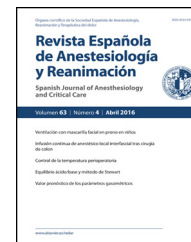




Revista Española de Anestesiología y Reanimación

www.elsevier.es/redar



ORIGINAL

¿General o regional? Preferencias anestésicas de los pacientes y su percepción sobre la anestesia regional



J.S. Lavado*, D. Gonçalves, L. Gonçalves, C. Sendino y E. Valente

Departamento de Anestesiología, Centro Hospitalar de Leiria, Leiria, Portugal

Recibido el 31 de mayo de 2018; aceptado el 2 de diciembre de 2018

Disponible en Internet el 8 de enero de 2019

PALABRAS CLAVE

Anestesia regional;
Anestesia general;
Miedos;
Conocimiento;
Preferencias de los
pacientes

Resumen

Introducción y objetivos: La anestesia regional (AR) ha ganado popularidad debido a sus beneficios y su seguridad. Sin embargo, muchos pacientes rechazan la AR en favor de la anestesia general (AG). Este estudio investiga las variables (factores demográficos, percepción de seguridad, miedos y conocimientos sobre la AR) relacionadas con las preferencias anestésicas de los pacientes.

Material y métodos: Los participantes eran mayores de 18 años, propuestos para una consulta anestésica. Rellenaron un cuestionario previamente a su cita.

Resultados: Ciento dos pacientes accedieron a participar. La media de edad era de $52,6 \pm 13,5$ años. El 57,8% eran mujeres y el 44,5% contaba al menos con 12 años de estudios. Dados a elegir, el 54% prefería AG y el 20,7% rechazaba AR en caso de que se lo propusiera el anestesiólogo. Entre los pacientes que ya habían experimentado anestesia neuroaxial, el 40% no quería repetirlo. Los pacientes que preferían AG en lugar de AR la percibían como más segura y expresaban mayor ansiedad por permanecer despiertos durante la cirugía. Estos fueron también los que tenían mayor temor al pinchazo, al dolor de espalda y a sentir dolor durante la cirugía. Los resultados indican que los pacientes no conocían los verdaderos riesgos y beneficios de la AR.

Conclusiones: El conocimiento de los temores de los pacientes es esencial y ayudará a los anestesiólogos a satisfacer las necesidades de sus pacientes. Los anestesiólogos deben esforzarse en mejorar las perspectivas de la población y su conocimiento sobre la RA.

© 2018 Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: joanaslavado@gmail.com (J.S. Lavado).

KEYWORDS

Regional anaesthesia;
 General anaesthesia;
 Fear;
 Knowledge;
 Patient preference

General or regional? Exploring patients' anaesthetic preferences and perception of regional anaesthesia

Abstract

Introduction and objectives: Regional anaesthesia (RA) has gained popularity due to its numerous benefits and increasing safety. Yet, often patients refuse this procedure and prefer general anaesthesia (GA). This study aimed to investigate variables (demographic factors, safety perception of GA and RA, patients' fears, anxiety, and knowledge) related to patients' anaesthetic preference.

Material and methods: Participants were patients aged 18 years or more proposed to an anaesthesia appointment for preoperative assessment. Patients completed a written questionnaire before meeting the anaesthesiologist. The questionnaire asked about their preferences, fears and perceptions about RA.

Results: One hundred and 2 patients agreed to participate. Mean age was 52.6 ± 13.5 years, 57.8% were female and 44.5% had at least 12 years of education. Given the choice, 54.0% would prefer GA and 20.7% said they would refuse RA if proposed by the anaesthesiologist. Among patients who already experienced neuroaxial anaesthesia, 40.0% said they did not wish to repeat it. Patients who preferred GA over RA perceived GA to be safer than RA and expressed more anxiety towards being awake during surgery and more fear of feeling pain during surgery, of having back pain, and of needle puncture. Results also suggested that patients are unaware of RA's real risks and benefits.

Conclusions: Knowing patients' fears is essential for the anaesthesiologist address their patients' needs. Anaesthesiologists should work on improving general population perspective and knowledge about RA.

