



ELSEVIER

Revista Colombiana de Anestesiología

Colombian Journal of Anesthesiology

www.revcolanest.com.co
INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA
Y TECNOLÓGICA

Investigación científica y tecnológica

Rol del anestesiólogo: punto de vista de los pacientes



Jesús Acosta-Martínez^{a,*}, Rosana Guerrero-Domínguez^a,
Daniel López-Herrera-Rodríguez^a y Francisco Sánchez-Carrillo^b

^a Unidad de Gestión Clínica Anestesiología y Reanimación, Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Sevilla, España

^b Director de Unidad de Gestión Clínica Anestesiología y Reanimación, Hospital General Virgen del Rocío, Sevilla, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 18 de mayo de 2015

Aceptado el 2 de febrero de 2016

On-line el 6 de abril de 2016

Palabras clave:

Anestesiología
Encuestas epidemiológicas
Datos demográficos
Pacientes internos
Anestesia

R E S U M E N

Introducción: Pese a los avances de la anestesiología en las últimas décadas el conocimiento por parte de los pacientes sobre la especialidad parece escaso.

Objetivo: Determinar el grado de conocimiento que poseen los pacientes sobre la anestesiología y la función de los anestesiólogos, y establecer qué factores demográficos condicionan un mayor conocimiento de la especialidad.

Material y método: Estudio prospectivo formado por una encuesta-cuestionario realizado en un hospital español de tercer nivel, en el que durante 2 semanas se entrevistó a todos los pacientes que acudieron a la consulta de valoración preoperatoria. El cuestionario incluía preguntas relacionadas con diversos aspectos de la especialidad, desde su vertiente preoperatoria, contextos intraoperatorios y otras áreas de la anestesiología.

Resultados: El estudio pudo completarse en un total de 306 pacientes. El 80% de la población encuestada cree que los anestesiólogos eran médicos especializados. Muchos pacientes no entendieron el papel del anestesiólogo en el tratamiento de cuestiones médicas intraoperatorias, la importancia de la valoración preanestésica o el papel de los anestesiólogos fuera del quirófano. El factor más relevante que condicionó una tasa mayor de respuestas correctas fue el nivel educativo del paciente.

Conclusiones: Los resultados han mostrado que el conocimiento de los pacientes sobre anestesiología y el papel de los anestesiólogos es escaso, siendo el nivel educativo la única variable que muestra las diferencias entre los grupos. Creemos que los anestesiólogos y las organizaciones científicas relacionadas deben hacer un esfuerzo para proporcionar más información acerca de la especialidad, con el objetivo de mejorar la educación sanitaria de la población general y su conocimiento sobre la anestesiología.

© 2016 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia. Calle Castillo de Marchenilla n.º5, núcleo 1, 3.ºC. C.P. 41013. Sevilla, España.

Correo electrónico: acostamartinez.jesus@gmail.com (J. Acosta-Martínez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rca.2016.02.010>

0120-3347/© 2016 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Anesthesiology
Health surveys
Demographic data
Inpatients
Anesthesia

The anaesthetist's role from the patient's perspective**A B S T R A C T**

Introduction: Despite advances in anaesthesiology over the past decades, patient knowledge regarding the specialty appears to be scant.

Objective: To determine the degree of knowledge among patients about anaesthesiology and the role of anaesthetists, and to identify the demographic factors associated with greater knowledge about the specialty.

Material and method: Prospective study based on a survey questionnaire conducted in a Level III hospital in Spain, in which all the patients coming for preoperative assessment during a two-week period were interviewed. The survey included questions on different aspects of the specialty covering the preoperative and intraoperative contexts, as well as other areas of anaesthesiology.

Results: Overall, 306 patients were included in the study. Of the population interviewed, 80% believe that anaesthetists are specialized physicians. Many patients did not understand the role of the anaesthetist in the treatment of intraoperative medical conditions, the importance of the pre-anaesthesia visit, or the role of the anaesthetist outside the operating room.

Conclusions: The results show that patient knowledge regarding anaesthesia and the role of the anaesthetist is scant, the level of education being the only variable that shows differences between the groups. We believe that anaesthetists and related scientific organizations must try to communicate more information about the speciality in order to help improve health education in the general population, and increase the knowledge about anaesthesiology.

