

# Complicaciones Postoperatorias Menores Relacionadas con la Anestesia en Pacientes para Cirugías Electivas Ginecológicas y Ortopédicas en un Hospital Universitario de Kingston, Jamaica

Ingrid Tennant<sup>1</sup>, Richard Augier<sup>2</sup>, Annette Crawford-Sykes<sup>1</sup>, Doreen Ferron-Boothe<sup>3</sup>, Nicola Meeks-Aitken<sup>3</sup>, Karen Jones<sup>3</sup>, Georgiana Gordon-Strachan<sup>4</sup>, Hyacinth Harding-Goldson<sup>5</sup>

**Resumen:** Tennant I, Augier R, Crawford-Sykes A, Ferron-Boothe D, Meeks-Aitken N, Jones K, Gordon-Strachan G, Harding-Goldson H – Complicaciones Postoperatorias Menores Relacionadas con la Anestesia en Pacientes para Cirugías Electivas Ginecológicas y Ortopédicas en un Hospital Universitario de Kingston, Jamaica.

**Justificativa y objetivos:** Las complicaciones anestésicas postoperatorias menores pueden aumentar la incomodidad y la insatisfacción del paciente y retardar la recuperación. Este trabajo intentó determinar la frecuencia de las complicaciones menores relatadas en las primeras 48 horas del período postoperatorio por pacientes de cirugías electivas (ginecológicas y ortopédicas), en el *University Hospital of the West Indies*, Jamaica. También se evaluaron, la satisfacción general con los cuidados anestésicos y los posibles factores de riesgo para desarrollar complicaciones.

**Métodos:** Un estudio prospectivo y descriptivo de cohorte fue realizado por medio de entrevistas con pacientes operados 24 y 48 horas después de la anestesia. Los datos fueron analizados usando SPSS versión 12 y evaluados por el test del  $\chi^2$ -cuadrado y modelos de regresión logística múltiple.

**Resultados:** Se incluyeron 505 pacientes, siendo que 374 eran del sexo femenino (74%). La mayoría era ASA I (55%) o ASA II (38%) y se sometió a la anestesia general (80%). Un total de 419 (83%) pacientes relataron por lo menos una complicación postoperatoria. Las complicaciones más relatadas fueron el dolor de garganta (44%), náusea (30%), vómito (24%) y tromboflebitis (20%). La moda del Índice de Clasificación Numérica Verbal (ICNV), para cada complicación varió entre 2 y 5, lo que sugiere que la mayoría no causa una grave incomodidad. La edad inferior a 45 años (OR 2,22, IC de 95% 1,34-3,69,  $p = 0,002$ ) y el sexo femenino (OR 3,64, IC de 95% 2,14-6,20,  $p < 0,001$ ), fueron identificados como variables independientes significativas. La mayoría de los pacientes consideró su experiencia anestésica como excelente (51%) o muy buena (22%).

**Conclusiones:** Este estudio mostró una incidencia relativamente alta de complicaciones menores postoperatorias (83%), pero con una baja gravedad de los síntomas relatados y un alto grado de satisfacción general. Debemos darle una atención especial a la reducción de esas complicaciones menores por medio de técnicas anestésicas más meticulosas.

**Descriptores:** AVALIACIÓN, Tratamiento anestésico; COMPLICACIONES, Postoperatoria; RECUPERACIÓN POSTANESTÉSICA.

©2012 Elsevier Editora Ltda. Reservados todos los derechos.

## INTRODUCCIÓN

Las complicaciones postoperatorias relacionadas con la anestesia presentan un amplio abanico de gravedad que varía de levemente perturbador sin dejar secuelas a largo pla-

zo, a la muerte o la invalidez permanente. Se ha sugerido que varios son los factores que contribuyen para la morbilidad postoperatoria como el tiempo de ingreso, lo que incluye las comorbilidades y su control preoperatorio, respuesta al estrés quirúrgico, disfunción orgánica postoperatoria, dolor, mala nutrición y disturbios del sueño<sup>1</sup>. La técnica anestésica y los medicamentos usados también pueden contribuir para las complicaciones postoperatorias.

Las quejas más comunes incluyen náuseas y vómitos, dolor quirúrgico, dolor de garganta, dolor de cabeza, somnolencia y vértigos, daños dentales, lesión de los nervios periféricos y trombosis superficial<sup>2</sup>. Estar conciente es muy raro, pero es una complicación de la anestesia potencialmente devastadora<sup>3</sup>.