© 2018 Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Antecedentes y objetivos

La anestesia regional (AR) ha ganado popularidad entre los anesestesiólogos gracias a sus numerosos beneficios y seguridad. Sin embargo, los pacientes rechazan a menudo este tipo de procedimiento, y prefieren la anestesia general (AG). Dado que el rechazo del paciente es una contraindicación absoluta para realizar una AR, muchos pacientes terminan por no obtener ventaja de los muchos beneficios que podría aportarles esta técnica. Explorar las perspectivas de los pacientes sobre la AR es esencial, ya que el anesestesiólogo solo puede lograr sus objetivos reconociendo las inquietudes de estos.

Muchos de los estudios existentes se han realizado fuera de Europa, pudiendo no reflejar las diferencias culturales e inquietudes, lo cual puede influir en la aceptación de la AR. Además, algunos de estos estudios se han llevado a cabo hace más de una década, por lo que pueden no corresponderse con las perspectivas actuales de los pacientes. Y, además, nunca se ha investigado el conocimiento de los beneficios de la AR por parte de los pacientes.

El objetivo de este estudio fue investigar las variables (factores demográficos, miedos de los pacientes, ansiedad, y percepción de la AG y AR en términos de seguridad, riesgos y beneficios) relacionadas con la preferencia anestésica de los pacientes (AG o AR). El objetivo final fue encontrar los factores que pueden fijarse por intervención, a fin de incrementar la confianza y adherencia de los pacientes a la AR.

Métodos

Se evaluó a 102 pacientes durante un periodo de 3 meses (de febrero a abril del 2017), previamente a su consulta anestésica. Los pacientes estaban programados para cirugía (cirugía general, traumatológica, urológica, otorrinolaringológica, oftalmológica, ginecológica o urológica) o intervenciones fuera de quirófano (principalmente gastroenterológicas). Los pacientes fueron inscritos durante los días en que tuvo lugar la consulta anestésica, por un anesestesiólogo miembro del equipo investigador. Se invitó a participar a todos los pacientes consecutivos mayores de 18 años y capaces de otorgar su consentimiento informado escrito. Únicamente un paciente rechazó el participar en el estudio, que fue aprobado por el Comité de Ética y el Consejo de Administración del hospital. Se obtuvo consentimiento informado escrito de todos los participantes. Ningún paciente abandonó el estudio tras firmar su consentimiento escrito.

Los pacientes completaron un cuestionario en la sala de espera, antes de su cita con el anesestesiólogo, desconociendo el tipo de anestesia que se les iba a proponer. El cuestionario (anexo; disponible en la versión electrónica del artículo) incluía una breve explicación de AG y AR, para que los pacientes pudieran comprender las diferencias entre ambas, basándose en estudios previos¹⁻⁵. El cuerpo del cuestionario consistía en 3 partes: la parte 1 evaluaba las características demográficas, la parte 2 evaluaba experiencias anestésicas previas y la parte 3 exploraba las preferencias anestésicas y la percepción sobre seguridad de los pacientes, y evaluaba

sus miedos y conocimientos relacionados con la AR. El conocimiento se evaluó mediante «sí» o «no» a las cuestiones relativas a 7 beneficios de la AR. A fin de evitar las informaciones erróneas, todas las frases eran ciertas. Los datos fueron analizados mediante el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS - versión 22.0 para Windows) (IBM, USA). Se utilizaron estadísticas descriptivas para resumir los datos. Los porcentajes reportados se calcularon sobre las respuestas válidas. Para la asociación de variables, se utilizaron las pruebas siguientes: entre las variables continuas y categóricas, las pruebas t; entre 2 variables continuas, un análisis de correlación, y entre 2 variables categóricas, la prueba χ^2 . Se consideró estadísticamente significativo un valor $p < 0,05$.

Resultados

La edad media de la muestra fue de $52,6 \pm 13,5$ años y el 57,8% eran mujeres. El 44,5% tenía al menos 12 años de estudios, o un grado universitario. En cuanto a la especialidad quirúrgica, el 38,2% fue remitido a consulta anestésica por cirugía general, el 22,5% por traumatología, el 18,6% por ginecología, el 3,9% por urología, el 2% por oftalmología y el 4,9% eran candidatas a intervenciones fuera de quirófano.

Experiencia anestésica previa

Analizando la experiencia anestésica previa, el 91,2% de los pacientes había sido anestesiado previamente, el 59,8% ya había experimentado AG, el 37,3% anestesia neuroaxial (AN) y el 4,9% bloqueos nerviosos (BN).

