

**Recuperación y Satisfacción Anestésica de los  
Pacientes Postoperados de Cirugía General**

*Recovery and Anesthetic Satisfaction of Patients' Postoperative General Surgery*

\*Cinthia Waleska Rodríguez Villeda

**RESUMEN:** En anestesiología influyen varios factores para garantizar satisfacción y calidad adecuada, aunque la satisfacción va encaminada a evaluarse en todo tipo de anestesia aplicada, esta revisión se enfocó en el análisis de la satisfacción de los pacientes sometidos a anestesia general. La satisfacción en la recuperación postoperatoria del paciente depende de lo que espera previo a su procedimiento quirúrgico, el tiempo de espera para la realización de la cirugía, la información que se le brinda al paciente, el manejo adecuado de la ansiedad. La mayoría de las mediciones de los indicadores utilizados para evaluar la calidad de la recuperación postanestésica involucran situaciones desde la percepción del personal de salud y poco sobre la percepción del paciente, de tal manera que en las investigaciones recientes se incluyen variables que evalúan el estado del paciente, como el dolor, vómito, tiempo para despertar entre otras, como parámetros para conocer su satisfacción. Para analizar esta problemática es necesario identificar que las personas hospitalizadas para una intervención quirúrgica desde ya tienen miedo a la cirugía, anestesia y a las diferentes complicaciones de la intervención propiamente dicha, si le sumamos la falta de empatía del personal de salud aumentaremos un desequilibrio emocional que afectara en su recuperación. Se debe tomar en cuenta que una adecuada adaptación psicológica preoperatoria suele ser seguida por una buena adaptación postoperatoria; de tal manera que el estado psíquico del paciente influye en su recuperación postanestésica.

**PALABRAS CLAVE:** anestesia general, náusea, recuperación anestésica, sala de recuperación, período postoperatorio.

**ABSTRACT:** In anesthesiology, several factors influence to guarantee satisfaction and adequate quality, although satisfaction is aimed at evaluating all types of anesthesia applied, this review will focus on the analysis of the satisfaction of patients undergoing general anesthesia. The satisfaction in the postoperative recovery of the patient depends on what he expects prior to his surgical procedure, the waiting time for surgery, the information provided to the patient, and the proper management of anxiety. Most of the measurements of the indicators used to assess the quality of post-anesthesia recovery involve situations from the perception of the health personnel and little about the

\*Médico General pasante del segundo año del Postgrado de Anestesiología, reanimación y dolor.

DOI: Correo electrónico: Cinthia.rodriguez.villeda@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1887-0322>

Recibido: 22-06-2023 Aprobado: 01-04-2024

perception of the patient, in such a way that recent investigations include variables that evaluate the state of the patient, such as pain, vomiting, chills, nausea, time to wake up among others, as parameters to know their satisfaction. In order to analyze this problem, it is necessary to identify that people hospitalized for a surgical intervention are already afraid of surgery, anesthesia, the different complications of the intervention itself and if we add the lack of empathy of the health personnel, we will increase an emotional imbalance that will affect your recovery. It must be considered that an adequate preoperative psychological adaptation is usually followed by a good postoperative adaptation; in such a way that the mental state of the patient influences his post-anesthetic recovery.

**KEY WORDS:** general anesthesia, vomiting, anesthesia recovery period, recovery room, postoperative period.

## INTRODUCCIÓN

La satisfacción del paciente postoperado y la calidad de la recuperación de este es considerada multifactorial y según Royse y Clarke son diferentes resultados, sin embargo, la interrogante si hay más de una manera de buscar una posible relación entre cada uno cobra más relevancia.<sup>(1)</sup> Existen muchas controversias si es correcto o no medir la satisfacción del paciente ya que puede presentar poca utilidad en el contexto de la calidad del resultado centrado en el paciente. Conceptualmente, aunque la satisfacción del paciente es quizás más difícil de definir que la calidad de la recuperación, los aspectos del concepto, como la información, la comunicación, el respeto y el cuidado del paciente, se conocen entre los factores más importantes en el cuidado del paciente.<sup>(2)</sup>

