



BUAP

Facultad de Medicina

Hospital Universitario de Puebla

**“NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LA IMPLEMENTACIÓN DEL CARNET ANESTÉSICO ENTRE LOS
USUARIOS QUIRÚRGICOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUEBLA”**

Tesis para obtener el Diploma de Especialidad en
Anestesiología

Presenta

Dra. Saida Itzel Mota Santiago

Asesor de tesis

Dr. Miguel Calva Maldonado

Co-asesor de tesis

Dr. Julio César Pablo Yáñez

Asesor metodológico

Dra. Cheryl Zilahy Díaz Barrientos



08/Marzo/2023



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUEBLA
SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN EN SALUD

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TESIS

Por este medio la Subdirección de Enseñanza, Investigación y Capacitación en Salud del Hospital Universitario de Puebla, para la evaluación de la tesis del alumno **Solito Itzel María Zavala**, manifiesta que después de haber revisado su tesis **"Nivel de satisfacción con la implementación del carnet anestésico entre las unidades quirúrgicas del Hospital Universitario de Puebla"** desarrollada bajo la dirección del Dr. Miguel Cervera Maldonado y el Dr. Julio César Peña Hélix, y pasar por el área de la Dra. Cheryl Zúñiga Díaz Barrientos, el trabajo es **ACEPTO** para proceder a su impresión.

A partir con este último requisito, usted será considerado candidato a obtener el Diploma de la Especialidad en **Anestesiología**.

En su voto aprobatorio:



Subdirector de Enseñanza, Investigación y Capacitación en Salud
Hospital Universitario de Puebla

Impreso en el Hospital Universitario de Puebla
Puebla, Pue., C.P. 72500
2013 07 14 09:00:00 AM

Agradecimientos

Primeramente agradezco a Dios por guiarme en este camino, agradezco infinitamente el apoyo incondicional que mi familia me brindó en esta etapa. Sin ellos la persona que ahora soy no sería posible. A mis hermanos de residencia que ahora son una parte importante en mi vida. A la persona más importante en mi vida, que se está orgullosa que su nieta lo logro, a pesar de sentir todos los días su ausencia,

Expreso mi agradecimiento a mis asesores de tesis Dr. Miguel Calva Maldonado, Dr. Julio Cesar Pablo Yañez, Dra. Cheryl Díaz Barrientos por su disposición, guía y consejos para hacer posible este trabajo.

INDICE

RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	7
ANTECEDENTES GENERALES	10
ANTECEDENTES ESPECIFICOS	15
JUSTIFICACIÓN	24
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	25
HIPÓTESIS	26
OBJETIVOS	26
OBJETIVO GENERAL.....	26
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	26
MATERIAL Y MÉTODOS	27
DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO	27
DISEÑO	27
TIPO DE ESTUDIO	27
UBICACIÓN ESPACIO- TEMPORAL.....	27
ESTRATEGIA DE TRABAJO	28
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	29
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	29
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	29
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	29
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	30
UNIVERSO O POBLACIÓN DE ESTUDIO	32
Población	32
Muestra	32
Tamaño de la muestra.....	32
CONSIDERACIONES BIOÉTICAS	33
RECOLECCION DE DATOS	36
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO	36
RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS	37
Recursos Humanos:.....	37
Recursos Físicos y Materiales:.....	37
Recursos financieros:	37

ANÁLISIS ESTADÍSTICO	38
FACTIBILIDAD	38
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	39
RESULTADOS	40
DISCUSION	45
CONCLUSIONES	48
BIBLIOGRAFÍA	49
ANEXOS	54
CARNET ANESTÉSICO (Anexo 1)	54
CARNET ANESTÉSICO.....	55
ESCALA DE LIKERT (Anexo 2).....	56
HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS (Anexo 3).....	58
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN (Anexo 4)	59

RESUMEN

“NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LA IMPLEMENTACIÓN DEL CARNET ANESTÉSICO ENTRE LOS USUARIOS QUIRÚRGICOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUEBLA”

Calva Maldonado Miguel ¹, Díaz Barrientos Cheryl ², Mota Santiago Saida Itzel ³

¹ *Especialista en Anestesiología, Asesor experto. Hospital Universitario de Puebla.*

² *Especialista en Coloproctología. Asesor metodológico, Hospital Universitario de Puebla.*

³ *Residente del 3er grado en Anestesiología, Hospital Universitario de Puebla.*

Introducción: El tema de calidad de atención a tomado gran auge en la medicina actual, siendo el propósito fundamental del sistema de salud. El evaluar la satisfacción de los servicios de salud es un indicador de calidad y se relaciona con un mejor apego médico. La calidad en la atención médica deberá estar encaminada a ofrecer servicios de salud que tengan como base una adecuada relación médico paciente, con personal capacitado, con la finalidad de lograr la satisfacción deseada.

Objetivo: Identificar el nivel de satisfacción con el uso del carnet anestésico en los usuarios quirúrgicos en el Hospital Universitario de Puebla.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, unicéntrico, prospectivo, para conocer el nivel de satisfacción con la implementación y uso del carnet anestésico en pacientes quirúrgicos evaluados en consulta preanestésica. Se determinó el nivel de satisfacción a traes del Cuestionario de Percepción de Calidad Anestésica y se adaptó a un cuestionario tipo Likert. Utilizándose estadística descriptica.

Resultados: De un total de 198 pacientes, el 63.1% quedo muy satisfecho con el carnet anestésico, el 35.9% como satisfecho y el 1% como neutro o regular. Por lo cual podemos finalizar que se obtuvo adecuada satisfacción con la implementación del carnet anestésico en nuestra población de estudio.

Palabras clave: Calidad de atención, satisfacción.

INTRODUCCIÓN

Actualmente el tema de calidad de atención en los servicios de salud se ha convertido en uno de los aspectos fundamentales en la medicina actual y es un propósito fundamental del sistema nacional de salud.

Los problemas surgidos en las últimas décadas, la mayor exigencia por parte de los enfermos debido a la transición demográfica y epidemiológica, el incremento en el costo de la atención, sugieren la implementación de soluciones efectivas que garanticen y se reciba el tratamiento adecuado en el momento oportuno y dentro de un marco de equidad y valores. De acuerdo a como señala la OMS “Las intervenciones de atención a la salud se realizan con el propósito de beneficiar a los pacientes, pero también pueden causarles daño”. Dentro de la calidad de atención médica se engloban elementos primordiales: eficacia, equidad, dignidad y finalmente la satisfacción del paciente originada entre el usuario y el personal que proporciona la atención.

La combinación de cambios en la ciencia, tecnología y procesos humanos conducen cambios en el sistema de atención, originando beneficios o efectos adversos importantes, alguno de ellos incrementando los errores en la atención médica.

Los conceptos iniciales de calidad se iniciaron como una evaluación de excelencia y profesionalismo, posteriormente en las primeras décadas del siglo XX en el ámbito industrial, se comenzó a evaluarse la calidad de vida de las personas y las sociedades por economistas y sociólogos. La OMS define calidad como “un alto nivel de excelencia profesional usando eficientemente los recursos con un mínimo de riesgos para el paciente para lograr un alto grado de satisfacción y producir un impacto final positivo en salud”.

La calidad es un atributo fundamental de un servicio y debe de impulsar en todas las áreas fundamentales para el desarrollo de los individuos. Los niveles de calidad de atención han sido relacionados con niveles de satisfacción.

La calidad de la asistencia de un centro hospitalario, se determina al considerar que los servicios ofrecidos son adecuados y que ocasionan satisfacción a quien presta y recibe

la atención médica, siendo referencia del desempeño del hospital y del médico. Satisfacción puede definirse como “La medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario”. El hablar de satisfacción es entrar en un ámbito de subjetividad del paciente.

Con la incorporación de los métodos de autoevaluación se plantea el propósito de asegurar eficacia, igualdad en la atención médica.

El evaluar la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud es un indicador de calidad y se relaciona con un paciente satisfecho, con mayor apego a indicaciones y recomendaciones, de igual forma esta atención y satisfacción se ve modificada por la opinión del paciente beneficiando al paciente a corto y mediano plazo, así como promover mejoría en la calidad de la atención médica mediante la identificación de problemas. En ocasiones el estrés laboral, el olvido de la ética profesional ocasiona deficiencia en la calidad de atención médica, dando lugar a reclamos, enojos y quejas por mala práctica y efectos adversos.

La deficiencia de la calidad en la atención de la salud se suele manifestar como: servicios ineficientes, acceso limitado a los servicios, quejas médicas, insatisfacción por los pacientes o familiares, aumentos de costos médicos.

En conjunto, la atención médica debe dar respuestas a las necesidades de los pacientes, con ayuda del conocimiento científico, técnico y de las relaciones humanas en conjunto con la satisfacción del paciente y adherencia. La atención médica para poder ser catalogada de “calidad” debe ser: segura, eficaz, eficiente, equitativa, oportuna y centrada en el paciente. El poder evaluar el grado de satisfacción de la atención médica mediante la implementación de encuestas y cuestionarios, ofrece la oportunidad de mejorar la calidad de los servicios e identificar áreas de oportunidad y aumentar el grado de satisfacción.

La calidad en la atención médica deberá estar encaminada a ofrecer servicios de salud que tengan como base una adecuada relación médico paciente, con personal correctamente capacitado, con la finalidad de lograr la satisfacción deseada con la atención médica recibida. Conociendo el grado de satisfacción en los usuarios se

identifican debilidades y fortalezas, llevando a la práctica medidas para mejorar la calidad de la atención médica. Si el objetivo es ofrecer servicios de calidad, es imperativo crear y mejorar las instituciones, en donde la evaluación de la satisfacción del paciente es fundamental.

