

Estudio de morbilidad anestésica en las primeras 24 horas del posoperatorio

**Dr. Gustavo Grünberg¹, Dr. Julio Díaz²,
Dra. Virginia Vieito³**

¹ Asistente del Depto. y Cátedra de Anestesiología

² Prof. Adj. del Depto. y Cátedra de Anestesiología

³ Residente del Depto. y Cátedra de Anestesiología

Cátedra de Anestesiología. Hospital de Clínicas

Dr. Manuel Quintela. Montevideo - Uruguay.

resumen

La anestesia tiene una morbimortalidad propia e independiente de la cirugía. La cuantificación de estas complicaciones permite determinar el riesgo anestésico.

objetivo

Determinar en una muestra de pacientes quirúrgicos la morbilidad asociada a la práctica anestésica en las primeras 24 horas del posoperatorio.

metodología

Se realizó un estudio prospectivo de 184 pacientes entre 15 y 81 años, intervenidos quirúrgicamente con anestesia general o regional, evaluados a las 24 horas de la cirugía mediante un cuestionario estandarizado consignando una serie de complicaciones anestésicas.

resultados

Sesenta y un pacientes (33.2%) no presentaron ninguna complicación, y dentro de los que sí las presentaron, las más frecuentes fueron el dolor severo, náuseas y vómitos en igual porcentaje (23.4%).

Las mujeres tuvieron 1.56 complicaciones por paciente y 1.06 los hombres ($p < 0.05$)

La anestesia general tuvo 1.49 complicaciones por paciente frente a 1.28 para la local/regional ($p > 0.05$).

conclusiones

La incidencia global de complicaciones fue similar a la de otros estudios, pero la frecuencia de pacientes con dolor severo fue superior a la considerada como aceptable según los criterios internacionales actuales.

La incidencia de complicaciones fue mayor en los pacientes de sexo femenino y en quienes se realizó anestesia general.

palabras clave

Anestesia.

Morbilidad.

Complicaciones.

Riesgo.

summary

Anesthesia has its own mortality and morbidity independent of surgery. The quantification of these complications allows determining the anesthetic risk.

objective

To determine in a sample of surgical patients the morbidity associated to the anesthetic practice in the first 24 hours postoperatively.

methods

A prospective study of 184 surgical patients between 15 and 81 years was carried out, operated on general or regional anesthesia, evaluated at 24 hours after surgery by means of a standardized questionnaire consigning a series of anesthetic complications.

results

61 patients (33.2%) did not present any complication. The most frequent complications found were severe pain and nausea/vomiting in equal percentage (23.4%).

Female patients had 1.56 complications per patient, and male patients had 1.06 ($p < 0.05$).

General anesthesia had 1.49 complications per patient and local/regional anesthesia had 1.28 ($p > 0.05$).

conclusions

The global incidence of complications was similar to other studies, but the frequency of severe pain was high, according to the present international criteria.

The incidence of complications was higher in female patients and in patients operated on general anesthesia.

key words

Anesthesia.

Morbidity.

Complications.

Risks.

resumo

A anestesia apresenta uma morbimortalidade própria e independente da cirurgia. A quantificação destas complicações permite determinar o risco anestésico.

objetivo

Determinar em uma amostra de pacientes cirúrgicos, a morbidade associada à prática anestésica nas primeiras 24hs de pós-operatório.

metodologia

Realizou-se um estudo prospectivo de 184 pacientes entre 15 e 81 anos, submetidos a cirurgia com anestesia geral ou regional, avaliados em 24hs após a cirurgia mediante um questionário estandardizado consignando uma série de complicações anestésicas.

resultados

61 pacientes (33,2%) não apresentaram nenhuma complicação.

As complicações mais freqüentes foram dor severa e náuseas/vômitos em igual porcentagem (23,4%). As mulheres tiveram 1.56 complicações por paciente e os homens 1.06 ($p < 0.05$). A anestesia geral teve 1.49 complicações por paciente frente a 1.28 para a local/regional ($p < 0.05$).

conclusões

A incidência global de complicações foi similar a de outros estudos, mas a frequência de pacientes com dor severa foi superior ao considerado aceitável segundo os critérios internacionais atuais.