La satisfacción puede estar fuertemente influenciada por la expectativa, de modo que, si un paciente espera un cierto resultado y lo logra, estará satisfecho incluso si su calidad de recuperación no es óptima, mientras que, si el paciente espera determinado resultado y no lo consigue, puede estar insatisfecho, aunque su recuperación sea óptima. La satisfacción del paciente y la calidad de la recuperación son medidas importantes de calidad. La satisfacción ha sido utilizada como una medida sustituta de la calidad de la recuperación durante muchos años, principalmente porque se puede realizar fácilmente y es considerada una herramienta de retroalimentación en la sociedad. Existen diversas herramientas que se pueden emplear para medir la satisfacción y la calidad de recuperación tras un procedimiento quirúrgico. La satisfacción se mide principalmente con una serie de preguntas medidas con la escala de Likert, en la cual hay una gama de respuesta categóricas desde tres hasta cinco o diez puntos, mientras que la calidad se realiza mediante una encuesta llamada QoR- 15.<sup>(3)</sup>

La escala de la recuperación anestésica QoR-15 utiliza una escala analógica visual entre 0 y 10 para cada pregunta, que consta de 15 preguntas que se evalúan en tres momentos o tiempos definidos como Tiempo 1 que se mide en el preoperatorio, Tiempo 2 que se

evaluará a los 15 minutos del postoperatorio y Tiempo 3 que llevará a cabo al evaluar a los 40 minutos del postoperatorio usando las mismas preguntas en los tres momentos de la encuesta.<sup>(3)</sup>

Royse y colaboradores desarrollaron la Escala de Calidad de la Recuperación Post- operatoria, que evalúa objetivamente los dominios fisiológico, nociceptivo, emotivo, funcional y cognitivo e incluye la evaluación general del paciente junto con la satisfacción (utilizando una escala Likert simple de 5 puntos). Existen muchas otras escalas de calidad de recuperación o satisfacción, y ninguna es capaz de caracterizar completamente la satisfacción o la calidad de la recuperación.<sup>(3)</sup>

En esta revisión bibliográfica se incluye la importancia de medir la “satisfacción del paciente,” práctica que fue introducida en los años noventa, conociéndose desde entonces la gran subjetividad que la acompaña y lo difícil de su medición.

La satisfacción del paciente puede estar influida por diversos componentes entre estos los relacionados con el paciente, como factores sociodemográficos: edad, sexo, grado de educación, estado marital, ocupación, raza, etc.; los relacionados con el proveedor de salud como: interacciones verbales, no verbales y competencia profesional; y los relacionados con el proceso en sí, como: accesibilidad, conveniencia, servicios auxiliares, factores burocráticos, costos, factores ambientales y organización de los servicios de salud. En la actualidad la satisfacción es un gran indicador de la atención y calidad de la asistencia médica que contribuye a la evaluación del resultado de los servicios de salud.

No existen suficientes publicaciones al respecto que valoren la opinión de nuestros pacientes en función de la experiencia vivida durante todo el procedimiento quirúrgico, sin embargo, para la medición de la satisfacción del paciente, se utilizan instrumentos como la: escala numérica, escala visual análoga y escalas categóricas tipo Likert que brindan información global acerca de todo el cuidado en salud recibida. A gran escala se han utilizado cuestionarios como el QoR (por sus siglas en inglés Quality of Recovery Score) descrita en la presente revisión.

## **DESARROLLO DEL TEMA**

### **1.1 Antecedentes**

En el año, alrededor de 310 millones de pacientes se someten a cirugía en todo el mundo, y en países desarrollados la tasa quirúrgica es mayor.<sup>(4)</sup> Los hallazgos de estudios epidemiológicos sugieren que 4.800 millones de personas no tienen acceso a procedimientos quirúrgicos seguros, eficaces y de calidad y que al menos 143 millones adicionales se requieren procedimientos cada año, principalmente en países de bajos y medianos ingresos.<sup>(5)</sup>

