



Colombian Journal of Anesthesiology

Revista Colombiana de Anestesiología

www.revcolanest.com.co

OPEN

 Wolters Kluwer

Medición de la satisfacción en la recuperación anestésica en una Unidad de Cuidados Post-anestésicos de alta complejidad: Perspectiva del paciente

Measurement of satisfaction with anaesthetic recovery high-complexity postanesthetic care unit: a patient perspective

Juan Pablo Vivas^{a,b}, Ernesto Reyes^a, Fernando Ríos^a, Rafael Lozano^a, Jairo Antonio Pérez^a, Merideidy Plazas^c

^a Hospital Universitario de La Samaritana. Bogotá, Colombia

^b Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt. Bogotá, Colombia

^c Universidad de la Sabana. Chía, Colombia.

Palabras clave: Anestesia, Dolor, Epidemiología, Pacientes, Satisfacción del paciente

Keywords: Anesthesia, Pain, Epidemiology, Patients, Patient Satisfaction

Resumen

Introducción: La evaluación de la calidad en la recuperación requiere mediciones centradas en el paciente como la satisfacción. En Colombia, se validó la escala CdR que incluye la perspectiva del usuario, el cual fue aplicado en la Unidad de Cuidados Post-anestésicos del Hospital Universitario de la Samaritana (HUS) de la ciudad de Bogotá.

Objetivos: Determinar la satisfacción de los pacientes en cuidado post-operatorio del HUS como indicador de calidad de la recuperación post-anestésica, así como, evaluar la consistencia interna y validez de la escala CdR en 11 especialidades aplicada en un hospital de alta complejidad.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo transversal que incluyó pacientes de la Unidad de Cuidados Post-anestésicos del HUS. Se estimó un tamaño poblacional de 379 pacientes, con una muestra final de 154. Se aplicó la escala CdR,

posteriormente, se realizaron análisis bivariados con las variables de control y las características clínicas. Adicionalmente, se analizó la consistencia interna con el Alpha de Cronbach y el rho de Spearman.

Resultados: Se analizaron 154 pacientes, 48.7% son mujeres y 51.3% son hombres. La mediana de la edad fue 52 años (RIQ: 35-64). 91.56% pertenecen al régimen subsidiado y 8.44% al contributivo. Del total de encuestados el 7,14% de los pacientes están satisfechos con la calidad de la recuperación (puntaje ≥ 56 de CdR). La consistencia interna es alta (Alpha de Cronbach=0,854) y una correlación inter-ítem promedio ($\rho=0,295$).

Conclusiones: La prueba tiene una alta confiabilidad, lo que permite identificar las fortalezas y debilidades en la prestación del servicio en cuidados post-anestésicos del HUS, siendo un insumo que permite tomar decisiones y generar estrategias para mejorar la calidad en la recuperación de los pacientes de alta complejidad.

Cómo citar este artículo: Vivas JP, Reyes E, Ríos F, Lozano R, Pérez JA, Plazas M. Measurement of satisfaction with anaesthetic recovery high-complexity postanesthetic care unit: A patient perspective. Colombian Journal of Anesthesiology. 2018;46:279-285.

Read the English version of this article on the journal website www.revcolanest.com.co.

Copyright © 2018 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.). Published by Wolters Kluwer. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Correspondencia: Hospital Universitario de La Samaritana Carrera 8 No. 0-29 Sur, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: jpablovh19@gmail.com

Colombian Journal of Anesthesiology (2018) 46:4

<http://dx.doi.org/10.1097/CJ9.0000000000000070>

Abstract

Introduction: Quality assessment of anaesthetic recovery requires patient-centred measurements such as satisfaction. In Colombia, a validated Quality of Recovery Scale (QRS), which includes the perspective of the user, was applied in the Post-anaesthetic Care Unit of Hospital Universitario de la Samaritana (HUS) in the city of Bogotá.

Objectives: To determine patient satisfaction with postoperative care for 11 specialties at HUS as a quality indicator of post-anaesthetic recovery, and to assess the internal consistency or validity of the QRS applied in a high-complexity hospital.

Materials and Methods: Cross-sectional descriptive study which included patients of the HUS post-anaesthetic care unit. A population size of 379 patients was estimated, with a final sample of 154. Following the application of the QRS, bivariate analyses were performed using control variables and clinical characteristics. Additionally, internal consistency was analysed using Chronbach's Alpha and Spearman's Rho.