© 2016 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Pese a los grandes avances que ha experimentado la anestesiología en las últimas décadas el conocimiento por parte de la sociedad respecto a la especialidad resulta escaso. La falta de información abarca tanto el periodo intraoperatorio como las funciones de los anesestesiólogos en otras áreas asistenciales (unidad del dolor crónico, reanimación posquirúrgica, dolor agudo postoperatorio, urgencias). En lo que se refiere al proceso operatorio ha sido observado que los pacientes perciben al cirujano como al profesional responsable de tareas que conciernen a la especialidad de anestesiología. No son muchos los artículos que traten este tema, pero han reflejado la falta de conocimientos sobre la anestesiología en muchos países¹⁻⁴, sin haber sido documentado en estudios realizados en España hasta la fecha.

La divulgación en los medios de comunicación referente a la especialidad, además de ser insuficiente, hace énfasis en las complicaciones y repercusiones legales de la práctica anestésica, lo que genera confusión y ansiedad ante la perspectiva de una intervención quirúrgica^{5,6}.

El objetivo del presente estudio es determinar el grado de conocimiento de los pacientes españoles respecto a la especialidad de anestesiología y a la función del anesestesiólogo, tanto en el quirófano como fuera del mismo. También pretende identificar factores relacionados con el paciente que puedan influir en el grado de conocimiento, haciendo el análisis en función de la edad, el género, el nivel de estudios y la existencia de intervenciones previas.

Material y métodos

El estudio se realizó en un centro de tercer nivel con más de 1.100 camas de hospitalización, 50 quirófanos y unas 60.000 intervenciones anuales. Se entregó una encuesta a todos los pacientes adultos que asistieron a la consulta de preanestesia durante las 2 primeras semanas del mes de junio de 2014, completando 306 formularios.

El presente trabajo fue aprobado por el comité de ética del hospital donde fue realizado el mismo, y contó con la aprobación por parte de todos los pacientes incluidos en el estudio.

El cuestionario fue ideado por facultativos especialistas de área de anestesiología, tomando como base encuestas publicadas previamente y la experiencia profesional en las consultas de preanestesia.

El personal de enfermería encargado de la consulta de preanestesia entregó el cuestionario, siendo este completado por los pacientes previamente a la entrada en consulta, sin ayuda por parte de personal sanitario. Los criterios de exclusión fueron la negativa del paciente a participar, la incapacidad para la lectura o la edad inferior a los 18 años. No nos encontramos ningún caso de incapacidad para la comprensión del cuestionario por parte de ningún paciente.

Los aspectos demográficos de los pacientes se incluyeron en la parte inicial del cuestionario (edad, sexo, nivel de estudios y número de intervenciones quirúrgicas experimentadas). A continuación los pacientes contestaron 10 preguntas de opción múltiple relativas a la especialidad, codificadas

desde Q1 a Q10 (*anexo 1* [en cursiva la respuesta que se considera correcta para los autores]).

Para el análisis estadístico se usó el programa informático SPSS versión 22. Se realizó un análisis descriptivo de los resultados y una comparación entre los grupos demográficos (edad, sexo, nivel educativo e intervenciones previas) mediante tablas cruzadas utilizando el test de Chi cuadrado o el test exacto de Fisher cuando se han conseguido tablas de 2×2 , considerando como significativo un valor de $p < 0,05$, y los residuos corregidos. Tras la realización de las tablas cruzadas se realizó un análisis individualizado de aquellas relaciones en las que se obtenía una $p < 0,05$. Para cada relación hemos reformulado las variables con el objetivo de encontrar relaciones estadísticamente significativas, eliminando las respuestas poco elegidas.

Estudios previos recientes en países de nuestro entorno mostraron que el 80% de los pacientes reconocía al anestesiólogo como médico especialista, por lo que consideramos un porcentaje estimado en nuestra población similar. Así, para un nivel de confianza del 95% y precisión del 5% se determinó un tamaño muestral de 300 personas utilizando el programa *nQuery Advisor*[®].

Resultados

Fueron realizadas 306 encuestas. Aquellas con alguna pregunta no contestada fueron incluidas también en el análisis como valores perdidos. La edad en el 50% de los casos estuvo comprendida entre 51 y 70 años. El número de hombres encuestados fue ligeramente superior. La mitad de la población encuestada había sido operada previamente en más de una ocasión, mientras que el 22% no había sido intervenida nunca. La educación obligatoria fue el nivel máximo de estudios del 48,7% de la muestra (*tabla 1*). Se puede apreciar que la muestra no es homogénea en las variables «edad», «intervenciones previas» y «nivel de estudios». El análisis de grupos se hizo según las variables «edad», «sexo», «nivel de estudios» e «intervenciones previas».