De los 38 pacientes que habían experimentado previamente AN, 8 (21%) manifestaron que habían tenido complicaciones (menores o mayores). Los pacientes tratados mediante BN no reportaron complicaciones. Solo el 4,4% declaró que conocía a alguien que había tenido complicaciones relacionadas con la AR. En conjunto, las complicaciones reportadas fueron déficit de sensibilidad en las piernas, sensación de dolor durante la cirugía, retención urinaria, náuseas y vómitos, una reacción alérgica, y un conocido que había experimentado parálisis y tenía problemas de «cabeza».

Perspectiva de los pacientes sobre la anestesia general regional

La percepción sobre seguridad fue calificada entre 1 (muy segura) y 4 (muy peligrosa). Aunque los pacientes en general tendieron a considerar más segura la AG (media $2,2 \pm 0,6$) que la AR (AN media $2,3 \pm 0,7$ y BN $2,4 \pm 0,6$), las diferencias no fueron significativas. La única característica demográfica que se asoció significativamente a una percepción más segura de la AR fue el sexo. Las mujeres percibieron mayor seguridad de la AR (tanto AN media $= 2,5 \pm 0,7$ como BN $2,5 \pm 0,6$) que los hombres (AN media $= 2,1 \pm 0,7$ y BN $2,1 \pm 0,6$ $p = 0,04$ para AN y $p = 0,02$ para BN). No se encontraron diferencias en cuanto a percepción de la seguridad de AG entre mujeres y hombres. No existió relación entre educación o edad y percepción sobre seguridad anestésica.

La ansiedad ante la anestesia, y específicamente ante estar despierto durante la cirugía, fue calificada entre 1 (muy tranquilo) y 5 (muy nervioso). Los pacientes se sentían considerablemente más nerviosos ante estar despiertos durante la cirugía que ante ser anestesiados en general (media $= 3,3 \pm 1,1$ vs. $2,9 \pm 1,1$, $p < 0,01$) (fig. 1). Las mujeres reportaron más ansiedad ante la anestesia que los hombres (media $= 3,2 \pm 1,1$ vs. $2,6 \pm 1,1$, $p = 0,02$). No existieron diferencias por sexo en cuanto a la ansiedad ante estar despiertos durante la cirugía. Ni la edad ni el nivel educativo guardaron relación con los diferentes niveles de ansiedad.

En la siguiente cuestión, se presentaron a los participantes 8 posibles episodios negativos normalmente relacionados con la AR. Para cada frase los pacientes calificaron: a) su nivel de miedo, y b) con qué probabilidad se produciría cada supuesto bajo AR, según se muestra en la tabla 1. Los episodios más calificados por un elevado porcentaje de pacientes como más probables de producirse se corresponden también con los más temidos por ellos, es decir, alteraciones sensoriales residuales, sensación de dolor durante la cirugía, paraplejía y dolor de espalda. El miedo y la probabilidad percibida para cada supuesto guardaron también una alta correlación (total $p < 0,01$).

Las características demográficas relacionadas con los miedos específicos a la AR fueron: mayor edad relacionada con más miedo de infección y alteraciones sensoriales, y

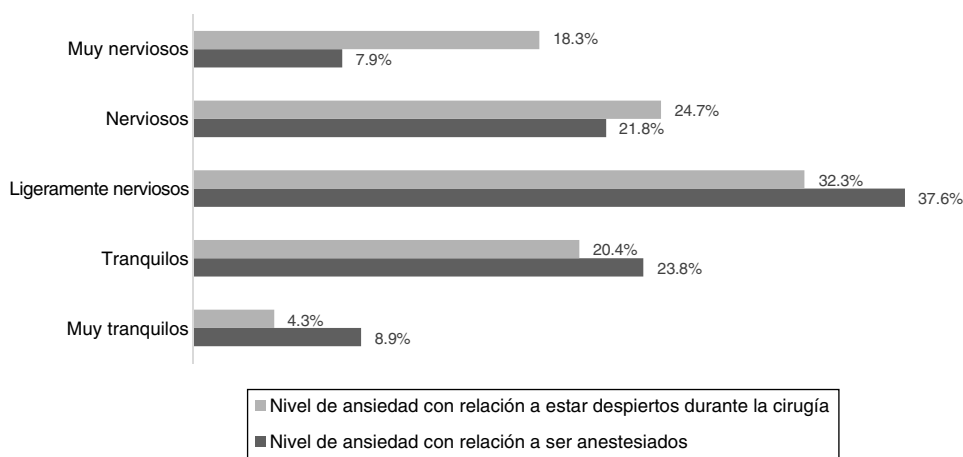


Figura 1 Nivel de ansiedad de los pacientes con relación a ser anestesiados y a estar despiertos durante la cirugía.

