2. Específicos

1. Conocer y desarrollar los indicadores de satisfacción de Respeto y cuidado.
2. Conocer y desarrollar los indicadores de satisfacción de Conveniencia.
3. Conocer y desarrollar los indicadores de satisfacción de Información brindada por el anestesiólogo.
4. Conocer y desarrollar los indicadores de satisfacción de Primera impresión, efectividad y continuidad.
5. Conocer y desarrollar los indicadores de satisfacción de Satisfacción general.
6. Explorar escalas individualizadas para explorar otros puntos importantes.

3.HIPOTESIS

Los pacientes en el Hospital General Zona Norte de Puebla "Bicentenario de la Independencia" se encuentran satisfechos de manera general con la atención anestésica otorgada lo cual refleja una atención de calidad.

5. MATERIAL Y METODOS

Según el diseño se realizo un estudio Descriptivo, observacional, transversal.

Universo de trabajo

Pacientes quienes se les brindará la atención anestésica para cirugía programada en el Hospital General Zona Norte de Puebla "Bicentenario de la Independencia" durante el periodo 1 marzo de 2014 al 28 de febrero de 2015 que cumplan con los criterios de inclusión hasta completar el tamaño de la muestra, estos serán pacientes en edades de 18 hasta 45 años, ASA I y II.

Selección de la muestra

Tamaño de la muestra: El estudio se realizará con los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y que pertenezcan al universo de trabajo en el periodo comprendido del 1 marzo de 2014 al 28 de febrero de 2015

Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó la formula estadística de promedio:

$$n = \frac{\sigma^2}{\frac{e^2 + \sigma^2}{z^2 + N}}$$

$\sigma^2 = (0.5)^2 = .0.25$
$e^2 = .2^2 = 0.04$
$z^2 = 2.57^2 = 6.35$
N = 2025
Donde: N = Tamaño de la población

z = Distribución
σ^2 = Sigma cuadrado, varianza de la población
e = Error de estimación
n = Tamaño de muestra mínimo necesario

Se realiza el cálculo de tamaño de la muestra a través de www.surveysistem.com/sscalc.htm se establece un nivel de confianza de 95% calculando el intervalo de confianza a partir de in nivel de confianza de 95% con una tamaño de muestra de 222 y una población de 2025 con probabilidad de 50 obteniendo un intervalo de confianza de 7.43, a partir de estos datos se calcula el tamaño de muestra final de 222 pacientes

Por lo que el tamaño de muestra de 222 cuenta con un tamaño de población de 2025 pacientes corresponde un nivel de confianza de 95% con in intervalo de confianza de 7.43% con probabilidad de satisfacción del 50%(0.5).

Criterios de Inclusión

- Femeninos y masculinos de entre 18 y 45 años
- Con educación primaria como mínimo
- Usuario que reciba anestesia general y regional
- Dentro de los servicios de Cirugía General y Traumatología y Ortopedia.
- Valoración ASA 1-2
- Pacientes programados por consulta externa para Cirugía Mayor ambulatoria

Criterio de exclusión

- Pacientes con trastornos psiquiátricos
- Pacientes con urgencia quirúrgica.
- Pacientes con efecto residual de anestésicos.

Criterios de Eliminación:

- Usuarios con interrogatorio incompleto >10%
  Usuarios que no acepten participar.

Análisis estadístico:

Incluye la realización de medidas de tendencia central tales como moda, mediana y promedio, desviación estándar de acuerdo a la magnitud de los datos se utilizarán otras medidas de tendencia central y curvas de distribución Gaussiana. Se dará escala de calificación al instrumento de acuerdo a lo siguiente: Excelente con >75% de respuestas positivas, buena de 50-75% y mala calidad <50%.

PROCEDIMIENTOS

La obtención de los datos serán tomados de manera personal mediante el instrumendo denominado *The Key QualityCharacteristics Assement for Hospitals modificado para Anestesiologia* (ver anexo), al momento de egreso del paciente previo a su salida de área de quirófanos, posteriormente se obtuvo una muestra de 25 pacientes para la validación del instrumento con el fin de medir la fiabilidad mediante el cálculo de alpha de Cronbach si bien el instrumento cuenta con Alpha de Cronbach en sus diferentes apartados entre 0.87 a 0.98 es necesaria la medición. Una vez obtenidos los datos, se procederá al almacenamiento de dichos resultados y al completar el límite de tiempo establecido, se realizara el análisis de dichos datos. Finalmente, se presentaran los resultados de este trabajo de manera gráfica y escrita.

Al realiza el análisis del estudio piloto la obtención de alpha Cronbach corresponde.

Factor	Nombre del Factor	Cronbach Alpha
1	Respecto y cuidado	0.95
2	Conveniencia	0.90
3	Información	0.88
4	Primera impresión efectividad continuidad	0.83
5	Satisfacción general	.08
6	Escalas individualizadas	No aplica.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo al modelo Nebraska propuesto en 1987 por Prentice y Antonson nuestro estudio cuenta con las siguientes características

1. El protocolo realizado plantea una preguntaba científica válida.
2. El diseño consideramos es apropiado para obtener una respuesta clara no presenta coste humano de riesgo.
3. No se considera indemnización de algún tipo por no tratarse de un estudio experimental o intervencionista.

IV. DEFINICIONES

Administración: El empleo de la autoridad para organizar, dirigir, y controlar a subordinados responsables (y consiguientemente, a los grupos que ellos comandan), con el fin de que todos los servicios que se prestan sean debidamente coordinados en el logro del fin de la empresa.

Anestesia: Privación general o parcial de la sensibilidad, con o sin pérdida de conciencia, mediante la administración de una sustancia anestésica.

Anestésica: De la anestesia o relativo a ella: procedimiento anestésico.

Ambulatorio: Tratamiento de enfermedad que no obliga a estar en cama.

ASA: la clasificación de estado físico de la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA) es un instrumento utilizado mundialmente por anestesiólogos para categorizar la condición física de los pacientes previos a cirugía.

Atención al cliente: aquel servicio que prestan las empresas de servicios o que comercializan productos, entre otras, a sus clientes, en caso que estos necesiten manifestar reclamos, sugerencias, plantear inquietudes sobre el producto o servicio en cuestión, solicitar información adicional, solicitar servicio técnico, entre las principales opciones y alternativas que ofrece este sector o area de las empresas a sus consumidores.

Calidad: llegar a un estándar más alto en lugar de estar satisfecho con alguno que se encuentre por debajo de lo que se espera cumpla con las expectativas. cualidad innata, característica absoluta y universalmente reconocida.

Cirugía: rama de la medicina cuya competencia es el diagnóstico y tratamiento de las patologías que se resuelven mediante procedimientos quirúrgicos o potencialmente quirúrgicos, tanto electivos como de urgencia de origen benigno, inflamatorio, traumático o neoplásico en los siguientes aparatos, sistemas y áreas anatómicas: aparato digestivo, pared abdominal, sistema endocrino, mama, piel y partes blandas, retroperitoneo y afecciones externas de la cabeza y el cuello.