Todo profesional de la salud debe aspirar a implementar estrategias y otorgar servicios médicos de calidad.

ANTECEDENTES GENERALES

CALIDAD

Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor. (Española, 2021)

CALIDEZ

Uno de los valores personales que puede tener un individuo. Es sinónimo de cordialidad y afecto. (B.P., 2015)

SATISFACCIÓN

Sensación de placer que tienen las personas cuando ha hecho realidad un deseo o han cubierto una necesidad. (Mariana, 2021)

En un principio la calidad estaba regulada por la propia conciencia y por el código deontológico de la profesión. Al final de la Edad media y el inicio del Renacimiento en 1447 se crea el Tribunal del Protomedicato por los reyes católicos con la finalidad de dar calidad en la atención. Durante los siglos XVIII y XIX en Europa y Estados Unidos de América iniciaron la formación de sociedades médicas, congresos científicos con la finalidad de mejorar la atención a la salud. (Hernández Gómez Marilyn, 2013)

1910 Flexner, evaluó a colegios de enseñanza médica de Canadá y Estados Unidos, descubriendo la ausencia generalizada de normas relativas en la educación médica. Codman en 1912 desarrolla un método que permite clasificar y medir “los resultados finales” de la asistencia hospitalaria. El American Collage of Surgeons en 1918 contaba con un programa de estándares, diseñados por médicos para evaluar la calidad de la atención. Lee y Jones en el año 1933 se pronunció a los que consideraron “atención médica correcta” la cual se sustenta en la prevención y exigiendo cooperación entre los profesionales de la salud y el público, individualizando a los pacientes manteniendo una adecuada relación médico paciente. En 1944 los avances en bacteriología y la fundación de institutos especializados que contribuyeron a mejorar la calidad de la atención. En 1951 la American College of Physicians, la American Hospital Association y la American

Medical Association crearon la Joint Commission on Accreditation of Hospitals, destinada a evaluar los estándares de calidad en hospitales, con el propósito de autorregularse. (Hernández Gómez Marilyn, 2013)

En 1980 el Dr Avedis Donabedian publica sus trabajos sobre calidad de atención médica “La calidad de la atención médica”. En 1980 definió a la calidad de atención como una manera de cuidado en el que se prioriza el beneficio del paciente con los menores riesgos para el usuario, una vez identificado las ventajas y desventajas de la atención. (Romero Chávez Edith, 2019)

Donabedian (Pérez, 2014) en 1980 “Calidad es el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles”.

Palmer en 1983 define calidad separando sus componentes: **Accesibilidad**: Facilidad con que los servicios sanitarios pueden obtenerse por la población. **Satisfacción o aceptabilidad**: Nivel de atención proporcionada al usuario y que cumple sus expectativas. **Efectividad**: Grado con la cual la atención consigue una mejora en el nivel de salud. **Eficiencia**: Grado con el que se logra obtener el nivel más alto nivel de calidad. **Calidad científico- técnica**: Uso de conocimientos y recursos para lograr satisfacción en la población atendida. (Grande, 2017)

Ruelas mencionaba como concepto de calidad “Es una combinación de beneficios, riesgos y costos, en donde de lo que se trata es de ofrecer los mayores beneficios con los menores riesgos posibles y a un costo razonable”. De acuerdo con Aguirre Gas “La calidad de la atención médica es otorgar atención oportuna al usuario conforme a los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con satisfacción de las necesidades de salud y de las expectativas del usuario, del prestador de servicios de la institución. (González Médicigo Lorena Elizabeth, 2012)

La definición de calidad para la OMS (Vargas González Vilma, 2013) “El conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, logrando el mejor resultado con el mínimo de riesgos y la mayor satisfacción del paciente”.

La calidad de la atención médica es otorgar atención oportuna al usuario conforme a los conocimientos y principios médicos vigentes y satisfacer las necesidades de salud. Desde el punto de vista de salud pública la satisfacción implica mejoría de la salud y disminución de morbi-mortalidad, secuelas y complicaciones. (Ugalde Manrique Cristina, 2012)

La calidad de la atención consiste en emplear la ciencia y tecnología, con la finalidad de aumentar los beneficios sin incrementar los riesgos, la mensuración del grado de calidad tiene como meta la humanización de la salud.

De acuerdo al Instituto de Medicina el sistema de salud debe proporcionar atención con algunas características:

Segura: Evitar daño a los pacientes con las intervenciones médicas que se supone intentan ayudarlos.

Oportuna: Reducir esperas y demoras dañinas para el paciente y personal médico.

Efectiva: Proveer servicios basados en el conocimiento científico, a aquellos que puedan ser beneficiados.

Eficiente: Que disminuya el desperdicio de equipo, insumos, ideas y energía.

Equitativa: Asegurar que el cuidado brindado no varíe en calidad, debido a las características personales del paciente.

Centrada en el paciente: Proveer servicio médico que sea respetuoso y que responda a necesidades y valores del paciente.

La calidad de la atención medica tiene tres dimensiones: La técnica, adecuarse a la mejor estrategia; Aspectos interpersonales, con una adecuada relación médico paciente, con el objetivo de lograr la mayor satisfacción en el usuario; Ambiente de los servicios, relacionada con las áreas donde se brinda la atención médica. (González Medécigo Lorena Elizabeth, 2012)

Se inicia en la primera década del siglo XX la evaluación de la calidad en salud, convirtiéndose en una herramienta importante para la transformación del sistema de salud en la segunda mitad del siglo XX. (Blazquez Morales María Sobeida Leticia, Marzo 2018)

En nuestro país los primeros trabajos orientados a la calidad se realizaron en 1956 en el Hospital de la Raza IMSS, con el objetivo de conocer la calidad con la que se estaban atendiendo a los pacientes. En 1959 en el IMSS se crea una auditoria médica planteándose las bases para la evaluación de la calidad de la atención. En México en la primera década de este siglo se logró formalizar políticas orientadas a la mejora en la atención a la salud. La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud promovió algunos lineamientos centrándose en el trato digno y la atención médica. El Sistema Integral de Calidad en Salud considera tres ejes fundamentales: calidad técnica, seguridad del paciente y la calidad percibida. (Ugalde Manrique Cristina, 2012)

En 1984 González Montesinos en el Sistema sugirió cambios orientados con un enfoque hacia mejoras continuas en el proceso de la evaluación de la calidad de la atención médica. El Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación del Sector Salud en 1987 publicó el documento “Bases para la evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud”. En 1988 Bobadilla publicó trabajos en relación a la calidad de atención obstétrica. (Tápanes Galvan William, 2019)

En la década de 1990 en América Latina ocurre un fenómeno de privatización de los servicios, con el ingreso de competidores donde la calidad del servicio es la principal fuente de ventaja. (Ugalde Manrique Cristina, 2012)

En 1990 el Instituto Nacional de Salud en Cuernavaca, se desarrollaron las primeras Jornadas Académicas sobre calidad de la atención médica en México. (García S. S., 2015)

Ruelas Barajas y cols publicaron trabajos encaminados a la garantía y aseguramiento de la calidad de la atención. Aguirre Gas publicó “Evaluación de la calidad de la Atención Médica. Expectativas de los Pacientes y de los Trabajadores de las Unidades Médicas”, el cual se desarrolló en hospitales de tercer nivel en el IMSS en 1995 Y 1997. El define a la calidad como Otorgar atención oportuna al usuario, conforme a los conocimientos

médicos y principios médicos actuales, con la expectativa del paciente, el prestador de servicios y la institución. La Revista de Salud Pública de México en 1993 publicó “Evaluación y Garantía de la Calidad de la Atención Médica”. Se formó la Sociedad Mexicana de Calidad de la Atención a la Salud (SOMECASA), mediante el cual se aplicó una prueba piloto en varios hospitales. (López Moreno Sergio. Vértiz Ramírez Jesús, 2014)

En 1996 aparece la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). La cual enfoca a la calidad de atención médica, desde la identificación de errores, quejas y fallas presentadas por los pacientes y catalogadas como insatisfacción en los servicios de atención recibidos. El objetivo de CONAMED es contribuir a la mejora de la calidad de la atención médica, por medio de la evaluación de quejas secundarias a una mala calidad, con la finalidad de crear recomendaciones que optimicen los servicios proporcionados. (Narro Robles José, 2012)

Se formaron algunos programas como SICALIDAD, que incluye la calidad de la atención médica, la evaluación de la calidad percibida y la seguridad del paciente con el objetivo contribuir con los servicios de salud y mejorar las condiciones de los mismos. La planeación estratégica en los niveles de evaluación de la calidad de atención a la salud, obliga a generar sistemas de evaluación de la calidad del servicio con el objetivo de identificar el grado de satisfacción de los usuarios. (Ugalde Manrique Cristina, 2012)

Indicadores de calidad

Se identifican tres indicadores de calidad: Estructura, Proceso y Resultados.

Estructura: Son variables objetivas y cuantificables, por si solas no garantizan una buena calidad, por ejemplo instalaciones, recursos financieros y humanos.

Proceso: Lo que se realiza para proporcionar un diagnóstico, tratamiento y prevención.

Resultados: Son consecuencia de los dos indicadores previos, los indicadores clásicos son morbilidad, mortalidad y discapacidad.

En México la opinión de los usuarios conforme a la calidad de los servicios de salud se ha estudiado por medio de encuestas nacionales de salud, encuestas en regiones específicas y evaluaciones de programas nacionales. (Olry de Labry Lima A., 2017)

Se han realizado estudios donde se han relacionado tres áreas con la calidad:

- Comunicación y relación médico- paciente; Calidad de la anestesia; Control de los síntomas.