El desarrollo de agentes anestésicos más seguros y de los modos de administración, como también las mejoras en la monitorización de los pacientes y en el control del dolor a lo largo de las últimas décadas, contribuyeron para reducir

Recibido de la University of the West Indies, Jamaica

1. Médica; Cirujano; Profesor; Anestesiólogo Consultor, University of the West Indies
2. Médico; Profesor Asociado; Anestesiólogo Consultor, University of the West Indies
3. Enfermera Investigadora, University of the West Indies
4. PhD; Bioestadístico, Faculty of Medical Sciences, University of the West Indies
5. Médico; Profesor; Anestesiólogo Consultor, University of the West Indies

Artículo sometido el 07 de mayo de 2011.  
Aprobado para su publicación el 19 de junio de 2011.

Correspondencia para:  
Dra. Ingrid Tennant  
Department of Surgery Radiology, Anesthesia and Intensive Care  
University of the West Indies  
Kingston 7. Mona, Jamaica  
E-mail: [ingrid@ac-martin.com](mailto:ingrid@ac-martin.com)

el riesgo anestésico. Sin embargo, y aunque haya ocurrido un descenso importante en la mortalidad y morbilidad, las apariciones de complicaciones menores y más comunes no cambiaron de modo significativo<sup>2</sup>.

Esas complicaciones muestran una fuerte correlación entre la satisfacción general del paciente y su experiencia anestésica<sup>4</sup>, y pueden traer como resultado la suficiente incomodidad para el paciente, lo que justificaría cambios en la práctica. Por tanto, es importante que los anestesiólogos monitoreen los resultados clínicos y usen las informaciones obtenidas para mejorar la calidad del cuidado médico<sup>5</sup>.

Fueron registradas las complicaciones anestésicas que ocurrieron en los períodos intraoperatorio y postoperatorio inmediato (sala de recuperación) en el *University Hospital of the West Indies* (UHWI)<sup>6</sup>. Este trabajo intentó concentrarse en las complicaciones menores relatadas por los pacientes después de las cirugías electivas ginecológicas y ortopédicas, en las primeras 48 horas del período posterior a la recuperación de la anestesia y la satisfacción general de esos pacientes con los cuidados anestésicos.

## MÉTODOS

Fue realizado un estudio prospectivo y descriptivo de cohorte en la *University Hospital of the West Indies* (UHWI), Kingston, Jamaica. El UHWI es un centro de referencia terciario multidisciplinario con 500 camas y un hospital universitario filiado a la *University of the West Indies* (UWI). Este estudio contó con la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Médicas de la UWI.

Fueron incluidos, los pacientes seleccionados para las cirugías electivas ortopédicas y ginecológicas que recibieron tanto anestesia general como local. Los siguientes grupos de pacientes fueron excluidos: 1) pacientes con menos de 16 años de edad; 2) pacientes con diagnóstico de retraso mental o demencia senil; 3) pacientes con deficiencia auditiva; 4) pacientes ingresados por un día (alta en 24 postanestesia); y 5) pacientes que se negaron o que estaban imposibilitados de participar en el estudio.

Las estimaciones del tamaño de la muestra (usando Epi Info v. 3.3.2) indicaron que una muestra de la población de 486 era necesaria para ofrecer un poder de un 80% y un intervalo de confianza de un 95%. Ese cálculo se basó en una estimación de la frecuencia (10%) de las peores complicaciones esperadas.

Los datos recolectados incluyeron la edad del paciente, su sexo, la clasificación del estado físico de acuerdo con la *American Society of Anesthesiologists* (ASA), condiciones clínicas preoperatorias, técnica anestésica y duración de la anestesia. Los procedimientos quirúrgicos fueron clasificados de acuerdo con la percepción del riesgo asociado en: cirugías mayores (p. ej., histerectomía de Wertheim, artroplastia total de la rodilla); intermedias (histerectomía, reducción abierta y fijación interna de fracturas) y menores (biopsia o incisión y drenaje de abscesos). Otras informaciones registradas incluyeron diversas complicaciones en los períodos intraope-

riorio o de recuperación, obtenidas en las historias clínicas anestésicas.

Las complicaciones postoperatorias quedaron documentadas por medio de una entrevista y de una revisión de historias clínicas de los pacientes internados (24 a 48 horas después de la anestesia), por enfermeros entrenados en una investigación o por uno de los anestesiólogos investigadores. Criterios definidos fueron usados para cada complicación<sup>7</sup>.