El 80% de la población encuestada (Q1) reconoció al anestesiólogo como médico especialista. Durante el análisis comparativo entre las variables demográficas se apreció una tendencia a contestar correctamente en función del nivel de estudios (*fig. 1*). Al ser eliminados del análisis las respuestas apenas contestadas («médico general» y «cirujano con formación especializada») se obtuvo un 94% de respuestas correctas entre la población universitaria o preuniversitaria, mientras que el 29% de los que no tienen experiencia académica afirmaron no saber la respuesta ($p < 0,01$).

Al ser cuestionados por las funciones del especialista durante una intervención quirúrgica (Q2) el 70% de la muestra respondió correctamente, mientras que un 23% pensó que consiste únicamente en inducir el sueño (o anestesiarse alguna región del cuerpo) y despertar a los pacientes al finalizar la intervención. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos, pero se apreció una relación creciente a responder la respuesta correcta según el nivel de estudios (53%, 65%, 72% y 92% respectivamente). Cuando eliminamos las respuestas apenas contestadas («no es necesaria su presencia» y «solo acude si hay problemas») perdemos a 6 pacientes,

Tabla 1 – Datos demográficos

Edad	n	%
<25	15	4,9
26-50	97	31,7
51-70	152	49,7
>70	39	12,7
Perdidos	3	1
Sexo	N	%
Hombre	151	51,2
Mujer	144	47,1
Perdidos	11	3,6
Intervenciones previas	N	%
0	70	22,9
1	78	25,5
>1	154	50,3
Perdidos	4	1,3
Nivel de estudios	N	%
Sin experiencia académica	28	9,2
Educación obligatoria	149	48,7
Preuniversitaria	64	20,9
Universitaria	65	21,2
Perdidos	0	0

n: población; %: porcentaje.
Fuente: autores.

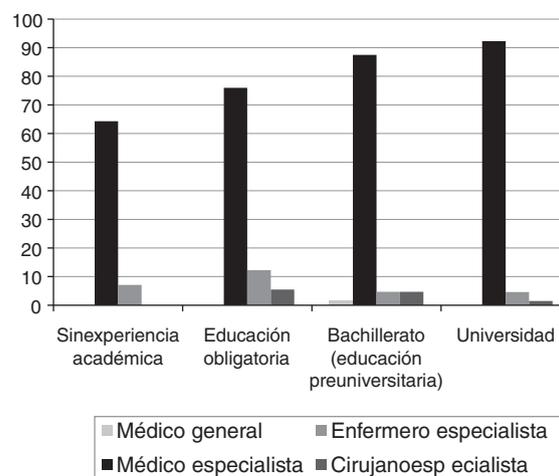


Figura 1 – Respuestas de Q1 según niveles de estudios (expresadas en porcentajes).

Fuente: autores.

pero encontramos una relación estadísticamente significativa entre la respuesta correcta y el nivel de estudios (55,6%, 66,2%, 71,9% y 92,2%; $p < 0,001$).

A la hora de elegir una determinada técnica anestésica (Q4) el 18% de la población encuestada consideró que el anestesiólogo se basa en su propia experiencia, el tipo de intervención, la voluntad y las características del paciente, mientras que el resto de los encuestados opinaron que un único factor es el determinante de la elección, destacando