ANTECEDENTES ESPECIFICOS

Antecedentes y Evaluación de satisfacción del paciente y en anestesiología

Koos en 1954 y Donabedian en 1966 fueron los primeros en evidenciar que la satisfacción del paciente, considerada como una medida de la interacción entre el médico y paciente. Donabedian propuso como satisfacción como resultado de una interacción de la atención médica, recursos materiales y humanos. Se propone en 1980-1988 un modelo estructura-proceso-resultado, la estructura se refiere a la habilidad y conocimientos del proveedor de salud para diagnosticar y tratar al paciente, el proceso se refiere al diagnóstico y terapéutica empleada y el resultado evalúan los efectos que se esperan en la salud y bienestar del paciente. (Garzón, 2014)

En 1983 Pascoe definió la satisfacción del paciente como reacción del mismo en una evaluación cognitiva y una respuesta emocional a la atención que recibe. Fitzpatrick en 1993 señala que el nivel de satisfacción se correlaciona con una adecuada atención del personal de salud, así mismo grados inferiores de satisfacción se ven asociados a menor adherencia al tratamiento, menor control en el seguimiento. En 1993 Eagle y Davies hacen mención por primera vez la medición de satisfacción en anestesia. (García L. R., 2018)

Para Ericksen la satisfacción del paciente es una calificación de evaluación de un servicio o proveedor de manera subjetiva por el paciente por la atención recibida con una respuesta emocional positiva. Donabedian mencionaba que la satisfacción del paciente

es de esencial importancia como medida de la calidad de atención proporcionando datos sobre el éxito del prestador y lograr las expectativas del usuario. En 1996 concentra los componentes principales para generar satisfacción: Técnico, interpersonal y entorno y sus comodidades. (Pedraza Melo Norma Angélica, 2014)

La satisfacción del paciente se utiliza para valorar el proceso de atención proporcionada. Se considera un resultado mensurable de la atención clínica. En la evaluación que se realiza sobre la calidad de atención existen factores que se asocian a la satisfacción. Es un concepto complejo, multidimensional y multifactorial, basado en estilo de vida, relación médico paciente, experiencias previas, infraestructura, accesibilidad, humanización de servicio, donde pacientes satisfechos continuarán recibiendo la atención médica en la misma institución, mejorando vínculo médico-paciente y cumplimiento terapéutico. Desde tiempos remotos se ha empleado formularios de quejas y reclamos para medir el grado de insatisfacción. Mediante la evaluación se permite conocer áreas deficitarias y resultados de los cuidados. (Bastidas, 2016)

La satisfacción se define como reacción del paciente acorde a una evaluación cognitiva y como consecuencia una respuesta emocional a la atención recibida, y que se logra la expectativa de paciente. La calidad de la atención finaliza con la satisfacción del paciente y del familiar. (Naula Ichina Silvia Elizabeth, 2019)

La satisfacción es un indicador de la atención de calidad, se emplea en ocasiones el SERVQUAL, midiendo objetivamente la calidad de atención de los servicios de salud conforme al nivel de satisfacción. La satisfacción para el paciente representa una evaluación de su propia experiencia en la atención médica recibida, con base a sus valores e interacción en el área sanitaria. (Richard J. Febres Ramos, 2020)

La satisfacción puede referirse 3 aspectos diferentes: Organizativos, atención recibida y su repercusión en el estado de salud de la población y el trato que recibió durante el proceso de atención. (Vera, 2018)

Se identifican tres elementos apreciados por el paciente en el proceso de atención instrumental mediante la aplicación de conocimientos técnicos y la capacidad de resolver los problemas, expresivo se define como el comportamiento frente a los aspectos

afectivos y comunicación la capacidad de dar y recibir información. (Ugalde Manrique Cristina, 2012)

La satisfacción anestésica se entiende como el producto de series psicosociales de naturaleza cognitiva y afectiva y la apreciación de la calidad del servicio anestésico. La medición de la satisfacción de los pacientes es un adecuado predictor de asistencia. Un momento fundamental en el nivel de satisfacción del paciente es la consulta o valoración preanestésica influyendo la relación médico paciente y proporcionando autonomía expresando dudas. La finalidad de la consulta preanestésica es obtener información acerca de antecedentes médicos y quirúrgicos y prevenir o disminuir riesgos y dificultades perianestésicas. La participación social contribuye con su opinión para evaluar y deliberar la calidad de servicio recibido en relación a sus necesidades y expectativas. (García L. R., 2018)

Se han realizado trabajos de investigación mediante el cual las evaluaciones de satisfacción que se realizan a los pacientes se llevan a cabo mediante: encuestas, buzón de quejas, análisis de sugerencias y reclamaciones.

Algunos autores han señalado que una inadecuada atención anestésica repercute en la satisfacción final de un paciente sometido a un proceso quirúrgico.

Factores que influyen en la satisfacción

La satisfacción es un concepto multidimensional que incluye componentes sociodemográficos, cognitivos y afectivos. Varios factores influyen en el resultado tras su evaluación como accesibilidad de los servicios, estructura institucional, relaciones interpersonales, competencia de los integrantes del sistema de salud y expectativas del paciente. Cada paciente inicia con una comparación estándar contra la cual planteara su nueva experiencia. (Castellanos Olivares Antonio, 2013)

- Características del paciente: Influyen en el grado de satisfacción la edad, nivel educativo y nivel socioeconómico, se relaciona directamente con el cumplimiento de las expectativas del paciente.
- Características de la organización sanitaria: En este rubro se incluyen el acceso, las instalaciones, comodidades, organización y burocracia.

- Características entre la relación del paciente y profesional sanitario: El factor más importante es la confianza que le trasmite el personal médico al paciente con la consecuente disminución de estrés y ansiedad. (Naula Ichina Silvia Elizabeth, 2019)

En la evaluación de la satisfacción existen elementos que intervienen como es la relación médico paciente, costo del servicio, poca información proporcionada acerca de la intervención a realizar, interés que ofrece el médico sobre el caso, desinterés del personal de salud (Mercedes, 2017).

Niveles de satisfacción

Insatisfacción: El desempeño percibido no alcanza las expectativas del paciente.

Satisfacción: El desempeño percibido coincide con las expectativas que posee el paciente.

Complacencia: El desempeño percibido excede las expectativas del paciente. (Alaguna, 2016)

Cuestionarios de satisfacción en el ámbito quirúrgico

Existen algunos reportes acerca de los principales cuestionarios centralizados en la satisfacción de pacientes, encaminada a la atención recibida en el periodo perioperatorio y principalmente con la anestesia. (Benitez Linero, 2017)

- **Patient Satisfaction with general anesthesia:** Desarrollado en 1996, cuestionario con 44 ítems, con el propósito de evaluar la satisfacción en pacientes sometidos cirugía general, oftalmológica y maxilofacial bajo anestesia general.
- **The Iowa satisfaction with anesthesia scale (ISAS):** En 1997 se publica The Iowa Satisfaction with Anesthesia Scale for Monitored Anesthesia Care, cuestionario con 11 ítem, en el cual se evaluaba la satisfacción de los pacientes sometidos a cirugía menor bajo sedación monitorizada.
- **Échelle de vécu périopératoire de l'anesthésie (EVAN) :** En Francia en 1990 se realiza un cuestionario con el propósito de medir la satisfacción en el periodo perianestésico.

- **Quality of recovery score after general anesthesia and surgery in adults (QoR Score):** Se desarrolla en Australia en 1990, cuestionario con 9 ítems.
- **QoR-40:** En 1991, compuesto de 40 ítems agrupados en 5 dimensiones, se emplearon para su desarrollo el QoR previo, la escala análoga del dolor y un cuestionario de 50 ítems.
- **The Scale of patient's perceptions of cardiac anesthesia services (SOPP-CAS):** En 2001, Canadá se diseña un cuestionario de 17 ítems, con la finalidad de medir la percepción de los pacientes del servicio proporcionado en anestesiología.
- **Cuestionario de Heidegger:** en 2002, se desarrolló un cuestionario para evaluar la satisfacción con los cuidados de anestesia.
- **The anesthesiological questionnaire (ANP):** Diseñado en 2003, intentando medir la satisfacción del paciente.
- **Preoperative assessment testing clinics (PATCs):** Hepner y cols en 2004, elaboraron un cuestionario sobre la satisfacción del paciente en el período perioperatorio.
- **Evaluation du vécu de l'anesthésie générale (EVAN-G):** En 2005, se modifica el test de EVAN, mide la satisfacción del paciente sometido a anestesia general.
- **Cuestionario Iowa en pacientes bajo anestesia tópica y sedación monitorizada:** Se evalúa la satisfacción en pacientes sometidos a cirugía correctiva de catarata bajo anestesia tópica y sedación.
- **Anaesthesiological questionnaire para cirugía cardíaca (ANP-KA):** Se realiza modificación a la ANP, adaptado a anestesia cardíaca.
- **Cuestionario SERVQHOS de satisfacción en España:** Herramienta en el sector hospitalario que permite conocer la calidad percibida por el paciente.
- **Cuestionario de Capuzzo:** Elaboraron en Italia en 2005 un cuestionario para identificar las variables que determinan la satisfacción.
- **Cuestionario de satisfacción para pacientes intervenidos bajo anestesia regional:** Desarrollado en 2008 en Francia, se realizó un cuestionario con la finalidad de medir la satisfacción en pacientes bajo anestesia regional.
- **The Heidelberg peri-anaesthetic questionnaire:** Diseñado en Alemania en 2008 un cuestionario de 38 preguntas.