Cliente: *una persona o empresa que adquiere bienes o servicios*

Conveniencia: Propiedad de lo que es conveniente, útil o provechoso

Documento: es la prueba o testimonio material de un hecho o acto que una persona física o jurídica, una institución, asociación, etc., puede ser de

carácter público o privado, realizan como consecuencia del ejercicio de sus actividades y funciones y que podrá ser plasmado en una unidad de información que observe cualquier soporte, papel, cinta, disco magnético, película y fotografía, con el objeto de preservarlo en el tiempo en caso de necesitarlo para presentarlo como prueba, recuerdo o legado a alguien

Eficiencia: capacidad para lograr un fin empleando los mejores medios posibles

Electivo: que se hace o se da por elección.

Evaluación: Proceso que tiene como finalidad determinar el grado de eficacia y eficiencia, con que han sido empleados los recursos destinados a alcanzar los objetivos previstos, posibilitando la determinación de las desviaciones y la adopción de medidas correctivas que garanticen el cumplimiento adecuado de las metas presupuestadas.

Expectativas: sentimientos de esperanza que experimenta un individuo ante la posibilidad de poder lograr un objetivo o cualquier otro tipo de conquista en su vida.

Indicador: Magnitud utilizada para medir o comparar los resultados efectivamente obtenidos, en la ejecución de un proyecto, programa o actividad.

Instrumento: Un instrumento es cualquier objeto que se usa como medio para arribar a un fin. Es por lo tanto un medio o recurso, para arribar a lo que se desea conseguir

ISO 9000: es un conjunto de normas sobre calidad y gestión continua de calidad, establecidas por la Organización Internacional de Normalización (ISO).

Medición: acción y resultado de medir

Paciente: enfermo que sigue un tratamiento respecto al médico.

Perianestésico: Alrededor del momento del procedimiento anestésico. Por lo general, este período se extiende desde que el paciente va al quirófano.

Postoperatorio: periodo que sigue a una intervención quirúrgica en que se produce el proceso de recuperación. hospital o el consultorio médico hasta el momento en que se egresa.

Preoperatorio: Periodo anterior a una intervención quirúrgica en que el organismo se condiciona para ella.

Prestación: servicio que la autoridad o un contratante ofrece o exige a otro.

Satisfacción: gusto, placer o alegría que un individuo experimenta, siente por algo o alguien.

Sistema de Salud: Un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud.

UCI: unidad de cuidados intensivos.

Urgencia: cuidado médico dado por una condición que, sin el tratamiento en su debido tiempo, se podría esperar que resulte en un deterioro de una emergencia, o causar daño prolongado, temporal de una o más funciones corporales, desarrollando enfermedades crónicas y necesitando de tratamiento más complejo.

Usuario: que habitualmente usa algo. Que usa algo ajeno por derecho o concesión.

CRONOGRAMA DE LA INVESTIGACIÓN

GRÁFICA DE GANTT

ACTIVIDADES		Enero, febrero de 2014	Marzo de 2014 a febrero de 2015	Abril 2015	Julio 2015	Julio 2015	Agosto septiembre 2015	Octubre 2015
Planteamiento del problema	E							
Formulación de la hipótesis	E							
Recolección de datos	E							
Procesamiento de datos	E							
Análisis de la información	E							
Impresión y presentación	E							
Publicación	E							

E: Tiempo estimado

RECURSOS

Humanos:

- Autor
- Asesor metodológico
- Asesor experto.
- Personal becario.

Materiales:

- Una computadora (Laptop)
- Una impresora
- Un USB 1GB
- 500 Hojas blancas tamaño carta
- Dos cartuchos de tinta negra
- Dos cartuchos de tinta de color
- Una carpeta organizadora
- Lapiceros
- Corrector
- Lápiz
- Marcadores de colores

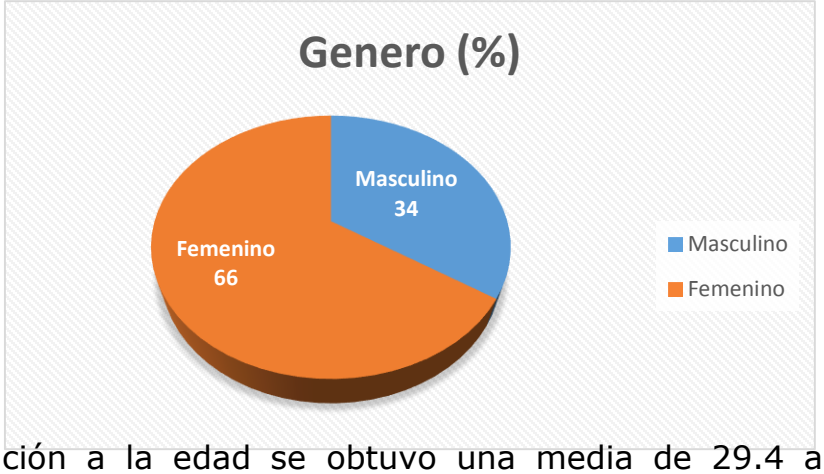
Financieros:

Los propios del investigador.

RESULTADOS.

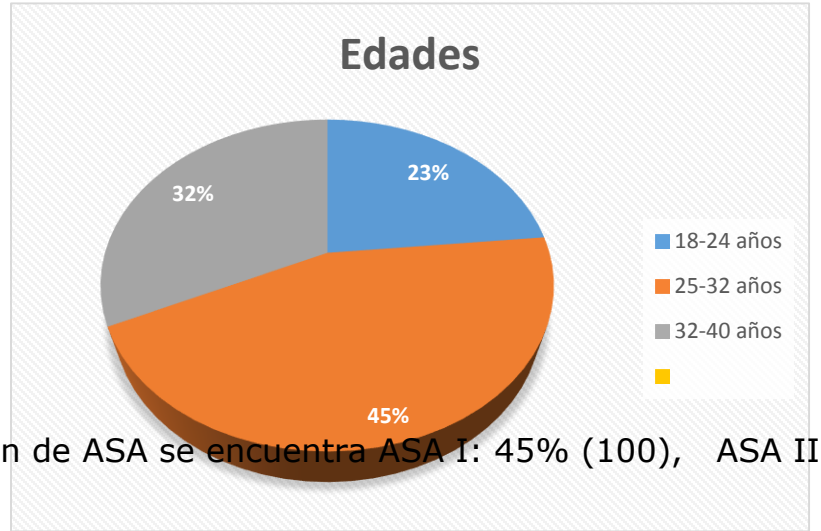
Los datos corresponde a la muestra, los cuales cumplen los criterios de inclusión establecidos previamente, en el periodo marzo de 2014 a febrero 2015 comprendiendo a 222 pacientes de los cuales, el 66% (146) corresponde al sexo femenino, y el 34% al sexo masculino (76).