Tabla 1 Distribución del miedo reportado y probabilidad de que se produzcan episodios derivados de la anestesia regional, a juicio de los pacientes

	Si tuviera que someterse a anestesia regional, ¿cuál sería su escala de miedo ante...?: (1, sin miedo; 5, muy asustado)			A su juicio, ¿cuál es la probabilidad de que se produzcan estos episodios con la anestesia regional: (1, muy baja probabilidad; 5, muy alta probabilidad)		
	1-2	3	4-5	1-2	3	4-5
Quedarse parapléjico	30,1%	31,3%	38,5%	49,3%	28,8%	21,9%
Dolores de cabeza	50,6%	32,9%	16,4%	59,3%	25%	15,3%
Vómitos	52,6%	32,1%	15,3%	49,3%	36,6%	14,1%
Sentir dolor durante la cirugía	29,5%	25,6%	44,9%	41,1%	35,6%	23,2%
Dificultad en el pinchazo de la aguja o punción	43,5%	24,4%	32%	44,9%	34,8%	20,3%
Alteraciones sensoriales (p. ej., en pierna/brazo)	28,4%	23%	48,7%	39,7%	32,4%	27,9%
Dolor de espalda tras la anestesia regional	28,2%	33,3%	38,4%	39,5%	36,6%	23,9%
Infección en el sitio de punción	43,6%	30,8%	25,6%	58,9%	30,8%	10,3%

menor nivel educativo relacionado con mayor miedo al pinchazo ($p < 0,05$). No se encontraron diferencias por sexo en esta sección.

Preferencias hacia la anestesia general o regional

En cuanto a elección, el 54% de los pacientes preferiría AG en lugar de AR. Los motivos se solicitaron en una pregunta abierta, categorizándose después (tabla 2). El 20,7% de los pacientes rechazarían la AR si el anestesiólogo lo propusiera, lo cual se corresponde con el 39% de los pacientes que prefirieron AG.

Los pacientes que prefirieron AG la percibieron más segura que los pacientes que prefirieron AR (media = $2,1 \pm 0,6$ vs. $2,4 \pm 0,5$, $p = 0,04$). No se encontró asociación entre preferencia anestésica y percepción sobre seguridad de AN o BN.

No existió asociación entre ansiedad general hacia la anestesia y preferencia anestésica. Sin embargo, los pacientes que prefirieron AG en lugar de AR manifestaron mayor ansiedad ante estar despiertos durante la cirugía (media = $3,9 \pm 1$ y $2,9 \pm 1$, respectivamente; $p < 0,01$).

Los pacientes que prefirieron AG en lugar de AR manifestaron más miedo al pinchazo de la aguja (media = $3,2 \pm 1,4$ vs. $2,3 \pm 1,2$, $p < 0,01$), sentir dolor durante la cirugía (media = $3,7 \pm 1,2$ y $2,9 \pm 1,3$, respectivamente, $p = 0,01$) y dolor de espalda tras la AR (media = $3,4 \pm 1,3$ vs. $2,7 \pm 1,2$, $p = 0,04$), según se refleja en la tabla 3. La preferencia anestésica no guardó relación con ninguna variable demográfica (edad, sexo o educación).

Evaluación del conocimiento

Muchos pacientes desconocían los beneficios de AR preguntados en el cuestionario, según se refleja en la tabla 3.

En cuanto a la evaluación del conocimiento, conjeturamos que un paciente que respondiera «sí» a más preguntas (es decir, que tuviera más conocimiento sobre los beneficios de la AR) consideraría que la AR es un procedimiento más seguro y, por tanto, lo preferiría. Sin embargo, no encontramos asociaciones estadísticamente significativas, tanto para la seguridad percibida de AN y BN, cuanto la preferencia de AR sobre AG. De igual modo, no encontramos asociación alguna con relación al número de preguntas respondidas afirmativamente y el tener menores niveles de miedo.