A incidência de complicações foi maior nas pacientes de sexo feminino, e nos pacientes submetidos à anestesia geral.

unitermos

Anestesia.
Morbilidad.
Complicações.
Riscos.

introducción

Las complicaciones que aparecen en el período posoperatorio son múltiples y variadas, muchas de las cuales son consecuencia directa de la anestesia y la cirugía realizadas. Sin embargo, existe un grupo de complicaciones que si bien pueden ser causadas por la anestesia, su vinculación no es tan claramente demostrable. La evaluación de todas estas complicaciones constituye una forma de control del resultado anestésico (*outcome*).⁽¹⁾

En todo centro hospitalario universitario en el cual exista un Departamento y Cátedra de Anestesiología es de gran importancia conocer la calidad del manejo anestesiológico y el resultado del mismo. Para evaluar estos aspectos es fundamental determinar no solamente la mortalidad y las complicaciones anestésicas graves⁽²⁻⁵⁾, sino también las complicaciones menores pero de presentación frecuente en la práctica anestesiológica.^(4,5)

Si bien en este centro hospitalario ya se han realizado estudios de complicaciones anestésicas, como el de Barreiro y col.⁽³⁾, que estudió mortalidad anestésica, y el de Dabezies y col.⁽⁶⁾ que estudió las complicaciones anestésicas intra y posoperatorias inmediatas, es fundamental actualizar estos datos, avanzar en el seguimiento de los pacientes más allá del período inicial y profundizar en la evaluación de las complicaciones frecuentes que determinan la morbilidad anestésica.

A partir del conocimiento y evaluación de las complicaciones se puede determinar el riesgo anestésico y, por lo tanto, planificar conductas preventivas que redunden en una mejora del resultado anestésico.⁽⁴⁻⁶⁾

Otro aspecto que jerarquiza el conocimiento de las complicaciones anestésicas es que permite informar al paciente quirúrgico de los riesgos anestésicos reales de cada centro asistencial, y no de los datos provenientes exclusivamente de la literatura internacional.

objetivo primario

El objetivo de este trabajo fue determinar, en una muestra de pacientes quirúrgicos, la morbilidad asociada a la práctica anestésica en las primeras 24 horas del posoperatorio.

objetivos secundarios

Determinar, también, si existen diferencias en la frecuencia de complicaciones entre hombres y mujeres y entre anestesia general y local y/o regional en el mismo período.

metodología

Se realizó un estudio prospectivo de todos los pacientes que fueron sometidos a una intervención quirúrgica que requirió algún tipo de procedimiento anestésico, en un período de dos meses (6 de mayo a 7 de julio 2002) en el Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela".

Se determinaron como criterios de exclusión a todos aquellos pacientes que pasaron el posoperatorio inmediato en una unidad de cuidados intensivos dentro o fuera del hospital, a los menores de 14 años, y a aquellos pacientes que por diversas causas no se encontraban en la sala de internación en el momento de la evaluación.

Una vez finalizada la intervención quirúrgica todos los pacientes pasaron a Sala de Recuperación Posanestésica (SRPA). Se registraron los datos de la ficha patronímica en una planilla que fue utilizada para el registro de los resultados del interrogatorio realizado a las 24 horas de la cirugía.

Los datos se obtuvieron mediante un cuestionario estandarizado que se adjunta en el apéndice I, en el cual se constataron los síntomas adversos experimentados por los pacientes dentro de estas 24 horas del posoperatorio, y que incluyó: dolor, síntomas respiratorios, digestivos, neurológicos, lesiones y otros.

Se consignaron además los pacientes que fueron dados de alta antes de las 24 horas.

Los datos fueron analizados utilizando los programas *Excel 2002* y *EPIINFO 6*.

resultados

La muestra de pacientes quedó integrada inicialmente por un total de 197 pacientes, 73 hombres (37.1%) y 122 mujeres (61.9%); en dos pacientes no consta el sexo en la ficha (1.0%).

La edad promedio de los pacientes fue de 44.0 ± 18.3 años (media \pm desvío estándar), con un mínimo de 15 años y un máximo de 81 años.

Las cirugías realizadas correspondieron a múltiples especialidades siendo las más numerosas la cirugía gineco-obstétrica, seguida por la cirugía general y la urológica. Los resultados se ilustran en la Tabla 1.

Trece (6.6%) pacientes fueron dados de alta a domicilio antes de las 24 horas, y no fueron considerados para la evaluación.

Del total de 184 pacientes que se siguieron, a las 24 horas hubo 61 pacientes (33.2%) en los que no se consignó ninguna complicación. En los restantes 123 (66.8%) se constató al menos una complicación y hasta un máximo de ocho.