Fig 1. Distribución de los pacientes de acuerdo a género.



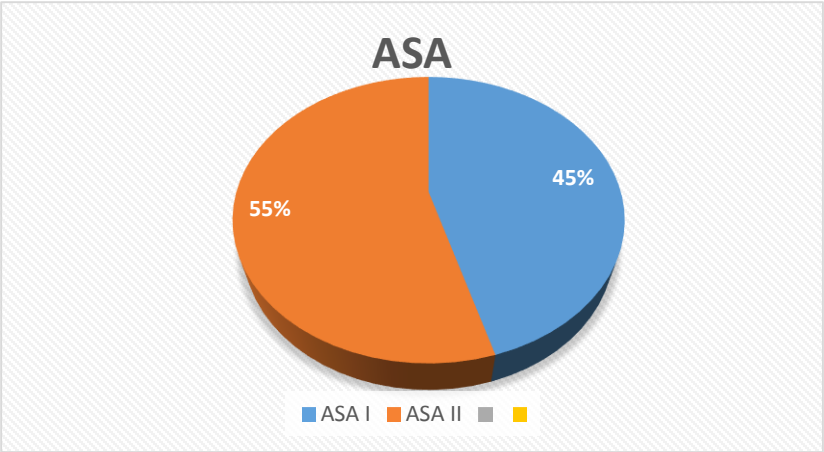
En relación a la edad se obtuvo una media de 29.4 años con una desviación estándar de 7.3, agrupo a los pacientes en tres categorías, correspondiendo: 18-24 años el 46% (52); 25-32 el 42% (99);C 33-40 el 12% (71).

Fig 2. Distribución de los pacientes de acuerdo a edad.



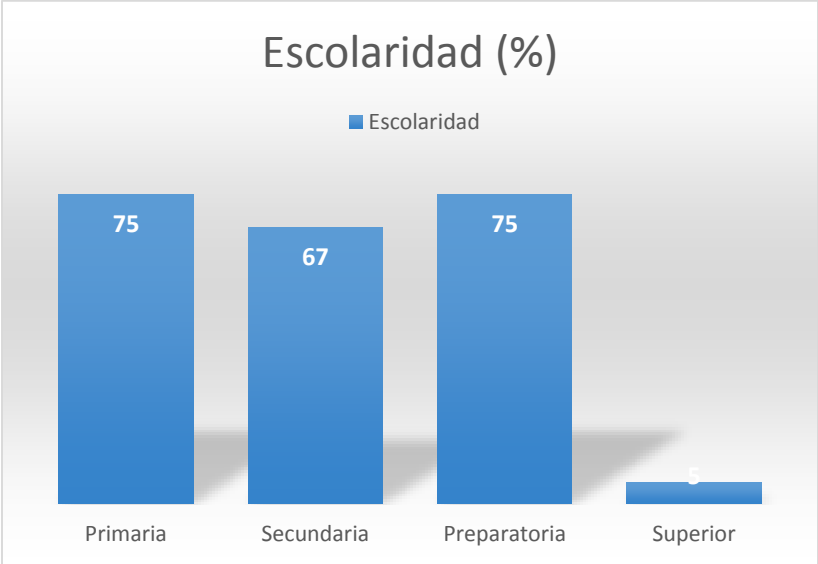
La distribución de ASA se encuentra ASA I: 45% (100), ASA II: 55% (120).

Fig 3. Distribución de acuerdo a ASA



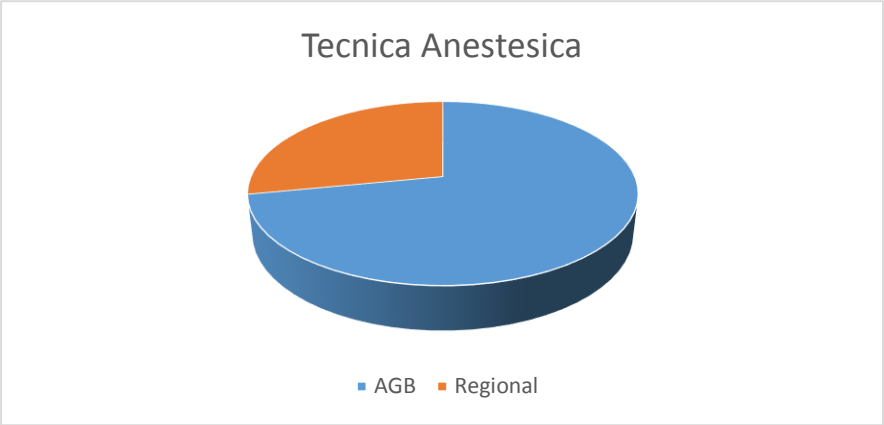
En relación a la escolaridad, correspondió a educación primaria el 33.7 % (75), secundaria 30.1% (67%), preparatoria 33.7% (75), licenciatura 32% (48), posgrado 2.2% (5).

Fig 4. Grado de escolaridad de la población.



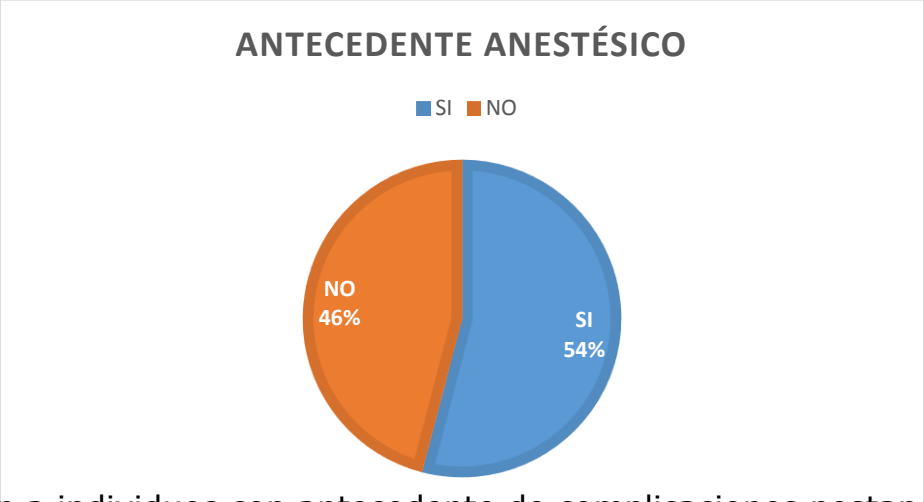
Los datos obtenidos correspondientes a la técnica anestésica, regional 72.9% (162), general 27% (60).

Fig. 5. Técnica de anestesia utilizada en el procedimiento.