Los pacientes también fueron solicitados a puntuar la gravedad de los síntomas en una escala de clasificación numérica verbal (ECNV) de cero a 10, donde cero representa "ausente" y 10 representa "la peor gravedad que se pueda imaginar". El nivel de satisfacción del paciente con los cuidados anestésicos fue evaluado por dos preguntas en la entrevista después de la cirugía: "¿Cómo usted evaluaría su anestésico" (a través de una escala de Likert de 7 puntos) y "¿Usaría usted ese tipo de anestésico nuevamente?" (sí/no).

Los datos fueron analizados usando SPSS versión 12. El apareamiento de complicaciones anestésicas postoperatorias fue expresado como un porcentaje de todos los anestésicos administrados en la población estudiada. Otros análisis descriptivos univariados también fueron obtenidos.

Los factores de riesgo en potencial para las complicaciones postoperatorias se evaluaron por el análisis bivariado y el test del  $\chi^2$ -cuadrado, y un valor de p menor que 0,05 se aceptó como estadísticamente significativo. Después de identificadas en el análisis bivariado, las variables significativas se insertaron en los modelos de regresión logística múltiple para examinar cada variable mientras se hacía el control de todos los otros factores de confusión.

## RESULTADOS

Los datos se recolectaron entre junio de 2009 y septiembre de 2010. Un total de 525 pacientes respetaron los criterios de inclusión y estuvieron de acuerdo en participar en el estudio, pero 20 quedaron fuera debido a datos faltantes. La muestra total incluyó a 374 mujeres (74%) y a 131 hombres (26%), con un 58% de los pacientes designados para cirugías ginecológicas y un 42% para ortopédicas. La edad promedio era de  $44,8 \pm 15,2$  años (variación 16-88 años) y la mediana de 43 años. La mayoría se clasificó como ASA I (55%) o ASA II (38%) (Tabla I) y tuvo sus procedimientos realizados bajo anestesia general (80%, n = 404). El resto se sometió a un bloqueo neuroaxial (18%, n = 91) o de nervio periférico (1,5%, n = 7); dos pacientes (0,5%) fueron sometidos a una técnica combinada (bloqueo del nervio y anestesia general).

Los procedimientos intermedios fueron presenciados con más frecuencia (83%) y la mayoría (41%) tuvo entre una y dos horas de duración (Tabla I). Las comorbidades más frecuentes fueron la hipertensión (26%), diabetes mellitus (9,5%) y asma (7,5%) (Tabla II). Aproximadamente un tercio de los pacientes (31%) tuvo una comorbilidad y otros 17% múltiples comorbilidades.

**Tabla I** – Características de los Pacientes

Características	Nº (%)
Sexo	
Masculino	131 (25,9)
Femenino	374 (74,1)
Estado ASA	
ASA I	278 (55,0)
ASA II	192 (38,0)
ASA III	34 (6,7)
ASA IV	1 (0,2)
Grado de riesgo quirúrgico	
Menor	16 (3,2)
Intermedio	419 (82,8)
Mayor	70 (13,8)
Duración de la anestesia	
60 min.	58 (11,5)
61-120 min.	206 (40,8)
121-180 min.	145 (28,7)
181-240 min.	56 (11,1)
> 240 min.	40 (7,9)
Especialidad quirúrgica	
Ginecología	293 (58,0)
Ortopedia	212 (42,0)

**Tabla II** – Incidencia de Comorbilidades

Comorbilidades	Número	Porcentaje
Hipertensión	133	26,3
Diabetes	48	9,5
Fumante	43	8,5
Asma	38	7,5
Uso de marihuana	26	5,1
Enfermedad cardiaca	10	2,0
Enfermedad renal	9	1,8
ACV	9	1,8
Enfermedad falciforme	8	1,6
Enfermedad de la tiroides	8	1,6
Epilepsia	2	0,4
NVPO	1	0,2

ACV: accidente cerebrovascular; NVPO: náuseas y vómitos en el postoperatorio.