Results: Overall, 154 patients were analysed, 48.7% females and 51.3% males. Median age was 52 years (IQR: 35–64); 91.56% belong to the subsidised health insurance regime, and 8.44% to the contributive regime. Of the total number of patients surveyed, 7.14% are satisfied with the quality of recovery (QRS score ≥ 56). Internal consistency is high (Cronbach's Alpha=0.854) and inter-item correlation is average (Rho=0.295).

Conclusions: The test is highly reliable, allowing to identify the strengths and weaknesses of the post-anaesthetic service at HUS. This input contributes to decision-making and to the selection of strategies for improving the quality of recovery in high-complexity postanesthetic patients.

Introducción

La calidad de la atención “es el nivel en que los servicios de atención en salud proporcionados a las personas y poblaciones, mejoran los resultados de salud deseados”. Para lograr esto, el cuidado en salud debe ser seguro, efectivo, oportuno, eficiente, equitativo y sobretodo centrado en el paciente.¹ En anestesiología, la calidad de la atención incluye los cuidados anestésicos que permiten la generación de buenos resultados en salud, en este caso perioperatorios, tales como: la reducción en la frecuencia de eventos adversos, la disminución del tiempo de recuperación y el aumento de la satisfacción de los pacientes.²

Dado lo anterior, se puede decir que involucrar la percepción de los pacientes brinda una perspectiva única de los aspectos no técnicos del cuidado médico y permite evaluar los servicios teniendo en cuenta las necesidades y expectativas de los pacientes como un resultado determinante del cuidado en salud.³⁻⁶ En la actualidad, existen herramientas centradas en el paciente, que se han desarrollado para evaluar la calidad en la recuperación de pacientes en áreas de cuidado posoperatorio, así como

revisiones sobre la metodología más aproximada para la medición de la satisfacción de la atención.⁷⁻¹⁰

En Colombia, se creó la Escala CdR para medir la calidad de la recuperación post-anestésica desde la perspectiva de los pacientes, la cual fue desarrollada en población colombiana para evaluar los procesos de atención (a excepción del dolor) en unidades de atención de bajo a mediano nivel de complejidad.² La Escala CdR fue evaluada en posoperatorios de 3 especialidades: cirugía ortopédica, abdominal o torácica, y según los resultados el 80,4% de los pacientes alcanzaron resultados satisfactorios.¹¹ Sin embargo, no se ha valorado la satisfacción en pacientes de especialidades de alta complejidad. El presente artículo tiene como objetivos: i) determinar la satisfacción de los pacientes en la Unidad de Cuidado Postoperatorio del HUS como indicador de calidad de la recuperación post-anestésica, y ii) evaluar la consistencia interna y validez de la escala CdR en un hospital referente para la alta complejidad. Lo anterior, con el fin de identificar las fortalezas y debilidades del proceso de atención en el área de recuperación post-anestésica, dando lugar al diseño de estrategias que permitan mejorar la calidad de la atención prestada.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal el cual se acogió a las recomendaciones locales e internacionales para la investigación en seres humanos, siendo aprobado por la Sub-comisión de Investigación de la Universidad de La Sabana y el Comité Ético-Científico del HUS.

Características de la sala de recuperación

El estudio fue llevado a cabo en la Unidad de Cuidados Post-anestésicos del HUS, la cual está compuesta por 17 camas: 14 camas y 3 camas adicionales en calidad de cuidados intensivos llamada Unidad de Tránsito Rápido que cumple la función de ser transitoria mientras se logra una ubicación definitiva para el paciente crítico. Todas son asistidas por un anestesiólogo con disponibilidad 24 horas y exclusividad para la unidad. El personal de enfermería está compuesto por un jefe de enfermería y una auxiliar de enfermería por cada 3 camas.

Población del estudio y muestra

La población bajo análisis incluyó pacientes desde los 14 años autorizados por los respectivos acudientes, considerando que este es el rango de edad límite para la atención de pacientes en el HUS.

Se excluyeron pacientes con requerimiento de ventilación mecánica en el postoperatorio, con alteración en el estado de conciencia o déficit cognitivo previo, así como pacientes que no aceptaron participar en el estudio.