Las complicaciones postoperatorias aumentan a medida que los sistemas de atención médica se desarrollan para mejorar el acceso a tratamientos quirúrgicos.<sup>(6)</sup> Las complicaciones posoperatorias incrementan los costos económicos del tratamiento y reducen tanto la esperanza de vida como la calidad de vida. Sin embargo, nuestra comprensión global de los resultados tras un procedimiento quirúrgico es limitada. Las estimaciones de los países desarrollados sugieren que las complicaciones posoperatorias ocurren en hasta el 20 % de los pacientes, la mortalidad a corto plazo varía de 1 a 4%.<sup>(7)</sup> La atención perioperatoria eficaz se considera esencial para cumplir de manera segura los tratamientos quirúrgicos, no se ha definido el nivel óptimo de dicha atención.

La satisfacción y calidad de la recuperación postquirúrgica de los pacientes que son atendidos todos los días en una unidad de cirugía es una necesidad primordial en la práctica de los trabajadores de salud y muy importante para la supervivencia y recuperación del usuario.<sup>(8)</sup>

Asegurar la calidad es un pilar esencial de cualquier servicio clínico que vela para que los pacientes reciban un nivel de atención de calidad y mejorar los servicios mediante la identificación de áreas que necesiten ser mejoradas. Estas auditorías promueven mejorar la seguridad del paciente, la satisfacción y la calidad de la atención durante el período perioperatorio. Así mismo, se asegura que la calidad de la atención se continua, consistente basada con los estándares internacionales. El aseguramiento de la calidad se define como "un proceso organizado que valora y evalúa los servicios de salud para mejorar la práctica o la calidad de la atención". Para cualquier mejora y buena calidad de la anestesia en práctica clínica moderna, es necesario medir todos los indicadores relacionados con la seguridad del paciente, la eficacia y todo el procedimiento anestésico.<sup>(9)</sup>

Los estudios sobre la satisfacción del paciente y la calidad de vida relacionada con la salud han cobrado mayor importancia en la anestesia y el manejo del dolor, aunque las mediciones de resultados tradicionales, como el dolor posoperatorio o las náuseas y los vómitos, siguen siendo los factores establecidos y, lamentablemente en la mayoría de los casos, los únicos que se utilizan para medir la satisfacción. Los aspectos adicionales relacionados con el paciente, como la calidad de la recuperación y la supervivencia libre de discapacidad, han sido recientemente un foco de atención. Sin embargo, el significado de "satisfacción del paciente con la atención anestésica" no es tan claro como podríamos pensar; Las expectativas de los pacientes juegan un papel clave en este contexto. La brecha entre la expectativa y la experiencia desde el punto de vista del paciente es, por lo tanto, una definición comprensible de la satisfacción del paciente.

La comodidad del paciente es una preocupación importante en los pacientes que se someten a cirugía, pero se desconoce la gravedad de las molestias durante la

recuperación.<sup>(10)</sup> Las guías de práctica clínica son un recurso valioso para la toma de decisiones médicas basadas en la evidencia científica. En anestesia, las directrices están aumentando tanto en número como en alcance, influyendo en la práctica individual y dando forma a la política departamental local.<sup>(11)</sup>

El manejo de un paciente que se somete a una cirugía con anestesia es un espectro continuo desde el hogar del paciente hasta el hospital y de regreso a casa. La toma de decisiones debe ser multidisciplinaria. El mayor uso de la atención ambulatoria, las rupturas con las estructuras organizacionales tradicionales y los esfuerzos para reducir la mortalidad posoperatoria representan oportunidades para mejorar el desempeño general del sistema. Las restricciones demográficas y económicas son amenazas potenciales que deben identificarse.<sup>(12)</sup>

Los avances en la práctica de la anestesiología están teniendo un impacto significativo en la atención del paciente, permitiendo que una población de pacientes más diversa y compleja se beneficie del conocimiento, las habilidades y la experiencia de los anestesiólogos. Las oportunidades clínicas ampliadas, la mayor utilización de la tecnología y la expansión de la telemedicina proporcionarán la base para atender a más pacientes en diversos entornos y para monitorear mejor a los pacientes de forma remota al tiempo que garantizan una intervención inmediata según sea necesario. Aunque las funciones de los anestesiólogos han sido diversas, el alcance de la práctica varía de un país a otro.<sup>(13)</sup>