### Complicaciones intraoperatorias y en la recuperación postanestésica

Un total de 77 pacientes (15%) tuvo una complicación registrada en el período intraoperatorio o en el período postoperatorio inmediato. Cinco por ciento de los pacientes tuvieron complicaciones cardiovasculares, como hipotensión, hipertensión o arritmias, y un 4,5% tuvieron hemorragia significativa (pérdida sanguínea > 10% del volumen de sangre estimado). Apenas 1% de los pacientes tuvo náuseas y vómitos en el período postoperatorio inmediato (Tabla II). Ocho pacientes tuvieron dos complicaciones y dos tuvieron tres complicaciones.

**Tabla III** – Complicaciones en los Períodos Intraoperatorio y Postoperatorio Inmediato.

Complicaciones	Número	Porcentaje de todos los anestésicos
Cardiovascular	26	5,1%
Respiratoria	7	1,4%
Hemorragia	23	4,5%
Fallo de la técnica/equipo	22	4,3%
NVPO	5	1,0%
Otras	6	1,2%

NVPO: náuseas y vómitos en el postoperatorio.

**Tabla IV** – Incidencia de Complicaciones Postoperatorias e Índice de Gravedad.

Complicación	Número (%)	Mediana ICNV	Moda ICNV
Dolor de garganta	223 (44,2)	3	2
Náusea	152 (30,1)	4	3
Vómito	123 (24,4)	4	4
Tromboflebitis	99 (19,6)	3	2
Trauma oral	97 (19,2)	3	2
Dolor en las espaldas	86 (17,0)	5	5
Mialgia	68 (13,5)	4	2
Dolor de cabeza	54 (10,7)	3	2
Problemas de micción	47 (9,3)	5	5
Parestesia	46 (9,1)	5	3
Déficit motor	16 (3,2)	5	5
Pesadillas	10 (2,0)	5.5	5
Pérdida de la memoria	7 (1,4)	5	3
Trauma dental	4 (0,8)	4	2
Conciencia	0	--	--

El período de recuperación transcurrió sin incidentes significativos para la mayoría de los pacientes, con 96% (n = 487) derivados a la enfermería en cuatro horas. Los otros 4% (n = 18) fueron monitorizados en la sala de recuperación postanestesia (SRPA) por más de seis horas para el tratamiento del dolor o reposición de líquidos, pero fueron autorizados a irse a enfermería más tarde sin intercurencias. No hubo ingresos en la UCI tanto en el postoperatorio inmediato como después de estar en la SRPA.

### Complicaciones postoperatorias

De todos los pacientes entrevistados, un total de 419 (83%) relató por lo menos una complicación postoperatoria. Las quejas más comunes fueron dolor de garganta (44%), náusea (30%), vómito (24%), tromboflebitis (20%) y trauma oral (19%). Ninguno de los pacientes que fueron sometidos a la anestesia general relató conciencia durante la operación (Tabla III). La ECNV mediana para cada complicación varió entre tres y cinco de un total de 10, y el modo fue de dos para cinco, lo que sugiere que la mayoría de las complicaciones no causaron una extrema incomodidad a los pacientes (Tabla IV).

**Tabla V** – Complicaciones versus Técnica Anestésica

Complicaciones	Técnica Anestésica				p
	AG	AR	BN	Combinadas	
Dolor de cabeza	38	16	-	-	< 0,001*
Dolor de garganta	211	7	2	2	< 0,001*
Mialgia	56	10	1	-	0,825
Náusea	128	22	1	-	0,490
Vómito	98	23	1	-	0,573
Trauma oral	93	4	-	-	< 0,001*
Trauma dental	4	-	-	-	-
Tromboflebitis	85	12	2	-	0,065
Pérdida de la memoria	6	1	-	-	0,405
Problemas de micción	36	10	-	-	0,952
Pesadillas	9	-	-	-	-
Dolor en las espaldas	68	17	-	-	0,925
Déficit motor	12	2	1	-	0,163
Parestesia	31	12	1	1	0,029*

AG: anestesia general; AR: anestesia regional;

Las correlaciones con las complicaciones postoperatorias que fueron significativas incluyeron edad, sexo, especialidad quirúrgica, y una técnica anestésica. La edad promedio de los pacientes que relataron complicaciones era de  $43,4 \pm 14,2$  años, comparada con  $51,8 \pm 19,3$  años de aquellos que no relataron complicaciones. De los pacientes con menos de 45 años, un 87% relataron por lo menos una complicación en comparación con un 78% de los pacientes con más de 45 años ( $p < 0,001$ ). Ya entre las mujeres, un 88% relató complicaciones, versus un 68% de los hombres ( $p < 0,001$ ). Las pacientes ginecológicas fueron las más propensas a quejarse en comparación con las pacientes ortopédicas (89% vs. 74%,  $p < 0,001$ ). Los pacientes que recibieron anestesia general tuvieron un porcentaje mayor de quejas en el postoperatorio que aquellos que recibieron un anestésico local (87% vs. 65%, respectivamente,  $p < 0,001$ ).