Se estimó un total de 148 pacientes con satisfacción en recuperación en el 80,4% de los pacientes,¹² un nivel de confianza de 95%, una precisión de 5% y un tamaño poblacional mensual promedio de 379 pacientes teniendo en cuenta el número de cirugías que se realizan en el servicio. El cálculo se realizó en Epidat 3.1. El muestreo fue por conveniencia. La recolección se realizó durante 6 meses en el segundo semestre de 2013.

El estado de recuperación post-anestésico se determinó con el test de Bromage¹³ y el test de Aldrete¹⁴ (en anestesia regional y general, respectivamente) para comprobar la ausencia de efectos residuales de la anestesia.

Escala CdR

La escala CdR consta de 3 dominios: Calidad general (8 ítems con puntaje mínimo de 8 y máximo de 40); sala de recuperación (5 ítems, puntaje mínimo de 5 y máximo de 25); y dolor (1 ítem, puntaje mínimo de 1 y máximo de 5). Así, la mínima puntuación es 14 y la máxima es 70.² Se considera que la recuperación del paciente es satisfactoria a partir de 56 puntos o más en la escala CdR.¹¹

El instrumento fue aplicado una sola vez por el anesthesiólogo de recuperación a los pacientes que aceptaron participar de manera voluntaria en el estudio, a las 3 horas posoperatorias, con una calificación Aldrete 10/10. Así, una vez comprobada la competencia del paciente y la ausencia de efectos residuales de los anestésicos, los participantes firmaron un consentimiento informado antes de la aplicación de la encuesta. En caso de que el paciente fuera menor de edad, el asentimiento informado fue firmado por los padres o acudientes del menor.

Análisis estadístico

Adicional a las preguntas relacionadas con la escala CdR, se realizaron preguntas de control para conocer las características sociodemográficas de los pacientes y variables clínicas. La discriminación por los grupos etarios planteados, se consideró dado que la presencia de comorbilidades y el sitio de la cirugía, especialmente en mayores de 70 años puede influir en la calidad de la recuperación.^{15,16}

Entre las variables clínicas están el tipo de anestesia recibida, la clasificación por tipo de servicio quirúrgico, el índice de Lee y valor del Sistema de clasificación del *American Society of Anesthesiologists* (ASA) para conocer el riesgo preanestésico de la población bajo observación. Las puntuaciones de la escala CdR fueron contrastadas mediante un análisis bivariado con las variables de control y las características clínicas. Se calcularon frecuencias para las variables cualitativas y medidas de tendencia central y dispersión para las cuantitativas. Se analizó con la prueba de Shapiro Wilk la normalidad de las variables. Para estimar la diferencia de mediana entre los grupos se utilizó la prueba de Wilcoxon. Adicionalmente, se analiza

Tabla 1. Características clínicas.

Variable	n	%
Servicio quirúrgico		
Cirugía de cabeza y cuello	2	1.3
Cirugía general	32	20.7
Cirugía maxilofacial	6	3.9
Cirugía plástica	23	14.9
Gastroenterología	13	8.4
Ginecología	16	10.3
Neurocirugía	2	1.3
Oftalmología	9	5.8
Ortopedia	42	27.2
Otorrinolaringología	4	2.6
Urología	5	3.2
Riesgo anestésico ASA		
Menor o igual a I	44	28.5
Mayor a I menor a II	69	44.8
Mayor a II	41	26.6
Índice de Lee		
Menor a 2	142	92.2
Mayor o igual a 2	12	7.7
Tipo de anestesia recibida		
Regional	56	36.3
Local controlada	16	10.3
General	82	53.2

Fuente: Autores.

la consistencia interna y validez de criterio de la CdR en un hospital de alta complejidad con la prueba Alpha de Cronbach y el rho de Spearman.

Para el análisis de la información se utilizó el paquete estadístico STATA versión 13.

Resultados

Finalmente se analizaron 154 pacientes de los cuales, 51.3% fueron hombres. La mediana de la edad fue 52 años (RIQ: 35–64), con una edad mínima de 15 años y una máxima de 9; el grupo entre 30 a 70 años tuvo mayor representatividad (60.3%).

Según el régimen de afiliación, la mayoría de los pacientes se encuentran en el régimen subsidiado (91.5%).

Tabla 2. Características sociodemográficas y clínicas por estado de satisfacción.