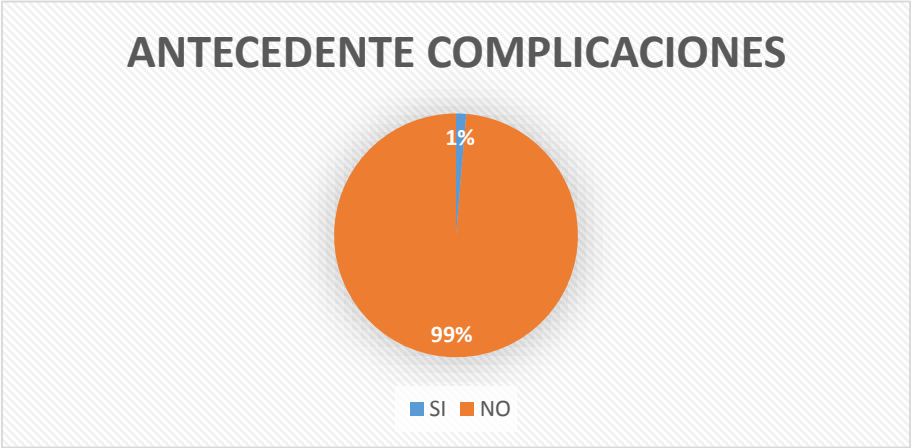
Pacientes con antecedente de procedimiento anestésico, corresponde a 54% (120), de los cuales 39 (17.5%) son género masculino y 81 (36.4%) femenino. Sin antecedentes, 46% (102).

Fig 6. Antecedentes de procedimiento anestésico en la muestra.



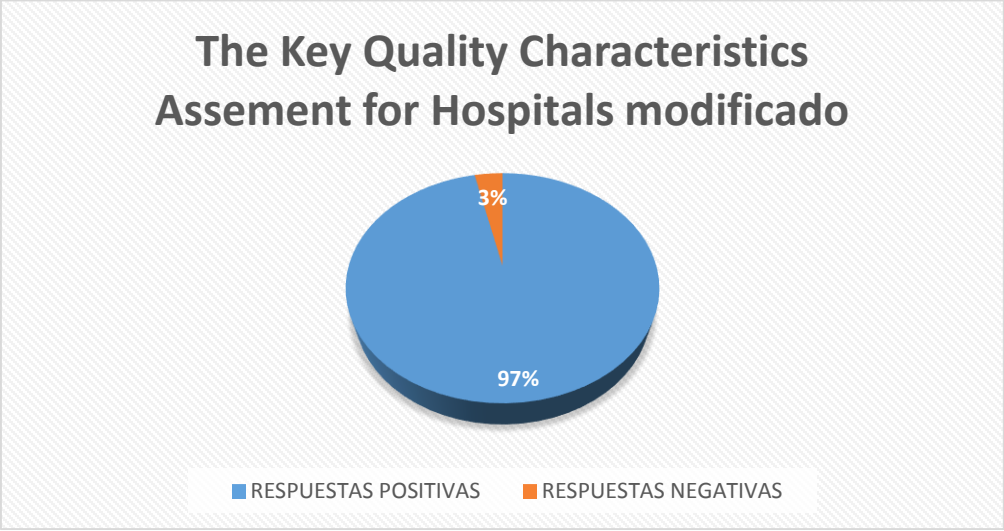
En relación a individuos con antecedente de complicaciones postanestésicas, el 1.35% (3) resultaron positivos, y 98.65% (219) sin antecedente de complicaciones.

Fig. 7. Distribución de antecedente de complicación anestésica.



Los resultados en relacion The Key Quality Characteristics Assement for Hospitals modificado se encuentra en cuanto a los 5 Item`s que valora el 100% de satisfacción una media de 99.78% DE 0.40%.

Fig. 7. Resultados de la encuesta de Calidad KQCAH.



1. ¿El anestesiólogo(a) lo trato con respeto? (preanestésico)
2. ¿El anestesiólogo se comportó apropiadamente?
3. ¿El anestesiólogo lo trato con respeto? (transanestésico)
4. ¿Mi privacidad personal fue protegida?
5. ¿El anestesiólogo me trato amablemente?

En relación a los ítems de Respeto y cuidados son los siguientes:

Se encontró 2 respuestas negativas a las preguntas 2 y 3 corresponde a 0.44% para cada una.

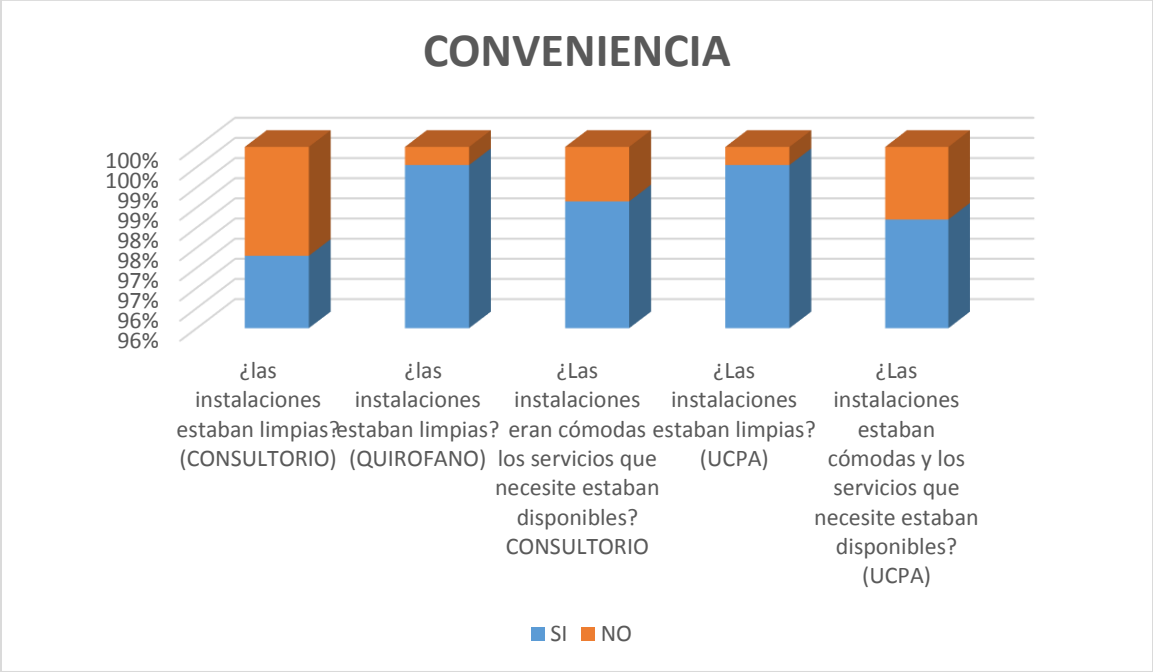
Fig.9. Distribución de respeto y cuidado en la población.