## 1.2 Anestesia General

La anestesia general se caracteriza por definirse como un estado de inconsciencia, presentando efectos de analgesia, relajación muscular y depresión de los reflejos. Se puede decir que es una situación de coma inducido mediante fármacos especializados en el que el paciente es incapaz de despertar al provocarle un estímulo. Dentro de los estímulos se encuentran los sonoros o dolorosos, (manipulación de una articulación o fractura, cirugía) en cuyo caso necesitaremos complementar esta situación de hipnosis profunda con opiáceos mayores. Si además se necesita una relajación de los tejidos que van a ser manipulados se plantea el uso de relajantes musculares.<sup>(14)</sup>

Tipos de anestesia general:

- Anestesia total intravenosa o TIVA: se utilizan exclusivamente fármacos por vía intravenosa.
- Anestesia inhalatoria o VIMA: la inducción y el mantenimiento de la anestesia se realizan únicamente con agentes inhalatorios.

- Anestesia balanceada: en este tipo de anestesia se combinan los fármacos intravenosos con los gases anestésicos.
- Anestesia combinada: uso de anestesia general más técnica de anestesia regional.

La anestesia general presenta tres fases: inducción, mantenimiento y recuperación.

**Inducción:** Comienzo de la anestesia general donde hay una rápida pérdida de consciencia y un paso a cierto plano anestésico, es decir, se produce un grado de hipnosis.<sup>(15)</sup>

Los fármacos más usados en esta fase son:

- Hipnosis: Propofol o Etomidato
- Analgesia: Fentanilo
- Relajación muscular: Rocuronio, Cisatracurio, Atracurio o Succinilcolina

**Mantenimiento:** Etapa siguiente a la inducción anestésica. El paciente se encuentra en un plano anestésico adecuado, el cual, permite el desarrollo de la intervención quirúrgica en su totalidad. Generalmente se usan en conjunto la vía inhalatoria (vaporizadores) y la vía intravenosa (bolos o BPC). Los fármacos más empleados en esta fase son.<sup>(16,17)</sup>

- Hipnosis: Sevoflurano, Desflurano (inhalado) o Propofol en BPC.
- Analgesia: Fentanilo, Remifentanilo, Opiáceos mayores, menores y analgésicos.
- Relajación muscular: Rocuronio, Cisatracurio o Besilatro de Atracurio en perfusión continua o en bolos intravenosos.

**Recuperación o despertar:** es la fase en la que se vuelve al estado de vigilia. Comienza con la reaparición de los reflejos ausentes (tusígenos, deglución, respiración espontánea...), del tono muscular y la respiración con un aumento de la actividad circulatoria.

- Hipnosis: Se suspenden los fármacos hipnóticos.
- Analgesia: Debe ser mantenida.
- Relajación muscular: no debe existir, para ello puede ser necesaria la reversión de estos fármacos: Succinilcolina, relajantes no despolarizantes o Rocuronio.

El objetivo de la anestesia general es permitir que el paciente sea operado sin ser sometido a dolor o sufrimiento, mediante la administración de fármacos especializados en anestesia que poder ser por vía intravenosa y/o inhalatoria, con el fin de brindar la máxima seguridad y vigilancia durante el acto quirúrgico.<sup>(18)</sup>

Aunque ahora tenemos todo tipo de sedantes e hipnóticos, la selección de un medicamento ideal para la anestesia general sigue siendo un desafío. Incluso el anestésico clásico ampliamente utilizado, propofol, tiene muchos defectos, como dolor por inyección, depresión cardiorrespiratoria, acidosis metabólica, hiperlipidemia y hepatomegalia.<sup>(19)</sup>

En el estudio de Yuanyuan Mao y et. Al, se concluyó que la anestesia general con remimazolam puede proporcionar una hemodinámica más estable pero también causar una reducción temporal en la calidad de la recuperación en pacientes sometidos a cirugía urológica, en comparación con el Propofol.<sup>(20)</sup>