Variable	No satisfecho (n=143)		Satisfecho (n=11)	
	n=	Media (DE)	n=	Media (DE)
Escala CdR	143	48.6 (3.2)	11	57.6 (1.7)
Sexo	n=	%	n=	%
Mujer	68	47.5	7	63.6
Hombre	75	52.4	4	36.3
Grupo etario				
Menor a 30	30	20.9	3	27.2
Entre 30 y 70 años	86	60.1	7	63.6
Mayor a 70 años	27	18.8	1	9.0
Especialidad				
Cirugía de cabeza y cuello	2	1.4		
Cirugía general	31	21.6	1	9.0
Cirugía maxilofacial	6	4.2		
Cirugía plástica	23	16.0		
Gastroenterología	12	8.3	1	9.0
Ginecología	13	9.0	3	27.2
Neurocirugía	2	1.4		
Oftalmología	9	6.2		
Ortopedia	37	25.8	5	45.4
Otorrinolaringología	4	2.8		
Urología	4	2.8	1	9.0
Riesgo anestésico ASA				
I	42	29.3	2	18.1
II	62	43.3	7	63.6
Mayor a II	39	27.2	2	18.1
Índice de Lee				
Menor a 2	132	92.3	10	90.9
Mayor o igual a 2	11	7.6	1	9.0
Tipo de anestesia recibida				
Regional	52	36.3	4	36.3
Local controlada	16	11.1		
General	75	52.4	7	63.6
Afiliación a seguridad social				
Subsidiado	130	90.9	11	100.0
Contributivo	13	9.0		

ASA: American Society of Anesthesiologists; DE: Desviación estándar.
Fuente: Autores.

En cuanto a las variables clínicas, el 44.8% de los encuestados presentó un riesgo pre-anestésico ASA II. En el 92,2% de los casos se identificó un índice de Lee menor a

2. En relación a la clasificación por tipo de servicio quirúrgico, la participación más alta la tienen los pacientes con intervenciones de cirugía ortopédica (n=42), seguido de los pacientes llevados a procedimientos de cirugía general (n=32), mientras que la participación más baja es para la especialidad de cirugía de cabeza y cuello (n=2) (Tabla 1).

Para la población bajo estudio, la escala CdR registró un puntaje promedio de 49.2 (DE: 4.1), con un mínimo de 39 y un máximo de 61. Sin embargo, del total de encuestados, el 7,14% (n=11) de los pacientes están satisfechos con la calidad de la recuperación (CdR \geq 56) frente al 92,86% (n=143) de los pacientes que no están satisfechos (CdR < 56) (Tabla 2).

De los pacientes satisfechos, la media correspondió a 57.64 (DE: 1.7), mientras que para los insatisfechos fue de 48.65 (DE: 3.2). La población del régimen contributivo no tuvo ningún paciente satisfecho. De las 11 especialidades que llevaron a intervenciones o procedimientos a los pacientes, solo quedaron 5 especialidades dentro de los satisfechos (Ortopedia, ginecología, cirugía general, gastroenterología y urología).

En cuanto a las diferencias para las características más relevantes, los resultados de la prueba de Wilcoxon para el puntaje CdR indican que solo la diferencia es estadísticamente significativa entre quienes están satisfechos y quienes no ($p < 0.05$). Mientras que el sexo del paciente y el tipo de anestesia recibida no presenta diferencias estadísticamente significativas, lo que permite intuir que para estas características no hay efecto alguno en la escala CdR. La Tabla 3 muestra los resultados de la prueba t para las características más relevantes.

Finalmente, para probar la consistencia de la escala CdR se realizó una prueba Alpha de Cronbach cuyo resultado indica que la consistencia interna es alta (Alpha de Cronbach = 0,854), con una correlación inter-ítem promedio ($\rho = 0,295$). (Tabla 4). Lo anterior, confirma la confiabilidad

Tabla 3. Pruebas t para características relevantes.

Variable	Observaciones	Mediana (RIQ) CdR	p
No Satisfecho	143	48 (45-51)	0.000
Satisfecho	11	50 (49-51)	
Femenino	75	48.5 (45-51)	0.40
Masculino	79	48 (46-51))	
Anestesia general	82	49 (47-51)	0.76
Local/regional	72	48 (45-50)	

RIQ (Rango Intercuartilico). Prueba de Wilcoxon para probar diferencia de medianas
Fuente: Autores.