El número total de complicaciones registradas fue de 266. Dentro de este grupo se consideró sólo el dolor severo, y no los grados moderado y leve. La distribución por pacientes del número de complicaciones se ilustra en la Tabla 2.

El dolor se consignó mediante la Escala Visual Análoga (EVA), siendo el valor promedio hallado de 4.6 ± 3.2 (media \pm DE). Los valores de EVA discriminados según la severidad del dolor se muestran en la Tabla 3.

Las complicaciones constatadas se dividieron en: dolor agudo posoperatorio, neurológicas, digestivas, respiratorias y otras. La frecuencia de las mismas se presenta en la Tabla 4.

Se analizaron por separado la frecuencia de complicaciones entre hombres y mujeres. En la Tabla 5 se muestran las diferencias encontradas.

En la Tabla 6 se comparan las complicaciones de la anestesia general y local más regional (raquídea y peridural) en los 184 pacientes evaluados. Se realizó una anestesia general en 145 pacientes (79%), en 30 la anestesia fue raquídea (16%), en cuatro fue peridural (2%), y en cinco pacientes fue local potenciada (3%).

discusión

La muestra de pacientes estudiada constituyó un corte transversal de un 4% del total de pacientes que se intervinieron en el Hospital de Clínicas el año del estudio (5.000 anestесias).

Como surge claramente de los resultados, hubo un claro predominio de la técnica anestésica general sobre las demás (4:1). Esta diferencia puede ser atribuida a múltiples causas. Por un lado, la diversidad de especialidades quirúrgicas que se realizan en este centro hospitalario de tercer nivel de asistencia determina que hayan numerosas cirugías que no pueden ser realizadas con anestesia regional (Ej.: neurocirugía, otorrinolaringología, oftalmología, etcétera). Por otro lado, la disponibilidad de material para la realización de técnicas regionales no está siempre fácilmente accesible en este hospital, lo que resulta un factor limitante.

Si bien la muestra estudiada representa un corte transversal en la población quirúrgica del Hospital de Clínicas y en un momento dado del año, la frecuencia global de complicaciones fue similar a los resultados promedios encontrados en diferentes estudios y revisados por Jenkins en su trabajo del año 2003.⁽⁴⁾

El total de complicaciones registrado fue de 266, lo que representó en promedio más de una complicación por paciente (aproximadamente 1.4 complicaciones por persona). A pesar de este elevado número, en un 33.2% de los pacientes no se constató ninguna complicación. Casi la mitad de los pacientes tuvo una o dos complicaciones, y el máximo registrado en un paciente fue de ocho (Tabla 2).

En lo referente al dolor agudo posoperatorio, si bien no fue el objetivo primario de este estudio, los hallazgos obtenidos obligan a realizar un breve análisis.

El diagnóstico de situación hallado en referencia al manejo del dolor posoperatorio puede resumirse como una analgesia posoperatoria insuficiente. Actualmente se considera como objetivo del tratamiento analgésico la obtención de pacientes confortables y sin dolor, lo que tan solo ocurrió en un 13.6% de los pacientes de esta muestra.

Si se considera como aceptable el dolor leve se sumaría un 13.6% más de pacientes, por lo que tan solo un 27.2% tendrían un dolor de nivel aceptable. Por el contrario, el dolor moderado y severo son considerados como inaceptables e indicadores de una falla significativa de la terapia analgésica. La suma de pacientes con dolor moderado y severo da como resultado que un 49.5% de los pacientes fueron analgésicos en forma insuficiente.

En estudios recientes se considera que la frecuencia de pacientes con dolor severo no debe superar el 5% del total^(4,7) y lo encontrado en este trabajo fue de 23.4%.

Interesa señalar que en el período en que fue realizado, los anestesiólogos fueron los responsables del tratamiento del dolor durante la anestesia y en las primeras horas del posoperatorio, hasta que los pacientes fueron dados de alta del área de recuperación posanestésica. Al pasar a la Sala de Cirugía el manejo del dolor fue realizado según las indicaciones de los cirujanos tratantes.