### 1.2.1 Reacciones adversas

Cada año, aumenta el número de procedimientos quirúrgicos. Muchos de los pacientes que se someten a cirugías son pacientes mayores y con múltiples comorbilidades. La anestesia general es un estado reversible de inconsciencia que permite a los pacientes someterse a procedimientos quirúrgicos de manera segura, sin dolor o sufrimiento.<sup>(21)</sup>

Existen esfuerzos continuos y permanentes para garantizar la seguridad de la anestesia general y disminuir sus riesgos y complicaciones. A pesar de que la anestesia general es cada vez más segura, no está exenta de complicaciones.<sup>(22)</sup>

La mortalidad asociada a la anestesia general ha disminuido significativamente en los últimos cincuenta años. La mortalidad asociada con la anestesia general varía desde complicaciones menores que afectan la experiencia del paciente sin consecuencias a largo plazo hasta complicaciones con repercusiones a largo plazo resultando en invalidez permanente.<sup>(23)</sup> Las complicaciones cardiovasculares y respiratorias son las más comunes. Pueden ocurrir infarto de miocardio, interferencia con la mecánica pulmonar y exacerbación de comorbilidades preexistentes. Otras complicaciones graves incluyen insuficiencia renal aguda y el desarrollo de disfunción cognitiva postoperatoria a largo plazo. Las complicaciones menores pero importantes de la anestesia general incluyen náuseas y vómitos postoperatorios, dolor de garganta y daño dental.<sup>(24)</sup>

La edad, como factor independiente de alto riesgo, se asocia con trastornos neurocognitivos perioperatorios (TNP), que aumentan la tasa de morbilidad y mortalidad. Los TNP son las complicaciones postoperatorias más comunes en pacientes quirúrgicos

mayores, que incluyen el delirio postoperatorio (POD) y la disfunción cognitiva postoperatoria (POCD).<sup>(25, 27)</sup>

La incidencia de las alteraciones del sueño después de cirugía electiva bajo anestesia general es alta. Ya-Ling Fan y et. Al, demostraron en su estudio observacional que la alteración del sueño fue el problema más común identificado. Los proveedores de anestesia y las enfermeras de anestesia pueden necesitar optimizar la aplicación de anestesia, combinar diferentes métodos de anestesia, mejorar el manejo perioperatorio y proporcionar intervenciones para reducir y tratar las molestias después de las cirugías.<sup>(28)</sup>

Los datos anteriores también informaron que entre el 70% de los pacientes ancianos posquirúrgicos, el 30 % experimenta una reducción en la funcionalidad debido a la disminución de la función compensatoria del sistema nervioso central, y el 20 % sufre complicaciones graves durante su estadía aguda en el hospital. Bhushan et al. Informó que la tasa de incidencia de POCD es del 5% al 56% en pacientes mayores de 55 años después de la cirugía.<sup>(29)</sup>

Todas estas complicaciones pueden tener un impacto significativo en los pacientes y pueden resultar en gastos y estadías hospitalarias prolongadas. Al conocer las posibles complicaciones relacionadas con la anestesia general, muchas pueden predecirse y prevenirse. La evaluación preoperatoria minuciosa es la clave para identificar los factores de riesgo y estratificar a los pacientes para que la optimización y la planificación puedan ocurrir antes de la operación.<sup>(30)</sup>

### **1.3 Clasificación del estado físico del paciente, según la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA)**

Es una evaluación sistematizada que se basa exclusivamente en la clínica, es decir, sin la necesidad adicional de pruebas de laboratorio y diagnósticas o fórmulas matemáticas que pueden resultar complicadas. No siendo excluyente la utilización de estas, si es que están disponibles para su uso. Es una escala de 6 categorías y se usa ampliamente para evaluar la salud general perioperatoria de los pacientes. Se trata de una clasificación con una alta confiabilidad y fácil de aplicar a los usuarios, todo personal de salud con un entrenamiento previo puede utilizarla es por eso que en la atención prequirúrgica se establece esta escala de valoración. El propósito de la escala ASA (sociedad Americana de anestesiólogos) es categorizar y posteriormente comunicar el riesgo del paciente de someterse a cualquier procedimiento que requiera anestesia, por ejemplo tenemos algunas patologías y su clasificación según el ASA, un paciente con ASA I es un paciente sano sin patología asociada, ASA II corresponde a un paciente con patología asociada controlada, a mayor categoría ASA III ,IV,V son pacientes con patología asociada descompensada y una categoría ASA VI correspondería a un paciente con muerte cerebral . (Ver Tabla No. 1). Donde se muestra ejemplos de pacientes según el ASA y su riesgo perioperatorio.<sup>(30, 31)</sup>