- **The Leiden perioperative care patient satisfaction questionnaire (LPPSq):** Se realizó el cuestionario con la intención de medir la satisfacción del paciente posterior a los cuidados perioperatorios.
- **The patient satisfaction with perioperative anesthetic care questionnaire (PSPACq):** Se realiza para medir la satisfacción de los pacientes sometidos a anestesia general y regional.
- **Adaptación del cuestionario QoR -40 al Japonés (QoR-40 J):** En el 2011, Tanaka realizan la modificación del cuestionario QoR al Japonés.
- **Q1, Q2 Y Q3. Cuestionarios griegos:** En 2013, se desarrollan 3 cuestionarios para evaluar la satisfacción de los pacientes en anestesia general, regional o combinada.
- **Evaluation du vécu de l'anesthésic locorégionale (EVAN-LR) :** En 2013 se valida un cuestionario para medir la satisfacción en anestesia regional.

En los Cuestionarios de Percepción de Calidad Anestésica (CPCA) se utilizan reactivos con opciones dicotómicas SI/NO, donde al realizar sumatoria final 10 puntos lo califica como MUY SATISFECHO, 7 a 9 puntos como SATISFECHO. 4 a 6 puntos como POCO SATISFECHO, 1 a 3 puntos INSATISFECHO, y finalmente 0 puntos como MUY INSATISFECHO. (Huamán Parhuay, 2018) Los Cuestionarios de Percepción de Calidad Anestésica (CPCA), evalúan el servicio intra y extra de sala de operaciones y mediante la información obtenida de dichos análisis ofrecer un servicio de mayor calidad que traerá consigo un aumento en el grado de satisfacción de los pacientes. (Torres González Cristhofer Abel, 2017)

Se han utilizado para la medición de la satisfacción del paciente instrumentos unidimensionales en los cuales podemos mencionar escalas numéricas, escala visual análoga y escalas categóricas tipo Likert, las cuales reportan información de manera global acerca de la atención recibida. Las encuestas multidimensionales, se caracterizan por tener una estructura más compleja y psicométrica, con la capacidad de proporcionar información específica y confiable debido a la cantidad de variables evaluadas como cuestionarios QoR y la versión QoR-40. (Eliane, 2014) Se han reportado algunos

cuestionarios como el QoR -40 para evaluar el periodo postanestésico, en este caso el grado de satisfacción en el periodo postanestésico. (Bastidas, 2016)

Escala de Likert

Fue desarrollada en 1932 por Rensin Likert, consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide una reacción de los sujetos. Se presenta cada afirmación y se pide al sujeto que externé su reacción eligiendo uno de los cinco puntos de la escala, la cual cuenta con un valor numérico. El número de categorías de respuesta debe ser el mismo para todas las afirmaciones. El sujeto obtiene una puntuación respecto a la afirmación y al final se obtiene la puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas en cada afirmación.

Las afirmaciones pueden tener orientación favorable o positiva y desfavorable o negativa, lo cual orientara como se codificaran las alternativas de respuesta, si la afirmación es positiva significa que califica favorablemente al objeto de actitud. Las puntuaciones se obtienen sumando los valores obtenidos en cada frase.

La escala de Likert es una medición ordinal. Si los encuestados tienen poca capacidad de discriminar se pudieran agregar dos o tres categorías, si son personas con nivel educativo elevado y capacidad de discriminación pueden incluirse siete categorías, pero el número de repuestas de cada ítem deben ser las mismas.

Una escala de Likert se construye generando un elevado número de afirmaciones que califiquen al objeto de actitud y se administran a un grupo piloto para obtener las puntuaciones del grupo en cada afirmación.

Se puede aplicar de manera autoadministrada en la cual se le proporciona al respondiente y califica cada afirmación, la otra manera es mediante entrevista donde el entrevistador lee las afirmaciones y alternativas de respuesta de cada afirmación y anota lo que se conteste. Asegurarse que las afirmaciones y alternativas de respuesta sean entendibles para los sujetos a los cuales se les aplicara la encuesta

Diseñada para medir actitudes, que pide a los participantes de la encuesta una reacción determinada y característica. Asignándole a cada opción un valor numérico, dentro de cada variable interrogada. Al finalizar la encuesta se realiza sumatoria de los valores y se

categoriza según la evaluación que se desea hacer. (Rios Caceres Adriana Marcela, 2016)

También llamada escala aditiva, debido a que el sujeto obtiene como puntuación final la suma de los rangos otorgados a cada elemento. Existen 3 formas: Descriptivas, Numéricas y Gráficas. (García Sanchez Jaime. Aguilera Terrates José, 2011) . El interrogado señala su grado de acuerdo o desacuerdo con cada ítem. Característica de los ítems es que las alternativas de respuesta son fijas y tienen un valor designado. Se debe identificar la variable o actitud a medir. Se recomienda usar expresiones entendibles. Los ítems se presentan con una escala de estimación que consiste en “totalmente de acuerdo” hasta “totalmente desacuerdo”. (Fabila Echauri Angélica María, 2013)

Antecedentes de Carnet anestésico

En el 2011 la Sociedad de Anestesiología y Reanimación de Madrid presentaron una tarjeta de identificación de vía aérea difícil, ya que es una de las causas de morbilidad atribuible a la anestesia y así crear un sistema de alerta que permita disponer de información relevante sobre antecedentes previos de intubación difícil con el objetivo de reducir la morbilidad secundaria a un inadecuado manejo de la vía aérea. La Sociedad Inglesa de Vía aérea difícil, recomiendan notificar la vía aérea difícil en la historia clínica del paciente y hojas transanestésicas, así mismo entregar al paciente un informe escrito para próximos manejos anestésicos. La sociedad Italiana de Anestesiología, Analgesia, Reanimación y Terapia intensiva considera como necesario la adecuada planificación de una vía aérea difícil, incluir información sobre el manejo realizado y notificar de manera escrita al paciente. Dinamarca cuenta con una tarjeta identificativa que incluyen los datos relevantes acerca de la vía aérea difícil. Se debe asegurar incluir los datos esenciales y su disponibilidad al momento de requerirlos. (Arnal, 2011)

La guía clínica de manejo de vía aérea difícil realizada en el Hospital Civil “Dr. Juan I. Menchaca” en el 2014 menciona la necesidad de informar al paciente sobre las complicaciones presentadas y el manejo realizado en el acceso de la vía aérea, proveer una tarjeta informativa, pulsera o mención especial en la historia clínica del paciente. Con la intención de orientar y facilitar la futura atención anestésica. (Aguirre, 2014)

La Guía de la ASA sugiere tomar en cuenta la historia clínica de la vía aérea mediante interrogatorio clínico, registros anestésicos previos o ficha clínica, con la finalidad de detectar condiciones en la vía aérea. (Escobar, 2009)

La intubación difícil es causa de morbi y mortalidad anestésica, por lo cual es imperativo que el anesthesiólogo la pueda prever en la consulta o examen preoperatorio. A mayor grado de dificultad en la intubación incrementa la incidencia y severidad de las complicaciones, (Orozco, 2010)

El antecedente de intubación difícil comentado previamente por un anesthesiólogo, suele ser un predictor con mayor capacidad discriminante. El identificar y conocer una vía aérea difícil incrementará la seguridad del paciente en la intervención quirúrgica. Existen trabajos que mencionan la tarjeta personal identificativa, la cual es una herramienta que provee información dirigida al anesthesiólogo y personal sanitario. (García D. V., 2012)

La existencia de enfermedades crónico degenerativas, sobrepeso, obesidad mórbida, deformidades musculoesqueléticas, traumáticas o congénitas, cambios anatómicos fisiológicos propios de la gestación, artritis reumatoide condicionan con difícil acceso al neuroeje, estas condiciones son indagadas en la valoración anestésica, con la intención de disminuir complicaciones, estratificar y planificar la técnica a realizar en el paciente. (Aleman, 2019)

Existen características del paciente como deformidades óseas o características radiológicas de las vértebras lumbares, signos de escoliosis, antecedentes de punción epidural dificultosa. Con la intención de limitar el número de intentos o el cambio de técnica anestésica (Alvarez, 2021). Los antecedentes referidos por la paciente de técnica anterior dificultosa, se relacionan con la posibilidad de dificultades técnicas posteriores. (Charco, 2013)

JUSTIFICACIÓN

Los sistemas de salud tienen como objetivo ofrecer servicios con mayor calidad y con garantía de recibir atención adecuada y segura en búsqueda del resultado deseado. La satisfacción del paciente es un pilar importante e indispensable en la actuación médica, siendo una variable subjetiva en su evaluación, el cual el resultado final está determinado por varios factores: características de los pacientes, relación médico-paciente, sociales, demográficos, nivel educativo, identificando fortalezas y debilidades en la atención ofrecida por sistemas de salud. Nuestro trabajo de investigación pretende medir el nivel de satisfacción de los usuarios quirúrgicos tras la entrega y utilización del carnet anestésico, en el cual la información se obtendrá del expediente clínico e información proporcionada por el paciente. Se puntualiza en registrar: procedimiento quirúrgico, técnica anestésica utilizada, datos acerca de bloqueo o intubación difícil y observaciones. Con la intención de mejorar la calidad de atención brindada al paciente. Así mismo hacer una participación integral del médico anesthesiologo y el equipo quirúrgico, formando un equipo multidisciplinario que participe en las decisiones de cada caso.

El carnet anestésico orientara al anesthesiologo a mejorar la atención que brindara al usuario, prever posibles efectos y eventos adversos, cambiar técnica anestésica propuesta previamente y tratar situaciones adversas en el periodo perianestésico, transanestésico y postanestésico.

La responsabilidad del anesthesiologo, implica el estudio y adecuada valoración del paciente, para indicar y proporcionar el mejor manejo anestésico en cada situación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La evaluación de la calidad de la atención médica es necesaria para mejorar la atención de los servicios de salud. Es indispensable tomar en cuenta la satisfacción desde el punto de vista del paciente englobando que la atención se reciba de manera apropiada y que genere comodidad en el paciente. La satisfacción es variable subjetiva, modificado por factores personales, médicos y demográficos. Se implementó el carnet anestésico, determinando el grado de satisfacción, mejorar la calidad de atención y el servicio brindado.