Tabla 2 – Porcentajes de respuestas correctas según datos demográficos

Edad	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10
< 25	86,7	80	66,7	35,7	33,3	13,3	20	86,7	66,7	6,7
25-50	82,3	74,2	76,8	24,2	80,4	15,6	10,4	91,7	46,4	17,7
51-70	81,5	71,6	77,5	14,6	77,3	11,6	11	88,5	26,8	15,8
> 70	73,7	59	73,7	16,2	60,5	10,8	8,8	78,4	37,8	20
Total	81	71,2	76,3	19	74	12,9	11	88,2	36,6	16,4
Sexo	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10
Hombre	78,8	68,5	74,7	21	75,3	12,3	10,4	81,5*	32,4	17,8
Mujer	84,4	75,4	78,2	16,5	73,9	14,2	12,2	95,8*	42,3	15,7
Total	81,5	71,8	76,4	18,8	74,7	13,2	11,3	88,5*	37,2	16,8
IQ previas	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10
0	84,3	72,9	72,5	18,8	70	10,3	9	89,7	40,6	18,2
1	85,7	72	77,9	23,3	71,8	10,4	14,3	88,3	38,5	13,2
> 1	77,6	70,6	77	17	77,5	15,4	10,3	87,3	34	18
Total	81,3	71,5	76,2	19	74,2	12,9	11	88,1	36,7	16,8
Nivel de estudios	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10
Sin experiencia	64,3*	53,6*	63	21,4	75	7,4*	18,5	74,1	25,9**	7,4**
Ed. obligatoria	76*	65,8*	69,6	14,8	64,6	4,1*	13,4	87,7	29,9**	12**
Preuniv.	87,5*	71,9*	81	16,7	77,8	16,4*	13,3	90,2	38,7**	21**
Universitaria	92,3*	92,2*	93,8	30,2	89,2	31,3*	4,6	92,3	53,8**	26,6**
Total	80,9*	71,5*	76,5	19,1	73,6	12,8*	11,9	88	36,5**	16,3**

* Recodificación de variables para diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

** Diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

Fuente: autores.

el tipo de intervención en un 56% de los casos. No existen diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos poblacionales.

Respecto a las transfusiones de hemoderivados durante una intervención (Q6) el 12,4% de los encuestados opinó que el anestesiólogo es el médico responsable de la misma, porcentaje inferior a los que opinaron que es competencia del hematólogo (15%) o del cirujano (49%). Atendiendo al nivel de estudios, encontramos tendencia a un mayor porcentaje de acierto según este, que fue estadísticamente significativo ($p < 0,001$) cuando eliminamos una de las respuestas («según resultados analíticos» fue contestada por 13 pacientes) de la variable Q6.

Con la coordinación en la atención a una parada cardiorrespiratoria (Q10) en el quirófano, ocurrió que el 16% de los encuestados reconoce al anestesiólogo como el profesional encargado de asumir esta tarea. El 37,6% pensó que el responsable es el cirujano, un 15,7% el cirujano cardiovascular, un 4,9% el intensivista y un 22% no supo identificar a un profesional en concreto. En esta cuestión se obtuvo una diferencia entre grupos estadísticamente significativa en función del nivel de estudios. Un 26% de los que completaron los estudios universitarios reconocieron al anestesista como el médico responsable de la misma, mientras que en el resto de grupos fueron un 7%, 12% y 21% ($p < 0,05$).

El 85,9% de los encuestados conocía que la vía de administración de la analgesia o anestesia epidural es a través de una punción lumbar (Q8). Al estudiarse la relación entre el sexo y la respuesta a esta cuestión, si eliminamos las respuestas apenas elegidas (perdemos 32 pacientes) se obtiene una diferencia estadísticamente significativa a favor de las mujeres (95,8% vs 81,5%; $p < 0,05$). Al ser cuestionados por las vías de administración de la anestesia general (Q9), solo un 35,9% conocía que es posible realizarla tanto de forma inhalada como intravenosa, existiendo diferencias estadísticamente significativas

entre los diferentes grupos según el nivel de estudios (25,9%, 29,9%, 38,7%, 53,8%; $p < 0,01$), además de cierta tendencia a contestar correctamente cuanto menor era la edad de la población (35%, 24%, 14% y 16%).

La pregunta acerca de la función de la visita preanestésica (Q3) fue erróneamente contestada por un 25% de la población, que pensaron que consistía únicamente en pesar y medir a los pacientes (18,6%), en administrar pequeñas dosis de anestésicos para valorar la tolerancia a los mismos (1,6%) o no contestaron. No podemos asumir diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas según el grupo demográfico, aunque se aprecia un incremento de respuestas correctas en función del nivel de estudios (63%, 70%, 81%, 94%). Un 27% de los pacientes no supo reconocer la visita preanestésica como el lugar donde determinar el riesgo quirúrgico, valorar la situación clínica del paciente y establecer una optimización con vistas a la cirugía, sin encontrar diferencias entre los distintos grupos (Q5).

Las funciones que desempeñan los anestesiólogos fuera del quirófano (Q7) fueron reconocidas por un 10,5% de los encuestados. El 89,5% restante asignó estas funciones a otros profesionales (11,4%) o solo identificó algunas de ellas como propias de la especialidad (unidades de reanimación 66%, dolor postoperatorio 6,9% y unidades de dolor crónico 1,3%). No encontramos diferencias entre los distintos grupos en esta cuestión.