Actualmente esta modalidad de trabajo está siendo modificada en el Hospital de Clínicas y durante las primeras 24 a 72 horas del posoperatorio la analgesia es responsabilidad del Departamento de Anestesiología mediante la Unidad de Dolor Agudo (UDA)^(4,8-9), al igual que se plantea en otros centros internacionales.⁽¹⁰⁾

Con respecto a las otras localizaciones de dolor, como ser a nivel tèmpero-mandibular y la odinofagia -que se pueden vincular de alguna manera a las maniobras de apertura bucal, laringoscopia e intubación oro-traqueal- la frecuencia encontrada fue similar a la de otros trabajos.^(4,11-14)

Las lesiones bucales y dentales producidas durante las maniobras de laringoscopia e intubación tuvieron una incidencia similar a la que presentan otros estudios de complicaciones anestésicas.^(4,15-17)

Con relación a la incidencia de complicaciones producidas por la manipulación de la vía aérea es importante señalar que este estudio fue realizado en un centro docente, en el cual las maniobras son realizadas casi en su totalidad por médicos residentes (bajo supervisión de integrantes del Departamento y Cátedra de Anestesiología de mayor formación y experiencia) que están en diferentes etapas de su formación. En el período en el que se realizó este estudio, los residentes de primer año llevaban dos meses en el Servicio.

La incidencia de mialgias, complicación vinculada fundamentalmente al uso de succinilcolina, fue relativamente baja (3.3%). Este resultado tiene un valor relativo debido a varios factores; el seguimiento de los pacientes fue sólo de 24 horas, y las mialgias por succinilcolina pueden aparecer hasta cuatro días o más del posoperatorio. Otro factor a considerar es que a los pacientes dados de alta antes de las 24 horas no se les realizó seguimiento, y son éstos quienes tienen más incidencia de mialgias debido a que son los que deambulan más precozmente.⁽¹⁸⁾ A pesar de que siempre es importante conocer la relación entre succinilcolina y mialgias, en este estudio no se consignaron los pacientes que recibieron esta droga, dado que no formó parte de los objetivos del estudio.

La frecuencia de pacientes que manifestaron dorsalgia y/o lumbalgia fue globalmente menor a la que presentan algunos estudios^(4,19-20), pero si se compara sólo la anestesia regional tuvo una incidencia similar.⁽⁴⁾

Las complicaciones neurológicas fueron poco frecuentes. En esta muestra no hubo ningún paciente que refiriera vivencias intraoperatorias, una de las complicaciones más temidas por los pacientes y por los anestesiólogos.⁽²¹⁻²²⁾ Es importante señalar que el monitoreo neurológico de la profundidad anestésica con el Índice Bispectral (BIS) no fue utilizado de rutina en el período estudiado, pero en la mayor parte de las salas de operaciones sí se contó con analizador de gases anestésicos.

Los diferentes estudios hablan de una frecuencia de vivencias intraoperatorias aproximada de uno en 300 anestésias⁽⁴⁾, por lo que debido al tamaño de la muestra de pacientes de este estudio no podemos realizar ninguna conclusión al respecto.

Otras complicaciones neurológicas, como ser las cefaleas, parestesias, agitación y desorientación tuvieron una frecuencia similar a la de otros estudios.⁽⁴⁾

La incidencia de náuseas y vómitos encontrada fue la misma que aparece en la mayor parte de los trabajos y en los diferentes centros.^(4,14, 23-27) En el estudio realizado por Dabezies y col.⁽⁶⁾, en este hospital, la incidencia de náuseas y vómitos constituyó el 10.6% respecto al total de las complicaciones consignadas. Sin embargo, en este estudio no se determinó la incidencia de náuseas y vómitos sobre el total de pacientes operados, ya que no fue posible con la metodología utilizada. Además, este estudio se refiere solamente al período intra y posoperatorio inmediato, en tanto de éste el seguimiento alcanzó las 24 horas del posoperatorio. Si realizamos un análisis en nuestro estudio de las náuseas y vómitos con la misma metodología se puede ver que sobre el total de complicaciones consignadas (266), las náuseas y/o vómitos constituyeron un 16.2% del total. Si bien al comparar ambos resultados (estudio actual: 43/266, estudio de Dabezies y col.: 41/384) aparece una diferencia estadísticamente significativa ($p= 0.04$), este resultado no tiene valor debido a que las complicaciones totales consignadas fueron diferentes, así como el período estudiado.