Tabla 4. Valores del Alpha de Cronbach y Correlación inter ítem de la Escala CdR.

Item	Obs	Sign	Correlación ítem-prueba	Correlación ítem-resto	Promedio de correlación inter ítem	Alpha
CH anestesiología	154	+	0,839	0,796	0,268	0,827
CH enfermería	154	+	0,808	0,759	0,272	0,829
CH del cuerpo médico	154	+	0,831	0,787	0,269	0,827
CH general	154	+	0,848	0,808	0,268	0,826
CA de enfermería	154	+	0,791	0,738	0,274	0,830
CA general	154	+	0,794	0,742	0,273	0,830
CA en recuperacion	154	+	0,725	0,659	0,280	0,835
Atención de los médicos	154	+	0,751	0,690	0,278	0,833
Ver rápido parientes	154	-	0,334	0,220	0,322	0,860
Observación de heridas	154	-	0,449	0,344	0,310	0,854
Valoración física constante	154	-	0,451	0,346	0,309	0,853
Información suficiente	154	+	0,163	0,042	0,340	0,870
Anestesiólogo recuperación	154	+	0,168	0,047	0,339	0,870
Dolor en la herida	154	-	0,275	0,157	0,328	0,864
Prueba					0,295	0,854

CH=Calidad humana, CA=Calidad de la atención.
Fuente: Autores.

de la escala, lo que permite asumir que existe una alta correlación entre los ítems para medir el constructo calidad de la recuperación post-anestésica en un escenario de alta complejidad.

Discusión

La satisfacción del paciente, es una medida de resultado que permite evaluar uno de los seis dominios de la calidad de la atención: "Atención centrada en el paciente".^{3,17} En anestesiología, la calidad de la recuperación se relaciona con el grado de satisfacción del paciente y con su calidad de vida, estos al combinarlos permiten la obtención de resultados centrados en el paciente, que son determinantes para la toma de decisiones y mejoramiento de la prestación de los servicios.¹⁸

La Escala CdR, permite incluir la perspectiva del paciente como parte del indicador de calidad de recuperación. Al ser aplicada en el grupo de pacientes del HUS, se determinó que 7,14% del total de la muestra se encontraba satisfecha con la calidad de la recuperación, en contraste con los resultados publicados anteriormente para esta escala en Medellín (80.4%).¹¹ La diferencia de valores entre

las dos publicaciones se puede deber también al tipo de procedimiento realizado en el hospital de alta complejidad y al tiempo en el cual se realizó la evaluación de la escala, 3 horas versus 24 horas.

En términos de la diferenciación por sexo no hubo una diferencia estadísticamente significativa, en la población femenina el 9,3% presentó un estado de satisfacción, a diferencia de los hombres con 5,3%, pudiendo relacionarse con el tipo de evento quirúrgico a las que fueron sometidas (intervenciones ginecoobstétricas de corta duración), dando como resultado diferencias en el tipo de intervención y así mismo en la recuperación.² En el presente estudio, todos los grupos etarios tuvieron mayor representación en el estado de no satisfechos.

La anestesia regional se considera como un factor modificador de la satisfacción de los pacientes, lo anterior, dado por aumento en el control del dolor postoperatorio y la disminución de los efectos adversos con el uso de técnicas regionales.¹⁹ Según la técnica anestésica, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el estado de satisfacción. En otro estudio realizado con una escala análoga visual de calificación en el Hospital San

Ignacio de la ciudad de Bogotá, tampoco se encontraron diferencias en la satisfacción de los pacientes respecto al tipo de anestesia. Sin embargo, los resultados entre esa y esta investigación no son comparables porque los instrumentos de medición de la satisfacción de la recuperación fueron diferentes.²⁰

El estado de satisfacción en el HUS se vio afectado negativamente por la severidad del dolor en el área de cuidado postoperatorio, lo cual coincide con otros estudios donde describieron la asociación de dolor con bajas puntuaciones en la unidad de recuperación.^{11,21,22} Al igual que el control del dolor, el dominio de sala de recuperación donde se califica la visita por parte de parientes, la frecuencia de valoración física y la presencia del anestesiólogo en la unidad de cuidados post-anestésicos tuvieron un efecto negativo en el puntaje de satisfacción.