Las quejas específicas también mostraron las correlaciones significativas: dolor de garganta y trauma oral que estaban asociados con la anestesia general ( $p < 0,001$ ); y dolor de cabeza a la anestesia local ( $p < 0,001$ ) (Tabla V). Un análisis de regresión logística fue realizado para identificar las variables independientes asociadas a las complicaciones postoperatorias. Ellas incluían la edad inferior a los 45 años (OR 2,22, IC 95% 1,34-3,69,  $p = 0,002$ ) y sexo femenino (OR 3,64, IC 95% 2,14-6,20,  $p < 0,001$ ). El control por sexo resultó en una pérdida de significancia para la especialidad quirúrgica, y la técnica anestésica también perdió la significancia después del control por edad.

No hubo correlación entre el riesgo de desarrollar complicaciones postoperatorias menores y el estado ASA ( $p = 0,069$ ); una comorbilidad ( $p = 0,479$ ); comorbilidades múltiples ( $p = 0,052$ ); complicaciones intraoperatorias o en la SRPA ( $p = 1,000$ ); grado de riesgo del procedimiento ( $p = 0,330$ ); o duración del mismo ( $p = 0,202$ ). Es importante notar que la presencia de una comorbilidad ( $p = 0,032$ ) y de comorbilidades múltiples ( $p = 0,01$ ), fue significativamente correlacionada con las complicaciones intraoperatorias y con la SRPA.

## Clasificación de la experiencia con la anestesia

La mitad de los pacientes entrevistados (51%) consideró su experiencia con la anestesia como excelente, y otros 22% la clasificaron como muy buena. Diez pacientes (2%) describieron su experiencia como “mala”, relatando como promedio 2,5 de complicaciones. Ocho de esos pacientes fueron sometidos a una anestesia general. De aquellos 10 pacientes, ocho también tuvieron por lo menos una complicación, con una ECNV de cinco o más, y tres tuvieron puntuaciones de 10 (uno tuvo dolor de garganta, otro vómitos y el otro pesadillas). La mayoría (92%) indicó que optaría nuevamente por la misma técnica anestésica en caso de necesitar otra operación.

## DISCUSIÓN

Una morbilidad menor, como náuseas y vómitos en el postoperatorio (NVPO), dolor de garganta y dolores de cabeza, puede tener un impacto significativo sobre la recuperación de la anestesia, con la disminución de la función y una retomada más lenta de las actividades diarias normales después del alta<sup>2</sup>. La frecuencia de complicaciones postoperatorias varía mucho en la literatura.

Un análisis de las complicaciones postoperatorias observadas en un hospital universitario de gran porte entre 1979 y 1983, que incluía a más de 60.000 pacientes, arrojó un apareamiento de 0,04% para complicaciones postoperatorias mayores y de 9,4% para menores<sup>5</sup>. Sin embargo, un estudio que analizó específicamente las complicaciones postoperatorias menores después de la anestesia general en 4.173 pacientes, relató un apareamiento de 41%<sup>8</sup>.

La diferencia en los resultados de esos dos estudios, puede reflejar una diferencia de metodología. El primero registró la sintomatología voluntariamente concedida por los pacientes, mientras que el segundo los cuestionó usando una lista predeterminada de resultados/complicaciones. Nuestro estudio, utilizando un método parecido, también mostró un alto apareamiento de complicaciones menores (83%).

Una abarcadora revisión de artículos publicados entre 1966 y 2003, investigando el riesgo perioperatorio y las complicaciones asociadas con la anestesia, arrojó una gran variedad de incidencias específicas para las complicaciones menores<sup>2</sup>. Descubrimos que el dolor de garganta es relativamente común, aunque raramente sea una queja grave, con un apareamiento de un 44%. Una variación entre un 14% y un 64% relatado después de la intubación traqueal<sup>2</sup> sugiere que un perfeccionamiento, como una aspiración menos agresiva, puede ocurrir en nuestra técnica para reducir esa aparición.