En la tabla [tabla 2](#) se muestran los porcentajes de respuestas acertadas globales y según los diferentes grupos, es decir, un análisis descriptivo de los datos. Los recuadros sombreados en gris oscuro destacan aquellas relaciones que, recodificando alguna de las variables, muestran diferencias estadísticamente significativas. Los recuadros sombreados en gris claro destacan aquellas relaciones con diferencias estadísticamente significativas. La recodificación de las variables se llevó a cabo con el fin de suprimir del análisis estadístico

aquellas respuestas apenas contestadas, puesto que la dispersión de las mismas dificultó la significación estadística.

Discusión

El conocimiento por parte de los pacientes acerca de la anestesiología y el papel del anestesiólogo es escaso. Los datos concordaron con trabajos anteriores, en los que el porcentaje de pacientes que asimilaban al anestesiólogo como médico especialista varió desde un 49% hasta un 95,5%, no apreciándose una mejoría de los datos con el paso del tiempo^{7,8}. En el presente trabajo encontramos que un 80% de los encuestados contestó correctamente el grado de formación. El nivel de estudios es la única variable en la que se apreciaron diferencias entre los distintos grupos, presentando mayor porcentaje de aciertos a mayor nivel superado.

A pesar de la alta cifra de pacientes que supo la formación del anestesiólogo, son muy llamativas las respuestas de los pacientes encuestados acerca de las tareas propias de la especialidad. Que únicamente el 12,4% o el 16% de los encuestados considerasen al anestesiólogo como el especialista responsable de las transfusiones de hemoderivados o de la asistencia a la RCP denotó una infravaloración del profesional y de la especialidad en sí. De hecho, resultó curioso que los pacientes considerasen que estas tareas son realizadas por otros especialistas. En ambos aspectos encontramos un mayor porcentaje de aciertos a mayor nivel de estudios.

Un tema en el que sí pudimos considerar como informada a la población es en la vía de administración de la anestesia epidural, ya que más del 85% acertó a contestar correctamente. Este hallazgo puede deberse a la universalización de la analgesia epidural en el trabajo de parto de las mujeres embarazadas, que se refuerza por el hecho de que las pacientes encuestadas obtuvieron un mayor porcentaje de acierto en la pregunta acerca de la técnica.

Apreciamos algo similar si atendemos a la opinión respecto a la función del médico tras la inducción anestésica. En esta cuestión encontramos una diferencia considerable según el nivel de estudios superado por los pacientes. Asimismo, fueron demasiados los pacientes encuestados que no le dieron la importancia que merece a la consulta de preanestesia, o a la elección de una adecuada técnica anestésica.

Respecto a las funciones fuera del quirófano, la mayoría de los pacientes solo identificó alguna de las tareas como propias de nuestra especialidad, principalmente la atención en las unidades de reanimación. Estos datos son inferiores a estudios previos, aunque ya se habían reportado escasos conocimientos en este ámbito⁹⁻¹².

La escasa noción acerca de la anestesiología de los pacientes contrasta con la creciente demanda de información sanitaria por parte de la población. Por ello es fundamental que los anestesiólogos aporten una mayor información en las visitas preanestésicas, así como fomentar la divulgación de la especialidad por parte de las sociedades científicas. En un estudio publicado en 2011 se apreció que la percepción del anestesiólogo y la satisfacción por parte de los pacientes eran significativamente superiores cuando se les visitaba en una única ocasión en el postoperatorio por parte del anestesiólogo¹³. En el presente trabajo llamó la atención la

nula mejoría del conocimiento respecto a la especialidad atendiendo a las experiencias quirúrgicas previas, lo que podría significar que la información que aportamos es insuficiente o no es aceptablemente comprendida. En un estudio reciente realizado en Colombia se muestran datos similares a los obtenidos en el presente trabajo, pese a la alta satisfacción de los pacientes con el trabajo de los anestesiólogos¹⁴.

Nuestro estudio incluye datos recogidos a partir de 306 pacientes encuestados, pero no está exento de limitaciones. Es un estudio realizado en un único centro público. Aunque apreciemos una relación positiva entre el conocimiento en la materia y el nivel de estudios, el presente trabajo no es lo suficientemente potente como para poder afirmarlo con rotundidad. Al ser la muestra heterogénea, sobre todo en cuanto a grupos de edad y nivel de estudios, no podemos considerar como significativos todos los resultados, aunque obtengan una $p < 0,05$, como se ha comentado en el apartado de Resultados.