La tos y la expectoración posoperatorias son complicaciones que se presentaron con una frecuencia importante, así como la disfonía. Todas son consecuencia más o menos directa de la manipulación sobre la vía aérea que se realiza en la anestesia general con intubación traqueal o no, y del riesgo de infección respiratoria.⁽²⁸⁻³⁰⁾ No encontramos en la literatura datos de incidencia de tos y expectoración como complicación

anestésica, pero sí de complicaciones infecciosas del tracto respiratorio inferior, que en el trabajo de Kolawole⁽¹⁴⁾ fue la complicación anestésica más frecuente.

Las lesiones oculares se producen por dos mecanismos fundamentales: el más frecuente es la oclusión ocular incompleta lo que determina lesiones por desecamiento de la conjuntiva, y el segundo mecanismo es por compresión del globo ocular, fundamentalmente por parte del equipo quirúrgico, cuando se trabaja a nivel de cabeza y/o cuello.^(4,31-34)

Las lesiones oculares se detectaron en cinco pacientes (2.7%), lo que es similar a los datos obtenidos en un estudio específico de lesiones oculares realizado en el Hospital de Clínicas, en el cual se encontró una frecuencia del 3%.⁽³⁵⁾ La diferencia entre ambos estudios no es significativa, a pesar de que en éste no se realizó la consulta con oftalmólogo, ni un examen ocular.

No se constataron lesiones nasales, lo que se correlaciona con el tipo de cirugías que se incluyeron en este estudio, y a que la intubación nasal no fue utilizada.

Hubo sólo tres pacientes que presentaron retención de orina y los tres fueron de cirugía general. Estos resultados son comparables a estudios globales⁽¹⁵⁾, pero se diferencian de estudios de incidencia en anestesia regional, en los cuales la incidencia es significativamente mayor.⁽⁴⁾

Sin embargo, se debe puntualizar que casi el 20% de los pacientes operados fueron de cirugía urológica, y es habitual que luego de la misma permanezcan con sonda vesical por varios días.

Nueve pacientes (4.9%) mostraron signos de flebitis, no discriminándose si se trató de irritación química de la vena exclusivamente o con infección sobreagregada. En todos los casos se tomaron las medidas terapéuticas indicadas para dicha situación.

Se constataron algunas diferencias en la frecuencia de complicaciones entre hombres y mujeres, pero creemos que el valor de este resultado es relativo debido a que las cirugías a que fueron sometidos eran diferentes, lo que surge claramente de la alta proporción de mujeres intervenidas de cirugía gineco-obstétrica (49%) y de hombres operados de cirugía urológica (42%), y a una importante diferencia entre los promedios de edades ($p < 0.05$).

A pesar de estas diferencias, la incidencia de complicaciones fue significativamente mayor en las mujeres ($p = 0.0017$), con diferencia estadísticamente significativa en la frecuencia de dolor severo, mialgias, náuseas y/o vómitos. La frecuencia de pacientes sin complicaciones fue mayor en los hombres (32:71) que en las mujeres (29:112) con diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.007$).

La comparación entre anestesia general y regional muestra algunos resultados esperados (Tabla 6), y otros que deben ser analizados con cuidado. Como era previsible, la incidencia de odinofagia y disfonía fueron significativamente mayores ($p < 0.05$) luego de anestesia general que de local y/o regional.^(4,11-14, 28-30) De la misma manera, la incidencia de dorso-lumbalgia fue mayor luego de la anestesia regional y/o local que en la anestesia general, con una diferencia significativa ($p < 0.05$).

La frecuencia de náuseas y/o vómitos se mostró claramente superior en los pacientes que recibieron anestesia general (26% vs 15% en la local y/o regional), pero para el tamaño de la muestra la diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0.184$).

Llamativamente, la incidencia de pacientes con dolor severo fue significativamente mayor ($p < 0.05$) en los pacientes que recibieron anestesia local y/o regional (38%) que en los que recibieron anestesia general (19%). No hubo diferencias en los pacientes con dolor moderado, leve y sin dolor, y tampoco al analizar el dolor de manera lineal mediante la Escala Visual Análoga (EVA). Si bien la frecuencia de dolor severo fue mayor con la anestesia local y/o regional, no podemos atribuirle la causa del mismo a la técnica anestésica debido a que las cirugías realizadas en uno y otro grupo no resultan comparables. Debido a que excede los objetivos de este trabajo, y la muestra fue pequeña para realizar un análisis más exhaustivo de este punto, creemos que no se deben sacar mayores conclusiones al respecto, pero sí dejar abierta la posibilidad de realizar una investigación más detallada de este aspecto.