En nuestro estudio, la aparición de náusea y vómito alcanzó un 30% y un 24%, respectivamente, lo que reflejó una vez más, la variación relatada entre un 20% y un 30%<sup>2</sup>. El único otro estudio realizado en Jamaica que evaluó NVPO fuera del período de la sala de recuperación, fue de pacientes sometidos a la laparoscopia y a la colecistectomía abierta, y que fueron evaluados por 24 horas en el postoperatorio<sup>9</sup>. Su incidencia global de 28,7% está de acuerdo con nuestros hallazgos.

El apareamiento general de mialgia constatada por nosotros fue de 13,5%, lo que, con base en las conclusiones de otros investigadores (1,5% a 89%), no fue algo fuera de lo común<sup>2</sup>. Sin embargo, no documentamos el uso de inyecciones intramusculares o suxametonio, siendo que ambos pueden impactar en la mialgia. Es una práctica común en nuestra institución evitar ese fármaco en pacientes electivos, salvo indicación específica. Las inyecciones intramusculares, por otro lado, son casi que universalmente usadas para suministrar analgésicos porque ese método es barato y sencillo. Esa práctica tal vez necesite ser nuevamente analizada.

En este estudio, el apareamiento combinado de trauma oral y dental fue de un 20%, aunque los daños a los dientes hayan representado apenas el 0,8%. El primer índice fue alto comparando la incidencia relatada de 7% para todos los tipos de traumas orales (de laceración de tejidos débiles hasta la fractura o avulsión del diente), en pacientes intubados<sup>2</sup>. El valor elevado puede estar relacionado con el hecho de que nuestra institución sea un hospital universitario, con entrenamiento de estudiantes de grado y postgrado, menos hábiles en la manipulación de las vías aéreas para evitar el trauma oral. Ésa es un área que necesita investigación adicional para determinar la causa, elaborar e instaurar cambios destinados a reducir el apareamiento de complicaciones.

También documentamos un apareamiento de dolor en las espaldas (17,0%) superior a lo que se observó en otros estudios<sup>5,8</sup>. No encontramos una asociación significativa con la raquianestesia ( $p = 0,9250$ , Tabla V) e influencia debido al posicionamiento del paciente (p. ej., litotomía) que no fue averiguada en la recolección de los datos.

No encontramos una correlación entre la clasificación del estado físico (ASA) y la frecuencia de quejas menores. Eso puede haber sucedido, debido al bajo número de pacientes ASA III y IV (6%), lo que complica las comparaciones. Además de eso, el trabajo de Lee y col.<sup>10</sup> sugiere que existe una correlación inconsistente de la clasificación ASA con una menor comorbilidad postoperatoria, en contraposición a una fuerte correlación de aquella con las principales complicaciones y la mortalidad.

Varios estudios han demostrado que el riesgo de complicaciones postoperatorias menores (náuseas, vómitos, cefalea, dolor en las espaldas), es mayor en las mujeres<sup>4,8</sup>. Nosotros también constatamos esa correlación, una vez que el porcentaje de mujeres relatando esas quejas es mayor (88% vs. 68%). Una posible explicación para eso es que, para las mujeres, es más socialmente aceptable expresar sus incomodidades, mientras que los hombres tienden a relatar menos sus complicaciones. Las diferencias hormonales parecen improbables porque ninguna diferencia fue demostrada entre las mujeres pre y posmenopausia<sup>8</sup>.

En este estudio, los pacientes más jóvenes también estuvieron más propensos a quejarse que los pacientes más ancianos, y la diferencia fue más fuerte en los pacientes con menos de 45 años. Nuestras observaciones pueden reflejar un mayor estoicismo por parte de los pacientes más viejos<sup>11,12</sup>, que pueden también haber tenido experiencias anteriores con la anestesia; y por tanto pueden estar menos

propensos a relatar problemas menores, incluso cuando los entrevistan. Ese hecho está corroborado por estudios de satisfacción del paciente postanestesia que relatan índices más altos de satisfacción en pacientes ancianos. Esa diferencia fue observada en pacientes que rebasan los 65 años<sup>4</sup>.

Es interesante notar que, a pesar de la alta incidencia de quejas, la satisfacción general con la anestesia fue alta. No podemos identificar las razones para esa aparente discrepancia en nuestros hallazgos. La satisfacción se define como "el equilibrio entre lo que se espera y la percepción que se obtuvo"<sup>13</sup>. Es posible que nuestros pacientes hayan esperado algún grado de incomodidad postoperatoria, estando por tanto, menos propensos a dar una puntuación baja a una experiencia dentro de sus expectativas. Otra posibilidad es el intento de agradar al entrevistador y de crear una impresión favorable.