En el apartado de conveniencia, las preguntas son:

1.¿las instalaciones estaban limpias? (CONSULTORIO)
2. ¿las instalaciones estaban limpias? (QUIROFANO)
3.¿Las instalaciones eran cómodas? ¿ estaban disponibles? (camillas, orinales, etc..)
4.¿Las instalaciones estaban limpias? (UCPA)
5.¿Las instalaciones estaban cómodas y los servicios que necesite estaban disponibles? (UCPA)

Se observó en la pregunta número 1, 6 respuestas negativas (2.7%), en la pregunta 2 , 1 respuesta negativa (0.45%), en la pregunta 3, 3 respuestas negativas (1.35%), en la pregunta 4 1 respuesta negativa (0.45%), en la pregunta 5, 4 respuestas negativas (1.8%).

Fig. 10. Conveniencia reportada por la población.



En el apartado de información, las preguntas son:

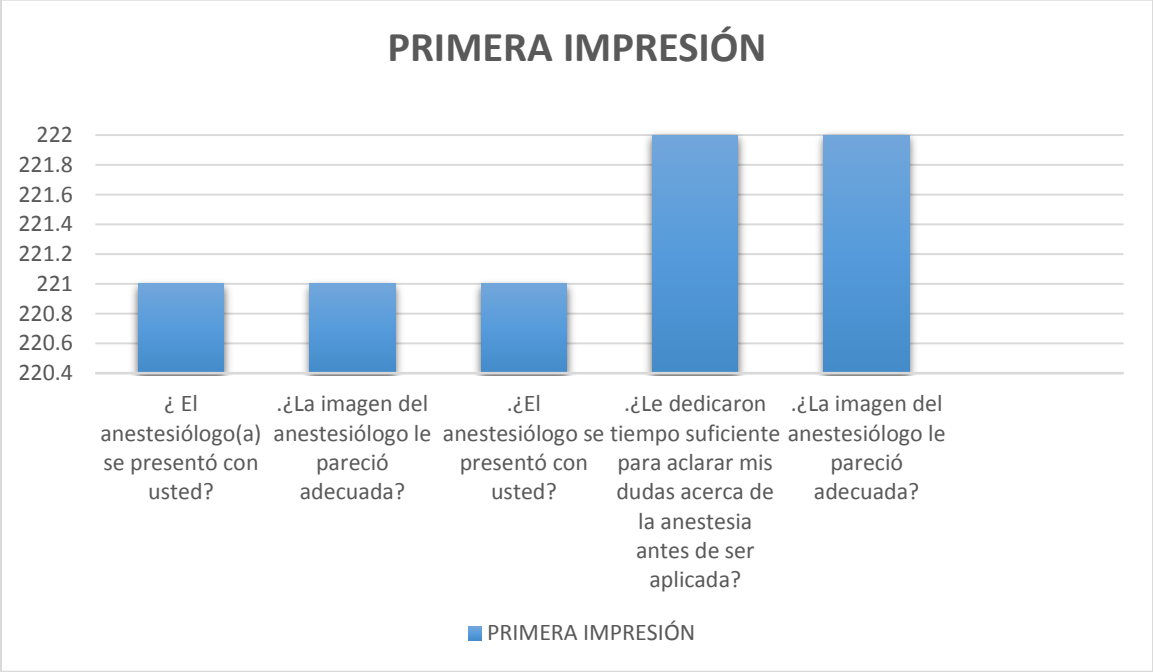
1. ¿Firmó usted un consentimiento informado anestésico?
2. ¿Le explicaron con detalle las posibles complicaciones de la anestesia?
3. ¿le dieron la oportunidad de aclarar sus dudas con respecto a la anestesia planeada?
4. ¿Le informaron nuevamente acerca del procedimiento anestésico antes de ser realizado?
5. ¿Me informaron acerca del procedimiento anestésico o complicaciones del mismo oportunamente?

Se observó en la pregunta número 1, 0 respuestas negativas, en la pregunta 2, 8 respuestas negativa 3.6%), en la pregunta 3, 14 respuestas negativas (6.31%), en la pregunta 4, 0 respuestas negativas (0.45%), en la pregunta 5, 2 respuestas negativas 0.9%).

En el apartado de primera impresión, las preguntas son:

1. ¿El anestesiólogo(a) se presentó con usted?
2. ¿La imagen del anestesiólogo le pareció adecuada?
3. ¿El anestesiólogo se presentó con usted?
4. ¿Le dedicaron tiempo suficiente para aclarar mis dudas acerca de la anestesia antes de ser aplicada?
5. ¿La imagen del anestesiólogo le pareció adecuada?

Se observó en la pregunta número 1, 1 respuesta negativas (0.45%), en la pregunta 2, 1 respuesta negativa (0.45%), en la pregunta 3, 1 respuesta negativa (0.45%), en la pregunta 4 y 5 ninguna respuesta negativa.



En el apartado de satisfacción general, las preguntas son:

1. ¿El anestesiólogo(a) lo hizo sentir confiado?
2. ¿Al final de la consulta pre anestésica se sintió más tranquilo?
3. ¿El tiempo de espera antes de la valoración pre anestésica le pareció adecuada?
4. ¿Le dieron la oportunidad de participar en las decisiones sobre la anestesia brindada?
5. ¿Considera que el tiempo que le dedicaron fue el suficiente?

Se observó en la pregunta número 1, 1 respuesta negativa (0.45%), en la pregunta 2, 2 respuestas negativas (0.9%), en la pregunta 3, 43 respuestas negativas (19.37%), en la pregunta 4, 44 respuestas negativas (19.82%) y en la pregunta 5, 32 respuestas negativas (14.41).

En cuanto a las escalas individualizadas, los resultados fueron:

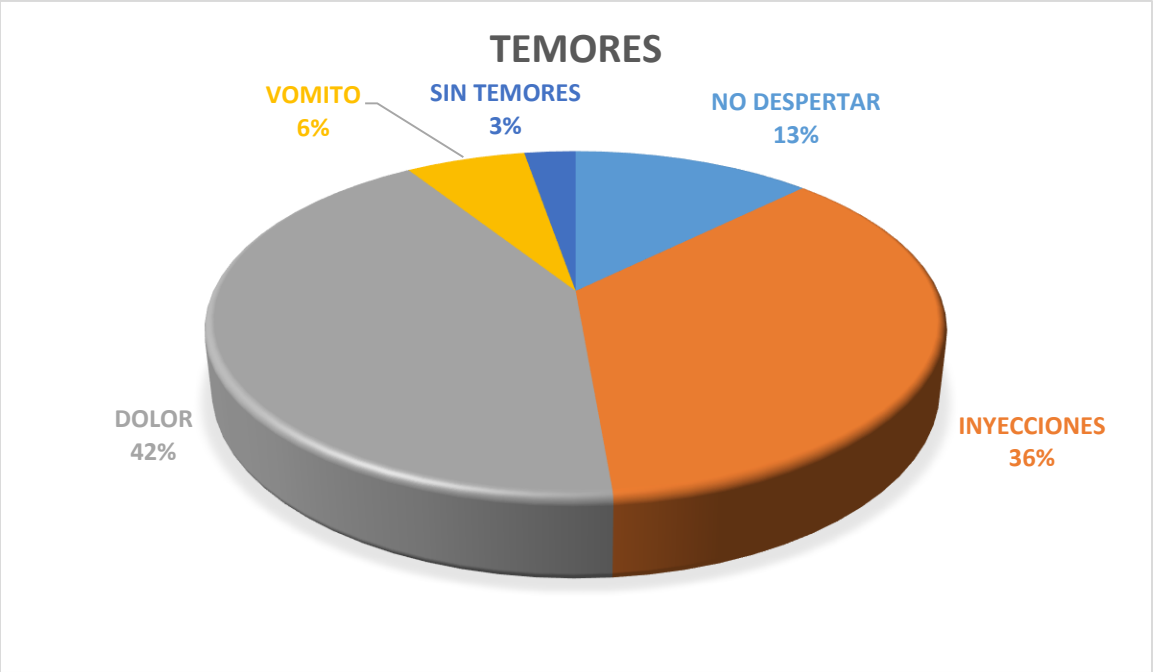
La pregunta Cuando tenía dolor, ¿intentaron controlarlo? Se encontraron 3 respuestas negativas (1.35%), y 80 personas presentaron dolor durante la cirugía (36.04%), que correspondió con la siguiente escala de EVA:

EVA	
1	101(45.50)
2	26(11.71)
3	71 (31.98)
4	9 (4.05)
5	6 (1.35)
6	4 (2.70)
7	3 (1.35)
8	2 (0.90)
9	0
10	0

La principal molestia con respecto a la anestesia se encontró de la siguiente manera: ninguna 117(52.70 %), nauseas 42 (18.92%), dolor 28 (12.61%) , inmovilidad 19 (8.56%), mareo 7 (3.15%), posición incómoda 3 (1.35%) , vómito 3 (1.35%), calor 2 (0.90%), cefalea 1 (0.45%).

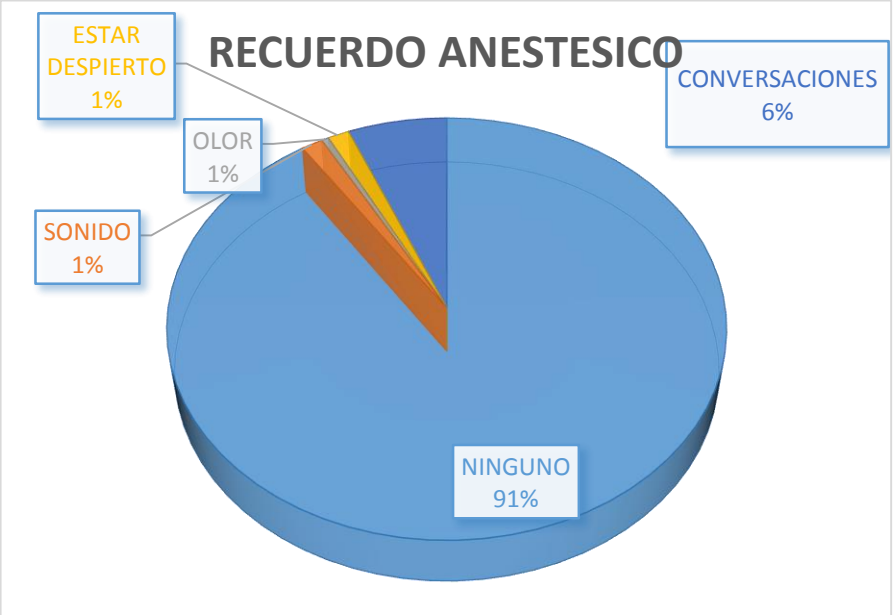
El mayor temor con respecto a la anestesia, encontramos lo siguiente:

No despertar 28 (12.61%), inyecciones 80 (36.04%), dolor 94 (42.34%), vomito 14 (6.31%), sin temores 6 (2.70%).

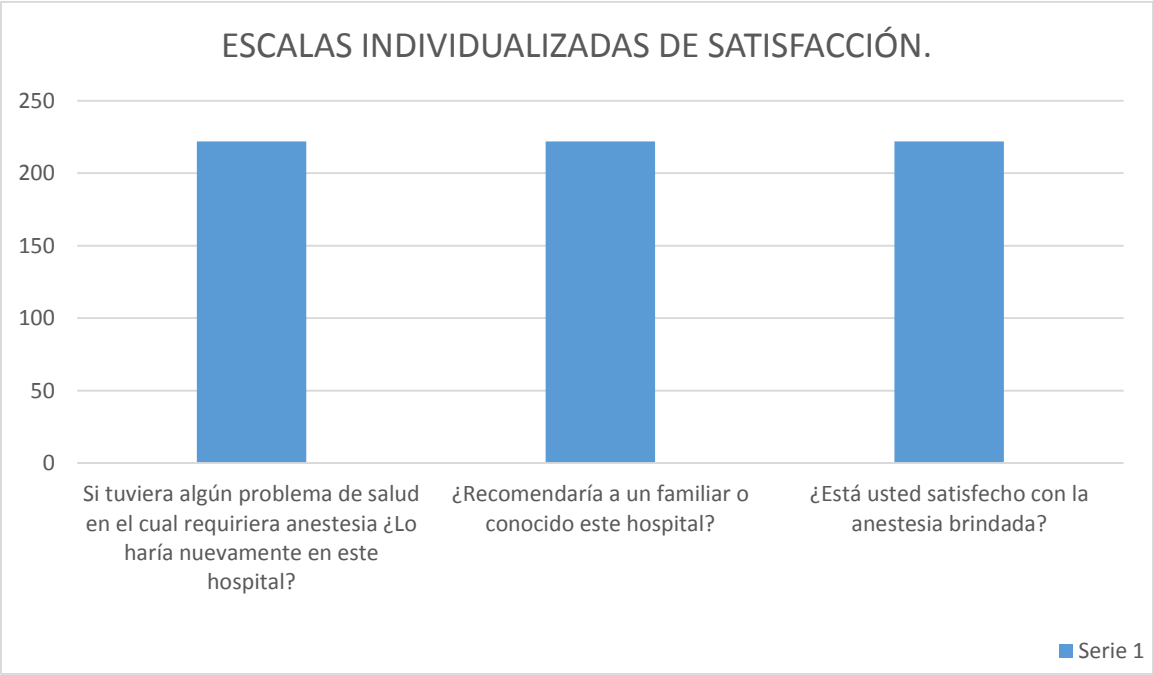


Con respecto al recuerdo anestésico encontramos lo siguiente:

Ninguna 201 (90.54%), sonido 3 (1.35%), olor 1 (0.45%), estar despierto 3 (1.35%), conversaciones 14 (6.31%).