A pesar de las diferencias mencionadas, el número de complicaciones por paciente fue similar en ambas técnicas anestésicas ($p < 0.05$).

conclusiones

El dolor posoperatorio fue tratado de manera insuficiente y determinó un importante número de pacientes con dolor moderado y severo. En base a estos datos podemos concluir que se debe reformular el manejo del dolor agudo posoperatorio en este centro hospitalario.

El resto de las complicaciones consignadas tuvo una frecuencia similar a la de otros centros y estudios. Sin embargo, para muchas de las mismas la muestra estudiada fue pequeña, por lo que sería importante realizar estudios posteriores con mayor número de pacientes y un seguimiento más prolongado.

La incidencia de complicaciones fue mayor en las pacientes de sexo femenino con mayor frecuencia de dolor severo, mialgias, náuseas y/o vómitos.

La anestesia general mostró una frecuencia total de complicaciones levemente mayor a la regional y/o local, pero sin diferencias significativas, aunque con una mayor frecuencia de odinofagia y disfonía, y menor de dorso-lumbalgia.

**TABLA 1 - PROCEDIMIENTOS REALIZADOS
POR ESPECIALIDAD**

Especialidad	N(%)
Cirugía general	59 (29.9%)
Urología	38 (19.3%)
Gineco-obstetricia	63 (32.0%)
Neurocirugía	5 (2.5%)
Oftalmología	10 (5.1%)
Otorrinolaringología	10 (5.1%)
Cirugía plástica	9 (4.6%)
Hemodinamia	1 (0.5%)
Fibrogastroscofia	1 (0.5%)
No consta	1 (0.5%)
TOTAL	197 (100%)

N = número

**TABLA 2 - FRECUENCIA DE PACIENTES
SEGÚN EL NÚMERO DE COMPLICACIONES**

Número de complicaciones	Número de pacientes (%)
0	61 (33.2%)
1	53 (28.8%)
2	28 (15.2%)
3	24 (13.0%)
4	11 (6.0%)
5	4 (2.2%)
6	1 (0.5%)
7	1 (0.5%)
8	1 (0.5%)
1 ó más	123 (68.8%)
TOTAL	184

**TABLA 3 - SEVERIDAD DEL DOLOR
SEGÚN LA ESCALA VISUAL ANÁLOGA**

DOLOR	NÚMERO (%)
Severo	43 (23.4%)

Moderado	48 (26.1%)
Leve	25 (13.6%)
Sin dolor	25 (13.6%)
No consta	43 (23.4%)
TOTAL	184

TABLA 4 - FRECUENCIA TOTAL DE COMPLICACIONES

Complicación	Número (%)	Riesgo
Dolor:		
Dolor postoperatorio severo	43 (23.4%)	1:4
Témporo-mandibular	3 (1.6%)	1:61
Odinofagia	31 (16.8%)	1:6
Mialgias	6 (3.3%)	1:31
Dorso-lumbalgia	28 (15.2%)	1:7
Neurológicas:		
Agitación	8 (4.3%)	1:23
Desorientación	4 (2.2%)	1:46
Cefaleas	8 (4.3%)	1:23
Parestesias	1 (0.5%)	1:184
Vivencias intraoperatorias	0 (0%)	-
Digestivas:		
Lesión bucal	9 (4.9%)	1:20
Daño dental	1 (0.5%)	1:184
Náuseas y/o vómitos	43 (23.4%)	1:4
Respiratorias:		
Tos	31 (16.8%)	1:6
Expectoración	14 (7.6%)	1:13
Disfonía	19 (10.3%)	1:10
Otras:		
Lesión ocular	5 (2.7%)	1:37
Lesión nasal	0 (0%)	-
Retención de orina	3 (1.6%)	1:61
Flebitis	9 (4.9%)	1:20

TABLA 5 - DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES

	Hombres	Mujeres	Valor de P
Total	71 (30.6%)	112 (60.9%)	
Edad (promedio)	55±17	38±16	3 Exp -9
Anestesia general	52 (73.2%)	92 (82.1%)	0.151
Dolor severo	11 (15.5%)	32 (26.2%)	0.042
Mialgias	0 (0%)	6 (4.9%)	0.049
Náuseas y/o vómitos	11 (15.5%)	32 (26.2%)	0.042
Complicaciones/paciente	1.06	1.56	0.001
Ninguna complicación	32 (45.1%)	29 (23.8%)	0.007