**Tabla No. 1: Clasificación de los pacientes según la Sociedad Americana de Anestesiólogos, en base a riesgo perioperatorio y patología asociada.**

EJEMPLOS	ASA	DESCRIPCIÓN
Sano, no fumador, no consume o mínimo consumo de alcohol	I	
Fumador ,bebedor social	II	
Embarazo	II	Sin complicaciones asociadas con el embarazo
Hipertensión gestacional, Diabetes gestacional	II	Bien controlada, sin elementos de severidad
Asma, infección respiratoria aguda	II	Bien controlada
Enfermedad cardíaca congénita asintomática	II	En paciente pediátrico
Epilepsia bien controlada	II	Sin crisis recientes
Síndrome de apnea de sueño	II	Leve a moderada o con uso permanente y regular de Presión Positiva continua en la vía aérea (CPAP)
Infante de término	II	De más de 6 semanas hasta 1 año de vida
Hipotiroidismo, diabetes mellitus, hipertensión arterial	II	Con adherencia a tratamiento regular
Paciente con Covid 19 + asintomático	II	De alta sin secuelas hasta 4 semanas post alta
Eclampsia	II	
Obesidad mórbida	II	Índice de Masa Corporal mayor 40
Epilepsia no controlada	II	
Síndrome de apnea de sueño	II	Severa
Diabetes mellitus con afectación sistémica	II	
Hipertensión arterial con afectación órgano blanco	II	
Enfermedad renal crónica etapa 5 en diálisis regular	II	

Insuficiencia renal aguda	III	
Daño hepático crónico	III	
Uso de marcapasos	III	Todos los tipos
Disminución moderada fracción de eyección cardíaca	III	Mayor 40%
Historia de trasplante de órgano	III	
Malformación cerebral o espinal /hidrocefalia	III	
vía aérea difícil	III	
Hipotiroidismo	III	No controlado o con baja adherencia al tratamiento
Accidente isquémico transitorio	III	De más de 3 meses desde el episodio
Infarto Agudo de Miocardio	III	De más de 3 meses desde el episodio
Endoprótesis vascular (STENT)	III	De más de 3 meses desde episodio
Enfermedad renal crónica etapa 5 sin diálisis regular	IV	
Shock, sepsis	IV	
Coagulación intravascular diseminada, Síndrome de distrés respiratorio agudo	IV	
Insuficiencia cardíaca congestiva	IV	Exacerbado
Politraumatizado severo	V	
Desprendimiento de placenta, rotura uterina	V	Con encefalopatía hepática
Insuficiencia Cardíaca Congestiva	V	Descompensada
Muerte cerebral	VI	Paro procuramiento

Fuente: Sinead M. Quality of recent clinical practice guidelines in anaesthesia publications using the Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II instrument. *British Journal Anaesthesia*. 2022 abril; 128. (4)

#### 1.4 Escala de recuperación de la calidad postoperatoria

QoR Score, QoR-15 y QoR-40 son criterios de valoración válidos y recomendados para ensayos clínicos perioperatorios, y existe una guía sobre lo que constituye una diferencia mínima clínicamente importante. Estas escalas de recuperación son sensibles a un cambio en el estado de salud y, como datos numéricos, optimizan el poder estadístico cuando se utilizan en el diseño de un ensayo clínico.<sup>(32)</sup> Están estrechamente correlacionados con las medidas convencionales de resultado, como el consumo de analgésicos, las puntuaciones de dolor, las náuseas y los vómitos y la estancia hospitalaria. Aunque las medidas convencionales pueden considerarse centradas en el paciente, cada una de ellas está incompleta por sí misma. Los puntajes QoR brindan una evaluación general significativa de la recuperación de un paciente después de la cirugía y la anestesia.<sup>(33)</sup>