Por último, el alto nivel de confiabilidad de la prueba de consistencia con Alpha de Cronbach permite abrir la puerta para la aplicación de la Escala CdR en otras instituciones de mayor nivel de complejidad distribuidos en otras áreas geográficas del país. Este resultado es especialmente importante, si se tiene en cuenta que la escala CdR se aplicó a pacientes con postoperatorios de 11 especialidades, de las cuales ortopedia, ginecología, cirugía general, gastroenterología y urología, presentaron resultados satisfactorios.

Limitaciones

Existen otras variables que podrían influir en la satisfacción de los pacientes y que no se encuentran contempladas en la Escala CdR, tales como: la experiencia negativa en intervenciones de anestesiología previas y el tiempo esperado para la asignación de la cama en áreas de hospitalización,¹⁷ así como la puntuación de la complejidad del mismo procedimiento quirúrgico y el tiempo idóneo para la realización de encuestas en el postoperatorio.

Vale la pena resaltar, que la extrapolación de los resultados a otras instituciones de alta complejidad o de una mayor, no es posible considerando las características de la población bajo estudio. Lo anterior, implica que es necesario realizar análisis adicionales para asegurar la validez externa del estudio. Así mismo, otros estudios que podrían medir la satisfacción de la recuperación teniendo en cuenta diferentes horas de aplicación de la CdR.

Conclusiones

Evaluar la satisfacción luego de recibir anestesia es fundamental para conocer la percepción de calidad de los pacientes, en línea con ese objetivo, este estudio aplicó la escala CdR para medir 3 dominios: calidad general, sala de recuperación y dolor. Sin embargo, para el caso del Hospital Universitario de la Samaritana de Bogotá un hospital del estado referente para la alta complejidad tan solo el 7.14% de los pacientes están satisfechos con la

recuperación evaluados esta vez en un tiempo de 3 horas, menos al descrito anteriormente.

En cuanto al dolor, es considerado como el Quinto signo vital²³ y aliviarlo se constituye como un derecho humano fundamental.^{24,25} La generación de estrategias de sensibilización que permitan hacer efectivo el control del dolor de los pacientes en el área de cuidados postoperatorios del Hospital Universitario de la Samaritana se espera que mejore la calificación de satisfacción de los pacientes como indicador de calidad de la recuperación.

Adicionalmente, estrategias que permitan mejorar la atención en el dominio de sala de recuperación del HUS, como: mejoras en el control en la frecuencia de valoración del estado de las heridas, la orientación sobre las condiciones de cuidado y riesgos perioperatorios, la permanencia continua del anestesiólogo, así como el contacto oportuno con los familiares podrían mejorar la satisfacción general.

Responsabilidades éticas

Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal el cual se acogió a las recomendaciones locales e internacionales para la investigación en seres humanos, siendo aprobado por la Sub-comisión de Investigación de la Universidad de La Sabana, mediante acta No. 275 del 01 de noviembre del 2013, y el Comité Ético-Científico del Hospital Universitario de La Samaritana, mediante acta No. 4 del 18 de octubre del 2013.

Financiación

No existen fuentes de financiación para declarar.

Conflictos de interés

No existen conflictos de intereses para declarar.

Referencias

1. World Health Organization. Maternal, newborn, child and adolescent health - Quality of Care. [Internet]. 2017. [Cited 2018 Jul 18]. Available at: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/quality-of-care/definition/en/
2. Eslava-Schmalbach J, Gaitán-Duarte H, Gómez-Restrepo C. Escala para medir la calidad de la recuperación postanestésica desde la perspectiva del usuario. *Rev Salud pública* 2006;8 1:52-62.
3. World Health Organization. Quality of care: A process for making strategic choices in health systems. *J Am Med Assoc* 2006;267: 1-50.
4. Gupta A, Daigle S, Mojica J, Hurley RW. Patient perception of pain care in hospitals in the United States. *J Pain Res* 2009;2:157-164.
5. Alkhoury F, Burnweit C, Malvezzi L, Knight C, Diana J, Pasaron R, et al. A prospective study of safety and satisfaction with same-day discharge after laparoscopic appendectomy for acute appendicitis. *J Pediatr Surg* 2012;47 2:313-316.
6. Auquier P, Pernoud N, Bruder N, Simeoni M-C, Auffray J-P, Colavolpe C, et al. Development and validation of a perioperative satisfaction questionnaire in Regional Anesthesia. *Anesthesiology* 2005;102 6:116-123.