Como conclusión destacamos, en primer lugar, la falta de información acerca de nuestra especialidad por parte de los pacientes, y en segundo lugar el escaso reconocimiento de las funciones que desempeñan los anestesiólogos. Estos datos son similares a los obtenidos en estudios previos, algunos incluso de la década de los 70, aunque no hay datos referentes a la población española en la bibliografía⁵. El bajo nivel educativo parece que se asocia a un mayor grado de desconocimiento, no encontrando demasiadas diferencias según los grupos de edad, sexo o experiencias quirúrgicas previas. Los anestesiólogos y las sociedades científicas que los representan deberían hacer un esfuerzo por aportar más información acerca de la especialidad, con medidas destinadas a una mejora en la educación sanitaria de la población¹⁵.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiamiento

Los autores no recibieron patrocinio para llevar a cabo este artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo 1. Cuestionario sobre la anestesiología**Edad**

- a) Menor de 25.
- b) 25-50.
- c) 51-70.
- d) Más de 70.

Sexo: Hombre Mujer**Intervenciones quirúrgicas previas a la actual:**

- a) Cero.
- b) Una.
- c) Más de una.

Nivel de estudios superados:

- a) Educación obligatoria.
- b) Bachillerato (educación preuniversitaria).
- c) Universidad.
- d) Sin experiencia académica.

Q1. ¿Qué piensa usted que es el anesthesiologo (o anestesista)?

- a) Médico general.
- b) *Médico con formación especializada.*
- c) Enfermero/a con formación especializada.
- d) Cirujano/a con formación especializada.
- e) No sé, no contesto (NS/NC).

Q2. ¿Qué función cree usted que tiene el anesthesiologo durante la cirugía?

- a) Administrar fármacos para provocar el sueño (o dormir alguna región del cuerpo) a los pacientes y despertarlos cuando el cirujano ha finalizado la intervención.
- b) *Facilitar al cirujano el desarrollo de la cirugía, protección de las funciones vitales, evitar el dolor o consciencia y garantizar la seguridad del paciente.*
- c) No es necesaria la presencia de un anesthesiologo durante las cirugías.
- d) El anesthesiologo solo acude a quirófano si hay algún problema durante la intervención.
- e) No sé, no contesto (NS/NC).

Q3. ¿En qué cree usted que consiste la consulta de preanestesia?

- a) En administrar pequeñas dosis de los anestésicos para valorar si son adecuados para el paciente.
- b) Es un trámite burocrático para organizar la lista de espera quirúrgica.
- c) Consiste en pesar y medir a los pacientes para poder administrar la dosis exacta de fármacos anestésicos.
- d) *Valoración médica para determinar el riesgo de cada paciente ante una determinada cirugía y para planear la actitud anestésica más correcta.*
- e) No sé, no contesto (NS/NC).

Q4. ¿De qué cree usted que depende la técnica anestésica empleada?

- a) De la voluntad y experiencia del anestesista.
- b) De la voluntad del paciente.
- c) De las características del paciente.
- d) Del tipo de intervención quirúrgica.
- e) *Todas son correctas.*

Q5. ¿Por qué cree que se le pregunta por sus antecedentes médicos o posibles hábitos tóxicos (drogas, tabaco y alcohol)?

- a) Para evitar la responsabilidad del hospital si hay alguna complicación durante la intervención.
- b) Para saber el riesgo que tiene el paciente durante la cirugía
- c) *Para saber el riesgo y situación clínica del paciente y tratarlo antes de la intervención si es preciso.*
- d) No es necesario hacer estas cuestiones en la consulta de preanestesia.
- e) No sé, no contesto (NS/NC).

Q6. Supongamos que durante la intervención quirúrgica el paciente que está siendo intervenido pierde demasiada sangre. ¿Qué profesional cree usted que decide el momento más oportuno para una transfusión de sangre?

- a) El cirujano.
- b) *El anesthesiologo.*
- c) El hematólogo (médico encargado del estudio de las enfermedades de la sangre).
- d) La decisión depende solamente del resultado de las analíticas sanguíneas.
- e) No sé, no contesto (NS/NC).

Q7. Además del trabajo antes y durante la cirugía, ¿qué otras funciones cree usted que desempeña el anesthesiologo?