**CONCLUSIONES:** La satisfacción y la calidad de la recuperación son resultados informados por el paciente, pero con diferentes perspectivas y, por lo tanto, con resultados diferentes. Al evaluar la literatura, es importante identificar lo que realmente se está midiendo, ya que, en esta etapa de desarrollo, tanto la satisfacción como la calidad de la recuperación dependen de las herramientas de encuesta utilizadas para medir los resultados.

Debemos considerar la evaluación del paciente al inicio para determinar su estado cognitivo y funcional antes de la cirugía y comparar esos resultados con su estado postoperatorio tomando en cuenta que el efecto sedo analgésico de los agentes anestésicos puede influir en su estado cognitivo-funcional y alterar el resultado, además se debe tomar en cuenta la idiosincrasia y enfermedades de base de cada paciente.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Royse C, Clarke S. Satisfaction is not substantially affected by quality of recovery: different constructs or are we lost in statistics? *Anaesthesia*. 2017; 72: p. 1064-1068.  
<https://doi.org/10.1111/anae.13931>.
2. V. Berning, TH. Patient satisfaction and quality of recovery. *Anaesthesia*. 2018 marzo; 73(4).  
DOI: 10.1111/anae.14258.
3. C F. Satisfaction is not substantially affected by quality of recovery: different constructs or are we lost in statistics? *Anaesthesia*. 2017 mayo; 72 (9).  
DOI: 10.1111/anae.13931.
4. Weiser T, Haynes A, Molina G, et al. Estimate of the global volume of surgery in 2018: an assessment supporting improved health outcomes. *The Lancet*. 2015; 385 (11).  
DOI: 10.1016/S0140-6736(15)60806-6.

5. Alkire B, Raykar N, Shrimme M. Global access to surgical care: a modelling study. *The Lancet*. 2018; 3(23).  
DOI:10.1016/S2214-109X(15)70115-4.
6. Global patient outcomes after elective surgery: prospective cohort study in 27 low-, middle- and high-income countries. Oxford University Press on behalf of the British Journal of Anaesthesia. 2019; 117(5).  
DOI: 10.1093/bja/aew316.
7. Head J, Ferrie J. Diagnosis-specific sickness absence as a predictor of mortality: the Whitehall II prospective cohort study. *BMJ*. 2018; 337.  
DOI: 10.1136/bmj.a1469.
8. Gillies M, Pearse R. Intensive care after high-risk surgery: what's in a name? *Anaesthesiology*. 2016; 124.  
DOI: 10.1097/ALN.0000000000001025.
9. Syed S, Mohammad H. Quality assurance audit in adult cardiac anaesthesia. *J Pak Med Assoc*. 2021 febrero; 71(704).  
DOI: 10.47391/JPMA.051.
10. Ya-Ling F. Incidence and Risk Factors of Postoperative Severe Discomfort After Elective Surgery Under General Anesthesia: A Prospective Observational Study. *Observational Study*. 2021 junio; 36(3).  
DOI: 10.1016/j.jopan.2020.10.006.
11. Sinead M. Quality of recent clinical practice guidelines in anaesthesia publications using the Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II instrument. *British Journal Anaesthesia*. 2022 abril; 128(4).  
DOI.org/10.1016/j.bja.2021.11.037.
12. Jean M. Quality organization and risk in anaesthesia: the French perspective. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2017 abril; 30(2). DOI: 10.1097/ACO.0000000000000432.
13. Richard C. The future of anesthesiology: implications of the changing healthcare environment. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2016 abril; 29(2).  
DOI: 10.1097/ACO.0000000000000301.
14. E S, M T. Anestesiología. SEFH. 2020. cap02.pdf (sefh.es)  
<https://www.sefh.es> › fhtomo2 › CAP0.