Voluntad de repetir anestesia regional

Treinta y ocho pacientes habían experimentado previamente AN. El 40% de ellos manifestó que no volverían a pasar por ello. Los motivos fueron solicitados en una pregunta abierta y guardaron relación principalmente con dificultades técnicas, alteraciones sensoriales y ansiedad ante la probabilidad de estar despierto durante la cirugía, o sentir la misma. Un paciente no volvería a elegirla debido a un diagnóstico reciente de esclerosis múltiple.

Solo 5 pacientes habían experimentado antes BN y 4 de ellos estarían dispuestos a repetir el procedimiento.

Discusión

Los resultados reflejaron que los pacientes que prefirieron AG consideraban que era un procedimiento más seguro que

Tabla 2 Motivos de preferencia anestésica para los pacientes

	Motivo de preferencia	
Anestesia general	Prefieren estar dormidos	38,3%
	Problemas de columna/espalda	6,4%
	Experiencia previa positiva	4,2%
	La anestesia general es más segura /mejor	6,4%
	Miedo a sentir dolor	6,4%
	Debido al tipo de cirugía	2,1%
	Es mejor para el cirujano	2,1%
	No saben o no aportan un motivo de preferencia	34%
	Anestesia regional	Prefieren estar despiertos
Recuperación más rápida		5%
Más segura que la anestesia general		22,5%
Experiencia previa positiva		12,5%
Debido al tipo de cirugía		2,5%
No saben o no aportan un motivo de preferencia		40%

Tabla 3 Conocimiento de los pacientes acerca de los beneficios de la anestesia regional

Sabía usted que con la anestesia regional . . .	Sí	No
¿Es más fácil controlar el dolor postoperatorio?	31,7%	68,3%
¿El riesgo de trombosis es menor?	25,6%	74,4%
¿Se necesitan menos fármacos para controlar el dolor?	38%	62%
¿El riesgo de complicaciones pulmonares es menor?	31,6%	68,4%
¿El riesgo de complicaciones cardíacas es menor?	39,7%	60,3%
¿Se restablece más rápidamente la función intestinal?	38%	62%
¿Disminuye el riesgo de sangrado o la necesidad de transfusión sanguínea (dependiendo de la intervención)?	32,5%	67,5%

los pacientes que prefirieron AR. Esto puede deberse a motivos históricos, dado que la AG era la técnica más frecuente hace varias décadas y las personas tienden a favorecer aquello a lo que están acostumbradas (efecto de mera exposición). Los estudios previos muestran también la inclinación de los pacientes hacia AG en lugar de AR¹. Sin embargo, cuando un paciente ha experimentado previamente AR, la tendencia a preferir AG parece desaparecer^{2,3,6,7}. De hecho, la preferencia para AG y AR a la vez fue justificada por experiencias positivas previas. Este efecto de familiaridad podría ayudar a explicar también por qué las mujeres manifestaron que la AR era más segura que AG, ya que la analgesia epidural para partos está ampliamente aceptada como técnica segura en el país en el que se llevó a cabo este estudio.

Los motivos para preferir AG en lugar de AR fueron similares a los encontrados en estudios previos, principalmente la preocupación acerca de la AR y la aprensión ante el hecho de estar despierto durante la intervención¹⁻⁵. Los pacientes que prefirieron AG sobre AR manifestaron mayor miedo al dolor de espalda, al pinchazo de la aguja, y a sentir dolor durante la intervención. El miedo a sentir dolor durante la cirugía fue también uno de los motivos mencionados espontáneamente para la preferencia de AG, así como uno de los de mayor probabilidad de producirse, según los pacientes. Esto fue sorprendente, ya que la AR es considerada la técnica de referencia para controlar el dolor. De manera interesante, los pacientes que rechazaron repetir AR no reportaron «sentir dolor» como motivo. En su lugar, manifestaron que no les gustaba «sentir la cirugía» o a estar despiertos durante la

misma. La sedación podría haber mejorado la experiencia de estos pacientes. De hecho, los pacientes que prefirieron AG reportaron más ansiedad con relación a estar despierto durante la cirugía. De igual modo, la preferencia por estar despierto fue reportada espontáneamente por el 38,3% de los pacientes como justificación para la preferencia de AG. Sin embargo, debería resaltarse que algunos de los que prefirieron AR manifestaron que la elegían porque no querían perder la consciencia. Se puede suponer que los pacientes no desean perder el control de lo que ocurre en el quirófano, o tienen miedo de revelar información personal mientras están anestesiados. Los estudios futuros podrían investigar esta preferencia.