El 100% de las personas encuestadas afirmaron que volverían a este nosocomio nuevamente como pacientes, recomendarían este hospital y se sienten satisfechos con el servicio prestado.



La población correspondiente al estudio fue un 32% mayor la población femenino, la edad prevalencia de la población intervenida de manera ambulatoria fue la correspondiente a las 18-40 años, el ASA el cual corresponde 60% a un ASA II, la escolaridad predominante de la población fue de primaria y secundaria, en cuanto a la técnica anestésica otorgada fue principalmente anestesia regional.

De los pacientes el 43% conto con un procedimiento anestésico previo, 3 pacientes presentaron algún tipo de complicación anestésica previa el cual corresponde al 1% de la muestra.

Realizando el análisis de los factores de estudio del instrumento *The Key Quality Characteristics Assement for Hospitals modificado* de acuerdo a lo establecido se encuentra que los siguientes resultados:

Insatisfecho	Neutral	Satisfecho
		Primera impresión efectividad continuidad
		Satisfacción general.
		Respeto y cuidado
		Conveniencia
		Información

CONCLUSIONES:

El trabajo realizado concluyó que la población predominante en la satisfacción anestésica en cirugías mayor ambulatoria, es del sexo femenino 146 (65.77%) cuya edad corresponde al en promedio de 29.44 $\pm$ 7.36 años, el estado físico predominante fué ASA II, 121 (64.9%) la escolaridad predominante fue la primaria y prepataratoria 75 (33.78 %) con la misma proporción, la principal técnica anestésica otorgada fue la regional, el 40% de la muestra conto con procedimiento previo y el 1% de la muestra presento previamente algún tipo de complicación anestésica.

El instrumento de medición mostró que los pacientes presentaron una tendencia a encontrarse satisfechos con la atención brindada.

Si bien una minoría señaló aspectos a mejorar en la atención a los pacientes, como el tiempo de espera, no sentir que se le brindo la atención necesaria, no participar en las decisiones con respecto a la anestesia brindada y a falta de información de la técnica anestésica antes de ser aplicada, servicios no disponibles en la recuperación postanestésica como orinales o camillas cómodas ; sin embargo las escalas individualizadas mostraron que la insatisfacción , aun cuando se presentó, afectó a pocos pacientes. En contraste, los pacientes satisfechos señalaron haber recibido una respuesta amigable y apropiada, se les informaron sobre los procedimientos a realizar con el tiempo suficiente, el sentirse más tranquilo después de la valoración preanestésica, la confianza con el primer contacto, que el anestesiólogo se presentó, se controló el dolor presentado, de tal manera que seleccionaría nuevamente el hospital estudiado en el futuro, así como lo recomendarían de manera general.

Las escalas individualizadas mostraron que la satisfacción estuvo influenciada por el adecuado control del dolor o al menos tratar de controlar el mismo, señalaron también la percepción de una mejor atención anestésica en la unidad que en otras en las que se les atendió previamente, lo que concuerda con resultados en estudios de Hamui et al.

También, además que antes del contacto con el paciente, se encontró con miedo, el cual está dado principalmente por pensar que no despertaría y el dolor esperado, posterior a la atención, el paciente se encontró más tranquilo con la información otorgada, sin embargo el miedo no se superó del todo al momento de ingresar al quirófano.

Por lo tanto el estudio sugiere que debemos reforzar este punto en el periodo transquirúrgico y previo pasa a sala de quirófano, para asegurar una vez terminado el acto quirúrgico, el paciente se muestra satisfecho de haber recibido una atención profesional de calidad.

Según Streiner, sólo puede considerarse como satisfacción la obtención del máximo puntaje, puesto que las variables aceptan únicamente la existencia de una calificación máxima, que es de muy satisfecho (calificación de 95 a 100); cuando se obtiene una calificación menor, no se está cumpliendo con el objetivo de atención, en el presente trabajo de obtuvo (99.78 ± 0.40 %); podemos concluir que los pacientes en el en Hospital General Zona Norte de Puebla "Bicentenario de la independencia" se encuentran satisfechos de manera general con la atención anestésica otorgada lo cual refleja una buena atención de calidad.

APENDICE

HOSPITAL GENERAL ZONA NORTE DE PUEBLA
"BICENTENARIO DE LA INDEPENDENCIA"
CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS
"PERCEPCION DE LA CALIDAD ANESTESICA EN EL HGZNB DESDE LA PERPECTIVA DEL PACIENTE"

SEXO (F o M): **Edad del paciente:** **ASA:**
Técnica anestésica:
Escolaridad: **Antecedentes de procedimiento Anestesico:**
Antecedentes de complicaciones post anestésicas:

Por favor, conteste este cuestionario con X con respecto al trato recibido por el personal de anestesiología durante su procedimiento anestésico.		
PERIODO PREANESTESICO	**SI**	**NO**
¿El anestesiólogo(a) se presentó con usted?		
¿El anestesiólogo(a) lo hizo sentir confiado?		
¿El anestesiólogo(a) lo trato con respeto?		
¿Firmo usted un consentimiento informado anestésico?		
¿Le explicaron con detalle las posibles complicaciones de la anestesia?		
¿Al final de la consulta pre anestésica se sintió más tranquilo?		
¿La imagen del anestesiólogo le pareció adecuada?		
¿El tiempo de espera antes de la valoración pre anestésica le pareció adecuada?		
¿Considera que el tiempo que le dedicaron fue el suficiente?		

¿Le dieron la oportunidad de participar en las decisiones sobre la anestesia brindada?		
¿le dieron la oportunidad de aclarar sus dudas con respecto a la anestesia planeada?		
¿Las instalaciones estaban limpias?		
PERIODO TRANSANSTESICO (QUIROFANO)	**SI**	**NO**
¿El anestesiólogo se presentó con usted?		
¿El anestesiólogo se comporto apropiadamente?		
¿El anestesiólogo lo trato con respeto?		
¿El anestesiólogo me trato amablemente?		
¿Le informaron nuevamente acerca del procedimiento anestésico antes de ser realizado?		
¿Le dedicaron tiempo suficiente para aclarar mis dudas acerca de la anestesia antes de ser aplicada?		
¿Mi privacidad personal fue protegida?		
¿La imagen del anestesiólogo le pareció adecuada?		
¿las instalaciones estaban limpias?		
¿Las instalaciones eran cómodas estaban disponibles? (camillas, orinales, etc..)		