7. Gornall BF, Myles PS, Smith CL, Burke JA, Leslie K, Pereira MJ, et al. Measurement of quality of recovery using the QoR-40: A quantitative systematic review. *Br J Anaesth* 2013;111 2:161-169.
8. Herrera FJ, Wong J, Chung F. A systematic review of postoperative recovery outcomes measurements after ambulatory surgery. *Anesth Analg* 2007;105 1:63-69.
9. Kluijvers KB, Riphagen I, Vierhout ME, Brölmann HAM, de Vet HCW. Systematic review on recovery specific quality-of-life instruments. *Surgery* 2008;143 2:206-215.
10. Stark P, Myles P, Burke J. Development and Psychometric Evaluation of a Postoperative Quality of Recovery Score. *The QoR-15* 2013;118 6:1332-1340.
11. Cadavid A, Mendoza J, Gómez N, Berrío M. Prevalencia de dolor agudo posoperatorio y calidad de la recuperación en el Hospital Universitario Sant Vicente de Paul, Medellín, Colombia, 2007. *Rev Científicas América Lat* 2009;22 1:11-15.
12. Cadavid Puentes AM, Mendoza Villa JM, Gómez Úsuga ND, Berrío Valencia MI. Prevalence of acute postoperative pain and quality of recovery at a university-affiliated hospital in Medellín, Colombia, 2007. *Iatreia*. 22(1):11-5.
13. Delgado MM, López JA, Granja E, Salazar CM, Trejo@@de J. Eficacia en la asociación de bupivacaína más neostigmina en bloqueo subaracnoideo. *Rev Espec Médico-Quirúrgicas* 2004;9 1:56-61.
14. Castiñeiras P, Maceiras R, Gauna M, Moure F, Fidalgo V. Recuperación anestésica inmediata y función psicomotriz de los pacientes tras anestesia prolongada con desflurano, sevoflurano o isoflurano. *Rev Esp Anestesiol* 2000;47:386-392.
15. Bettelli G. Anaesthesia for the elderly outpatient: preoperative assessment and evaluation, anaesthetic technique and postoperative pain management. *Curr Opin Anaesthesiol* 2010;23 6:726-731.
16. Ekstein M, Gavish D, Ezri T, Weinbroum AA. Monitored Anaesthesia Care in the Elderly. *Drugs Aging* 2008;25 6:477-500.
17. Barnett S, Alagar R, Grocott M, Giannaris S, Dick J, Ramani S. Patient-Satisfaction Measures in Anesthesia. *Qualitative Systematic Review*. *Anesthesiology* 2013;119 2:452-478.
18. Heidegger T, Saal D, Nuebling M. Patient satisfaction with anaesthesia care: What is patient satisfaction, how should it be measured, and what is the evidence for assuring high patient satisfaction? *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 2006;20 2:331-346.
19. Wu CL, Naqibuddin M, Fleisher LA. Measurement of patient satisfaction as an outcome of regional anesthesia and analgesia: A systematic review. *Reg Anesth Pain Med* 2001;26 3:196-208.
20. Gempeler F, Avellaneda MV. Evaluación de la satisfacción y tiempo en recuperación con diferentes técnicas anestésicas en el Hospital Universitario de San Ignacio. *Rev Colomb Anesthesiol* 2010;38 2:178-202.
21. Wu C, Rowlingson A, Partin A, Kalish M, Courpas G, Walsh P, et al. Correlation of postoperative pain to quality of recovery in the immediate postoperative period. *Reg Anesth Pain Med* 2005;30 6:516-522.
22. Galí J, Puig C, Carrasco G, Roure C, Andreu C. Experiencia en el tratamiento multidisciplinar del dolor agudo posoperatorio. *Rev Calid Asist* 2004;19 5:296-303.
23. Jamison RN, Edwards RR. Integrating pain management in clinical practice. *J Clin Psychol Med Settings* 2012;19 1:49-64.
24. Hernández J, Osorio R. Evaluación del paciente con dolor. In: Rosario, CEU., del, editor. *Medicina del Dolor*. Bogotá D.C.; 2005. p. 1-426.
25. Organización de las Naciones Unidas. Noticias ONU - UN News [Internet]. 2004. [Cited 2018 May 18]. Available at: <https://news.un.org/es/story/2004/10/1043101>