¿Cuál es el nivel de satisfacción de los usuarios quirúrgicos con el uso del carnet anestésico en el Hospital Universitario de Puebla?

HIPÓTESIS

No se propone por tratarse de un estudio descriptivo.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Identificar el nivel de satisfacción con el uso del carnet anestésico en los usuarios quirúrgicos en el Hospital Universitario de Puebla.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer las características demográficas de los participantes.
- Indagar posibles asociaciones entre las características demográficas de los usuarios y su satisfacción respecto a la calidad de atención.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

DISEÑO

- Observacional

TIPO DE ESTUDIO

- Descriptivo
- Transversal
- Unicentrico
- Prospectivo

UBICACIÓN ESPACIO- TEMPORAL

- Estudio que se realizó en el Hospital Universitario de Puebla en el período comprendido entre febrero 2022 a agosto 2022 con pacientes quirúrgicos valorados en consulta preanestésica a los que se les proporcionó el carnet anestésico y en hospitalización se evaluó la satisfacción.

ESTRATEGIA DE TRABAJO

Los pacientes incluidos en el estudio acuden a la consulta preanestésica, deberán ser derechohabientes del Hospital Universitario de Puebla y estar programados para evento quirúrgico.

- Se realizó carnet anestésico a cada paciente en consulta preanestésica
- Se evaluó al momento de la hospitalización y revaloración preanestésica el nivel de satisfacción mediante escala de Likert.
- Se registraron datos y posteriormente se analizaron.
- Se realizaron y publicaron conclusiones.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Edad mayor 20 años
- Género indistinto.
- Evaluado en consulta preanestésica
- Paciente que cuente con carnet anestésico.
- Derechohabiente del HUP.
- Aceptar participar en la encuesta.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Analfabeta.
- Paciente con incapacidad para contestar la encuesta.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Paciente que no completaron la encuesta.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

- Variables dependientes: Satisfacción
- Variables independientes: Edad, Género, Nivel educativo

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN DE CONCEPTO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORIA	ESCALA DE MEDICIÓN
Satisfacción	Dependiente	Estado mental de goce por sentir que ya nada se necesita para lograr la completitud ya sea física o mental	Es la percepción del usuario sobre la calidad de atención de salud que reciben.	Cualitativa	Ordinal Cuestionario de Likert <ul style="list-style-type: none"> • Muy satisfecho • Satisfecho • Medianamente satisfecho • Insatisfecho • Muy insatisfecho
Edad	Independiente	Periodo de tiempo vivido por una persona desde su nacimiento a la fecha.	Años de vida que tiene cuidador al momento de la aplicación de la encuesta	Cuantitativa	Numérica

Género	Independiente	Conjunto de características no biológicas asignadas a hombres y mujeres	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	Cuantitativa	Nominal
Nivel educativo	Independiente	Período medido en años escolares que una persona ha permanecido en el sistema educativo formal	<ul style="list-style-type: none"> • Educación básica • Educación media superior • Educación superior 	Cuantitativa	Nominal

UNIVERSO O POBLACIÓN DE ESTUDIO

Personas que acudieron a la consulta preanestésica en el Hospital Universitario de Puebla.

Población

1200 Pacientes que acudieron a consulta preanestésica y que se hospitalizaran para evento quirúrgico

Muestra

La población muestra es de 291 pacientes, los cuales fueron valorados en consulta preanestésica

Tamaño de la muestra

Se entregaron 220 carnet anestésico, realizó una encuesta de satisfacción posterior a la hospitalización de los pacientes para evento quirúrgico.

- Finalmente en el protocolo de estudio se incluyeron a 198 pacientes programados para intervención quirúrgica, que previamente habían acudido a consulta preanestésica y se les había proporcionado el carnet anestésico, realizando la encuesta de satisfacción al momento de la hospitalización.
- 22 pacientes no se hospitalizaron y no se realizó el procedimiento quirúrgico.

CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

En materia de ética se cumple con la declaración de Helsinki en su revisión del 2013 de Rio de Janeiro acerca de experimentación con participantes humanos. De acuerdo a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, el nivel de riesgo de este estudio es riesgo mínimo, ya que no se empleara ningún fármaco experimental o dosis experimental en el individuo y el uso de ambos medicamentos es actualmente aceptado y regulado en nuestro país.

Se cumple con el respeto de autonomía y respeto. Este proyecto de investigación será sometido a valoración independiente por el Comité Local de Investigación, el cual se llevará a cabo posterior a la aprobación del proyecto y a la obtención del número de registro. Además se cumplirá con lo indicado por la NOM-012-SSA-2012 que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en humanos en relación a obtener la aprobación para el presente protocolo por el comité de ética local.

El manejo de la información de los participantes será confidencial cuidando la privacidad de los participantes. Se trabajará en una base de datos que solo tenga número de folio para resguardar la información de los participantes, la base original quedará resguardada por la investigadora principal y los asesores de tesis.

Cumpliendo con la privacidad de información con total apego a lo que se señala en la Ley Federal de Protección de datos.

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACION PARA LA SALUD.

Título segundo. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos.

CAPITULO I Disposiciones Comunes.

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

ARTÍCULO 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases: Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica. Contará con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal, en caso de incapacidad legal. Deberá ser realizada por profesionales de la salud, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud. Deberá ser suspendida la investigación de inmediato por el investigador principal, en el caso de sobrevenir el riesgo de lesiones graves, discapacidad o muerte del sujeto en quien se realice la investigación.

ARTÍCULO 15.- Cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usarán métodos aleatorios de selección para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo y deberán tomarse las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño.

ARTÍCULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 21.- Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa.

ARTÍCULO 22.- El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá ser elaborado por el investigador principal, indicará los nombres, direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación, ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

Acorde al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Esta investigación se clasifica dentro de la categoría I: Investigación sin riesgo: Siendo un estudio que emplea técnicas y métodos de investigación documental, no se realiza modificación intencionada de las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio. Se utilizan métodos como cuestionarios, encuestas, entrevistas, revisión de expediente clínico.

RECOLECCION DE DATOS

Se realizó un cuestionario con preguntas cerradas sobre una escala de Likert a la cual se le asignó un valor numérico a cada respuesta, de tal forma que para la respuesta.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, transversal en el Hospital Universitario de Puebla.

Se proporcionó información sobre la utilidad y uso del carnet anestésico, el investigador dio a conocer la finalidad del estudio y los beneficios de este. (Anexo 4). Se les informó que su participación consistiría contestando un cuestionario de carácter confidencial cuyos resultados serán únicamente empleados para lograr el objetivo de la investigación, todo explicado de manera entendible y completa. Una vez aceptada la participación en el estudio y con el consentimiento informado firmado, se procedió a recabar información de la historia clínica por interrogatorio directo e indirecto para el llenado de rubros del carnet anestésico.

Se proporcionó el carnet anestésico en la consulta preanestésica, el cual fue solicitado al momento de su hospitalización para el evento quirúrgico, y en ese momento se proporcionó un cuestionario con preguntas de carácter cerrado, basado el cuestionario de percepción de calidad anestesia y modificado en una escala de tipo Likert, a la cual se le asignó un valor numérico a cada respuesta, de tal forma que para la respuesta: Totalmente de acuerdo (10 puntos), De acuerdo (8 puntos), Indiferente o neutro (6 puntos), En desacuerdo (4 puntos), Total desacuerdo (2 puntos), lo anterior se realizó hasta completar la muestra de estudio. Posteriormente la información recolectada se capturó en una hoja de cálculo para su posterior análisis.

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS

Recursos Humanos:

- Investigador principal: Dra. Saida Itzel Mota Santiago. Médico Residente de segundo año de Anestesiología
- Asesor experto: Dr. Miguel Calva Maldonado. Médico Adscrito de Anestesiología.
- Co-asesor experto: Dr. Julio Cesar Pablo Yañez. Médico Adscrito de Anestesiología.
- Asesor Metodológico: Dra. Cheryl Díaz Barrientos.

Recursos Físicos y Materiales:

El estudio se realizó en las instalaciones del Hospital Universitario de Puebla; en el área de consulta preanestésica del servicio Anestesiología, sitio donde se entregó el instrumento de estudio para su posterior evaluación de satisfacción al momento de la hospitalización.

Recursos financieros:

Autofinanciamiento en impresiones y copias necesarias.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó estadística descriptiva e inferencial, gráficos y tablas, análisis observacional con media, moda y desviación estándar con análisis de T de student y análisis analítico con chi cuadrada dando significancia estadística cuando $p < 0.05$ con IC 95%.

FACTIBILIDAD

La disponibilidad de los recursos humanos, físicos y financieros permitió cumplir con el objetivo de proyecto de manera eficaz y económica.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

AÑO	2021									2022											
	NI NT	JU N	JUL	AG O	SE PT	OC T	NO V	DI C	EN E	FE B	MA R	AB R	MAY	JU N	JUL	AG O	SE P	OC T	NO V	DI C	
Recolección de información																					
Realización de protocolo																					
Entrega de protocolo																					
Realización del estudio																					
Análisis de los datos																					
Elaboración de tesis																					
Presentación de tesis																					

RESULTADOS

El cuestionario utilizado fue en base del cuestionario de percepción de calidad anestésica y se aplicó en una encuesta de tipo Likert, modificado a la necesidad del objetivo de estudio. Nuestro cuestionario consistió de 11 reactivos específicos para valorar el nivel de satisfacción con respecto a la experiencia con la implementación y uso de carnet anestésico (Anexo 2).