TABLA 6 - DIFERENCIAS EN LAS COMPLICACIONES ENTRE ANESTESIA GENERAL Y LOCAL Y/O REGIONAL

Anestesia	Anestesia local	Valor	General y regional de p
------------------	------------------------	--------------	--------------------------------

Dolor Severo	28 (19%)	15 (38%)	0.012
Odinofagia	29 (20%)	2 (5%)	0.028
Dorso-lumbalgia	17 (12%)	11 (28%)	0.01
Náuseas y/o vómitos	27 (26%)	6 (15%)	0.184
Disfonía	19 (13%)	0 (0%)	0.008
Complicaciones/paciente	1.49	1.28	0.172

APÉNDICE I

Ficha de recolección de datos

- Fecha
- Piso Sala Cama
- Nombre
- Edad
- Sexo
- Cirugía realizada
- Técnica anestésica
- Alta

- 1.....Dolor según la Escala Visual Análoga (EVA):
- 2.....Dolor témporo-mandibular
- 3.....Odinofagia
- 4.....Mialgias
- 5.....Dorsalgia/ Lumbalgia
- 6.....Agitación
- 7.....Desorientación
- 8.....Parestesias
- 9.....Cefaleas
- 10.....Si tuvo vivencias intraoperatorias
- 11.....Lesión bucal y/o dental
- 12.....Náuseas y/o vómitos
- 13.....Tos
- 14.....Expectoración
- 15.....Disfonía
- 16.....Lesión ocular
- 17.....Lesión nasal
- 18.....Retención de orina
- 19.....Flebitis**

Bibliografía

- 1- Auroy Y, Benhamou D, Amaberti R. Risk assessment and control require analysis of Both Outcomes and Process of Care. *Anesthesiology* 2004; 101(4): 815-7.
- 2- Da Fonte M, Lejbusiewicz G, Barreiro G. Incidentes criticos em anestesia no Uruguai – dez anos após: estudio comparativo (1990-2000). *Rev Bras Anesthesiol nov/dez 2003; 53(6): 814-32.*
- 3- Barreiro G, Mortola G, Núñez L. Mortalidad anestésica en el Hospital de Clínicas. *Anest Analg Reanim* 1987; 4(1):53-9.
- 4- Jenkins K, Baker AB. Consent and anaesthetic risk. Review article. *Anaesthesia* 2003; 58(10): 962-84.
- 5- Adams AM, Smith AF. Risk perception and communication: recent developments and implications for anaesthesia. Review Article. *Anaesthesia* 2001; 56: 745-55.
- 6- Dabezies A, Demoro S, Álvarez C, Furest F, Burgstaller H. Evaluación de complicaciones en anestesiología. *Anest Analg Reanim* 1994; 11(1-2):55-65.
- 7- Commission on the Provision of Surgical Services. Pain After Surgery. London: Royal Colleges of

Surgeons and Anaesthesists, 1990.

8- American Society of Anesthesiologists. Practice Guidelines for the Management of Acute Pain in the Perioperative Setting. Park Ridge, Illinois, USA: ASA, 1995.

9- Ready B, Olden R, Chadwick H, Benedetti C, Rooke GA, Caplan R et al. Development of an anesthesiology-based postoperative pain management service. *Anesthesiology* 1988; 68: 100-6.

10- Bugeo G, Torregrosa S. Dolor posoperatorio. *Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile* 1994; 23: 170-3.

11- Higgins PP, Chung F, Mezei G. Postoperative sore throat after ambulatory surgery. *Br J Anaesth* 2002; 88(4):582-4.

12- Kloub R. Sore throat following tracheal intubation. *Mid East J Anesth* 2001; 16:29-40.

13- Christensen AM, Willemoes-Larsen H, Lundby L, Jakobsen KB. Postoperative throat complaints after tracheal intubation. *Br J Anaesth* 1994; 73(6):786-7.

14- Kolawole IK. Anaesthesia-related complications: follow-up programme. *Niger J Med.* 2003 Apr-Jun; 12(2):84-90.

15- Burton JF, Baker AB. Dental damage during anaesthesia and surgery. *Anaesth Int Care* 1987; 15:262-8.

16- Warner ME, Benenfeld SM, Warner MA, Schroeder DR, Maxson PM. Perianesthetic dental injuries: frequency, outcomes, and risk factors. *Anesthesiology* 1999; 90:1302-5.