### Limitaciones

Las entrevistas con los pacientes tienen el potencial de aumentar o de reducir el relato de las complicaciones debido al sesgo de memoria<sup>14</sup>. Las preguntas sobre la satisfacción del paciente no determinaron los aspectos específicos de la atención, siendo generales e inespecíficas. Una única clasificación general puede ser insensible a las deficiencias presentes en la atención. La falta de variabilidad en el ASA, el grado de riesgo y la duración de la anestesia entre la población estudiada, pueden haber interferido en la ausencia de correlación observada entre esas variables y complicaciones. Además de eso, ese estudio puede no haber obtenido un poder estadístico adecuado para detectar una baja frecuencia de complicaciones, como la conciencia durante la operación (incidencia relatada de < 0,3%), lo que explicaría por qué esa incidencia no fue observada.

### CONCLUSIÓN

Este estudio mostró una alta incidencia de complicaciones menores postoperatorias (83%), pero una baja gravedad de los síntomas relatados y un alto grado de satisfacción general. Un número mayor de complicaciones fue observado en pacientes más jóvenes y del sexo femenino, siendo el dolor de garganta, náuseas, vómitos y los traumas orales, los más comunes. Una atención especial se le debe dar a la reducción de esas complicaciones menores por medio de técnicas anestésicas más meticulosas. Nuestro objetivo con cada anestésico debe ser el de proporcionar una experiencia segura y cómoda para el paciente.

### AGRADECIMIENTOS

Los autores quisieran agradecerles a los enfermeros del Departamento de investigación del Departamento de Cirugía, Radiología, Anestesia y Cuidados Intensivos, por su asisten-

cia en la recolección e inserción de los datos. Nos gustaría también agradecerle al Profesor R. Carpenter por sus inestimables consejos a lo largo de la ejecución de este proyecto.

## REFERENCIAS

1. Kehlet H, Dahl JB – Anaesthesia, surgery, and challenges in postoperative recovery. *Lancet*, 2003;362:1921-1928.
2. Jenkins K, Baker AB – Consent and Anesthetic risk. *Anaesthesia*, 2003;58:962-984.
3. Domino KB, Posner KL, Caplan RA, Cheney FW – Awareness during anesthesia: a closed claims analysis. *Anesthesiology*, 1999;90:1053-1061.
4. Myles PS, Williams DL, Hendrata M, Anderson H, Weeks AM – Patient satisfaction after anaesthesia and surgery: results of a prospective survey of 10,811 patients. *Br J Anaesth*, 2000;84:6-10.
5. Cohen MM, Duncan PG, Pope WD, Wolkenstein C – A survey of 112,000 Anesthetics at one teaching hospital (1975-83). *Can Anaesth Soc J*, 1986;33:22-31.
6. Tennant IA, Augier R, Crawford-Sykes A, Hambleton IR, Tha M, Harding H – Anesthetic morbidity at the University Hospital of the West Indies. *West Indian Med J*, 2009;58:452-459.
7. Cohen MM, Duncan PG, Tweed WA et al. – The Canadian four-centre study of Anesthetic outcomes: I. Description of methods and populations. *Can J Anaesth*, 1992;39:420-429.
8. Myles PS, Hunt JO, Moloney JT – Postoperative minor complications. Comparison between men and women. *Anaesthesia*, 1997;52:300-306.
9. East JM, Mitchell DIG – Postoperative nausea and vomiting in laparoscopic versus open cholecystectomy at two major hospitals in Jamaica. *West Ind Med J*, 2009;58:130-137.
10. Lee A, Lum ME – Measuring Anesthetic outcomes. *Anaesth Intensive Care*, 1996;24:685-693.
11. Layzell M – Exploring pain management in older people with hip fracture. *Nursing Times*, 2009;105:20-23.
12. Parker A – Care of the older perioperative patient. *Br J of Anesthetic and Recovery Nursing*, 2002;8:21-27.
13. Capuzzo M, Gilli G, Paparella L et al. – Factors predictive of patient satisfaction with anesthesia. *Anesth Analg*, 2007;105:435-442.
14. Hennekens CH, Buring JE – *Epidemiology in medicine*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 1987, p. 274.