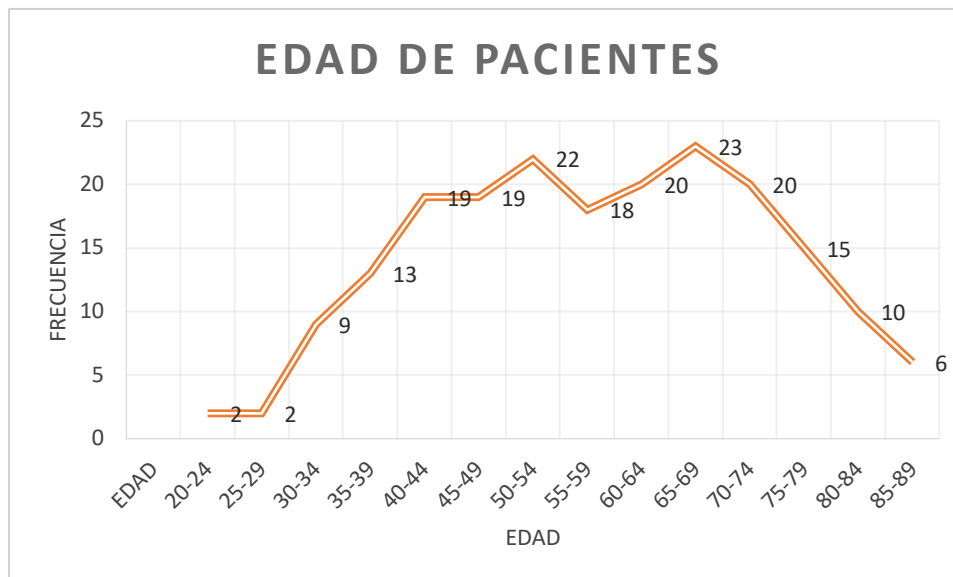
Del total de preguntas 3 de ellas se recabará información conforme a las variables independientes (edad, genero, escolaridad), 8 de ellas se califican con los adjetivos: totalmente de acuerdo (10 puntos), de acuerdo (8 puntos), indiferente o neutro (6 puntos), en desacuerdo (4 puntos), totalmente en desacuerdo (2 punto); esto con la finalidad de evaluar la satisfacción del servicio anestésico.

Tabla 1. Estadística de la edad de los pacientes incluidos en el estudio.

Variable	N	Mediana	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Edad (años)	198	59	15.3	20	89

Fuente: Encuesta Likert, Hospital Universitario de Puebla, 2022

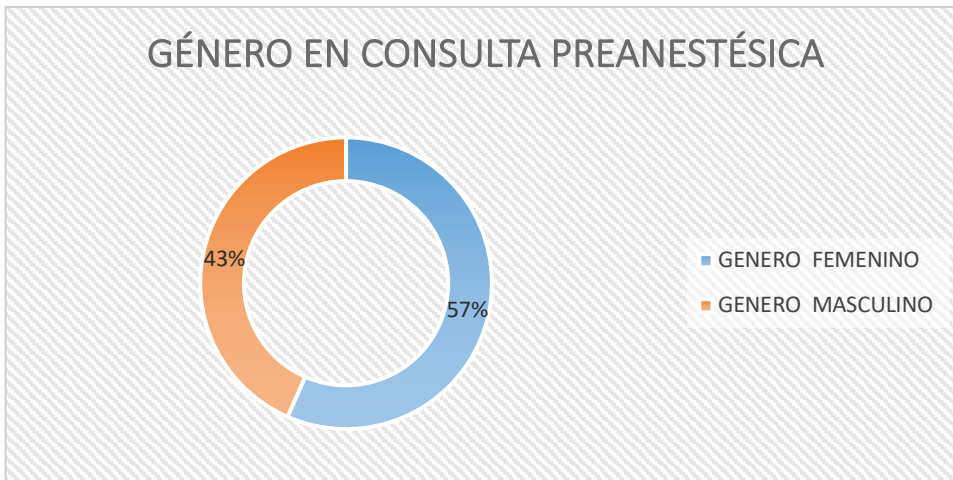
Gráfica 1. Edad de los pacientes incluidos en el protocolo.



Fuente: Encuesta Likert, Hospital Universitario de Puebla, 2022

Se incluyeron 198 pacientes de la consulta externa de valoración preanestésica, con un promedio de edad entre 20 a 89 años los pacientes que acuden a valoración preanestésica con una media 57.9 ± 15.3 .

Gráfica 2. Género de pacientes incluidos en el estudio y evaluados en la consulta preanestésica.



Fuente: Encuesta Likert, Hospital Universitario de Puebla, 2022

De la población muestra el 57% corresponde al género femenino y 43% al género masculino.

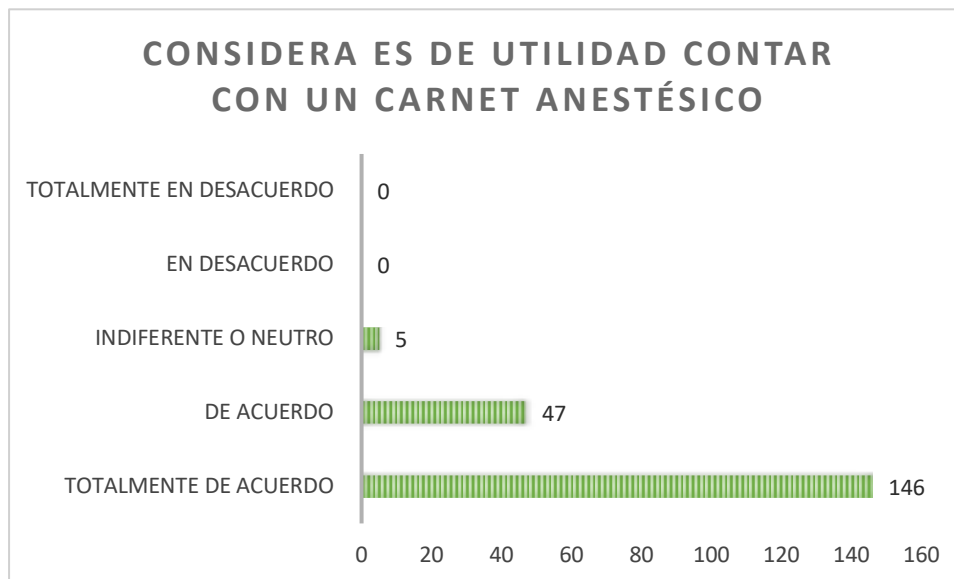
Gráfica 3. Grado de estudio de los pacientes incluidos en el protocolo de estudio



Fuente: Encuesta Likert, Hospital Universitario de Puebla, 2022

En cuanto a la escolaridad se evidencio que de la población muestra el último grado de estudios es el 25% Bachillerato, 22% Secundaria, 20% Primaria, 18% Licenciatura, 6% Maestría, y finalmente 9% Ningún grado de estudio.

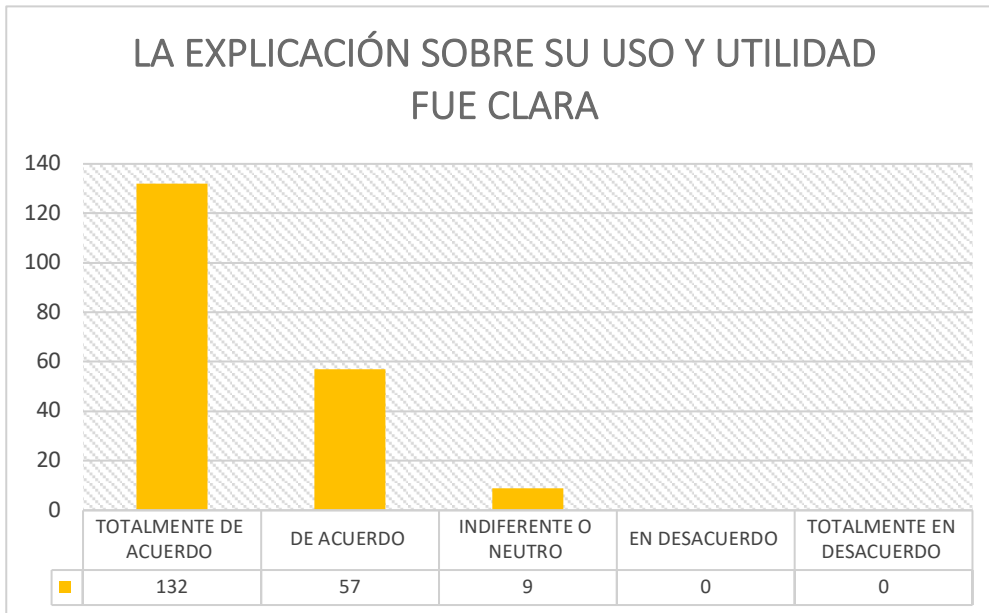
Gráfica 4. Utilidad el contar con un carnet anestésico.



Fuente: Encuesta Likert, Hospital Universitario de Puebla, 2022

El 73.3 % de la población muestra considera es de utilidad contar con un carnet anestésico, el 23.7 % como de acuerdo el contar con un carnet anestésico y el 2.5% como indiferente ante el mismo.

Gráfica 5. La explicación sobre su uso y utilidad fue clara.