El 39% de los pacientes que prefirieron AG sobre AR manifestaron que rechazarían AR si lo propusiera el anestesiólogo (alrededor de un quinto de la muestra total). Esta fue una cifra sorprendentemente grande, considerando que en nuestro país la relación paciente-médico es paternalista y los pacientes tienden a confiar en su médico para elegir lo mejor. Explorar qué distingue a aquellos que rechazan la AR de aquellos que expresan meramente una preferencia por la AG podría ser el objetivo de estudios adicionales.

Los autores previos han manifestado que los anestesiólogos y los pacientes podrían tener diferentes inquietudes acerca de la AR^{3,8}. De hecho, a los anestesiólogos les preocupan normalmente la cefalea pospunción dural, los vómitos y la infección (junto con las posibles complicaciones neurológicas). Por contra, estas fueron las consecuencias a las que menos miedo tenían los pacientes. Esto podría deberse

a que los pacientes reconocen que estos efectos tienen baja probabilidad de producirse, o que los consideran efectos menores que ya han experimentado y de los que pueden recuperarse sin daño permanente. En cambio, junto con el miedo al daño neurológico, los pacientes expresaron inquietudes que no se encuentran entre las relacionadas entre las complicaciones de la AR. Es esencial encontrar las diferencias entre las inquietudes del anestesiólogo y las del paciente, ya que algunos de estos aspectos puede minusvalorarse por parte del anestesiólogo, y no debatirse en el momento de proponerse la AR.

Se han investigado previamente las inquietudes de los pacientes acerca de las lesiones neurológicas tras la AR. Sin embargo, no se ha explorado la probabilidad atribuida por los pacientes a cada posible complicación. En el estudio actual, se produjo una discrepancia entre la percepción de los pacientes y la incidencia real de complicaciones. Mientras el 21,9% de los pacientes pensó que existía una alta probabilidad de quedarse parapléjico, el 27,9% de padecer alteraciones sensoriales y el 23,9% de presentar dolor de espalda, la probabilidad real de padecer daño neurológico es muy inferior. Con arreglo a The Second ASRA Practice Advisory on Neurologic Complications Associated With Regional Anesthesia and Pain Medicine, la incidencia en la población general de lesión neuroaxial por cualquier motivo se cifra entre el 0,001 y el 0,07%, y entre el 0,02 y el 0,04% para BN⁹. De igual modo, el dolor de espalda puede producirse secundariamente debido a diversos aspectos, tales como el posicionamiento o la duración de la cirugía, y está probado que su incidencia no varía entre AG y AR¹⁰. Es posible que la percepción de los pacientes se vea influida por sucesos anecdóticos de los que hayan oído hablar.

El hecho de que la AR no se promoció apenas entre el público general se reflejó en el desconocimiento de sus beneficios para los pacientes. El porcentaje de pacientes que reportaron conocer cada beneficio osciló entre el 25,6 y el 39,7%. Explicar sus beneficios y debatir las inquietudes de los pacientes puede resultar a veces difícil, debido a las restricciones de tiempo durante la consulta anestésica. Y, además, es difícil hacer hincapié sobre su valor. Esta labor puede facilitarse si la información sobre la AR estuviera al alcance del público en general^{8,11}. Podría comunicarse en centros sanitarios, en los medios generales y en las páginas web con lenguaje fácilmente comprensible. Los cirujanos podrían implicarse también como aliados de los anestesiólogos, ya que las preferencias de los primeros pueden afectar a la elección anestésica de los pacientes⁷, y muchos de estos tratan las opciones anestésicas con su cirujano antes de hablar con el anestesiólogo.