17- Fung BK, Chan MY. Incidence of oral tissue trauma after the administration of general anaesthesia. *Act Anaesthesiol Scand* 2001; 39:163-7.

18- Lance Lichtor J. Anesthesia for Ambulatory Surgery. In *Clinical Anesthesia / Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK. Anesthesia Library, Version 3.0. Lippincot, Williams & Wilkins Interactive* 2001; 46.

19- Dahl JB, Schultz P, Anker-Moller E, Christensen EF, Staunstrup HG, Carlsson P. Spinal anaesthesia in young patients using a 29-gauge needle: technical considerations and an evaluation of postoperative complaints compared with general anaesthesia. *Br J Anaesth* 1990; 64(2):178-82.

20- Bernards CM. Epidural and Spinal Anesthesia. In *Clinical Anesthesia / Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK. Anesthesia Library, Version 3.0. Lippincot, Williams & Wilkins Interactive* 2001; 26.

21- Bergman IJ, Kluger MT, Short TG. Awareness during general anaesthesia. A review of 81 cases from the Anaesthetic Incident Monitoring Study. *Anaesthesia* 2002; 57(6):549-56.

22- Sandin RH, Enlund G, Samuelsson P, Lennmarken C. Awareness during anaesthesia: a prospective case study. *Lancet* 2000; 355:707-11.

23- Hasler WL: Approach to the patient with nausea and vomiting. Humes HD: *Kelley's Textbook of Internal Medicine 4th Edition. Anesthesia Library Version 3.0. Lippincot, Williams & Wilkins Interactive* 2001; 98.

24- Delás Ramírez FJ, Ros Mora J, Ledesma Vázquez M, López Rodríguez M, Fernández Martínez MA, Villalonga Morales A. Prevención de las náuseas y vómitos posoperatorios en cirugía ginecológica mediante tres dosis fijas de metoclopramida, droperidol o placebo. *Rev Esp Anestesiología Reanim* 2001; 48: 65-8.

25- Apfel CC, Korttila K, Abdalla M, Kerger H, Turan A, Vedder I et al: A factorial trial of six interventions for the prevention of postoperative nausea and vomiting. *N Engl J Med.* 2004 Jun 10; 350(24):2441-51.

26- Gan T, Meyer T, Apfel Ch, Chung F, Davis P, Eubanks S et al. Consensus Guidelines for Managing Postoperative Nausea and Vomiting [SPECIAL ARTICLE; AMBULATORY ANESTHESIA]. *Anesth Analg.* 2003 Jul; 97(1):62-71.

27- Tramer MR. Strategies for postoperative nausea and vomiting. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2004 Dec; 18(4):693-701.

28- Kurita N, Nakahashi K, Iwatsubo T, Shimoda T, Horiuchi T, Sha K, et al. Incidence and duration of hoarseness following endotracheal intubation. *Masui.* 2002 Jul; 51(7):737-42.

29- Maruyama K, Sakai H, Miyazawa H, Toda N, Iinuma Y, Mochizuki N et al. Sore throat and hoarseness after total intravenous anaesthesia *Br J Anaesth* 2004; 92(4): 541-3.

30- Winslow CP, Winslow TJ, Wax MK. Dysphonia and dysphagia following the anterior approach to the cervical spine. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2001 Jan; 127(1):51-5.

31- Batra YK, Bali IM. Corneal abrasions during general anesthesia. *Anesth Analg* 1977 May-Jun; 56(3):363-5.

32- Roth S, Thisted RA, Erickson JP, Black S, Schreider BD. Eye injuries after nonocular surgery. *A*

study of 60,965 anesthetics from 1988 to 1992. *Anesthesiology* 1996 Nov; 85(5):1020-7.

33- Pastor Jimeno JC. Corneal ulcer as a complication of general anesthesia. *Rev Med Univ Navarra* 1975; 19(1):121-7.

34- Grover VK, Kumar KVM, Sharma S, Sethi N, Grewal SPS. Comparison of methods of eye protection under general anaesthesia. Brief Report. *Can J Anaesth* 1998 Jun; 45(6):575-7.

35- Grünberg G, Varallo R, Perine C, Heuguerot F, Lanzaro R, Sállice L et al. Lesiones Oculares en Anestesia. En Libro del XIV Congreso Uruguayo de Anestesiología – Reunión Científica de la LASRA. Noviembre 2003: p. 249-68.