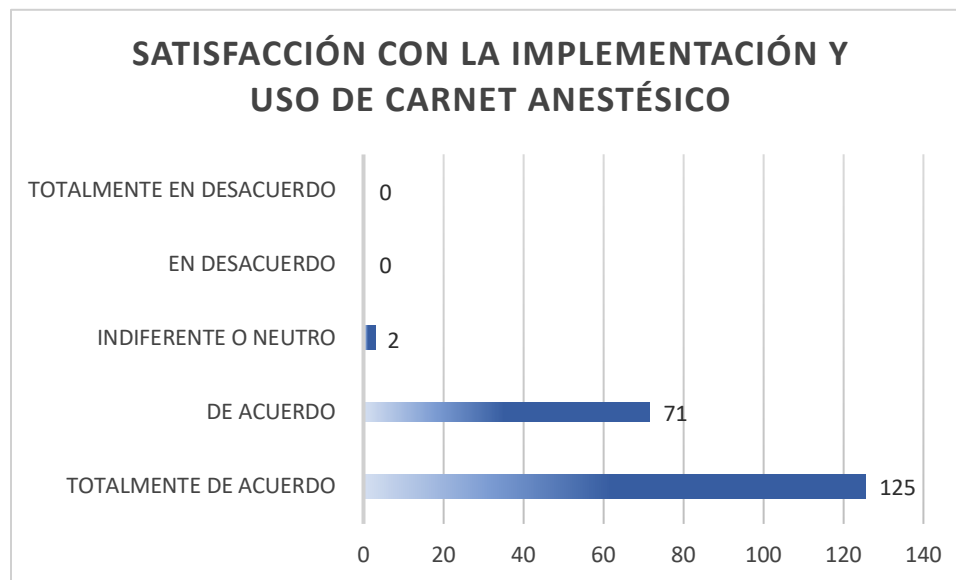
Fuente: Encuesta Likert, Hospital Universitario de Puebla, 2022.

El 74.7 % de los pacientes a los cuales se les proporcionó el carnet anestésico considera que cuenta con los datos suficientes. En un 99% de la población muestra considera que es entendible la información del documento. El 66% de los pacientes incluidos en el protocolo de estudio considera que es clara la información proporcionada sobre el correcto uso del carnet anestésico.

Se incluyó un reactivo para evaluar si la satisfacción con la atención médica ofrecida y de manera indirecta la relación médico –paciente la cual es un factor que puede modificar el resultado.

De la población muestra el 79.3 % considera que pudiera beneficiar la calidad de su atención médica y el 95.5% piensa que este documento pudiera mejorar su acto anestésico.

Gráfica 6. Satisfacción con la implementación y uso de carnet anestésico.



Fuente: Encuesta Likert, Hospital Universitario de Puebla, 2022

En este estudio los pacientes se manifiestan como muy satisfechos en el 63.1% y el 35.9% satisfechos con la implementación y uso del carnet anestésico.

DISCUSIÓN

Mosquera y cols puntualiza que a través de esta evaluación se valora el nivel de satisfacción de los usuarios quirúrgicos del hospital universitario y así mismo identificar las áreas deficitarias desde el punto de vista de los mismos, con la finalidad de obtener mejores resultados, con lo cual coincide con nuestro protocolo de investigación. El método más frecuente para evaluar la satisfacción es mediante encuestas en la cual su estructura de respuesta se basa en favorable y desfavorable. Blazquez Morales y cols (2018) puntualiza que la satisfacción de usuario es un indicador de calidad de la atención, la cual se realiza con la finalidad de cubrir necesidades en salud de la población, y se lleva a cabo su evaluación mediante instrumentos proporcionados a los usuarios.

La satisfacción es definida como una sensación de placer ante un hecho o deseo el cual ha cubierto una necesidad. Los niveles de atención han sido relacionados con niveles de satisfacción. En el ámbito hospitalario la calidad de la atención se relaciona con la satisfacción de los servicios recibidos. El evaluar la satisfacción de los usuarios o pacientes de un servicio médico es un indicador de calidad y se relaciona con un paciente satisfecho, así mismo es un resultado mensurable de la atención clínica.

Como lo comenta Ayala y cols la satisfacción se ve afectada por circunstancias cambiantes y por lo tanto la medición de la satisfacción tiene que ver con el hecho de que todos los indicadores dependen de contexto y todo es relativo. Se coincide con los resultados reportados con Ayala y cols en el cual el 60% de los pacientes reporta que los tiempos de espera y destinados a la consulta no son adecuados.

La satisfacción anestésica es un parámetro difícil de evaluar ya que es un parámetro subjetivo, no existe un instrumento para su evaluación, evaluado y oficial para dicha finalidad, desde tiempos remotos se han ocupado formularios de quejas, encuestas para medir el grado de satisfacción en nuestro protocolo de estudio utilizamos un cuestionario de tipo Likert que nos permitió evaluar el grado de satisfacción de la atención médica ante la implementación y uso del carnet anestésico, así mismo poder identificar posibles áreas de oportunidad y aumentar el grado de satisfacción. Instrumento de estudio que en otros centros hospitalarios no cuentan, motivo por el cual se decidió iniciar con la

implementación del mismo y poder valorar la satisfacción del usuario con este. La muestra del estudio coincide con Vázquez (2018) siendo mayormente población femenina la incluida en el estudio. Infantes (2016) concuerda que de las encuestas realizadas fue en mujeres, al igual que en nuestro protocolo. Hall Y Dornan (2004) observaron que las características demográficas como edad, y educación influían en la satisfacción, observándose que en los pacientes de edad avanzada y con nivel educativo más bajo manifestaban mayor satisfacción.

El grado de escolaridad coincide con el mayor grado de satisfacción, lo que es concordante a la descripción de Vázquez (2018), el cual a menor escolaridad, mayor satisfacción. Infantes (2016) reportan que la satisfacción del usuario puede modificarse de acuerdo a la edad, género y grado de escolaridad, para Blazquez y cols (2018) la satisfacción puede ser influenciada por a edad, sexo, nivel socioeconómico y escolaridad del paciente, conociendo con el protocolo de investigación, Sin embargo Ugalde y cols difieren en cuanto a la influencia que se observa con la escolaridad del paciente reportándola como una diferencia significativa.

Encontramos que la moda de edad de los pacientes evaluados en consulta preanestésica es de 60 años.

Se evidenció que el contenido del instrumento de estudio, así como la explicación sobre su uso y sus beneficios fue calificada como buena, en este parámetro se pudiera mejorar la calidad de explicación para un mejor entendimiento del mismo, sin embargo se deberá tomar en cuenta ciertos factores como el uso de palabras entendibles para el paciente, el grado de escolaridad de los pacientes, los cuales en su mayoría cuentan con bachillerato, seguido de secundaria y finalmente primaria, motivo por el cual se incluyó como variable en nuestro de protocolo de estudio. Se pudiera implementar mayor tiempo al final de la consulta preanestésica para mejor explicación del mismo, sin embargo esto prolongaría ligeramente los tiempos destinados para la consulta. Díaz Muñoz (2011) al igual que en nuestro protocolo coincide que la relación médico-paciente es fundamental para la calidad de la atención y así mismo la satisfacción.

Colunga y cols. Reportó en 66% satisfecho con la atención recibida, en nuestro estudio el nivel de satisfacción correspondiente fue de 63.1% porcentajes que se ven modificados por factores demográficos.

CONCLUSIONES

En conclusión, nuestro centro hospitalario nuestra población se refiere como muy satisfecho con el carnet anestésico, con lo cual englobamos el resultado como adecuado nivel de satisfacción tras la implementación y uso del mismo, llegando a la conclusión que es un instrumento que pudiera facilitar y mejorar tanto la atención médica y el acto anestésico en el cual las encuestas, como método de investigación, son el medio más empleado para conocer la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos, midiendo el parecer de los que han recibido asistencia. Es un avance para mejorar la calidad de la atención la implementación de un carnet anestésico.

La calidad de la atención médica conlleva la evaluación del grado de satisfacción, en el cual intervienen diferentes variables que modificarían el resultado, siendo un concepto subjetivo y multifactorial.

Una adecuada relación médico paciente es uno de los factores más importantes que pudiera modificar el grado de satisfacción.

BIBLIOGRAFÍA

Aguirre, E. A. (01 de Septiembre de 2014). *Guía clínica de manejo de: vía aérea difícil*. Guadalajara, Jalisco, México.

Alaguna, D. M. (2016). *Análisis de satisfacción del cliente respecto a los programas de educación ofertados por la bolsa de valores de Colombia y la relación con la intención de inversión*. Bogotá.

Aleman, V. I. (Agosto de 2019). *Validación y algoritmo del neuroeje en anestesia regional*. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-87712019000200059

Alvarez, G. E. (2021). *Escala de predicción de bloqueo neuroaxial difícil como predictor de acceso difícil durante la técnica de bloqueo*. Estado de México.

Arnal, D. (14 de Diciembre de 2011). *Anestesiari*. Obtenido de <https://anestesiari.org/2011/manana-se-presentara-la-tarjeta-identificativa-de-via-aerea-dificil-madrilena/>

B.P., G. (05 de Noviembre de 2015). *Valores del trabajo social: calidad y calidez humana*. Obtenido de <https://eldiaadiadeunatrabajadorasocial.wordpress.com/2015/11/05/valores-del-trabajo-social-calidad-y-calidez-humana/>

Bastidas, F. (2016). *Satisfacción preoperatoria, intraoperatoria y postoperatoria de los pacientes sometidos a intervención quirúrgica en el Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde*. Barbula, Venezuela.

Benitez Linero, I. (Marzo de 2017). *Validación de un cuestionario de satisfacción perioperatoria EVAN-G*. Sevilla.

Blazquez Morales María Sobeida Leticia, M. A. (Marzo 2018). *Satisfacción del trato recibido durante el embarazo, parto y puerperio en un Hospital Público*. *Revista de Salud Pública*, 8-19.