Este estudio tuvo ciertas limitaciones. La muestra fue pequeña y pocos pacientes habían experimentado BN, lo cual excluyó ciertos análisis estadísticos. La experiencia anestésica previa fue evaluada sobre la base de qué recordaban los pacientes de su historia médica, lo cual puede haber introducido sesgos de memoria. Sin embargo, la información recabada de los informes médicos podría haber sufrido también sesgo, puesto que podría haberse anestesiado a los pacientes en diferentes hospitales, o hacía muchos años, y el acceso a dichos informes podría ser difícil, o no existir como tales. Sin embargo, la intención de este estudio fue investigar las percepciones y opiniones subjetivas de los pacientes sobre la AR, que podrían haberse visto influidas

principalmente por sus recuerdos de experiencias previas. Por ello, el sesgo de memoria es menos relevante para este estudio, en comparación con estudios más objetivos.

El hecho de que algunos pacientes (4,9%) estuvieran programados para especialidades quirúrgicas en las que la AR no era una opción podría haber influido en los resultados. Sin embargo, la eliminación de estos participantes de la muestra no alteró significativamente los resultados. Como el cuestionario fue respondido antes de la consulta con el anestesiólogo, los pacientes no sabían con certeza qué tipo de anestesia se les iba a proponer, minimizando este efecto. A pesar de que el objetivo de este estudio fue evaluar la mera perspectiva de los pacientes, antes de su cita con el anestesiólogo, una posibilidad interesante para la investigación futura sería evaluar cómo cambian las creencias de los pacientes sobre la AR tras la consulta con el anestesiólogo.

En conclusión, el miedo a estar despierto durante la cirugía parece ser una característica esencial de la preferencia de AG sobre AR por parte de los pacientes, junto con las creencias de estos sobre la seguridad de los procedimientos anestésicos y los miedos a la AR. Los pacientes no son conscientes de los riesgos y los beneficios reales de la AR. Esto significa que los anestesiólogos tienen que seguir esforzándose en educar a los pacientes, a fin de conseguir que la percepción del público sobre la AR sea más positiva.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ninguna subvención específica de agencias financieras de los sectores público o comercial.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la ausencia de conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Shevde K, Panagopoulos G. A survey of 800 patients' knowledge, attitudes and concerns regarding anesthesia. *Anesth Analg.* 1991;73:190-8.
2. Bheemanna NK, Channaiah SR, Gowda PK, Sanmugham VH, Chanappa NM. Fears and perceptions associated with regional anesthesia: A study from a tertiary care hospital in South India. *Anesth Essays Res.* 2017;11:483-8.
3. Dove P, Gilmour F, Weightman WM, Hocking G. Patient perceptions of regional anesthesia: Influence of gender, recent anesthesia experience and perioperative concerns. *Reg Anesth Pain Med.* 2011;36:332-5.
4. Matthey PWM, Finegan BA, Finucane BT. The public's fears about and perception of regional anaesthesia. *Reg Anesth Pain Med.* 2004;29:96-101.
5. Gajraj NM, Sharma ML, Souter AJ, Pole Y, Sidawi JE. A survey of obstetric patients who refuse regional anesthesia. *Anaesthesia.* 1995;50:740-1.
6. Rhee WJ, Chung CJ, Youn HL, Lee KH, Lee SC. Factors in patient dissatisfaction and refusal regarding spinal anesthesia. *Korean J Anesthesiol.* 2010;59:260-4.
7. Wu CL, Naqibuddin M, Fleisher LA. Measurement of patient satisfaction as an outcome of regional anesthesia and anal-

- gesia: A systematic review. *Reg Anesth Pain Med.* 2001;26:196–208.
8. Birnbach D. The public's perception of regional anesthesia: Why don't they get "the point"? *Reg Anesth Pain Med.* 2004;29:86–9.
 9. Benzon HT, Asher YG, Hartrick CT. Back pain and neuroaxial anesthesia. *Anesth Analg.* 2016;122:2047–58.
 10. Neal JM, Barrington MJ, Brull R, Hadzic A, Hebl JR, Horlocker TT, et al. The Second ASRA Practice Advisory on Neurologic Complications Associated With Regional Anesthesia and Pain Medicine. *Reg Anesth Pain Med.* 2015;40:401–30.
 11. McCartney CJL. We need to educate about perioperative pain control and not just regional anesthesia. *Reg Anesth Pain Med.* 2004;29:382.