15. Jerrold L. Induction of anesthesia with sevoflurane in children: Curiosities and controversies. *Paediatric Anaesthesia*. 2022 agosto; 32(10).  
DOI: 10.1111/pan.14537.
16. Mengzhu S. Dexmedetomidine for the prevention of emergence delirium and post operative behavioral changes in pediatric patients with sevoflurane anesthesia: a double-blind, randomized trial. *Randomized Controlled Trial*. 2019 marzo; 15(13).  
DOI: 10.2147/DDDT.S196075.
17. Chittaranjan A. Anesthesia for Electroconvulsive Therapy: A Niche Role for Sevoflurane. *J Clin Psychiatry*. 2021 agosto; 3(82).  
DOI.org/10.4088/JCP.21f14173.
18. María G. Anestesia general: fases, fármacos y secuencia de intubación básica. *Revista Electrónica de portales médicos*. 2021 abril; XVI(8).
19. Keam S. Remimazolam: first approval. *Drugs*. 2020; 80(6).  
DOI: 10.1007/s40265-020-01299-8.
20. Yuanyuan M. Quality of Recovery After General Anesthesia with Remimazolam in Patients Undergoing Urologic Surgery: A Randomized Controlled Trial Comparing Remimazolam with Propofol. 2021;40(1).  
DOI: 10.2147/DDDT.S359496.
21. Michelle H, Fanzca. Complications of General Anesthesia. *Clinics in plastic surgery*. 2018 october; 40(4).  
DOI: 10.1016/j.cps.2013.07.001.
22. Bainbridge D, Martin J. 1. Bainbridge D, Martin J, Arango M, et al. Perioperative and anaesthetic-related mortality in developed and developing countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2012; 380: p. 1075-81.  
DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60990-8.
23. Jenkins K. Consent and anaesthetic risk. *Anaesthesia*. 2003; 58(962-84).  
DOI: 10.1046/j.1365-2044.2003.03410.x
24. Decereaux P. Effects of extended-release metoprolol succinate in patients undergoing non-cardiac surgery (POISE trial): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2018; 371(1839-47).  
DOI: 10.1016/S0140- 6736(08)60601-7

25. Sandeep B, Xin H. The impact of regional versus general anesthesia on postoperative neurocognitive outcomes in elderly patients undergoing hip fracture surgery: A systematic review and meta-analysis. *International journal of surgery*. 2022 septiembre; 105: p. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2022.106854>.
26. L. Ea. Recommendations for the nomenclature of cognitive change associated with anaesthesia and surgery-2018. *British Journal Anaesthesia*. 2018 noviembre; 121(5). DOI: 10.1097/ALN.0000000000002334
27. Zhaosheng J. Postoperative delirium: perioperative assessment, risk reduction, and management. *British Journal of anaesthesia*. 2020 octubre; 125(4): p. 492-504. DOI: 10.1016/j.bja.2020.06.063
28. Biccard BM. Perioperative patient outcomes in the African Surgical Outcomes Study: a 7-day prospective observational cohort study. *The lancet*. 2018; 391: p. 1589-1598. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)30001-1. Epub 2018 Jan 3.
29. ASA Status for Pre- dicting 30-Day Mortality. 2015; 121(1): p. 110-6. DOI: 10.1213/ANE.0000000000000740.
30. Landesberg G. Perioperative myocardial infarction. *Circulation*. 2019; 119(44). <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.108.828228>.
31. Sankar A, Johnson S. Reliability of the American Society of Anesthesiologists physical status scale in clinical practice. [https:// doi.org/10.1093/bja/aeu100](https://doi.org/10.1093/bja/aeu100). 2014 april; 113.
32. Myles P. Measuring quality of recovery in perioperative clinical trials. *Current Opinion in Anesthesiology*. 2018 agosto; 31(4). DOI: 10.1097/ACO.0000000000000612.
33. Ziemann S, Coburn M, Rossaint R. Implementation of anesthesia quality indicators in Germany: a prospective, national, multicenter quality improvement study. *Anaesthesist*. 2021; 70: p. 38-47. DOI: 10.1007/s00101-020-00773-y.