- Castellanos Olivares Antonio, E. C. (2013). Satisfacción anestésica como indicador de calidad de la atención médica en el paciente geriátrico. *Revista Mexicana de Anestesiología* , 1-6.
- Charco, R. L. (2013). Identificación de factores de técnica epidural dificultosa en la paciente obstétrica . *Rev. Soc. Esp del Dolor* , 216-220.
- Eliane, M. R. (Febrero de 2014). Satisfacción anestésica como indicador de calidad de la atención en los pacientes postoperados del CEMEV. Xalapa, Veracruz , México .
- Escobar, D. J. (2009). ¿Cuánto podemos predecir la vía aérea difícil? *Revista Chilena Anestesia*, 84-90.
- Española, D. d. (11 de Noviembre de 2021). *Diccionario de la Lengua Española* . Obtenido de <https://dle.rae.es>
- Fabila Echaury Angélica María, M. H. (2013). La escala de Likert en la evaluación docente: acercamiento a sus características y principios metodológicos. *Textos y contextos* , 31-40.
- García Sanchez Jaime. Aguilera Terrates José, C. R. (2011). Guía técnica para la construcción de escalas de actitud . *Revista electrónica de pedagogía*, 1-13.
- García, D. V. (23 de Mayo de 2012). *Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación*. Obtenido de <https://sensor.org/2012/presentacion-de-la-terjeta-de-via-aerea-dificil/>
- García, L. R. (2018). *Percepción de la calidad anestésica en pacientes posoperados Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral*. Lima.
- García, S. S. (2015). *La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones*. México: Programa editorial del Gobierno de la República.
- Garzón, L. N. (2014). *Evaluación de satisfacción del paciente con la calidad del proceso de la atención médica recibida en el área consulta externa del Hospital León Becerra de la Ciudad de Milagro*. Guayaquil Ecuador .

- González Medécigo Lorena Elizabeth, G. D. (2012). Calidad de la atención médica: La diferencia entre la vida o la muerte . *Revista Digital Universitaria* , 1-15.
- Grande, S. L. (2017). Percepción del paciente sobre la calidad de atención de la enfermera en la unidad de Oncología del Hospital Militar Centarl Lima-peru 2017. Lima, Perú.
- Hernández Gómez Marilyn, R. A. (2013). Manual instructivo en gestión de calidad en los servicios de salud . *Edumecentro* , 1-8.
- Huamán Parhuay, C. G. (2018). *Percepción de la calidad anestésica en pacientes posoperados Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral 2018*. Lima.
- López Moreno Sergio. Vértiz Ramírez Jesús, J. S. (2014). *El Sistema Integral de Calidad en Salud. Una mirada crítica*. México : Instituto Nacional de Salud Pública .
- Mariana, P. (15 de Octubre de 2021). *ConceptoDefinición* . Obtenido de <https://conceptodefinicion.de/satisfaccion>
- Mercedes, I. G. (2017). Calidad de atención y grado de asatisfacción de los usuarios de consulta externa del Centro de Atención de Medicina Complementaria del Hospital III Iquitos 2016 . *Revista Peruana de Medicina Integrativa* , 133-139.
- Narro Robles José, Z. T. (2012). La CONAMED a XV años de su creación. Reflexiones desde la academia . *Revista CONAMED*, 24-29.
- Naula Ichina Silvia Elizabeth, P. C. (2019). *Valoración de satisfacción anestésica y factores relacionados, en pacientes adultos sometidos a cirugía oftalmológica del Hospital Eugenio Espejo de la ciudad de Quito desde enero a abril 2019* . Quito .
- Olry de Labry Lima A., G. M. (2017). Identificación de indicadores de resultado en salud en atención primaria. Una revisión de revisiones sistemáticas. *Revista de Calidad Asistencial* , 1-11.
- Orozco, D. É. (2010). Predicción de intubación difícil mediante escalas de valoración de la vía aérea . *Cirugía y Cirujanos* , 393-399.

- Pedraza Melo Norma Angélica, L. V. (2014). Factores determinantes en la calidad del servicio sanitario en México. *Entramado* , 76-89.
- Pérez, A. C. (2014). *Asociación entre la calidad de la atención médica y la calidad de vida relacionada a la salud del paciente con hipertensión arterial de la unidad de medicina familiar número 75, IMSS*. Toluca.
- Perez, J. (2017). impacto de la calidad. *revista mexicana de anestesiología*, 23-24.
- Ramírez, P. C. (2013). Anestesia neuroaxial en columnas complejas para pacientes obstétricas: utilidad de la ecosonografía . *Revista Mexicana de Anestesiología* , S163-S166.
- Richard J. Febres Ramos, M. R. (2020). Satisfacción del usuario y calidad de atención del servicio de medicina interna del hospital daniel alcides carrión, Huancayo-Perú. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 397-403.
- Rios Caceres Adriana Marcela, B. G. (2016). *Percepción de Satisfacción en la atención en la salud en usuarios del servicio de consulta externa en los Hospitales San Antonio de Chia y Santa Rosa de Tenjo, Marzo 2016*. Bogotá.
- Romero Chávez Edith, C. E. (2019). Calidad de la atención médica desde un punto de vista bioético en un Hospital Oftalmológico de la Ciudad de México. *Acta Bioethica*, 235-242.
- Tápanes Galvan William, E. G. (2019). Control de la Calidad en la Salud Pública. Reseña Histórica. *Revista Médica Electrónica*, 809-813.
- Torres González Cristhofer Abel, V. R. (2017). Calidad de la atención en el servicio de anestesiología. Percepción del usuario. *Acta Médica Grupo Ángeles* , 92-98.
- Ugalde Manrique Cristina, S. R. (2012). Validación de un instrumento para evaluar satisfacción del usuario durante el periodo preanestésico en el Hospital Regional 1° de Octubre. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* , 44-50.
- Vargas González Vilma, V. J. (2013). Calidad en la prestación de servicios de salud: Parámetros de medición . *Revista de Ciencias Sociales*, 663-671.

Vera, C. M. (2018). *Satisfacción de usuario frente a la atención del equipo de salud en personas que asisten a un consultorio externo de especialidades médicas de la ciudad de Rosario durante el segundo cuatrimestre de 2018*. Rosario.

ANEXOS

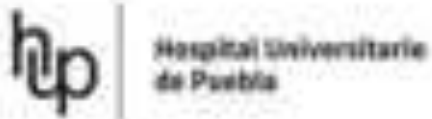
CARNET ANESTÉSICO (Anexo 1)

GRUPO: _____ N.º: _____

PACIENTE	PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	TÉCNICA ANESTÉSICA	Inicio - DTA	Finalización - DTA	OBSERVACIONES

CARNET ANESTÉSICO

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUEBLA



CARNET DE REGISTRO ANESTÉSICO

Nombre: _____

Apellido: _____

Edad: _____

Fecha de nacimiento: _____



ESCALA DE LIKERT (Anexo 2)

EDAD:

GENERO: FEMENINO MASCULINO

GRADO DE ESTUDIOS: NINGUNO PRIMARIA SECUNDARIA BACHILLERATO LICENCIATURA

Marque con una X la opción a seleccionar

1. Considera que es de utilidad contar con un carnet anestésico

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDIFERENTE O NEUTRO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. ¿Cree que cuenta con los datos suficientes?

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDIFERENTE O NEUTRO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Considera que es entendible la información del documento

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDIFERENTE O NEUTRO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Considera que pudiera beneficiar la calidad de su atención

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDIFERENTE O NEUTRO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. La explicación sobre su uso y utilidad fue clara

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDIFERENTE O NEUTRO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



6. Considera que con este documento se puede mejorar su acto anestésico

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDIFERENTE O NEUTRO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. La atención que le proporcionó el anesthesiólogo en consulta fue adecuada?

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDIFERENTE O NEUTRO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. ¿Qué tan satisfecho quedo con la implementación del carnet anestésico?

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDIFERENTE O NEUTRO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Totalmente de acuerdo: 10 puntos
De acuerdo: 8 puntos
Independiente o neutro: 6 puntos
En desacuerdo: 4 puntos
Totalmente en desacuerdo: 2 puntos

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS (Anexo 3)

No. De participante	Edad	Género	Nivel educativo	Puntuación total	Nivel de satisfacción

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN (Anexo 4)

TITULO DEL PROYECTO: **“NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LA IMPLEMENTACIÓN DEL CARNET ANESTÉSICO ENTRE LOS USUARIOS QUIRÚRGICOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUEBLA”**

Investigador: Saida Itzel Mota Santiago

La presente investigación es conducida por la Dra. Saida Itzel Mota Santiago, médico residente de tercer año de Anestesiología del Hospital Universitario de Puebla. El objetivo de este trabajo es la realización del trabajo de investigación final para cumplimentar la especialidad de Anestesiología.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá que responda una encuesta. Esto tomará aproximadamente 5 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es voluntaria y la información que se recoja será estrictamente confidencial, no usándose para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas de la encuesta le parece incómodas, tiene el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación para la realización del trabajo de investigación del Hospital Universitario de Puebla.

He sido informado (a) del objetivo de este estudio.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de la investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Nombre del Participante

Doy mi consentimiento para participar en la investigación si ____ no ____

Fecha

REVISION TESIS SAIDA ITZEL MOTA SANTIAGO

INFORME DE ORIGINALIDAD

34%	34%	8%	%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorioinstitucional.buap.mx	5%
	Fuente de Internet	
2	aprenderly.com	3%
	Fuente de Internet	
3	dgsa.uaeh.edu.mx:8080	2%
	Fuente de Internet	
4	uvadoc.uva.es	2%
	Fuente de Internet	
5	idus.us.es	2%
	Fuente de Internet	
6	repositorio.usmp.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
7	docplayer.es	1%
	Fuente de Internet	
8	es.scribd.com	1%
	Fuente de Internet	
9	repositorio.puce.edu.ec	1%
	Fuente de Internet	