- a) Control del dolor postoperatorio.
- b) Control del dolor crónico (clínica del dolor).
- c) Vigilancia del paciente en la unidad de reanimación posquirúrgica (diagnóstico y tratamiento médico).
- d) Ninguna de las anteriores, son funciones de otros médicos.
- e) *a, b y c son correctas*

Q8. ¿Cómo se administra una anestesia epidural?

- a) A través de una vía venosa en el brazo.
- b) *Mediante una punción en la zona lumbar (espalda).*
- c) Mediante una punción en cada pierna, de forma que quedan dormidas.
- d) A través de una mascarilla facial (colocada sobre la boca y la nariz).
- e) No sé, no contesto (NS/NC).

Q9. ¿Cómo se administra una anestesia general?

- a) A través de una vía venosa en el brazo.
- b) *Mediante una punción en la zona lumbar (espalda).*
- c) A través de una mascarilla facial (colocada sobre la boca y nariz).

- d) a y c son correctas.
e) No sé, no contesto (NS/NC).

Q10. Cuando se produce una parada del corazón en el quirófano, ¿quién es el encargado de reanimar al paciente?

- a) El cirujano que esté en el quirófano.
b) El cirujano especialista en el corazón (cardiovascular).
c) El anesthesiólogo.
d) El médico de la UCI (intensivista).
e) No sé, no contesto (NS/NC).

REFERENCIAS

1. Baaj J, Takroui MS, Heussein BM, Al Ayyaf H. Saudi patients' knowledge and attitude toward anesthesia and anesthesiologists. A prospective cross-sectional interview questionnaire. *Middle East J Anesthesiol.* 2006;18:679-91.
2. Tohmo H, Pälve H, Iilman H. The work, ruties and prestige of Finish anesthesiologists: patients'view. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2003;47:664-6.
3. Braun AR, Leslie K, Morgan C, Bugler S. Patients'knowledge of the qualifications and roles of anesthetists. *Anaesth Intensive Care.* 2007;35:570-4.
4. De Oliveira KF, Clivatti J, Munechika M, Falcão LF. What do patients know about the work of anesthesiologists? *Rev Bras Anesthesiol.* 2011;61:720-7.
5. Klapfta JM, Roizen MF. Current understanding of patients' attitudes toward and preparation for anesthesia: A review. *Anesth Analg.* 1996;83:1314-21.
6. Lee JJ, Lee NH, Park CM, Hong SJ, Kong MH, Lee KH, et al. Public awareness about the specialty of anesthesiology and the role of anesthesiologists: A national survey. *Korean J Anesthesiol.* 2014;66:12-7.
7. Irwin MG, Fung SKY, Tivey S. Patient's knowledge of and attitudes towards anaesthesia and anaesthetists in Hong Kong. *HKMJ.* 1998;4:16-22.
8. Calman LM1, Mihalache A, Evron S, Ezri T. Current understanding of the patient's attitude toward the anesthetist's role and practice in Israel: Effect of the patient's experience. *J Clin Anesth.* 2003;15:451-4.
9. Gottschalk A1, Seelen S, Tivey S, Gottschalk A, Rich G. What do patients know about anesthesiologists? Results of a comparative survey in an U.S., Australian, and German university hospital. *J Clin Anesth.* 2013;25:85-91.
10. Hariharan S, Merritt-Charles L, Chen D. Patient perception of the role of anesthesiologists: A perspective from the Caribbean. *J Clin Anesth.* 2006;18:504-9.
11. Swinhoe CF, Groves ER. Patients'knowledge of anesthetic practice and the role of anesthetist. *Anaesthesia.* 1994;49:165-6.
12. Ho RY, Wong DT. Anesthesiology: The misunderstood occupation! *Can J Anaesth.* 2005;52:208-9.
13. Saal D, Heidegger T, Nuebling M, Germann R. Does a postoperative visit increase patient satisfaction with anesthesia care? *Br J Anaesth.* 2011;107:703-9.
14. Giraldo VL, Castillo GG, Quintero U, Palacio L, Díaz Y, Palacio M, et al. Percepción de la relación anesthesiólogo-paciente valorada en el postoperatorio de pacientes ASA I y II en instituciones nivel III y IV (estudio RAP-2) en Cali, Colombia. *Rev Colomb Anesthesiol.* 2014;42:20-7.
15. Agre P, Kurtz RC, Krauss BJ. A randomized trial using videotape to present consent information for colonoscopy. *Gastrointest Endosc.* 1994;40:271-6.