POSTANESTESICO (SALA DE RECUPERACION ANESTESICA)	**SI**	**NO**
¿Las instalaciones estaban limpias?		

¿Las instalaciones estaban cómodas y los servicios que necesite estaban disponibles?		
¿Me informaron acerca del procedimiento anestésico o complicaciones del mismo oportunamente?		
Cuando tenía dolor, ¿intentaron controlarlo?		
¿Presentó dolor durante la cirugía?		
¿El dolor ms grande que tuvo en una escala de 0 al 10 en donde 0 es ningún dolor y 10 el peor dolor que ha experimentado en su vida, fue de?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
¿Cuál es la molestia más desagradable que sintió con la anestesia :	ESPECIFIQUE:	
¿Cuál fue el mayor temor con respecto a la anestesia? 1) No despertar 2) inyecciones 3)tener dolor 4)vomitos 5) otra:		
¿Recuerda alguna sensación desagradable durante el procedimiento anestésico? (solo en AGB) 1) Sonido 2) olor 3) estar despierto 4)conversaciones 5) otra:		
Si tuviera algún problema de salud en el cual requiriera anestesia ¿Lo haría nuevamente en este hospital?	SI	NO
¿Recomendaría a un familiar o conocido este hospital?	SI	NO
¿Está usted satisfecho con la anestesia brindada?	SI	NO

COMENTARIO OPCIONAL:

_____
_____
_____
_____

_____

FIRMA

Los datos recabados en la presente encuesta, están protegidos conforme a lo establece Ley Federal de Protección de Datos Personales en posesión de los Particulares y se reforman los artículos 3, fracciones II y VII, y 33, así como la denominación del capítulo II, del título segundo, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental; así como NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para ejecución de proyectos de investigación en seres humanos.

Bibliografía

1. Viveros R. Calidad en medicina de urgencia, una necesidad de nuestros días (Parte I). Revista Mexicana de Medicina de Urgencias 2002,1(1):31-6.

2. Llinás A. Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema. Salud Uninorte. 2010; 26 (1): 143-154

3. Borel J, Sivanto M. Gestión de calidad en anestesiología. Rev Argentina Anest. 2008; 66:71-82.

4. NORMA INTERNACIONAL ISO 9001:2000, Sistemas de gestión de calidad-Requisitos. Ginebra, Suiza. 2000. ICS 03.120.10.

5. Llinás A. Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema. Salud Uninorte. 2010; 26 (1): 143-154

6. [s.a.] Garantía de calidad en atención primaria. En: El médico interactivo. Diario electrónico de la sanidad. Madrid, España [s.f]. Consultado el 2 de septiembre del 2012. Disponible en: http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/aula2003/tema1/ap2.htm

7. Ramírez JN, Ocampo R, Perez I, Velazquez D, Yarza ME. La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica. Acta Medica Grupo Angeles. 2011; 3 (9):167.174

8. Revilla AE, Pimentel C. Calidad en los Servicios de Salud en México. Evidencia Medica e Investigación en Salud. 2012; 3 (5): 76-78.

9. Burmester H. Refl exiones sobre los programas hospitalarios de garantia de calidad. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health1997;1(2): 19-25

10- Thompson A, Suñol R. Expectations as determinants of patient satisfaction: concepts, theory and evidencce. Int J Qual Health Care. 1995; 7 (2):127-41

11 Viveros R. Calidad en medicina de urgencia, una necesidad de nuestros días (Parte I). Revista Medicina Uruguay 2002; 1 (1): 31-36.

12. Secretaria de salud. Lineamientos para evaluar la satisfacción del usuario del sistema de protección social en salud, 2007. Mexico. Secretaria de Salud; 2007.

13. Aitkenhead AR. Injuries associated with anesthesia: A global perspective. Br J Anaesth. 2005;95:95-10.

14. Joint Commissión on Acreditation of Health Care Organiza- tions (JCAHO). Características de los Indicadores Clínicos. Control de Calidad Asistencial. 1991;6:65-79

15.Le May S, Hardy J, Taillefer M, Dupuis G. Patient satisfaction with anesthesia services. Canadian Journal of Anesthesia, 2001;48(2):153-161

16. Borel J, Sivanto M. Gestión de calidad en anestesiología. Revista Argentina Anestesiologia 2008; 66 (1): 71-82

17. Glenn D M, Macario A. Administración del quirófano: Una nueva oportunidad para el anestesiólogo. Clinicas de Anestesiología 1999; (2):373-404

18. Donabedian A. Evaluación de la Calidad de la Atención Médica. Washington DC. OPS/OMS. 1992. pp 382-404

19. Del Castillo A, Sardy N. Las normas ISO y el concepto de calidad aplicadoa los servicios médicos en anestesiología. Rev Colomb Anestesiol. 2012;40(1):14-16

20. Benn J, Arnold G, Wei I, Riley C, Aleva F, Using quality indicators in anaesthesia: feeding back data to improve care. British Journal of Anaesthesia. 2012;109 (1): 80–91

21. Macario A,Vasanawala A. Improving quality of anesthesia care: opportunities for the new decade. Can J Anaesth,2001; 48 (1):6-11

22. Gornall B, Myles P, Smith C, Burke J, Leslie K, Pereira M, el at. Measurement of quality of recovery using the QoR-40: a quantitative systematic review. British Journal of Anaesthesia. 2013; 111 (2): 161–9

23. Barnett SF, Alagar RK, Grocott MP, Giannaris S, Dick JR, Moonesinghe SR. Patient-satisfactio measures in anesthesia: quialitative systematic review. Anesthesiology. 2013; 119 (2):452-78

24. Barnett SF, Alagar RK, Grocott MP, Giannaris S, Dick JR, Moonesinghe SR. Patient-satisfactio measures in anesthesia: quialitative systematic review. Anesthesiology. 2013; 119 (2):452-78

25. Barnett SF, Alagar RK, Grocott MP, Giannaris S, Dick JR, Moonesinghe SR. Patient-satisfactio measures in anesthesia: quialitative systematic review. Anesthesiology. 2013; 119 (2):452-78

26. Sower, V, Duffy J, et al (2001) the dimensions of service quality for Hospitals: Development and Use of the KQCAH Scale, Healt Care Manage Rev, Numero 26, Vol 2, 47-59

27. Aguirre-Gas H. Administración de la calidad de la atención médica.Rev Med IMSS, 1997; 35(4): 257-264.

28. Ramírez A, García J, Fraustro S. Defi nición del problema de la calidad de la atención médica y su abordaje científico: Un modelo para la realidad mexicana. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 1995; 11 (3): 456-462.

29. Ramírez-Sánchez T, Nájera-Aguilar P, Nigenda-López G. Percepción de la calidad de la atención de los Servicios de Salud en México: perspectiva de los usuarios. Salud Pública Mex 1998; 40: 3-12.